

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

**CONSIDERACIONES SOBRE LA COLECISTEC-
TOMIA DE URGENCIA**

**Exposición de una serie de casos tratados en
la Emergencia del Hospital General de
Guatemala**

TESIS

**presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por**

MANUEL HUMBERTO QUINTERO GUTIERREZ

Ex-Practicante Interno de los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Nacional de Amatlán; Ex-Interno por oposición de los Servicios de Recién Nacidos; Segunda Cirugía de Hombres y Traumatología de Hombres del Hospital General de Guatemala; Ex-Interno por oposición en los Servicios de Consulta Externa y Servicios Internos del Hospital Neuropsiquiátrico de Guatemala; Ex-Interno en el Servicio de Recién Nacidos del Hospital Roosevelt; Ex-Interno por oposición en el Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala; Ex-Director del Hospital Nacional de Salamá. B. V.

**En el acto de su investidura de
MÉDICO Y CIRUJANO.**



AGOSTO 1958

PLAN DE TESIS

PRIMERA PARTE

Introducción

Análisis Estadístico del Criterio Médico- Quirúrgico

Edad

Sexo

Raza

Profesión

Tiempo de evolución de la enfermedad al ingresar

Antecedentes de enfermedades hepáticas

Antecedentes varios

Síntomas y Signos:

Dolor

Náusea y vómitos

Constipación

Temperatura

Pulso

Ictericia

Defensa muscular

Masa palpable

Hepatomegalia

Diagnóstico clínico

Exámenes de laboratorio

Recuento de glóbulos blancos

Eritrosedimentación

Índice icterico

radiografías

Observación en la Emergencia

Decisión de intervención quirúrgica

SEGUNDA PARTE

Breve recuerdo de Anatómo-fisio-patología de las vías biliares

TERCERA PARTE

Comentarios sobre el análisis médico de los pacientes:

Edad
Sexo
Raza
Profesión
Evolución

Antecedentes:

Patogenia y sus teorías
Manifestaciones clínicas
Laboratorio
Anatomía Patológica
Diagnóstico

Síntomas:

Dolor
Náusea y vómitos
Anorexia
Fiebre
Constipación

Signos:

Temperatura
Pulso
Ictericia
Defensa muscular
Masa palpable
Hepatomegalia

Glóbulos blancos y neutrofilia
Eritrosedimentación
Radiografías

CUARTA PARTE

Comentarios sobre el análisis quirúrgico
Anestesia
Incisiones
Hallazgos operatorios
Anomalías del pedículo hepático
Drenajes
Técnica quirúrgica
Gráficas estadísticas
Fotografías

QUINTA PARTE

Tratamiento
Teorías
Preoperatorio
Postoperatorio
Conclusiones y Sugerencias

Bibliografía

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL CRITERIO MÉDICO DE LOS
PACIENTES

Edad:

20 años	1
30 años	4
40 años	2
50 años	2
60 años	2

Sexo:

masculino	4
femenino	7

Raza:

caucásica	11
-----------------	----

Profesión:

profesional	1
trabajadores Domésticos	6
campesino	1
artesano	1
comerciante	1
estudiante	1

Tiempo de evolución de la enfermedad al

ingresar:

2 horas	2
4 horas	2
6 horas	0
8 horas	5
12 horas	2
16 horas	0
24 horas	0

Antecedentes de enfermedades hepáticas:

Cólicos hepáticos	1
Síntomas dispépticos a grasas	1
Ningún síntoma	1

Antecedentes varios:

Apendicectomía	2
Resección intestinal	1
Epilepsia esencial	1
Estenosis mitral	1
Hipertensión arterial	1
Sin antecedentes de importancia	1

Síntomas:

Dolor:

Localización al comienzo:	
Hipocondrio derecho	5
Flanco derecho	0
Epigastrio	3
Mesogastrio	0
Fosa ilíaca derecha	2
Hipogastrio	1

La irradiación del dolor hacia:

Dorso derecho	5
Mesogastrio	1
Epigastrio	1
Fosa ilíaca derecha	2
Ninguna irradiación	2

Tipo de dolor:

Constante	4
Constante con exacerbaciones	7

Intensidad del dolor:

Moderado	1
Intenso	10
Náusea (sin vómitos)	1
Náusea (con vómitos)	9
Fiebre	6
Calofríos	2

Constipación:

Simple (estreñimiento)	0
Imposibilidad de expulsar gases o materias fecales	2
Diarrea	1
Anorexia	3

Signos Físicos:

Temperatura al ingreso a Emergencia:

36 - 36.5	0
36.6 - 37	2
37.1 - 37.5	3
37.6 - 38	0
38.1 - 38.5	2
38.6 - 39	1
39.1 - 39.5	2
39.6 - 40	0
No reportada	1

La temperatura en la evolución:

Aumenta	3
Disminuye	5
Constante	3

Pulso al ingreso a Emergencia:

60 - 70	2
71 - 80	2
81 - 90	4

91 - 100	0
101 - 110	2
No reportado	1

Pulso durante la evolución:

Aumenta	6
Disminuye	2

Ictericia al ingreso:

Presente	2
Ausente	9

La ictericia en la evolución:

Aumenta	2
Se hace aparente	2
El resto permanecen anictéricos	7

Defensa muscular al ingreso:

Hipocondrio derecho	9
Flanco derecho	1
Fosa ilíaca derecha	1
Epigastrio e hipocondrio derecho	1

La defensa muscular en la evolución:

Aumenta	4
---------------	---

Masa palpable	3
Masa negativa	8

Hepatomegalia	1
Hígado normal	10

Laboratorio:

Cuento de glóbulos blancos:

4000 - 5000	1
5001 - 6000	0
6001 - 7000	0
7001 - 8000	1
8001 - 9000	1
9001 - 10000	0
10001 - 11000	2
11001 - 12000	1
12001 - 13000	2
13001 - 14000	1
14001 - 15000	1
15001 - 16000	0
16001 - 17000	0
17001 - 18000	0
18001 - 19000	0
19001 - 20000	0
20001 - 21000	0
21001 - 22000	0
22001 - 23000	1
23001 - 24000	0

En la evolución:

Aumentan:	7
Disminuyen	2
Resto permanece invariable	2

Porcentaje de la Neutrofilia reportada:

Leucocitos entre 4000 y 10,000

	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
Cayados	3	18
Segmentados	69	88

Leucocitos entre 10,001 y 23,000

	<u>Mínimo</u>	<u>Máximo</u>
Cayados	1	9
Segmentados	70	89

El % de la Neutrofilia en la evolución:

Aumenta	3
Disminuye	6
Resto permanece invariable	2

Eritrosedimentación:

<u>mm</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
10 - 15		
16 - 20		
21 - 25		1
26 - 30		2
31 - 35		
36 - 40		
41 - 45		
46 - 50		2
Mayor de 50		

Índice icterico:

Varía en unidades entre 3 y 37

Durante la evolución:

Aumenta	2
---------------	---

Radiografías:

Placa vacía del abdomen	
Investigar cálculos radioopacos	2 Diag. negativo
Investigar niveles líquidos	1 Diag. negativo
Investigar Pneumoperitoneo	2 Diag. negativo

Diagnóstico Clínico:

Colecistitis aguda	6
Colecistitis calculosa	1
Cálculo enclavado en el colédoco	1
Colecistitis aguda. Descartar pancreatitis	1
Válvulus del intestino delgado por bridas postoperatorias	1
Ruptura de víscera hueca	1

Observación en Emergencia:

48 horas	5
72 horas	1
24 horas	2
3 horas	1
9 horas	1
12 horas	1

Decide la intervención quirúrgica en general:

Fiebre aumenta	4
Pulso aumenta	5
Masa aumenta	2
Dolor aumenta	0
Dolor constante	5
Ictericia aumenta	3
Neutrofilia aumenta	3
Defensa aumenta	4
Úlcus perforado	2
Aumento de leucocitos	2
Defensa constante	1
Obstrucción intestinal	1
Ruptura de víscera hueca	1

Decide la Operación en Particular:

Enfermo No.]

Fiebre aumenta

Pulso aumenta
 Defensa aumenta
 Masa aumenta

Enfermo No. 2

Masa aumenta
 Dolor constante
 Ictericia aumenta
 Fiebre aumenta
 Neutrofilia aumenta

Enfermo No. 3

Pulso aumenta
 Fiebre aumenta
 Dolor constante
 Defensa aumenta
 Neutrofilia aumenta

Enfermo No. 4

Pulso aumenta
 Dolor constante
 Defensa aumenta
 Neutrofilia aumenta

Enfermo No. 5

Pulso aumenta
 Dolor constante
 Ictericia aumenta
 Defensa aumenta
 Leucocitosis aumenta

Enfermo No. 6

Fiebre aumenta
 Pulso aumenta
 Dolor constante
 Ictericia aumenta
 Defensa constante
 Leucocitosis aumenta

Enfermo No. 7

Úlcera péptica perforada

Enfermo No. 8

Úlcera péptica perforada

Enfermo No. 9

Obstrucción intestinal por bridas

Enfermo No. 10

Ruptura de víscera hueca

BREVE RECUERDO DE ANATOMIA, FISIOLOGIA Y PATOLOGIA DE VIAS BILIARES

Las vías biliares extrahepáticas son formaciones canalículo-
culares, entendiéndose como tales: la unión de los conduc-
tos hepáticos derecho e izquierdo que por su unión forman el con-
ducto hepático común, el cual se extiende después de la unión
del cístico, como conducto colédoco hasta desembocar en la
porción posterointerna de la segunda porción del duodeno.

Los conductos hepáticos tienen una longitud de 3-4 cms.
y un diámetro de 5 mm.

El hepático común: de 2-4 cms. de largo y un diámetro
de 4-6 mm., es el resultado de la unión después de su conver-
sión de los conductos hepáticos, derecho e izquierdo.

El conducto colédoco: se extiende desde la confluencia
hepático - hepática hasta la segunda porción del duodeno como a
una distancia de 10 cms. del píloro.

Por sus similares características anatomohistológicas, los
conductos hepáticos y el colédoco, debieran ser considerados como un tron-
co común: el HEPATOCOLEDOCO, del cual el cístico sería su
ramo anterior.

Su longitud aproximada es de 6-8 cms. de largo y un diá-
metro de 5-6 mm.

Topográficamente el colédoco se divide, según Testut:

Supraduodenal: desde su nacimiento y es dirigido hacia a-
trás y abajo y adentro, hacia la primera porción del duodeno.

Postroduodenal: llegado al borde del duodeno corre sobre su
cara posterior, en donde no tarda en encontrar el borde su-
perior del páncreas.

3. Pancreático: abandona el pedículo hepático y desviándose hacia afuera, recorre un canal en la pared pancreática y luego desaparece en el espesor mismo del páncreas.
4. Intrapancreático: alcanza la parte postero - interna de la segunda porción del duodeno, atraviesa su pared y se abre en la cavidad intestinal por medio de la ampolla de Vater.

Vesícula Biliar: situada en la cara inferior del hígado, entre el lóbulo cuadrado y el lóbulo derecho, en cuyo nivel hay una fosita o lecho que la recibe.

En íntimo contacto con el hígado, merced a una rica capa de tejido areolar, la restante superficie está rodeada de la serosa peritoneal que recubre el resto del hígado, es pues, un órgano intra y extraperitoneal.

Algunas veces posee un verdadero meso, que la convierte en vesícula péndula (hábito longilíneo).

De forma piriforme y desde su parte superficial a la profundidad se reconocen: el fondo, el cuerpo, el infundíbulo y el cuello que se continúa con el conducto cístico. El eje longitudinal mide 8 - 10 cms. y su mayor transversal 3- 4 cms. con una capacidad media de 35 - 60 cc.

Son importantes las relaciones anatómicas que mantiene la vesícula con el duodeno y el colon transverso, el primero con el cuello de la vesícula y el segundo con su parte media o el fondo de la misma. Importantes de recordar, pues en los procesos infecciosos no es raro encontrar la participación de estos segmentos intestinales.

En el 45% (aproximadamente) existe amplio ligamentolecistoduodenocólico, que vincula estos tres órganos, y, aunque normal, puede ser considerado patológico si se engruesa por adherencias inflamatorias.

Conducto Cístico:

Habitualmente dispuesto en forma sesgada y tortuosa de longitud media entre 3- 4 cms. y diámetro de 2- 4 mm. Puede considerarse en dos porciones: proximal valvular, en la vecindad del cuello de la vesícula en cuyo interior la mucosa adopta la forma espiraloidea, formando lo que se conoce con el nombre de válvulas de HEISTER, y otra porción, distal o lisa con superficie mucosa regular.

Se une al hepático para formar el colédoco así; (según Testut), desde su origen describe una curva de concavidad hacia abajo y afuera, se pega al lado derecho del hepático y en el mismo plano desemboca en el lado derecho del conducto (tipo clásico) según Descamps, se observa así en el 80%. Se puede ver contra lo que se echa en la cara anterior, después de haber rodeado el borde derecho del conducto principal (10%) o más raramente, después de haber rodeado en hélice la cara posterior del hepático, curvarse y terminar en el borde izquierdo del conducto principal; en este último caso, la confluencia biliar está situada muy baja (8%). Finalmente, siempre según Descamps, el cístico puede llegar a la vía biliar principal por la cara posterior (2%).

Histología (F. R. Bailey):

La pared de la vesícula compuesta de tres capas: mucosa, muscular y serosa o adventicia.

La mucosa está formada y levantada en pliegues que dividen su superficie en zonas poligonales, constituida por epitelio cilíndrico, alto con los núcleos basales descansando sobre una lámina de tejido conectivo que contiene escasas fibras musculares provenientes de la muscular.

Cerca del cuello de la vesicular existen pequeñas glándulas tubulo - alveolares.

Se conoce con el nombre de senos de Rokitanski - Aschoof

a pequeños divertículos de la mucosa, que profundiza en la capa muscular. Su epitelio es continuación del resto de la vesícula. Son interpretadas como recuerdo patológico de una vesícula que ha sufrido hiperdistensión.

