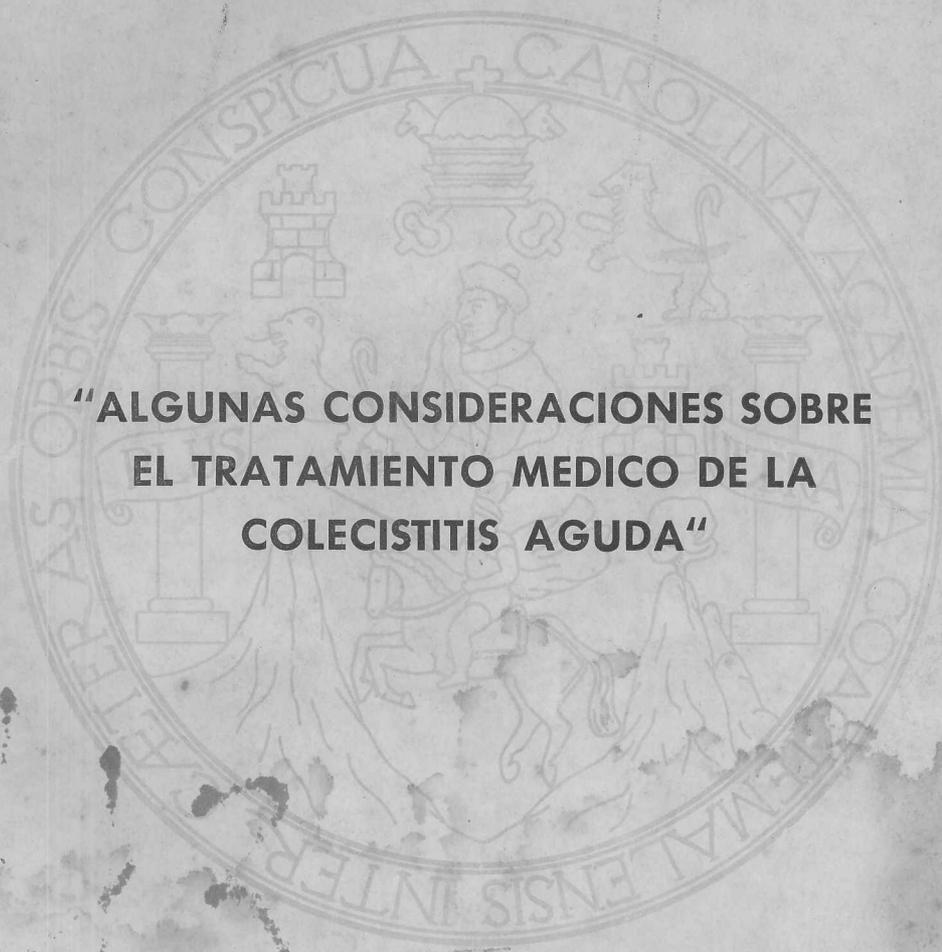


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**"ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE  
EL TRATAMIENTO MEDICO DE LA  
COLECISTITIS AGUDA"**

OSCAR ADOLFO CARAVANTES FLORES

C

1970

*PLAN DE TESIS:*

1. Introducción
2. Material y Métodos
3. Objetivos
4. Conocimientos Básicos
5. Casuística
6. Consideraciones Generales
7. Discusión
8. Conclusiones
9. Bibliografía

## INTRODUCCION

Cuando se estudia la "Colecistitis Aguda", hay en general dos maneras de manejarlas: El tratamiento Médico y el tratamiento Quirúrgico.

Habiendo, escuelas de enseñanza radicales en uno u otro sentido.

El objeto de este trabajo, es dar las normas generales del tratamiento médico, reconociendo desde un principio, que el tratamiento de la Colecistitis es Quirúrgico. Por consiguiente, nuestro tratamiento Médico, será, esencialmente como preparación para una intervención, sea ésta temprana o electiva.

## MATERIAL Y METODOS

La realización del presente trabajo se llevó a cabo revisando ochenta —80— casos clínicos de la Observación del Servicio de Emergencia del Hospital General "San Juan de Dios", consulta de literatura nacional y extranjera. La revisión de los casos clínicos, se llevó a cabo bajo los siguientes puntos básicos,

- A. Edad
- B. Sexo
- C. Síntomas
- D. Exámenes de Laboratorio
- E. Antecedentes de importancia
- F. Rayos X
- G. Tratamiento del Cuadro Agudo
- H. Evolución del Caso
- I. Paridad
- J. Oficio
- K. Raza

Entre la literatura Nacional revisada se encuentran las Tesis de Graduación de los Drs. César Solís P., "Colecistostomía" 1963. Francisco Molina, "Colecistectomía Practicada en la 5a. Cirugía de Mujeres, 305 casos" 1966, Manuel Quinteros, "Consideraciones sobre la colecistectomía de Urgencia", 1958. Guillermo Rubén Arriola, "Consideraciones sobre colecistitis aguda y su tratamiento", noviembre 1958.