Muscular: formada por haces entrelazados de fibras musculares lisas.

Cerca de la túnica propia son longitudinales, que curvándose en el fondo, recorren toda su longitud. Los demás haces musculares que forman la mayoría, son circulares. Dispuestas entre sus haces existen abundantes fibras elásticas.

Adventicia: gruesa, situada inmediatamente por fuera de la muscular, formada de tejido fibroso, denso, llamado perimuscular. Más afuera la capa subserosa, está recorrida por vasos y nervios. Inmediatamente afuera está el peritoneo.

Pueden verse estructuras tubulares, tapizadas por epitelio que no comunican con la luz de la vesícula y aunque reportadas como representantes de conductos biliares aberrantes-embriónicos, son los llamados conductos de Lushca.

Los conductos biliares están tapizados por epitelio análogo al de la vesícula. Cerca del cuello vesicular forma las válvulas de Heister (en el cístico).

La muscular de todos no es tan definida, su disposición nada uniforme pero tienden a ser circulares en el hepático y longitudinales en el cístico y en el colédoco antes de su desembocadura.

Vasos y Nervios:

Arterias: provienen desde el tronco celíaco así:

El tronco celíaco naciendo de la aorta abdominal, se divide en: coronaria estomáquica, esplénica y hepática común.

Esta da nacimiento a la pancreática media y luego da nacimiento a la gastroduodenal que la divide en hepática común y hepática propia, la cual da nacimiento a la pilórica y después de breve trayecto ascendente se divide en rama derecha e izquierda del hígado.

De la rama derecha de la hepática se desprende una rama de regular calibre, que es la arteria cística y que desde allí se dirige formando el lado superior del triángulo bilio-cístico (base formada por el hepático, lado superior a la arteria cística y lado inferior: el cístico).

Al llegar al cuello de la vesícula la cística se divide en dos ramas: Interna: hacia el lado izquierdo de la vesícula y rama externa: hacia el lado derecho.

La rama izquierda es la que contribuye a la mayor irrigación de la vesícula, mientras que la rama derecha sólo lo hace en mínima parte. De todas maneras, las ramificaciones y subdivisiones de las císticas se anastomosan hasta el nivel del fondo para formar un arco.

Las arterias del conducto cístico provienen de la arteria del mismo nombre y se cuentan de dos a tres.

A nivel del colédoco, son ramas que nacen de la hepática propia o de una de sus ramas.

Aunque la mayoría de las veces se reporta la cística naciendo de la hepática derecha se ha encontrado que puede nacer en cualquier región de la hepática propia, derecha o bien desde la gastroduodenal (Testut).

Ultimamente se ha reportado la hepática naciendo de la gastroduodenal y tiene su importancia máxima en la gastrectomía que se liga a la gastroduodenal, lo cual puede ocasionar la muerte del paciente por necrosis del hígado.

Algunas veces se encuentran arterias císticas accesorias de nacimiento lo más caprichoso posible.

Las venas de la vesícula se dividen y anastomosan entre sí, para formar uno o dos tronquillos que desaguan en la vena porta, siguen por lo general el mismo trayecto de las arterias.

En el cístico se confunden con las venas del cuello y otras desembocan directamente en la porta.

Las venas del colédoco desembocan directamente en la vena porta. Dato de importancia quirúrgica práctica es la presencia de la vena coledociana, que recorre la cara anterior del colédoco y es vaso que puede herirse, al momento de practicar la coledocostomía.

Los Linfáticos: existe una tupida malla de filetes linfáticos que son tributarios de los órganos vecinos, pero tienen importancia pues la mayoría desemboca en un ganglio situado en la cara ventral del cuello vesicular, denominado Ganglio Céntineo o Ganglio de Mascagny, y debemos recordarlo pues en procesos agudos puede ser confundido con un cálculo enclavado en el cuello de la vesícula, situación más embarazosa en operaciones del abdomen inferior, al explorar las vías biliares.

Sistema Nervioso:

No se hallan aún bien establecidas las conexiones del sistema nervioso con el sistema biliar extrahepático.

Las investigaciones histológicas demuestran que en la pared vesicular existe un rico plexo de fibras nerviosas, en el cual anidan células y núcleos ganglionares a la manera de un plexo de Auerbach.

En general se acepta que el sistema biliar extrahepático, recibe una doble inervación del sistema nervioso vegetativo. El plexo cefálico por sus ganglios semilunares, distribuye fibras sim-

étricas a la vesícula, que acompañan a la arteria cística e intervienen en el plexo hepático. Las fibras parasimpáticas provienen de los nervios neumogástricos, particularmente del neumogástrico derecho, y alcanzan la vía biliar ya sea por el epiplón gastrohepático o bien por el plexo cefálico. Como comprobación neurohistológica de esto, existen modernos experimentos que revelan un proceso degenerativo del aparato pericelular que rodea a las células ganglionares de la pared vesicular, después que se han seccionado los nervios vagos (Sabussow y Suslikow). Recientemente Schulze y Boyden demostraron en el animal de experiencia, que el sistema colédocoduodenal tiene dos vinculaciones nerviosas independientes: el plexo gastroduodenal, ubicado entre la arteria que lleva ese nombre y el conducto colédoco, y el nervio gastroduodenal, que desciende del plexo hepático algo hacia la izquierda de la arteria citada. Las finas disecciones de este nervio prueban que sus fibras de origen, parten del neumogástrico derecho y de los ganglios cefálicos.

El sistema espinal se relaciona con el mecanismo neuro-reflexivo del aparato biliar, por medio de los nervios frénicos. Como este nervio tiene sus raíces de origen en el tercero y cuarto par cervical, se comprende que todos los impulsos aferentes que pueden provenir de una colecistopatía dolorosa, se transmitan a través del frénico derecho y determinen reflejos sensitivos en la región del hombro del mismo lado.

Fisiología:

La vesícula biliar cumple con coleccionar, concentrar y luego, por medio de su contracción, enviar la bilis según las necesidades alimenticias hacia el intestino.

Función Colectora: la bilis excretada por el hígado puede dirigirse a la vesícula o al intestino según el período digestivo. Durante el ayuno el esfínter de Oddi está cerrado, en estas circunstancias toda la bilis pasa a la vesícula. La presencia de alimentos en el estómago, intestino o la formación de la colecistiquinina produce la contracción de la vesícula, produciéndose

así el pasaje de la bilis retenida en ella, directamente desde el hígado hasta el duodeno.

Función de Concentración: merced a la mucosa de la vesícula biliar, sufre la bilis en su interior el siguiente proceso de concentración, dándonos así que la bilis vesicular es casi 10 veces más concentrada que la bilis hepática.

El agua se absorbe muy fácilmente; el cloruro de sodio, la urobilina que existen normalmente en la bilis de 1.5 a 6 mlgrs. por mil (Royer, MacMunn, Dassen), y que son muy difusibles, pasan por la mucosa.

Las sales de calcio se reabsorben igualmente. En mucho menor grado la bilirrubina, colesterol, sales biliares y algunos colorantes extraños a la bilis, introducidos con fines diagnósticos o terapéuticos (tetrayodofenofaleína, tetrabromofenofaleína sódica).

Función Secretora: La única producción celular de la mucosa vesicular es la mucina, y en pequeñas cantidades como son 20 cc. por cada 24 horas.

Función de Evacuación: durante el período de digestión se produce la contracción de la vesícula, demostrado por el aumento de tensión intravesicular. La contracción está supeditada a la excitación alimenticia sobre todo duodenal, y más aún, si hay grasas, proteínas, carbohidratos o agentes químicos como el sulfato de magnesio o peptonas.

La presencia de sustancias en el duodeno produce la liberación de una hormona llamada colecistoquinina (Ivy-Oldberg), que hace que las contracciones sean más potentes.

La pituitrina tiene acción similar.

Cualquier sustancia parasimpaticomimética (vago), como son: la pilocarpina, eserina, producen contracción de la vesícula

ya y la relajación del esfínter de Oddi, llamándose a esto SINERGIA VESICULOESFINTEREANA.

La acetilcolina, pilocarpina, nicotina, aumentan el tono de la ampolla de Vater o esfínter de Oddi mientras que el nitrito de amilo, la atropina, la adrenalina o el demerol, lo disminuyen. El estímulo psíquico: recuerdo de olor o sabor de los alimentos son capaces de producir la contracción de la vesícula. La presencia de alimentos en las paredes gástricas produce contracción vesicular.

Presión vesicular: en ayunas es de 1-6 cts. de agua y durante las contracciones es de 8-15 cts. Cuando hay dificultades en el desagüe de las vías y se producen contracciones, puede llegar aún a 30 ó 40 cts. de agua.

Patología:

Factores predisponentes o determinantes de patología de las vías biliares son:

- a) Estasis biliar
- b) Infección biliar
- c) Trastornos del metabolismo
- d) Obstrucciones de las vías biliares
- e) Alergia.

Estasis:

- a) Esfínter de Oddi contraído (espasmo) o fibrosis del esfínter.
- b) Vesícula que se contrae mal por:

Atonía
Disquinesia (sin lesión)
Atrófica.

Cualquiera que sea la causa predispone a la infección.

Infección:

Puede tener punto de partida cualquier infección del organismo o bien directamente del tubo digestivo.

A la primera se le conoce con el nombre de vía hemática linfática, pues los gérmenes llegan a ella después de permanecer en la sangre o la linfa, al hígado y desde allí a la vesícula biliar (tifoidea, paratifoidea, colibacilosis), pero puede decirse que cualquier infección en cualquier órgano, cualquier germen es capaz de producirla.

Factor Duodenal: aunque generalmente es aséptico en su contenido cualquier infección en este segmento siguiendo los conductos colédoco, cístico llegan a la vesícula y determinan la infección, denominándose entonces infección canalicular ascendente o retrógrada.

Ultimamente, dice Royer M. 1950, debe considerarse la posibilidad de la bacteriocolia sin efectos patológicos pero con capacidad de producirse al sobrevenir estasis vesicular.

Aunque no demostrado, la presencia de bilis, por siempre temida en la cavidad peritoneal, teniendo presente dos consecuencias: posibilidad de infección biliar que haría una siembra peritoneal con su consiguiente complicación y la segunda el factor químico-irritativo de las sales biliares que correspondería a la producción de una peritonitis química-irritativa (coleperitoneo).

Es por esto que el cirujano capaz y celoso de su técnica, evita por medio de pinzamiento y limpieza y de ser posible asepsia del extremo distal del tubo de coledocostomía con yodo, ese derrame biliar a la cavidad (detalle de importancia que no debemos olvidar).

Metabolismo:

La estasis unida a la infección y a los cambios del meta-

bolismo, son las causas más frecuentes de la formación de cálculos o bien de la precipitación de colesterol, bilirrubinato de calcio y otras sales de calcio.

Obstrucción:

La infección de las vías biliares puede ser consecuencia de:

- a) Cálculos
- b) Infecciones por edema de sus paredes
- c) Obstrucciones por adherencias
- d) Tumores externos que comprimen las vías
- e) Parásitos intestinales que invaden la luz de los canales (áscaris, taenias, distomas, etc.)

Cuando la obstrucción es a nivel del cístico o de su cuello, se produce la dilatación de la vesícula dando lo que se conoce con el nombre de hidrocolecisto o hidropesía vesicular. Recordemos la regla de Courvoisier Terrier: obstrucción por compresión a nivel de la cabeza del páncreas produce dilatación de la vesícula y atrofia vesicular en obstrucciones del colédoco.

Alergia:

Cobra cada día mayor importancia la producción de colestropatía merced a las reacciones alérgicas pero su campo no está bien explorado aún.

Lesiones:

Pueden ser consideradas:

- a) Congénitas
- b) Adquiridas

Congénitas: ausencia de vías biliares, sin importancia para nosotros y nuestro fin.

Tabique longitudinal de la vesícula que hace simular vesícula doble.

Tabiques transversales, verdaderos tabiques o formados por adherencias que deforman el órgano.

Divertículo de la vesícula o de las vías biliares.

Ausencia de la vesícula con canales normales.

Existencias de ramas o canales accesorios, etc. etc.

Adquiridas: trastornos frecuentes son dados por:

Edema

Estasis venosa pasiva

Hiperhemia arterial activa

Hemorragia vesicular

Estas dos últimas como consecuencia de la inflamación ocasionada por cualquiera de los gérmenes conocidos.

Anatomía Patológica:

Proceso Catarral: lesiones mucosas con alteraciones vasculares y exudativas.

Proceso Supurado: con formación de pus en sus paredes o en su luz. Si hay obstrucción a nivel del cuello de la vesícula se forma el empiema vesicular.

Colecistitis crónica:

Catarral

Supurada

Ulcerosa

Vesícula en Fresa: estado especial de la pared vesicular

en la cual aparecen una serie de granulaciones del tamaño de la cabeza de un alfiler o más pequeñas aún, formadas por conglomerados de lipoides birrefringentes subepiteliales.

Las colecistitis específicas, t. b. c., sífilis, son hallazgos extraordinarios.

ANALISIS MEDICO DE LOS PACIENTES

Edad:

Aunque no puede hablarse de edad predisponente tanto en los límites mínimos como máximos, para producir el ataque agudo de las vías biliares, encontramos que el mayor porcentaje reporta dentro del segundo y tercer decenio de la vida, siguiéndolo en orden de frecuencia el comprendido entre el quinto y el sexto.

Sexo:

Es marcada la predominancia del sexo femenino para la coledocistitis aguda, lo que nos hace recordar que: es el factor observativo el que determina este ataque con mayor frecuencia, y es allí donde las que los cálculos se encuentran más a menudo. Nuestro estudio reporta 7 casos del sexo femenino y 4 del sexo masculino.

Raza:

El Departamento de Estadística Nacional, clasifica los habitantes guatemaltecos en indígenas, ladinos y otros, comprendiendo en estos últimos a los extranjeros y la raza de color. Siguiendo esa clasificación, nuestro estudio nos indica que la totalidad de enfermos estaba comprendida entre los ladinos.

Profesión u Oficio:

Nuevamente encontramos que el sexo femenino con sus predominantes ocupaciones domésticas, nos da el índice de incidencia mayor; pero reportamos enfermos de ocupaciones muy diversas: enfermera, herrero, chauffeur, pescador, panificador.

Tiempo de Evolución:

Aunque tuvimos ocasión de reconocer enfermos con distintos tiempos de evolución, ello obedeció a que casualmente se trataba de procesos vesiculares en incubación, al que se sumó un accidente.

te traumático, con el imperativo médico-legal del reconocimiento médico.

El resto, que fue la mayoría, buscaban asistencia médica después de evolución comprendida entre 36-72 hrs., motivo éste de tomar en cuenta pues se trataba de enfermos que acusaban antecedentes de trastornos hepáticos o vesiculares francos (cólicos), o dispepsias alimenticias a la ingestión de alimentos grasos soportando sus dolores o síntomas concomitantes en la creencia de que se trataba de molestias habituales o pasajeras, y si a esto unimos la medicación casera ineficaz para el padecimiento actual (enemas, purgas, sedantes, analgésicos, etc. etc.), comprendemos el por qué de esa evolución.

Antecedentes de Enfermedad Hepática:

Mac. Carthy (1940) después de la revisión de 3000 casos, llega a concluir que la incidencia de colecistitis aguda está en relación directa con los hallazgos de colelitiasis, teoría que comprobamos nosotros al encontrar que de los enfermos intervenidos presentaban colelitiasis y 1 coledocolitiasis.

Ocho de nuestros enfermos dan historia de cólicos hepáticos francos o trastornos dispépticos a la ingestión de las grasas. En dos casos tiene aquí el ataque a las vías biliares su primera manifestación, pues nunca se habían manifestado como anómalas.

Patogenia:

Las lesiones inflamatorias del árbol biliar pueden aparecer como primera manifestación de colecistopatía, o como ocurre frecuentemente sobrevenir en una vesícula crónicamente inflamada. Son enfermos que han soportado el peso de trastornos hepáticos o vesiculares durante períodos de tiempo variables, en los que intercurrentemente sobreviene el ataque agudo (Abel N. Canónic

Son varias las alteraciones que coexisten con la enferme

dad vesicular:

Presencia de cuerpos extraños (cálculos, parásitos).
Inflamación de la pared colecística fácilmente acompañada de ataque bacteriano.
Trastornos de absorción y evacuación de la vesícula.
Cambios en la composición química o metabólica de la bilis.

Analizaremos nuestra patogenia, según el cuadro siguiente:

Factor infeccioso:

Vía canalicular
Vía linfática
Vía sanguínea

Factor Mecánico:

Obstrucción a nivel del cuello de la vesícula, del cístico del colédoco.

Deficiencia del poder de contracción de la vesícula.

Factor Quimiotóxico:

Substancias que lesionan la pared vesicular.

Factor Vascular:

Alteraciones de la circulación arteriovenosa de la vesícula.

Vía Canalicular:

Puede ser responsable de la infección bacteriana por dos caminos: descendente procedente de la bilis hepática y ascendente procedente del contenido intestinal.

La vía ascendente, es excepcional, ya que el contenido

duodenal es prácticamente estéril o con flora saprófita no patógena como lo demostraron TWISS y PHILLIPS, al cultivar el contenido duodenal de enfermos con hipoacidez reportando únicamente gérmenes no patógenos.

La vía descendente es casi improbable, pues constituye el hígado una potente barrera al paso de los microorganismos, además de que algunos autores defienden el poder bactericida útil de las sales biliares, las cuales se encuentran concentradas en la vesícula. Dice a esto Canónico: "que algunos autores han tratado de reproducir procesos infecciosos inyectando en la luz de la vesícula, material conteniendo colibacilos sin llegar a obtener resultados satisfactorios". Agreguemos que se trataba de personas en condiciones normales y de salud perfecta.

Recordemos como ironía, que es la bilis del buey excelente medio de cultivo para el colibacilo.

Vía Linfática:

Aceptada como muy probable por la mayoría, dadas las amplias relaciones linfáticas entre el hígado, vías biliares y órganos abdominales.

Probablemente los gérmenes llevados por la vena porta, llegan al hígado y desde allí a las paredes de la vesícula, como lo demuestra el encontrar las mayores alteraciones en las paredes vesiculares, sobre todo las superficiales y una hepatitis localizada en el lecho vesicular.

Pero, dice BOYDEN con demasiada razón, no excluye la posibilidad de que la infección hepática sea secundaria a la infección de las paredes vesiculares. Parece ser la vía más aceptada para la infección por el colibacilo, b. tífico y b. paratífico.

Vía Hematogena:

Sin duda la más aceptada. ROSENOW y WILKIE dieron

origen a ella motivada por sus experimentos y diciendo: que los gérmenes llegan por la arteria hepática y arteria cística.

Rosenov: produce colecistitis aguda, después de la inyección endovenosa de streptococo viridans procedente de amígdalas y focos dentarios.

Wilkie: obtiene idénticos resultados en conejos, al inyectar material de ganglios císticos de humanos afectados de colecistitis agudas.

Reportan como más frecuente: el streptococo no hemolítico y el colibacilo. El streptococo viridans fue encontrado en 80% de cultivos de paredes y contenido vesicular. Con mucho menor frecuencia: stafilococos, b. tífico, paratífico, perfringens y anaerobios.

Aunque hubiera sido gran satisfacción personal, el reporte de cultivos de nuestros enfermos, lamentamos su defecto, pues ello obedece en su mayoría a deficiencia hospitalaria en cuanto a laboratorios se refiere.

Factor Mecánico:

Este grupo comprende todo aquello que realiza dificultades en la evacuación vesicular y por consiguiente predispone a la estasis biliar.

Es un hecho aceptado que cualquier órgano que retiene su contenido está más propenso a infecciones, la vesícula biliar cumple con este postulado.

La estasis biliar predispone a bacterias que llegan a ella bien a exaltar la virulencia de gérmenes que en ella viven sin ocasionar patología que cuando se contrae y desagua normalmente. Son varias las causas predisponentes y determinantes de los trastornos de evacuación:

1. Cálculo enclavado en cuello de la vesícula, en el cístico o en el colédoco.
2. Espasmo del esfínter colecistocístico o esfínter de Lütkens.
3. Adherencias inflamatorias que comprimen el cístico, o angustian la vesícula con respecto al cístico.
4. Torsión del cístico sobre su eje.
5. Tumores, ganglios, etc. que comprimen la luz del conducto cístico.
6. Atonía de la vesícula.

Factor Quimiotóxico:

Se sostiene que producciones de patología similar a la colecistitis aguda bacteriana, pueden obtenerse por medios químicos o sea por agresión química.

Mann: obtuvo colecistitis aguda después de inyecciones de hipoclorito de sodio.

Arowshon y Andrews: que las sales biliares a mayor concentración que lo normal producen: edema, infiltración, microhemorragias de la pared vesicular.

Wolffer, Tejerina-Fotheringham: (1938) dicen que el reflujo a una vesícula atónica del jugo pancreático activo y estéril produce lesiones del tipo: colecistitis filtrante, con su correspondiente corolario de derrame biliar peritoneal (una de las teorías para la explicación de peritonitis biliar y su patogenia).

Factor Vascular:

Aunque rara su intervención en la producción de los procesos agudos de colecistitis, necesitamos comentarla como asunto didáctico y de conocimiento.

La embolia o trombosis de la arteria cística produce lesión del esfínter en la pared vesicular.

El infarto venoso en vesículas agudas en las cuales se demuestra el predominio de las lesiones vasculares: edema, congestión, microhemorragias, las cuales son características principales de aquél.

Suponen algunos autores, entre ellos Denton, que su causa puede ser la compresión venosa por un cálculo enclavado en el cuello de la vesícula o en el cístico.

Manifestaciones clínicas:

De acuerdo con las características etiopatogénicas se admite considerar:

1. Colecistitis catarral aguda
2. Colecistitis infecciosa.
3. Colecistitis obstructiva aguda.

Colecistitis Catarral Aguda:

Moderada manifestación clínica, encontramos en ella las llamadas manifestaciones de empachos gástricos (nomenclatura muy antigua pero no por eso menos sugestiva).

El dolor es leve o moderado en el epigastrio o hipocondrio derecho irradiado a la región lumbar derecha.

Por lo general es dolor continuo con ligeras exacerbaciones frecuentes. Rarísimo que adquiera dolor tipo cólico hepático puro.

Presenta concomitantemente: cefalea, anorexia, náuseas, plenitud, fiebre de escasa intensidad, calofríos frecuentes.

Discreta ictericia observada en las mucosas y piel, mani-

festando la infección del árbol biliar intrahepático.

Existe ligera hepatomegalia dolorosa a la presión. Puede encontrarse contractura muscular a nivel del hipocondrio derecho. No raras veces se palpa la vesícula tensa y dolorosa.

La maniobra de Moynihan demuestra positivo el signo de Murphy (apnea causada por dolor al choque de la vesícula contra el dedo explorador, situado en la intersección del borde externo del músculo rector derecho del abdomen con el reborde costal: punto cístico).

Tienen estos casos evolución y pronóstico favorables.

Colecistitis Infecciosa:

Puede ser secundaria a un foco extrahepático o bien de infección general del organismo.

Pneumonías agudas, anginas, sinusitis, erisipelas, han sido reportadas como promotoras de accesos agudos de vías biliares. El papel de los focos sépticos es aceptada en un 10 a 20% de infecciones vesiculares.

Varias formas de septicemias pueden ocasionar una infección vesicular, aunque con hallazgos muy raros; en casos de streptococo, estafilococo o colibacilemias la infección vesicular es sumamente grave. Han sido encontrados casos publicados de colecistitis aguda en enfermos de endocarditis bacteriana subaguda, probablemente debida a su poder embolizante.

La vía hematógica es la más aceptada.

Se suman a la sintomatología de la enfermedad actual los síntomas propios de la colecistitis aguda: cólico profundo irradiado al dorso y hombro derecho, pared rígida y la exploración provoca dolor y contractura, calofríos, fiebre, náuseas, vómitos, ictericia, demostrando esta última la participación de la célula he-

ptica (hepatitis).

Son muy frecuentes sus evoluciones hacia la supuración y perforación.

Colecistitis Aguda Obstructiva:

Son las más frecuentes debido a la presencia de cálculos, dice Mac. Carthy que este mecanismo ocurre en el 90% de los casos de colecistitis agudas observadas.

Se trata de enfermos con episodios anteriores de trastornos vesiculares o cólicos hepáticos, pero pueden encontrarse enfermos en los cuales es ésta la primera manifestación de padecimiento hepático. El comienzo es brusco, intenso, dolor agudo penetrante localizado en el hipocondrio derecho con su máxima localización a nivel del reborde costal. Calofríos, taquicardia, fijez del hemitórax derecho complementan la sintomatología y en algunos casos puede desarrollarse ictericia.

Algunas veces el dolor es difuso, otras localizado a nivel del epigastrio. Se considera que el dolor es debido al paso del cálculo por el cístico o colédoco.

El dolor puede ceder poco a poco y transformarse en obtuso por el desprendimiento del cálculo o a la acción de los analgésicos, sedantes o anti-espasmódicos.

Se encuentra moderada contractura generalizada al abdomen y franca a nivel de la mitad superior del recto derecho.

El ciego y colon generalmente timpánicos, dilatados y pseudoparalíticos como reacción refleja. En casi el 25% de los casos se puede palpar la vesícula tensa y dolorosa, en el resto (75%) se encuentra masa indefinida como empastamiento debajo del reborde costal o hepático.

La maniobra de Moynihan demuestra positivo el signo de

Murphy. Por acción defensiva se fija el hemitórax derecho y el proceso vecino hacen que pueda encontrarse congestión de la base pulmonar derecha.

La ictericia de grado leve puede estar presente desde los primeros estadios de la enfermedad, acompañándola las orinas oscuras y las materias fecales decoloradas (coluria y acolia).

La causa de la ictericia es:

1. Hepatitis o colangitis concomitante.
2. Pancreatitis edematosa.
3. Compresión parcial de las vías biliares principales (colédoco) por la vesícula y el cístico distendidos e inflamados.
4. Coexistencia de cálculos en conductos hepáticos o colédoco (20 - 25%).

Laboratorio:

En cualquiera de las tres formas de colecistitis aguda se encuentran aumentados los glóbulos blancos (leucocitosis), con desviaciones hacia la izquierda o aumento de los neutrófilos, sin que el número de leucocitos guarde relación con la intensidad del proceso infeccioso.

Eritrosedimentación acelerada.
Aumento de bilirrubina directa.
Coluria y urobilinuria.

Las pruebas funcionales revelan el ataque a las células hepáticas. Si hay participación del páncreas la amilasa o lipasa en la sangre u orina, se encuentran en grados anormales (aumentadas generalmente).

Radiología

El uso de medios de contraste está prácticamente contraindicado; pero el uso de la placa vacía del abdomen, centrada so-

bre la región vesicular puede demostrarnos la presencia de cálculos radio-opacos (bilirrubinato de Ca. o bien lo que los alemanes llaman "Vesícula en Leche", llamada también Vesícula calcificada o de Porcelana).

No se conoce bien el proceso que conduce a la calcificación vesicular; Aschoff manifiesta que ciertas formas de colecistitis purulentas o necróticas, al evolucionar hacia la curación clínica, pueden llevar a la calcificación más o menos completa de la pared vesicular. También se piensa que puede ser la etapa terminal de una colecistitis crónica con bajo grado de infección (ROBB).

Otros autores suponen que en este tipo de proceso se agrega la participación de un trastorno metabólico del calcio, dependiente de una actividad anormal de las glándulas paratiroides. (SARO, 1940).

La placa radiográfica vacía puede poner de manifiesto raras veces el signo de SIMON: una cámara aérea en el fondo de la vesícula cuando su infección es dada por microorganismos anaerobios (pneumocolecisto).