## OBJETIVOS:

El estudio que ahora presentamos tiene por objeto, de contribuir al mejor conocimiento de la Patología de nuestro medio; específicamente de la colecistitis aguda.

Revisando la literatura nacional, se encontró un estudio previo, en el cual se enfoca de manera bastante acertada el cuadro clínico de la colecistitis aguda; al integrar el estudio que realizamos en la observación de la Emergencia del Hospital General, pretendemos, se complete el estudio anterior.

Tratar de que se sistematice en forma más adecuada la ayuda que representa el laboratorio y los estudios radiológicos, para una mejor evaluación y tratamiento de nuestro paciente.

Debido a las dificultades técnicas que se presentan en un encamamiento tan reducido, como es la observación de la Emergencia del Hospital General, creo que es necesario insistir sobre la necesidad que hay de crear un servicio de tratamiento intensivo, para estudiar en forma más adecuada y conveniente, a los pacientes que como en el caso de la colecistitis aguda, pueden evolucionar a complicaciones que pueden ser mortales.

## CONOCIMIENTOS BASICOS

### ANATOMIA DE VIAS BILIARES

#### *Vías Biliares intra-hepáticas:*

Tienen su origen en canalículos intralobulillares, que terminan en canalículos perilobulillares. Estos desembocan en conductos biliares más columninosos por vainas a la cápsula de Glisson acompañados de una rama de la vena porta y de la arteria hepática. Estos conductos se reúnen a nivel del hilio en dos conductos principales derecho e izquierdo, éstos dan origen al conducto hepático. (13)

#### *Vías Biliares extra-hepáticas:*

Conducto Hepático tiene una longitud de 2 a 3 cms. y un calibre de 5 mm., se dirige abajo y a la izquierda ocupando el borde libre del epiplón menor. Se relaciona por delante, con la

hoja anterior del epiplón menor por su intermedio con la cara superior de la primera porción del duodeno; por detrás con la vena porta; a la izquierda con la arteria hepática, su borde inferior corresponde a la primera lumbar. (13)

#### *Conducto Colédoco:*

Tiene una longitud de 4 a 5 cms. un calibre de 5 mm. se dirige hacia abajo atrás y a la derecha describiendo una doble curva. Se distinguen 3 porciones: A) Porción retro-duodenal corresponde por delante la primera porción del duodeno, por detrás de la vena cava inferior, a la izquierda la vena porta, la arteria gastro-duodenal y su rama duodeno-pancreática que cruza del colédoco por delante y por detrás. B) Porción retro-pancreática, se relaciona por delante, con la cabeza del páncreas por detrás, por la vena cava inferior. C) Porción intra-duodenal, esta porción terminal, de 15 mm. el colédoco está colocado encima y a la derecha del Wirsung, atraviesa la túnica muscular y mucosa del duodeno y desemboca en la carúncula mayor del intestino. (13)

#### VESICULA BILIAR:

Es un reservorio membranoso situado en la fosita cística de la cara inferior del hígado, tiene la forma de una pera, cuyo eje está dirigido oblicuamente arriba y atrás, tiene 10 cms. de longitud y 3 a 4 cms. de anchura se distinguen: A) fondo extremo anterior redondeado de la vesícula excede el borde anterior del hígado en uno a 1.5 cm. se relaciona con la pared abdominal inmediatamente por debajo del borde costal a nivel del extremo anterior de la 10a. costilla. B) El cuerpo de la vesícula algo aplanado presenta: 1) la cara superior que se relaciona con la fosa cística del hígado está unida a este órgano por una capa de tejido celular laxo que atraviesan numerosas venas cortas accesorias, la cara interior está cubierta por el peritóneo de la cara inferior y se relaciona con la segunda porción del hígado y el colon transversal. Cuello: de 2 a 4 cms. tiene la forma de un cono cuya base se continúa con el cuerpo vesicular y el vértice con el conducto cístico, forma un ángulo agudo abierto adelante y a la izquierda en el que se encuentra un ganglio, el ganglio del cuello; se relaciona por arriba con la fosita cística y por abajo la primera porción del duodeno. (13)