Anatomía Patológica:

Se presentan como expresiones variables determinadas por la intensidad del proceso y agente causal; pero podemos agruparlas así: Colecistitis catarral.

Colecistitis purulenta: flegmonoso, ulcerosa, empiema.
Colecistitis necrosante
Colecistitis gangrenosa
Colecistitis hemorrágica aguda

Colecistitis Catarral: consiste en descamación de la mucosa asociada a congestión y exudado de la pared vesicular.

Colecistitis Purulenta: muestra las paredes gruesas, edematosas, la superficie peritoneal despulida, vascularizada y cu-

bierta de exudado purulento y fibrinoso. La mucosa enrojecida y en franca descamación.

Dilatación vascular e infiltración linfocitaria y algunas veces de microorganismos.

Es Flegmonosa: cuando su agresión es grosera, masiva, intensa.

Es Flegmono-ulcerosa: si además se agregan ulceraciones de sus paredes.

Si el cístico está obstruido por edema, exudado, cálculo o compresión externa, se acumula el pus y se convierte en empiema.

Andrews dice: que al precipitarse sales de calcio y colesterol, se forma contenido lechoso, blanco, sin contener piocitos, denominándose entonces pseudoempiema vesicular.

Colecistitis necrosante: franco edema de la pared que reduce su luz en donde se encuentra poco pus.

Colecistitis gangrenosa: se comprende que, se comprueba el esfácelo extendido en todas las paredes o bien, localizadas en áreas múltiples e irregulares.

Colecistitis Hemorrágica aguda: muy rara, sólo se han encontrado reportados pocos casos de ella. Se cree que, los cálculos encontrados en su interior al provocar las lesiones de la pared hieren vasos de ellas, de las cuales mana la sangre encontrada en su interior.

En el Hospital General de Guatemala el tema de Colecistitis Aguda en cuanto a anatomía patológica se refiere, y en plática personal con el Jefe del Departamento respectivo, corroboramos que se adopta la clasificación clásica antes anotada.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de una Colecistitis Aguda puede ser difícil de fijar, cuando no se encuentran enfermos en los cuales los antecedentes demuestren cólicos hepáticos, y la semiología de ingreso denote dolor y tumefacción en la zona vesicular; el diagnóstico es variable.

Puede y debe ser cuidadosamente diferenciado con:

Úlcera péptica perforada, aunque en ella encontramos abdomen en tabla, trastornos e historia de padecimiento doloroso y dispéptico postprandial y típica medicación casera de alcalinos (bicarbonato de sodio) y como demostrativo la radiografía del abdomen poniendo en relieve el signo de Jobert.

Con la Apendicitis aguda, y más aún en la necrótica, como lo demuestra el hecho de intervenciones quirúrgicas con diagnóstico de apéndice agudo en las cuales la exploración demostraba vesícula aguda y un apéndice normal.

Con la necrosis aguda del páncreas, en la cual el dolor es más epigástrico o periumbilical irradiado hacia la izquierda, enfermo shockeado, cianótico, hipotenso, el exceso de vómitos, la presencia de íleo paralítico, no se encuentra tan marcada la contractura abdominal y el aumento de la amilasa y lipasa sanguíneas darán el diagnóstico definitivo.

Con la Hidronefrosis aguda infectada, en la cual los antecedentes de la esfera renal, las características de la orina, la fiebre típica en agujas, el dolor más posterior irradiado hacia el abdomen y órganos genitales, y la radiografía son medidas magníficas para llegar al diagnóstico de certidumbre.

SINTOMAS

Dolor: El síntoma dolor producido en las vías biliares es determinado por la distensión de la vesícula, cístico o colédoco.

Se encontraba localizado en nuestros enfermos así:

En cinco: a nivel del hipocondrio derecho

En tres: a nivel del epigastrio.

En dos: a nivel de la fosa ilíaca derecha

En uno: a nivel del hipogastrio.

Como puede apreciarse el punto de iniciación para el dolor puede ser variable, pero se encuentra mayor porcentaje a nivel del hipocondrio derecho.

Con respecto al dolor nos dice Marcelo Royer que: "aunque pleomorfo, el dolor a nivel del hipocondrio derecho es difuso y superficial, éste toma las dermatomas comprendidas entre las raíces nerviosas X a V dorsales. Se trata de dolor referido, reflejo, de reflejos simpáticos que emergen del pedículo hepático y se dirigen al plexo solar, atravesando el ganglio semilunar y desde allí a los segmentos dorsales antes mencionados.

Al plexo solar llegan fibras del nervio frénico y por medio de él a los segmentos cervicales III - IV - V, que corresponden al hombro derecho lo cual explica la irradiación posible hacia él.

Corresponden también a estos estímulos las manifestaciones gástricas en los enfermos de las vías biliares: espasmos del píloro, eructos, hipersecreciones, determinadas por el hecho de estar el estómago comprendido en las raíces dorsales V - VI - VII - VIII y IX". El dolor se irradiaba típicamente hacia el cuadrado de Boas en cinco pacientes.

Hacia el epigastrio en un enfermo.

Hacia el mesogastrio en otro.

Hacia la fosa ilíaca derecha en otros dos de ellos.

Dos enfermos más no reportaban ninguna irradiación del dolor.

Aunque todos los enfermos presentaban dolor constante, éste no guardaba relación directa con la gravedad del proceso ni

con la intensidad del mismo, pues este carácter se mostraba así:

Dolor constante sin exacerbaciones en cuatro.

Uno presentaba dolor moderado sin exacerbarse.

El resto presentaba dolor constante con fuertes y frecuentes exacerbaciones, siendo su intensidad máxima, al punto de que estos enfermos lo calificaban de cólico insoportable, insufrible.

Náuseas y Vómitos: la náusea es, unida a los vómitos, no sólo uno de los principales síntomas que acompañan a la generalidad, sino a todas las afecciones de la cavidad abdominal, encontradas principalmente en los procesos agudos; suelen encontrarse también en los crónicos.

En la colecistitis es producida por los reflejos visceromotorios simpáticos, correspondientes a excitaciones del neumogástrico y por intermedio de él al bulbo.

En nuestros enfermos se presentó la náusea acompañada de vómitos en nueve pacientes, teniendo la característica de ser al principio alimenticios, para luego tornarse en biliosos amargos verdosos. La náusea simple se reporta en un enfermo, y en otro no aparece anotada en la historia clínica.

Phillip Thorek dice que: "La producción de estos dos síntomas tiene igual patogenia, siendo la intensidad del estímulo el que los determina así:

Distensión moderada: náusea

Distensión severa: vómito

Fiebre: a pesar de la multitud de teorías para explicar el mecanismo de la fiebre en una enfermedad infecciosa, nos dice Denning (1956): "sabemos que en el cuerpo de las bacterias existen ciertas sustancias con actividad pirógena, es decir, que producen fiebre. Ya la inyección de bacterias muertas provoca

fiebre como la observamos en la inyección de Pyrifera o con la inoculación de las vacunas.

Sin embargo el infarto del miocardio o la enfermedad séptica, nos demuestra que el organismo puede originar sustancias pirógenas aún sin la presencia de las bacterias. No sabemos por lo tanto, si la fiebre de las enfermedades infecciosas se debe al cuerpo de las bacterias o a sustancias producidas por el propio organismo". (Dennig - 1956).

Se presenta a nuestros enfermos con caracteres de fiebre continua con ligeras remitencias en seis pacientes; pero parece tener mayor aparatividad y pronóstico el síntoma calofrío seguido de fiebre que encontramos en dos de ellos, variando el registro febril de la totalidad de enfermos entre: 38° C y 39.7° C.

Anorexia: siempre acompaña a cualquier enfermedad hepática o de las vías biliares, se presenta con frecuencia en las enfermedades crónicas como la cirrosis hepática; pero en los procesos agudos o subagudos su frecuencia e intensidad son más notables. La casuística personal es de tres pacientes.

Constipación: dada como un reflejo simpático ya que el intestino está comprendido entre las raíces IX - XII dorsales, razón por la cual se encuentra influenciado en la mayoría de los casos. Al principio produce cólico y finalmente hipermotilidad e hipersecreción, pudiendo llegar a la parálisis refleja.

Reportamos un caso de diarrea líquida, abundante, y un caso como imposibilidad de expulsión de gases y materias fecales, lo que nos hace pensar en la posibilidad del cuadro obstructivo. (Vólvulus).

SIGNOS FISICOS

Temperatura: No encontramos curva típica definida para las afecciones agudas de las vías biliares; pero sí creemos asegurar que existe cierta relación entre la intensidad de la fiebre y

severidad del proceso infeccioso.

Al ingreso en el Servicio de Emergencia del Hospital General, fueron reportados como temperaturas normales cinco casos (36.6° - 37.5° C).

Reportados con temperatura oscilando entre 38° y 39.7° C cinco pacientes más.

No encontrando el reporte gráfico en uno de ellos.

El tratamiento médico instituido hace variar la fiebre así:

Permanece invariable en tres casos.

Aumenta en tres enfermos.

Disminuye en cinco de ellos.

Pulso: Sabido es que la frecuencia del pulso guarda estrecha relación entre el estado emocional y de salud del individuo. Normalmente oscila entre 78 a 80 pulsaciones por minuto, y aumenta en 10 de ellas por cada grado centígrado aproximado de fiebre. Que el control periódico del pulso es signo digno de confianza para evolución del enfermo es asunto fuera de todo comentario, y que su elevación o permanencia de frecuencia con el control de temperatura estacionario o en descenso, es de mal pronóstico o de agravación del enfermo.

La frecuencia del pulso al ingreso en el Servicio fue de:

Oscilando entre 60 - 70 en dos pacientes.

Oscilando entre 71 - 80 en dos pacientes.

Oscilando entre 81 - 90 en cuatro pacientes.

Oscilando entre 91 - 110 en dos pacientes.

No reportado en uno de ellos.

Con la medicación del tratamiento y evolución:

Aumenta en seis pacientes y disminuye en dos de ellos.

Prácticamente invariable en tres pacientes.

Ictericia: en las afecciones de las vías biliares la presencia de ictericia puede ser motivada por:

1. Hepatitis o colangitis concomitante.
2. Pancreatitis edematosa.
3. Compresión parcial de vías principales por la vesícula y cístico distendido e inflamado.
4. Hepatocolédocolitis (20 - 25%).

En nuestra serie encontramos, al momento del primer reconocimiento:

Tinte ligeramente amarillento (subictericia) en dos pacientes.

Ausente el tinte icterico en nueve pacientes.

El reconocimiento diario durante la evolución nos reporta:

Que en los dos pacientes que ingresan con subictericia este tinte se intensifica, y que de los nueve pacientes anictéricos en dos de ellos se hace aparente.

La dosificación del índice icterico, raras veces lograda en nuestro Laboratorio de Emergencia, fue determinada en cuatro oportunidades.

En un paciente cinco unidades que aumentan a 21 unidades.

En otro paciente tres unidades que aumentan a 17 unidades.

Hay otros dos pacientes con una sola determinación de 3 unidades el uno y de 8 unidades el otro.

Defensa Muscular: clásicamente se comprueba un abdomen permanentemente contracturado o provocado durante la palpación, de manera permanente como reflejo víscero-motor, con puntos de partida a nivel de la vesícula biliar y mediante las raras

dorsales VI a la X llega a los dermatomas correspondientes, en este caso son: hipocondrio derecho y parte del flanco derecho. Contractura provocada por la palpación, debida a la irritación del peritoneo vecino, indicativo de un proceso interno más avanzado.

La maniobra de Moynihan sobre el punto cístico nos demuestra positivo el signo de Murphy, típico de enfermedad de vías biliares: defensa muscular marcada, dolor que nos impide continuar a la palpación ya que el hipocondrio derecho, flanco derecho y parte del epigastrio se encuentran casi uniformemente hiperestésicos y difíciles de penetrar.

Al analizar nuestros enfermos nos encontramos que, aunque el signo de Murphy era positivo en tres cruces en todos ellos. Nueve enfermos presentaban contractura en hipocondrio derecho. En uno a nivel del flanco derecho. En uno a nivel de la fosa ilíaca derecha. En uno asociándose la contractura a nivel del hipocondrio derecho y epigastrio.

Durante la evolución se manifiesta marcado aumento en cuatro de ellos sin acusar disminución en ninguno.

Digamos desde ya que constituye uno de los tantos síntomas y signos, que determinan el acto quirúrgico de emergencia.

Masa Palpable: signo de importancia que caracteriza uno de los más notables en el diagnóstico de colecistitis aguda, determinada por la distensión de la vesícula biliar, obstruida en la mayoría de los casos por cálculos, pus, mucina y otros por el conglomerado epiploico, que tendremos más tarde ocasión de describir como formando un manto sobre la vesícula y lecho vesicular.

La encontramos manifiesta únicamente en tres enfermos. Una historia clínica nos la relata como de tamaño de un jocote (aproximadamente de 3 cms. de largo) que rápidamente aumenta de tamaño.

Otra aproximándose a una mandarina, más o menos de 6 a 7 cms. de diámetro. Tiene el mayor valor.

La última abarcando desde el reborde costal hasta las cercañas del ombligo, alargada, dura, dolorosa, tensa, desviada hacia el flanco derecho y midiendo 15 cms. de largo por 6 cms. de diámetro.

Es probable que las historias clínicas en las que no se encontraba relatada masa palpable, hayan sido producto de un error de apreciación o de reportaje, aunque no debemos olvidar la posibilidad frecuente de vesículas agudas sin su necesaria distensión.

Hepatomegalia: Rara en las colecistitis agudas, nosotros la encontramos únicamente en un enfermo; pero debemos advertir que se trataba de paciente comprendido entre el decenio 6° y 7° y que al explorarse estaba constituido por un hígado con caracteres de cirrosis.

Glóbulos Blancos: Cualquier infección general o localizada tiene como respuesta defensiva orgánica y de manera casi inmediata, el aumento de la cantidad de glóbulos blancos o leucocitos, que tratan de bloquearla y después de englobarlos destruyen a los agentes microbianos.

Cuando la infección se encuentra limitada por acción defensiva de una pared neoformada por el bloqueo del epiplón, o bien por estar limitada a la luz de una cavidad, esta leucocitosis se hace merced al aumento de los neutrófilos sobre todo, y más aún, con el progreso de la enfermedad hacia las formas más jóvenes (cayados) que en el índice de Arneith se conoce como desviación hacia la izquierda.

Creemos que la cantidad de glóbulos blancos iniciales tiene verdadera importancia pronóstica, pues aunque las nuevas investigaciones o controles de los mismos nos den cifras iguales muchas veces menores, es el aumento de la neutrofilia la que tiene

Nosotros encontramos que la cantidad global de leucocitos era:

Entre 4000 a 5000 en un paciente.

Entre 7000 a 8000 en un paciente.

Entre 8001 a 9000 en un paciente.

Entre 10000 a 11000 en dos pacientes.

Entre 11000 a 12000 en un paciente.

Entre 12000 a 13000 en dos pacientes.

Entre 13000 a 14000 en un paciente.

Entre 14000 a 15000 en un paciente.

Y un caso reportado con 23000 glóbulos blancos.

Durante la evolución la cifra de leucocitos en nuestra serie de pacientes, pese al tratamiento de antibióticos instituido: permanece prácticamente constante en dos. Aumenta en siete; y disminuye en dos enfermos.

La cifra mínima de cayados (o Stabs, como otros les llaman) fue de 3 y con un máximo de 18.

La cifra de los segmentados fue de: mínimo de 61 y máximo de 88% (cifras correspondientes a los recuentos leucocitarios dentro de los millares cuatro y diez).

Para los millares comprendidos entre diez y veintitrés:

Los cayados presentaban mínimo de 1 y máximo de 9.

Los segmentados presentaban mínimo de 70 y máximo de 89.

Es demostrativo el que los enfermos que presentaban cuadro clínico más severo, y que la operación demostró paredes necróticas o empiemas vesiculares, los recuentos eran más elevados y la neutrofilia era mayor.

La evolución de nuestros enfermos hizo variar el porcentaje de la neutrofilia de la siguiente manera:

Aumentándolo en tres pacientes.
Disminuyéndolo en seis de ellos.

Eritrosedimentación: Característica físico-química de los glóbulos rojos, al ponerlos en reposo y en condiciones favorables. Conocemos como cifras normales para este proceso:

De 0 a 15 mm. en una hora para el sexo masculino.
De 0 a 20 mm. en una hora para el sexo femenino.

Aunque cualquier infección, tanto aguda como crónica, está en capacidad de elevar estos valores, encontramos que las infecciones ginecológicas y tuberculosas los elevan selectivamente.

Desgraciadamente no podemos incluir más que cinco determinaciones, aunque hubiera sido nuestro deseo reportar uno a uno nuestros enfermos con los respectivos controles de evolución.

Un enfermo con resultado de 22 mm.
Un enfermo con 27 mm.
Un enfermo con 30 mm.
Un enfermo con 52 mm.
Un enfermo con 92 mm.

Aclaremos que cuatro de estos enfermos corresponden al sexo femenino y uno solo al masculino.

Radiografías: Aunque comentadas ya, en el capítulo de manifestaciones clínicas, en la patogenia de las enfermedades de las vías biliares (infecciones) recordemos: Que son un medio de diagnóstico excepcional y se usan más que todo como método didáctico o como método de diagnóstico diferencial.

Nuestros enfermos en discusión, fueron llevados al Departamento Radiográfico, aún con diagnóstico clínico de colecistitis aguda para investigar presencia de cálculos radioopacos (sales de calcio), pero fueron negativas a pesar de haber sombras difusas a nivel de la región hepatovesicular.

Un enfermo fue llevado para descartar el problema de niveles líquidos, ya que el diagnóstico era de obstrucción intestinal por bridas postoperatorias; la radiografía demostraba ausencia de niveles líquidos.

Dos enfermos que padecían de dolores postprandiales rítmicos con las comidas, agrios, eructos, alivio después de la ingestión alimenticia y de la administración de los alcalinos, y que presentaban dolor intenso, punzante y contractura abdominal, se diagnosticaban como probable úlcera péptica perforada, e investigando pneumoperitoneo las radiografías eran negativas para él.

Anestesia Empleada:

.....	8
chloroform - éter	2
óxido de nitrógeno - éter	1

Tipo de incisión empleada:

mediana derecha transrectal	8
mediana derecha pararectal	2
subcostal	1

Hallazgos Operatorios:

Aspecto macroscópico de la vesícula:	
estendida, aguda, necrótica y paredes gruesas	9
hinchada con proceso inflamatorio vecino	1
de tamaño y forma normal con fuertes adherencias	1

Contenido Vesicular:

pedregos y cálculos	7
sin cálculos	2
normal (bilis)	1
no reportado	1

Aspecto macroscópico de la encrucijadaCístico - Hepato - Coledociana:

normal	6
cístico muy largo	2
colédoco con paredes muy gruesas	2
colédoco dilatado	1

Exploración del Cístico y Colédoco:

normales	9
colédoco multicalculoso	1
no reportado	1

Necesidad de vaciar la vesícula previa a la colecistectomía
(Recurso de Moynihan).

Anomalías del Pedículo Hepático:

Conducto accesorio del lóbulo derecho, desembocando en el cístico
Arteria cística accesoria
Conducto hepático, desembocando en el fondo vesicular

Epiplon:

Formando manto al lecho vesicular
Formando manto a vesícula, colon y duodeno
Normales
Adherido al intestino delgado
Infiltrado de bilis

Intestino:

Normal
Distendido
Vólvulus por adherencias
Adherido a bridas postoperatorias

Cavidad Peritoneal:

Normal
Bilis libre

Operación Practicada:

Colecistectomía
Colecistectomía y apendicectomía
Colecistectomía y coledocostomía
Colecistectomía y resección intestinal
No reportada

Técnica Quirúrgica:

Colecistectomía directa 10
Colecistectomía retrógrada 1

Drenajes:

Penrose 11
Kehr 2

Diagnóstico Clínico Postoperatorio:

Empiema vesicular, litiasis vesicular 7
Colecistitis aguda gangrenosa 1
Colecistitis aguda. Empiema obstrucción intestinal 1
Colecistitis crónica calculosa. Peritonitis biliar 1
Vesícula normal. Síndrome de Berbriek 1

Estudio macroscópico de Anatomía Patológica:

Superficie equimótica, mucosa hemorrágica 1
Superficie congestionada con hemorragia de la mucosa y regiones gangrenosas de la misma 1
Superficie con fuertes adherencias 1
Superficie con adherencias fibrosas. Mucosa atrófica ... 1
Paredes gruesas, edematosas mucosas hemorrágicas 3
Superficie necrótica, paredes gruesas, mucosa necrótica, hemorrágica 2
No reportada en la historia clínica 2

Diagnóstico Histopatológico:

Colecistitis aguda gangrenosa con necrosis de todas sus estructuras 6
Colecistitis gangrenosa con litiasis 1
Vesícula histologicamente normal (se trata en realidad de vesícula anormal, pues hubo necesidad de la colecistectomía por alteración de la serosa) (síndrome de Berbriek)... 1

Colecistitis crónica, fuertemente edematizada (se trata del enfermo afecto de peritonitis biliar)

No reportados (no encontrado el reporte)

Complicaciones Postoperatorias:

Dehiscencia de la pared

Eventración

Neumonía lobar

ANESTESIA

Aunque sin contar con un equipo de anestesiólogos especializados, contamos con el profundo afán de superación y buena voluntad de nuestros compañeros de estudios, que son en la mayoría nuestros anestesiólogos, podemos afirmar que el 100% de las anestesiaciones cumplieron con su cometido y fueron el respaldo principal a la acción del cirujano.

Aunque la raquianestesia es conocida como anestesia ideal por su condición de relajante muscular potente, inmovilizar el segmento abdominal superior, ideal a la colecistectomía, no fue empleada en las intervenciones de nuestros pacientes, pues se trataba de enfermos intoxicados por el proceso infeccioso existente, el tiempo limitado que dura la acción de los anestésicos raquídeos y la operación de Emergencia que trae consigo multitud de contratiempos, los trastornos medulares reportados en nuestro hospital y por último, el problema del enfermo despierto fácil presa del factor psíquico desfavorable al difícil arte de la cirugía.

Todas las intervenciones fueron bajo la administración de éter mediante aparatos especiales para el método cerrado, previa inducción con el protóxido de nitrógeno en uno de ellos y el pentothal en dos de los mismos. Se mantuvo en todos ellos la permeabilidad de las vías aéreas por la intubación endotraqueal. Como medicación preoperatoria inmediata fueron empleados: morfina a dosis de un centigramo I.M. o subcutánea. La atropina a dosis de medio o un cuarto de miligramo I.M. y en los casos de superexcitación, la prescripción de seconal o nembutal vía oral a dosis de 0.10 grs.

INCISIONES

Aunque existe gran variedad de incisiones para la intervención a nivel de las vías biliares, creemos que cada cirujano con la habilidad personal y la experiencia del tiempo, prefiere tal o cual de ellas. Así Kirschner dice: "Preferimos la incisión en onda o zeta de Kehr, o bien las incisiones curvas siguiendo el

reborde costal a alguna distancia del mismo".

Riedel (en 1939) recomienda la paramediana pararrectal derecha, desde el apéndice xifoides hasta 3 cms. abajo del ombligo, o bien la incisión de Lennander que es la pararrectal derecha supraumbilical.

Algunos autores americanos están de acuerdo en que la incisión recomendada es la paramediana pararrectal, o paramediana transrectal y algunas veces la combinada de Mayo.

Nosotros hemos empleado las incisiones verticales en diez de nuestros pacientes y únicamente se encuentra reporte de una incisión curva subcostal. De esas diez incisiones ocho de ellas fueron separando las fibras del músculo derecho recto del abdomen (transrectales), y dos reclinando la masa muscular hacia dentro.

Todas son reportadas como de magnífica exposición o de fácil ampliación de la herida (condición especial de las incisiones verticales). La reparación fue hecha por planos separados. Tres de ellos presentan complicaciones postoperatorias, dos en forma de dehiscencia de la herida y uno de eventración.

Las dehiscencias ocurrieron al 9o. día del postoperatorio siendo necesario el cierre de la pared, que bajo anestesia de éter e intubación, se encontró el peritoneo intacto para luego cerrar por planos y dejando puntos de alambre con la aguja de Desjardín, 5 puntos en uno y 8 puntos en otro.

Estos puntos fueron retirados a los veintiún días del postoperatorio inclinándonos así al criterio de los americanos y no al de los franceses, quienes prefieren hacerlo a los dieciocho días, pues es a los veintiún días cuando la cicatrización es perfecta y no hay peligro de una nueva complicación, a más de que el material empleado es perfectamente inocuo a los tejidos. Estos dos pacientes eran tosedores crónicos, síntoma y signo agravado por la irritación broncopulmonar del éter.

Con respecto al enfermo que presentó la eventración, se trataba de persona que a los cinco días de operada, sufre delirio febril, y después de movimientos bruscos y desordenados desentrañan la complicación aducida. Hay necesidad de reintervenir reparando la herida con puntos de alambre que también fueron retirados a los veintiún días de la intervención.

Este enfermo presenta durante el acto quirúrgico del cierre de la pared, paro respiratorio que dura dos minutos y a los tres días del mismo, proceso neumónico a nivel de la base del pulmón izquierdo.

Estos enfermos fueron dados de alta en condiciones satisfactorias y el control postoperatorio comprueba los magníficos resultados obtenidos.

El resto de enfermos fueron dados de alta después de postoperatorio tranquilo, a los nueve o diez días del postoperatorio.

HALLAZGOS OPERATORIOS

El aspecto exterior de la vesícula, desde ya nos informa de su patología y gravedad de la misma, pues corre paralelamente con ella; así tenemos, que vesículas tensas, distendidas y paredes necrosadas con hemorragia en su mucosa y esfácelo en la superficie peritoneal, corresponden al cuadro denominado de EMPIEMA VESICULAR, estando formado el contenido de esas vesículas por: pus, cálculos, lodo biliar, que obstruyen el conducto cístico. La distensión antes mencionada puede variar de enfermo a enfermo; reportamos un caso en el cual era de tamaño de una manzana (6 - 7 cms.) de diámetro y otro del tamaño de un plátano (16 cms.) de largo con diámetro exterior de (7 cms.), que desde el reborde costal llegaba al ombligo.

El estudio macroscópico en sala de operaciones, califica estos casos como: vesícula aguda, tensa, necrótica, de paredes gruesas, modificaciones del espesor de la pared por procesos crónicos, en los cuales se instala el problema agudo secundariamente.

te. Hay un caso en el cual encontramos vesícula de tamaño normal, pero con fuertes adherencias del epiplón mayor a la vesícula, colon y duodeno; posteriormente se decide la colecistectomía pues la sección de esas adherencias, despullen ampliamente la superficie vesicular dejándola francamente contusionada. (Este caso fue clasificado como Síndrome de Berbriek).

Otro reporte encontramos, en el cual el proceso predominante era sugestivo de obstrucción intestinal, ya que el enfermo había sido intervenido en cuatro ocasiones anteriores con diagnóstico de OBSTRUCCION INTESTINAL, siéndole practicadas resecciones intestinales en tres oportunidades.

La presente intervención obedece a cuadro, como dijimos anteriormente obstructivo intestinal, probablemente de etiología bridas postoperatorias. La laparatomía se encarga de correr el velo del error diagnóstico y demostrar, que se trataba de COLECISTITIS AGUDA y aunque el intestino delgado estaba incluido en las bridas postoperatorias, no presentaba los caracteres macroscópicos de las obstrucciones.

El epiplón mayor, defensa mecánica natural, por bloqueo de órgano o región enferma, de la gran cavidad abdominal cumple nuevamente en la colecistitis aguda con su cometido: limitar el proceso lo más eficazmente posible.

Lo encontramos y hemos dicho de él, formar manto sobre la vesícula y lecho vesicular, o bien rodear el colon transversal en su flexura hepática o derecha y el duodeno, encontrándose ampliamente edematizado y cubierto de fibrina y exudado, que durante la exploración es liberado por disección digital debido al plano de clivaje, no difícil de encontrar en estos casos y evitar así lo agudo del escalpelo, que pudiera herir vasos o canales biliares.

Encontramos reportados con estas características epiploicas siete casos.

Hay un caso de peritonitis biliar que nos hace encontrar el epiplón libre, pero edematizado y manchado de bilis; coloración existente también en la curvatura mayor del estómago y ángulo cólico hepático, asociado a la presencia de bilis libre en la gran cavidad abdominal.

Al principio creíamos se trataba de perforación de la vesícula (coleperitoneo), o bien a la perforación de úlcera duodenal; pero la exploración y observación meticulosa nos indica su negatividad, quedándonos por aceptar únicamente, el paso por trasudado de la bilis de la vesícula a la cavidad peritoneal (peritonitis biliar).

Punto de capital importancia en la intervención de las vías biliares, es la exploración de las mismas; detalle delicado y angustioso dentro de las obligaciones del cirujano son:

¿ Hay cálculos o no?

¿ Hay cálculos o cuerpo extraño a nivel del cístico o colédoco?

¿ Existe obstrucción en ellos?

¿ Hay necesidad de drenar el colédoco? (Coledocostomía).

Los hallazgos en nuestras historias clínicas demuestran un caso con colédoco multicalculoso (alrededor de 20 cálculos) y diámetro exagerado, como es el de 30 mm. (fácilmente se introduce en él nuestro dedo pulgar), paredes francamente engrosadas, reliquia de su patología crónica, asociándose a esto un páncreas duro.

Dos exploraciones más, nos indican lumen libre, características morfológicas normales pero paredes gruesas. Se trataba de colecistitis crónicas calculosas y pacientes con antecedentes de cólicos hepáticos francos, típicos (podríamos decir que se trataba de engrosamientos, en respuesta a los traumatismos causados por

el paso de los cálculos que fueron motivo de sus cólicos).

ANOMALIAS DEL PEDICULO HEPATICO

Después del estudio que Testut hiciera sobre la mesa de autopsias y reportajes en vivo, se sabe que cualquier región u órgano o sistema orgánico, por más que su formación y desarrollo se lleve a cabo con características semejantes en el 80 ó 90%, nunca hemos dejado de encontrar y recordar el hallazgo anómalo en ellas, sin que por eso pueda calificarse de patológico, simplemente variaciones de lo normal y es en este sentido, que trataremos de analizar las encontradas en nuestros pacientes intervenidos.

Tenemos, decía, la suerte de que en tanto que nuestro grupo de enfermos en discusión es verdaderamente reducido, encontramos tres variedades del pedículo hepático; las mencionamos con el único afán de que sea nueva guía para nuestros estudiantes y cirujanos, a fin de que nuestra cirugía no se vea truncada en sus éxitos por una de ellas.

En el primer caso observamos que la dificultad no correspondía a lo que suele encontrarse en los procesos infecciosos; tratábamos de hacer colecistectomía retrógrada pero al debridar y explorar, aislar y reconocer, recurrimos a la técnica directa, pues encontramos cístico muy largo, de diámetro, posición y configuración normal, pero pocos milímetros antes de su desembocadura al hepático nos hallamos ante un canal accesorio, de dimensiones sensiblemente similares a las normales, que desde el fleo hepático y lóbulo derecho confluye al cístico.

Otra anomalía era la presencia de arteria cística accesoria. Detalle de gran importancia es la presencia de arterias císticas en posiciones viciosas, anómalas, o vasos accesorios, pues la hemostasia y resultado de la operación pueden verse malogrados por su desconocimiento. Recordemos pues, como una recomendación TRASCENDENTAL, que: antes de ligar debemos asegurarnos de la forma, procedencia, relaciones y cualidades de los vasos del pedículo hepático y de las vías biliares.

La tercera anomalía la encontramos a nivel del lóbulo derecho del hígado, pues desde él, un conducto biliar accesorio de diámetro muy similar a los hepáticos se dirige al fondo de la vesícula.

DRENAJES

El drenaje de Penrose es absoluto en toda colecistectomía, ya que los canalículos biliares accesorios podrían sin el drenaje, provocar coleperitoneo con sus complicaciones de infección peritoneal o peritonitis química irritativa.

Este drenaje debe ser colocado en la fosita de Morrison, formado por: la parte más profunda del lecho vesicular, sirviéndole de piso al polo superior del riñón derecho.

Nosotros exteriorizamos el drenaje por la misma herida o peratoria, así lo hacen muchas escuelas, aunque sacándolo por lugar diferente, dejando libre de todo cuerpo extraño la herida o peratoria, es conducta sugestiva de mejor cicatrización.

Acostumbramos cambiar la curación al tercer día y dependiendo de la cantidad de bilis que la mancha, tomar una determinación para poder o no retirarlo, así: si drena o mancha muy poco retirarlo al quinto día, si drena demasiado retirarlo al séptimo día, ya que más tarde y desde ese día los canalículos han cicatrizado.

Muchas veces, ligado a los drenajes está el éxito de la intervención sumándose al juicio y habilidad del cirujano.

Decimos estas palabras, refiriéndonos al drenaje que asienta en plenas vías biliares, intracoledociano, conocidos con los nombres de Kehr, Cathel y Maingot, estando constituidos por una T de hule generalmente (hay en comercio de plástico, de polietileno etc.) y los dos primeros por tubitos de hule y el tercero en forma de media caña.

Su empleo es el resultado de la experiencia, visión y juicio inmediato, pesando todas las posibilidades de éxito en cada enfermo de manera especial.

Recordemos de manera teórico - didáctica, diez siguientes indicaciones para el drenaje del colédoco:

1. Litiasis residual.
2. Reconstrucción de las vías biliares.
3. Presencia o historia de ictericia (obstrucción).
4. Presencia o historia de infección de las vías biliares.
5. Cuerpo extraño en el colédoco (cálculos, áscaris).
6. Colédoco dilatado (hay o hubo obstrucción).
7. Colédoco grueso (sufre o sufrido).
8. Vesícula atrófica.
9. Presencia de cálculos pequeños en cístico dilatado.
10. Pancreatitis crónica (reflejo del jugo pancreático al páncreas).

El problema es profundo, difícil y complicado, es la suma de esos factores lo que determina el empleo de la coledocostomía.

Lahey dice: En el 40% de las colecistectomías debe drenarse el colédoco, pero sólo está justificado en el 32% de las mismas.

Nosotros recurrimos a la coledocostomía en dos ocasiones, lo que nos da un porcentaje de 18.11%.

El primer caso, debido a colédoco muy dilatado, multicalculoso y proceso agudo en las vías biliares.

Se extrajeron con cucharilla 20 cálculos de dimensiones comprendidas entre 3 - 5 mm. de diámetro, lodo abundante con creciónado, y ante el problema de que la más acuciosa exploración dígito-instrumental puede dejar pasar inadvertida la presencia de cálculos intracoledocianos, se imponía el drenaje de Kehr, el más grueso posible, dándole salida por contraincisión en puña-

lada a nivel del flanco derecho.

La colangiografía seriada en el postoperatorio nos indica la permeabilidad perfecta de los hepáticos (que son en este enfermo en número de 3), colédoco y su pasaje fácil al duodeno. Aunque meses después de la operación el drenaje está colocado es debido a la imagen clásica de pancreatitis crónica.

El otro enfermo con drenaje de Kehr fue motivado por colédoco de paredes engrosadas, cálculos vesiculares con cístico dilatado y cabeza del páncreas dura, edematizada, roja.

Aunque la exploración con beniqué da negatividad de cálculos se impone el drenaje como prueba prudente del éxito quirúrgico. Aquí cumple la colangiografía con indicarnos el buen juicio antes aducido.

Estos tubos pueden permanecer en estos conductos por meses y aún años sin que ocasionen ninguna molestia siempre que estén bajo la vigilancia del cirujano.

Se acostumbra cerrar el tubo hasta el 13o. día durante una hora, ya que hasta los 12 días después de la operación se considera que ha cedido el espasmo del esfínter de Oddi.

Si es tolerada sin ninguna molestia por parte del enfermo, al 14o. día debe ser cerrada durante dos horas y si lo tolera al 15o. día se cerrará 24 horas.

Si no hay ninguna molestia de parte del enfermo puede dejarse cerrado durante todo el día y abrirse durante la noche o bien dejarlo cerrado permanentemente.

Nunca debe ser retirado antes de la tercera semana del postoperatorio ni antes de tener pruebas de colangiografía positivas: ausencia de cuerpo extraño, las dimensiones de los conductos son o han regresado a las normales, paso fácil al duodeno y si no hay existencia de fibrosis del páncreas.

En el Hospital General de Guatemala, lamentamos no contar con la ayuda verdaderamente eficaz de la colangiografía en sala de operaciones por falta de equipo especial móvil y personal necesario para ello, aunque con esto podríamos evitar la apertura de colédocos en los cuales estaría si no contraindicado por lo menos sería innecesaria; su drenaje es un recurso más en este problema.

TECNICA QUIRURGICA

Tenemos la seguridad de que en vías biliares se presentan las complicaciones y actuaciones más difíciles de la cirugía de la cavidad abdominal, debidas a anomalías, forma, posición, hábito del enfermo, estado nutricional del mismo, etc.

Se ha dicho que ningún cirujano debe efectuar colecistectomías con la técnica retrógrada, hasta no tener suficiente experiencia y conocimiento de la técnica directa y aunque sería verdaderamente ingrato no reconocer las dotes de magníficos cirujanos en nuestros Exjefes del Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala, debemos aceptar que se trata de elementos jóvenes, pujantes y en plena formación quirúrgica.

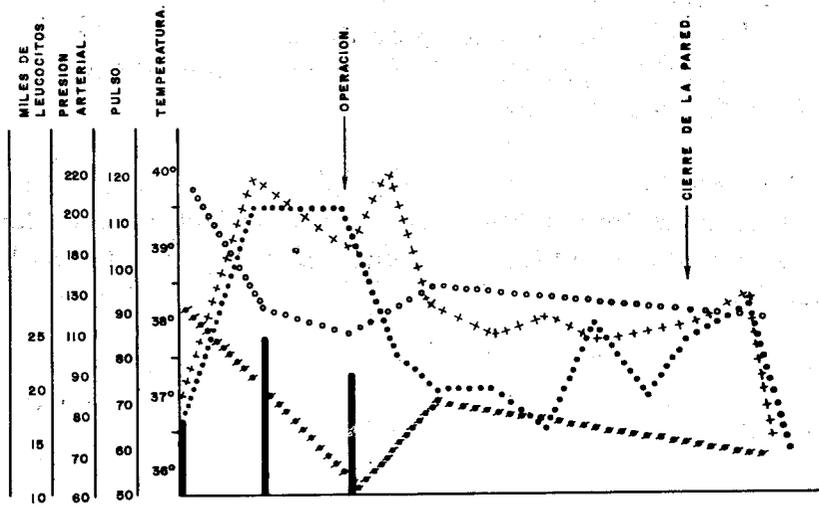
En diez de nuestros enfermos recurrimos al empleo de la técnica directa, es decir del fondo del cístico por las siguientes razones:

1. El proceso infeccioso inhibe el pedículo hepático hasta transformarlo en indivisible y prácticamente indiferenciable.
2. La posibilidad de reconocimiento de arteria cística, cístico y colédoco es mucho mayor poniéndolos tensos, al traccionar la vesícula desde su fondo, ya desprendido, con lo cual se facilita su ligadura y sección. La hemorragia del lecho vesicular, achacada a esta técnica, puede controlarse fácilmente y no inunda el campo.

Recurso que presta gran ayuda y conviene no dejarlo olvi-

dato, es la maniobra de Moynihan (Hamilton Bayley) por medio de la cual se vacía la vesícula, previniendo el derrame de material contenido sin el peligro de la contaminación peritoneal o la acción irritativa de la bilis.

Se efectúa así: un campo hendido o que tiene orificio circular en su centro permite pasar el fondo vesicular, para después puncionarlo con el trocar y luego aspirarlo y sacarlo con la cucharilla.

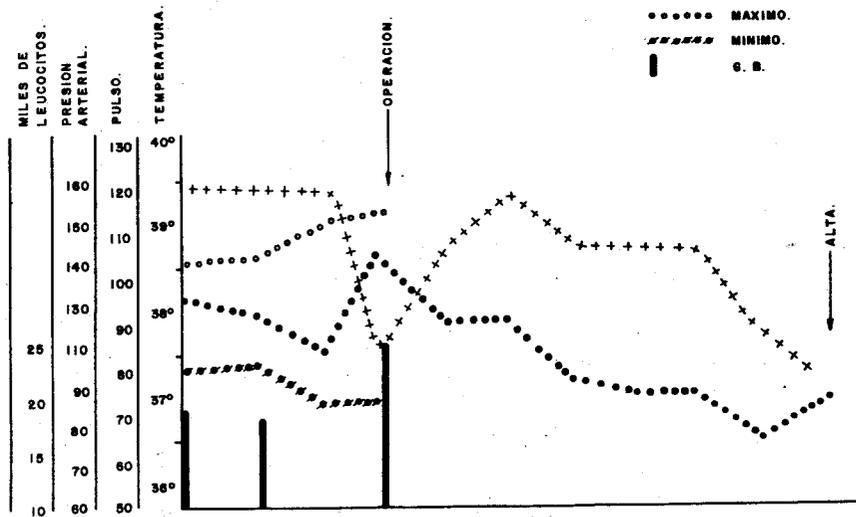


GRAFICA CONJUNTA DE ENFERMA DE 59 AÑOS
CON DIAGNOSTICO DE EMPIEMA VESICULAR Y
COMPLICACION POSTOPERATORIA DE DEHISCENCIA.

No. 1.

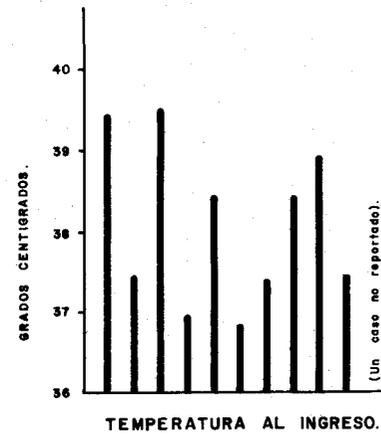
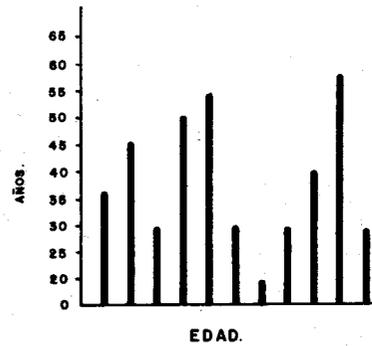
REFERENCIAS:

- TEMPERATURA.
- +++++ PULSO.
- MAXIMO.
- MINIMO.
- █ G. B.

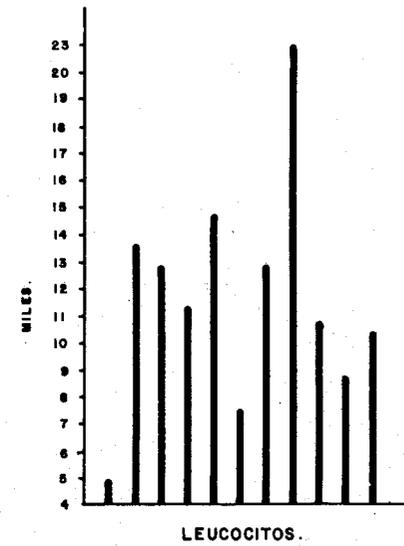
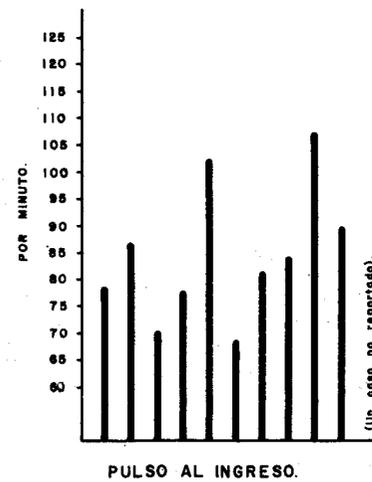


GRAFICA CONJUNTA DE ENFERMA DE 51 AÑOS
CON DIAGNOSTICO CLINICO DE EMPIEMA VESICULAR SIN COMPLICACION POSTOPERATORIA.

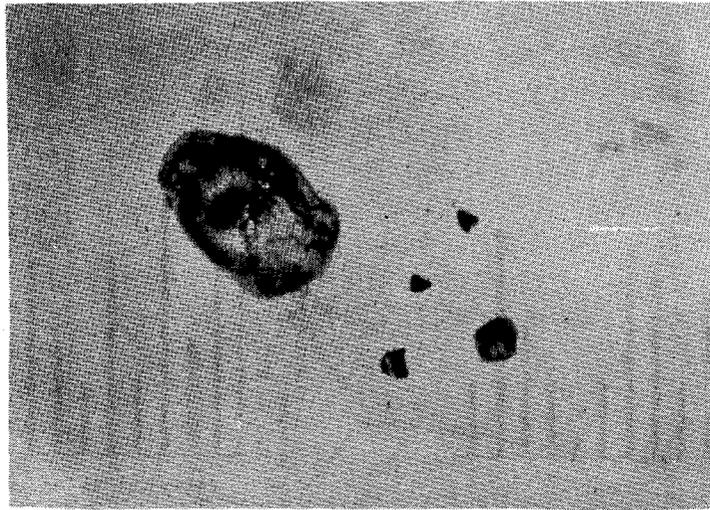
No. 2.



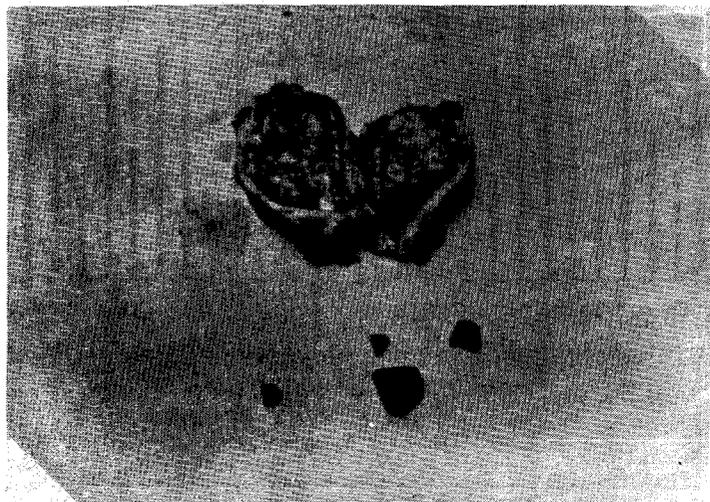
No. 3.



No. 4.



FOTOGRAFIAS QUE MUESTRAN LA PIEZA OPERATORIA DE LA ENFERMA L. G. A. DE 59 AÑOS REPRESENTADA EN LA GRAFICA No. 1.



TRATAMIENTO

Ceñido actualmente a dos tendencias:

1. Intervencionista
2. Expectante o conservadora.

Como en realidad la última no se opone a la intervención, una vez vencido el ataque agudo creemos poder decir, con más propiedad, que existe: tendencia a la operación precoz y tendencia a la operación diferida o tardía.

La primera precisa la operación dentro las 48 horas de iniciado el proceso, aduciendo en términos generales que:

1. Previene los importantes riesgos de gangrena y perforación vesicular, que producen los cuadros gravísimos de peritonitis por trasudación y de peritonitis por perforación.
2. Que los signos y síntomas no guardan estrecha relación con el grado de alteración anatomopatológica de la vesícula, ni con la evolución de la misma.
3. Que la morbilidad y mortalidad es menor que con la conducta expectante.
4. Que el problema de hepatitis, hepatosis, colangitis, que por su fusión producen abscesos hepáticos, demostrando agravación del enfermo y extensión del proceso con un pronóstico cada vez más incierto, son mucho menores.

Autores como Carter, Heuer, Maingot, Walters, son defensores de la intervención precoz y ofrecen estadísticas favorables. Permítaseme presentar el criterio quirúrgico de destacados autores, entidades, escuelas en el tratamiento del cuadro agudo:

Dr. H. Mondor (París):

Aunque no es regla, en Francia el tratamiento quirúrgico en caliente de colecistitis aguda, si lo determina de manera vital, la suma aparición o constancia, dadas por la observación de los signos y síntomas alarmantes: violencia del dolor, rápido aumento de la vesícula, calofrío inicial intenso, diarrea, oliguria, mal estado general (agravación), contractura parietal extendida, pulso muy acelerado.

Debemos estar alerta de otros síntomas que nos indiquen la gangrena vesicular: cesación brusca del dolor, diarrea, temperatura elevada, euforia, pulso más rápido aún, sin olvidarnos que toda colecistitis aguda (litiásica, tífica, colibacilar pneumocócica, gripal, etc.) supurada o gangrenada, primitiva o secundaria, puede complicarse de peritonitis biliar por propagación o por perforación.

La Clínica Lahey (Boston, E. U. A.):

En colecistitis aguda creemos que la cirugía, si el estado general del paciente lo permite, es lo ideal, si no han pasado 48 horas de iniciado el ataque, a lo cual hemos asociado baja mortalidad y morbilidad comparada con la política de expectación. Y como asuntos técnicos decimos que se prefiere la colecistectomía de fondo a cístico, que la punción y evacuación del contenido de una vesícula distendida permite mayor campo operatorio (cístico, cística, colédoco, etc.).

Unicamente cuando el estado general del enfermo es muy precario, decidimos la colecistostomía y exteriorizamos el catéter de drenaje por la parte más alta de la incisión abdominal.

Charles Clavel (Lyon, Francia):

La indicación operatoria es ecléctica, aunque con marcada tendencia intervencionista, y esta indicación será el resultado de: carácter violento del dolor, resistente al frío y morfina, la

presencia de vesícula fácilmente palpable, contractura muscular, pulso lento anormal, como lo es el de 60 por minuto, signo de gangrena en colecistitis como lo es en la apendicitis, presencia de reacción pleuro-pulmonar a nivel de la base derecha, con submatidez, egofonía pectoriloquia áfona.

Retardar la intervención será muy grave, como lo es en apéndice agudo al tercero o cuarto día, evitando las complicaciones de peritonitis biliar, complicaciones pulmonares (neumonías) flegmon de la pared, absceso subfrénico, etc.

Son muchas las escuelas y cirujanos que abogan por la colecistectomía en frío, pero hemos de hacer notar que las características inflamatorias, adherencias cólicas, duodenales, adherencias del cuello de la vesícula y manto epiploico que recubre estas estructuras, no representan dificultades de técnica quirúrgica pues el plano de clivaje es fácilmente encontrado por medio de la disección digital. No puede pues compararse con las laboriosas colecistectomías practicadas después de enfiados los procesos agudos y es esto lo que nos hace decir: LA OPERACION SERA LA REGLA, NO LA ABSTENCION.

Nosotros en plan intermedio aunque con marcado interés, nos inclinamos hacia la intervención precoz, después de la evolución entre 48 - 72 horas, siguiendo las normas defendidas por autores franceses, que si a pesar del tratamiento médico bien conducido de hidratación, reposo, antibióticos, sedantes, analgésicos, antiespasmódicos, etc.:

La fiebre aumenta.

El pulso aumenta su frecuencia.

La vesícula se distiende, o aumenta su distensión.

La contractura se manifiesta, aumenta o permanece estacionaria.

La ictericia permanece constante o aumenta.

La leucocitosis (neutrofilia) aumenta; la intervención se impone.

Esta fue la pauta seguida por nosotros y bajo ella tratare-

mos de exponer nuestros casos clínico-quirúrgicos.

Hay uniformidad en lo que respecta al tratamiento médico y dirección quirúrgica, con ligeras variaciones individuales, ya que todos los enfermos fueron tratados e intervenidos bajo la misma escuela y dirección del Dr. Ramiro García Guilloli.

Así tenemos que al momento del ingreso y previo examen clínico e historias detalladas, se hace diagnóstico de Colecistitis Aguda; se indica:

1. Reposo absoluto (físico y mental).
2. Dieta líquida (sin leche), dieta blanda (sin grasa) rica en carbohidratos o dieta absoluta, según el enfermo en particular.
3. Soluciones dextrosadas al 5% ó 10% sumando diariamente el total de 2000 a 3000 cc.
4. Vitaminoterapia a base de: vitamina K, 20 mgrs. I.M. cada 24 horas, ya que su absorción y síntesis de la protrombina son dificultadas por la ausencia de bilis en la luz intestinal. Vitamina B (complejo vitamínico B), a dosis de 2 cc. I.M. cada 24 horas. Vitamina C, 500 mgrs. cada 24 horas I.M. reduciendo la capacidad defensiva y regenerativa tisular de ésta. (Actualmente existe la tendencia a dosis masivas de Vitamina C a un gramo).
5. Antiespasmódicos del grupo de la Atropina a dosis de 1/4 de mgrs. I.M. cada 4-6 horas. Papaverina: 0.03 grs. cada 6 horas o bien Trinitrina sublingual.
6. Analgésicos potentes en caso de dolor intenso. Usamos el dolantín o demerol (meperidina) a dosis de 100 mgrs. I.M. cada 6 horas P.R.N. (el uso de la morfina está contraindicado por el espasmo que provoca en el esfínter de Oddi).
7. Bolsa de hielo sobre el hipocondrio derecho, constante.
8. Antibióticos: penicilina cristalina I.M. 100.000 unidades cada tres horas, asociándola a la estreptomocina base o dihidroestreptomocina, 0.5 grs. I.M. cada 12 horas. (No hubo necesidad del uso de los antibióticos llamados de amplio espectro, pues los reportes son magníficos y los resultados alentadores con el uso de la asociación antes indicada).

9. Control de pulso, temperatura, presión arterial, respiración y conciencia cada dos o tres horas (día y noche).
10. Control de líquidos ingeridos y excretados.
11. Investigaciones de laboratorio verdaderamente limitadas, ya que muchas veces tropezamos con barreras infranqueables.
 - a) Recuento de glóbulos rojos y hemoglobina
 - b) Hematocrito.
 - c) Recuento de glóbulos blancos y fórmula leucocitaria.
 - d) Investigación cualitativa y cuantitativa de bilirrubina sanguínea (encontrada en una ocasión).
 - e) Índice icterico: reportado o investigado en cuatro pacientes.
 - f) Glucosa, cloruros y urea, logrado en tres oportunidades.
 - g) Hematozoario de Laverán: en dos oportunidades y reportadas como negativas.
 - h) Examen de orina: tres reportados como negativos y normales.
 - i) Materias fecales: en un paciente con presencia de huevos de áscaris lumbricoides.
 - j) Una investigación de cardiolipina: negativa.
 - k) Eritrosedimentación: 5 exámenes reportados.
 - l) Examen radiográfico en cinco pacientes, con resultados negativos a nuestras investigaciones. (Fueron ya comentadas en el capítulo correspondiente al Análisis Médico de los Pacientes).

Como puede apreciarse, la ayuda del laboratorio en nuestro medio (Hospital General) es limitadísima, abandonándonos en su defecto, al recurso tan en boga y que nombramos sólo para condenarlo: del buen CRITERIO U OJO CLINICO.

Todos nuestros enfermos recibieron transfusiones de sangre completa en su período de observación o preoperatorio inmediato, variando esta cantidad entre 300 y 1000 cc., pues nuestro pueblo con su peculiar desnutrición crónica (ya tradicional), tiene en ella la ayuda necesaria de materiales nutricios, proteínas, anticuerpos, etc. y lleva el estado general a mejores condiciones, ya que las ideales raramente son alcanzadas. Como norma, no o-

perar con cifras globulares por abajo de 4000.000.

La distensión abdominal: la náusea, vómitos o ausencia de gases o materias fecales, imponen el empleo de succión continua con el aparato de Fritz siguiendo los principios de Wangesteen en 3 pacientes.

Después de evolución registrada cada cuatro u ocho horas se decide la intervención en ellos, debido a que los signos y síntomas antes dichos se presentaban así:

A. A. R. masculino de 35 años de edad: pulso, ictericia, defensa y leucocitosis aumentan, dolor constante.

A. V. P. femenino de 47 años de edad: sospecha de ruptura de víscera hueca.

J. R. H. V. masculino de 29 años de edad: sospecha de síndrome obstructivo debido a bridas postoperatorias.

A. R. D. masculino de 45 años de edad: sospecha de úlcera péptica perforada.

H. C. G. femenino de 51 años de edad: fiebre, pulso, defensa y masa aumentan.

E. P. masculino de 29 años de edad: sospecha de úlcera péptica perforada.

O. M. M. femenino de 20 años de edad: pulso, fiebre, neutrofilia, defensa aumentan, dolor permanece constante.

A. M. G. femenino de 36 años de edad: pulso, defensa, neutrofilia aumentan, dolor constante.

L. G. A. femenino de 59 años de edad: masa, neutrofilia, ictericia, fiebre aumentan, dolor constante.

T. G. de V. femenino de 26 años de edad: fiebre, pulso, ictericia y leucocitosis aumentan, dolor y defensa constante.

F. T. R. femenino de 30 años de edad: diagnóstico de colecistitis aguda pero sin determinar la historia, los signos y síntomas que deciden la intervención.

PREOPERATORIO

Las medidas tomadas desde el ingreso hasta el momento de decidir la intervención, que de manera casi uniforme recibieron los pacientes, sirve de preoperatorio mediato, siendo ordenadas nuevas indicaciones y últimas medidas que son las correspondientes al preoperatorio inmediato:

1. Lavado y rasurado de la pared abdominal e inguinal del enfermo.
2. Barbitúrico de acción rápida por vía bucal o I. M. 0.10 grs.
3. Morfina UN CENTIGRAMO I. M.
4. Atropina I. M. dosis variables entre un cuarto y medio miligramo.
5. Cateterismo vesical.
6. Compatibilidad directa y cruzada de grupos sanguíneos y factor Rh en caso necesario.

POSTOPERATORIO

Los recursos empleados en nuestros enfermos pueden dividirse en:

1. Inmediatos.
2. Mediatos o tardíos

Las medidas indicadas al terminar la intervención y que constituyen el postoperatorio inmediato, en términos generales fueron así:

1. Nada por la boca hasta que despierte y no tenga náuseas o hasta nueva orden.

2. Sentarlo al despertar.
3. Vigilancia mientras permanece dormido, la cánula de Mayo y en caso necesario aspiración de flemas.
4. Oxigenoterapia: intermitente o continua según el caso, usando catéter o máscara generalmente.
5. Morfina 0.01 grs. cada 4 horas P.R.N. I.M.
6. Vitamina C: 500 mgrs. I.M.
7. Complejo B: 2 cc. I.M.
8. Cateterismo vesical cada ocho horas si no ha orinado espontáneamente.
9. Control de pulso, presión y respiraciones cada media hora durante dos horas y luego cada cuatro horas durante el período de tres, y seis y doce horas según el estado del paciente.
10. Movilizarlo y hacerlo respirar y toser 3 ó 4 veces al día.
11. Los antibióticos preferidos fueron: penicilina cristalina 100.000 unidades cada 3-4 horas y estreptomycinina 0.5 grs. cada 12 horas.
12. Conectar succión continua (Wangesteen) practicada por sonda Levín y aparato de Fritz (pocas veces hubo necesidad de efectuarla con jeringa pues no habían aparatos suficientes).
13. La hidratación variando entre solución dextrosada al 5% y el 10%.
14. La transfusión sanguínea en caso necesario de shock, con oxígeno constante en solución alcohólica al 33% y posición de Trendelenburg.
15. Los analépticos y vasoconstrictores tuvieron empleo limitado y pocas veces relatados en los reportes.
16. Anotar la cantidad de líquidos excretados y aspirados y la cantidad de los mismos ingeridos o inyectados, para iniciar el balance hídrico según las necesidades individuales.

POSTOPERATORIO MEDIATO

Comprendiéndose desde el día siguiente al momento de ser dado de alta en el hospital.

No puede ni deben ser rutinarias y estrictas las indicacio-

nes o prescripciones, deben obligadamente responder a necesidades particulares, que a juicio del cirujano satisfagan las necesidades del intervenido:

1. Como analgésico usamos la morfina, dolantín, aspirina y pocas veces la aspirina - codeína.
2. La hidratación continua a base de soluciones dextrosadas al 5% o al 10%, e indicando solución al 5% de dextrosa en solución salina normal, cuando hay succión continua gastrointestinal. En estos casos se trata de reponer los electrolitos NaCl o agregando KCl a dosis de 2.30 grs. al día a la solución dextrosada.
3. La succión continua se indica cerrarla al 2° ó 3° día por períodos sucesivos, una hora o dos horas cada dos o cuatro horas, dejándolos tomar una onza de líquidos tibios o infusión de té, mientras permanece cerrada, y de manera empírica se retira cuando la cantidad aspirada es mucho menor de 100 cc. en 24 horas.

Respecto a la succión continua dice el Dr. Ian Aird que: "Los cierres periódicos de la sonda sin que aparezcan vómitos, sin que la distensión se sobrevenga y la evidencia de la mejora clínica a base de un tránsito intestinal restablecido, son los fundamentos para el retiro de la succión continua".

En nuestros enfermos fue retirada así:

En cuatro se retiró al segundo día.

En cuatro se retiró al tercer día.

En uno de ellos se retiró al quinto día.

4. La dieta encaminada a la normalidad pasa por tres etapas sucesivas de absoluta: cuando permanece con la succión continua para luego ser instituída la dieta blanda sin grasa, que la encontramos iniciada en:

Dos enfermos al segundo día

Dos enfermos al tercer día

Dos más al cuarto día del postoperatorio

Si la intolerancia no se presenta se prescribe la dieta libre que la encontramos reportada como iniciada en dos ocasiones, sien-

do la primera a los cuatro días y la segunda a los seis días.

5. Se continúa con la administración de antibióticos hasta que el registro gráfico del pulso y temperatura sea normal por 48 y muchas veces 72 horas continuas. Sistemáticamente si hay nuevas elevaciones febriles, no sin antes hacer evaluación del enfermo en lo que respecta a orofaringe, gripe, campos pulmonares, vías urinarias, etc., reinstituímos el empleo de los antibióticos.
(Recordemos el proceso neumónico descrito en las complicaciones y que sucedió al tercer día del postoperatorio del cierre de la pared por la eventración sufrida).
6. Se cambia la curación al tercer día del postoperatorio, vigilándose tanto la herida como la cantidad de líquido drenado por el Penrose. Luego es cambiada según las necesidades aunque preferimos no tocarlos demasiado. Por último permanecen tres días más, después de haber quitado los puntos superficiales para permitir la perfecta cicatrización de las pequeñas heridas del material de sutura.
7. Por auscultación abdominal iniciada desde el segundo día se investiga el peristaltismo intestinal y no antes de ser este positivo, colocamos la sonda rectal o usamos las enemas de limpieza. Nosotros usamos esta enema compuesta de 1000 cc. de agua simple tibia, acompañándola de 30 cc. de peróxido de hidrógeno (agua oxigenada) al tercero o cuarto día. Lo encontramos anotado en sus evoluciones respectivas en dos enfermos indicándonos que se efectuó en el tercero o cuarto día.
8. Aunque movimientos activos y pasivos son instituídos y vigilados someramente por enfermeras desde el primer día del postoperatorio, no fue sino hasta el tercer día que principiaron a caminar para hacer la marcha progresiva.
9. Los drenajes de Penrose fueron retirados en: seis enfermos al 5o. día. En uno, al séptimo día, tomando como base la secreción que manchaba la curación y que fue motivo de comentario aparte.
10. Puntos superficiales simples con hilo de algodón y separados, fueron retirados al noveno día en tres pacientes y en tres más, al décimo día.
Los puntos profundos de alambre usados para la reparación de

la pared, en los casos de dehiscencia y eventración fueron retirados a los veintidós días del postoperatorio, como lo indicamos en el comentario hecho en Complicaciones del Postoperatorio.

11. De dos enfermos en los cuales se colocaron tubos de Kehr, las pruebas de colangiografías fueron hechas a los quince días después de la operación, y luego quince después como control, efectuándose en uno de ellos pruebas posteriores cada tres o cuatro semanas, y aunque actualmente presente muy buen estado general y ninguna queja inherente a la presencia del drenaje después de once meses de llevarlo, las vías biliares permanecen permeables y disminuído su calibre, pero el colédoco continúa con su característica forma de pancreatitis fibrosa.
En el otro enfermo se efectúa el primer colangiograma a los 16 días del postoperatorio, indicando que había estrechez a nivel de la desembocadura en el duodeno, pero el control trece días después no reporta nada anormal.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

1. Hemos hecho la presentación y estudio clínico, médico, quirúrgico, indicación operatoria, anestesia, pre y postoperatorio, tratamiento y resumen estadístico de 11 casos de colecistectomía de urgencia en el Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala, durante el tiempo comprendido del 2 de Febrero de 1955 al 20 de Octubre de 1956.

2. Tropezamos con esos cuadros abdominales llamados con razón de abdomen agudo, como en los más destacados centros quirúrgicos mundiales contemporáneos.

3. La etiología del proceso está íntimamente ligada a la patología vesículo-canalicular crónica, con predominancia marcada hacia el factor litiasico vesicular.

4. El sexo femenino es el más frecuentemente afectado.

5. La medicación casera contribuye a la agravación de la enfermedad.

6. La conducta ajustada a la intervención precoz la consideramos razonable y bien acertada.

7. Las dificultades técnicas no constituyen en modo alguno, imposibilidad para la colecistectomía.

8. El cuadro es mucho más aparatoso conforme avanza hacia el empiema o gangrena vesicular.

9. La exploración y observación continuadas son factores importantísimos e indispensables en el tratamiento de Colecistitis Aguda.

10. El control periódico de pulso y temperatura son síntomas y signos determinantes de la intervención.

11. La masa vesicular, la contractura muscular sumada a la neutrofilia e ictericia, son los signos de evolución dignos de confianza para establecer el pronóstico de la enfermedad.

12. Que el hallazgo de pacientes con escasos signos y síntomas no es detalle concluyente para calificar el cuadro abdominal de simple o banal, sin la observación necesaria.

13. Que la incisión paramediana, supraumbilical, transrectal, como pararectal, con completamente satisfactorias para abordar las vías biliares.

14. Que el empleo de la asociación de penicilina cristalina y estreptomina, es suficiente para el tratamiento pre y postoperatorio.

15. Que las complicaciones postoperatorias, aunque raras, pueden presentarse pero no constituyen entidades incontrolables.

16. Que el empleo de la sutura de alambre en las reparaciones de la pared nos parece perfecto y satisfactorio, lo mismo que retirar esos puntos a los 21 días.

17. Que la mortalidad fue de 0%.

18. El porcentaje de Diagnóstico Clínico comprobado durante la intervención quirúrgica, es digno del mayor encomio y significa el buen juicio médico-quirúrgico por parte de médicos y practicantes internos, en el Servicio de Emergencia del Hospital General de Guatemala.

19. Que la creación de Laboratorios Clínicos, propios al Servicio de Emergencia, que funcionen y satisfagan ampliamente sus necesidades es urgente.

20. La formación de mayores elementos didácticos propios, como lo son: Departamento Fotográfico, Album Patológico y Museo Microfotográfico, es imperante.

21. Que el estudio posterior, el tratamiento y la conducta quirúrgica para las Colecistitis Agudas, serán los mejores juicios para la presente exposición.

Manuel Humberto Quintero Gutiérrez

Vo. Bo.

Dr. César Mishaan Pinto

Imprímase

Dr. Ernesto Alarcón
Decano

BIBLIOGRAFIA

Archivo de Cirugía del Hospital General de Guatemala

Cirugía de Urgencia. 5a. Edición. Emece 1948.
Bailey H. M.D.

Histología, 11a. Edición. López-Etchenoyen 1946
Bailey F. Dr.

Patología Médica, 3a. Edición, Ateneo 1950.
Canonico N. Abel, Dr.

Stratégie et Tactique en Chirurgie D'urgence, Masson Editeurs
1955.

Clavel Ch. Dr.

Medicina Interna, 3a. Edición, 1956.
Dennig H. Dr.

Diagnósticos Quirúrgicos, 11a. Edición, Salvat 1949.
Duplay y Asociados

Breves consideraciones sobre el Síndrome de Oclusión Intestinal,
Tesis de Graduación, Guatemala 1954.
García Guillioli Ramiro

Operaciones en la Cavidad Abdominal, 2a. Edición Labor 1954.
Kirschner M. Dr.

Anatomía Humana, 8a. Edición, Salvat 1947
Latarjet A. Testut L.

Surgical Practice, W. B. Saunders, London, Phila. 1952.
Lahey Clinic

Diagnosics Urgents Abdomen, 7eme. Edition, Masson Editeurs
1949.
Mondor H. Dr.

Operation Of General Surgery, 2nd. Edition, Saunders 1951.
Orr G. Thomas M. D.

Apendicitis Aguda en Emergencia, Tesis de Graduación, 1951.
Paz Carranza Julio Dr.

Biblioteca de Semiología, 7ma. Edición, Ateneo 1952.
Royer Marcelo Dr.

Tratado de Terapéutica Quirúrgica Especial, 2a. edición ale
na, Labor 1951.
Saegesser Max Dr.

Técnica Quirúrgica Moderna, 2a. edición, Salvat. 1953.
Thorex Max M. D.