### Conducto Cístico:

Se extiende del cuello de la vesícula al punto de unión de los conductos hepáticos y colédoco, tiene 3 a 4 cms. y un calibre de 2.5 mm. El conducto cístico se dirige oblicuamente abajo, atrás y a la izquierda se une al conducto hepático y se abre generalmente en la cara lateral del mismo. Contenido en el Epiplón menor está situado y a la derecha de la porta. La arteria cística sigue generalmente su lado izquierdo. (13)

### FISIOLOGIA DE LA VESICULA BILIAR:

Las funciones que realizan las vías biliares extra-hepáticas, comprenden el transporte, concentración y almacenamiento de la bilis segregada por el hígado, antes de verterla en el duodeno, la bilis hepática tiene 97 o/o de agua 1 a 2 o/o de sales biliares y 1 o/o de pigmentos y ácidos grasos. Su producción se ha calculado en 40 c.c. por hora y salvo la digestión activa, todo pasa a la vesícula biliar. La pared vesical la concentra absorbiendo agua y algunas sales, reduciendo al quinto, e incluso al décimo el volumen original como aumento definitivo de la concentración.

Se cree que la salida de bilis de la vesícula es estimulada, por una hormona, la colecistocinina aumentando el tono vesicular, incrementando su presión intraluminal de 300 mm. de agua a casi 375 mm. de agua y devolviendo la bilis al colédoco. Al mismo tiempo que la vesícula se contrae al esfínter de Oddi, se relaja permitiendo sa salida de la bilis al duodeno, sin aumentar la presión del colédoco. Algunos alimentos como grasas, yema de huevo actúan como estímulo enérgico para el vaciamiento vesical. La carencia de vesícula se compensa con la dilatación de los conductos extrahepáticos.

La preparación para la colecistografía se basa en la función concentradora de la vesícula. (7).

### PATOLOGIA:

La vesícula en las primeras horas de una crisis aguda está hiperémica, adematosa y hay un rápido aumento en el grosor de sus paredes (1).

El cístico puede estar ocluído de manera que no entre bilis a través de él y que tampoco se vacíe a través del mismo hacia el colédoco. La vesícula puede estar distendida con bilis,

exudado inflamatorio o pus. Al principio la bilis de la vesícula es normal, puede diluirse con material mucoide y luego haber hemorragia. Durante una crisis aguda, el contenido puede ser estéril, pero al repetirse puede haber bacterias en la luz de la vesícula, en la pared con inflamación aguda y en los linfáticos regionales. En cualquier momento durante esta reacción inflamatoria el proceso puede ceder. Por los mecanismos de defensa natural, disminución de la virulencia del germen o por tratamiento antimicrobiano específico.

Después que ha cedido la crisis inicial la vesícula se recupera y según la cantidad de tejido destruido por la infección, la función vesicular puede quedar perturbada. La perturbación puede ser tan leve que sea asintomática, o tan grave que la vesícula ya no sea capaz de recibir o concentrar bilis.

Si cuando cece el cuadro agudo persiste la obstrucción del cístico, la vesícula puede estar distendida del líquido mucoide claro (Hidropesía vesicular) Las crisis recidivantes originan cicatriz progresiva de la vesícula con pérdida de la función (12).

### CASUISTICA:

#### RESULTADO DE —80— OCHENTA CASOS CLINICOS REVISADOS EN EL HOSPITAL GENERAL

##### Incidencia:

En un período de dos años, de junio de 1966 a junio de 1970, fueron ingresados a la observación del Hospital General 272 casos de abdomen agudo, de los cuales 80 casos fueron diagnosticados como colecistitis aguda, lo que le da un porcentaje total de 29.42 o/o.

Fueron excluídos del presente trabajo aquellos pacientes que presentaron cuadros clínicos agudos del abdomen por causas traumáticas.

Los datos porcentuales obtenidos en mi revisión son los siguientes:

## INCIDENCIA POR SEXO

	No. Casos:	o/o	Total
Femenino	65	81.25	
Masculino	15	18.75	
			<u>80 Casos</u>

## INCIDENCIA POR RAZA

	No. Casos:	o/o	Total
Ladinos	69	86.25	
Indígenas	11	13.88	
Otra	---	-----	
			<u>80 Casos</u>

Es de hacer notar que los datos obtenidos en lo que se refiere a la raza no son realmente representativos, debido a que la clasificación de indígenas o ladinos se hace generalmente tomando en cuenta el vestido y no características raciales distintivas.

## INCIDENCIA POR EDAD

	No. Casos:	o/o	Total
10 a 20	6	7.5	
21 a 30	17	21.25	
31 a 40	22	27.5	
41 a 50	18	22.5	
51 a 60	7	8.75	
61 a 70	4	5.-	
71 a 80	6	7.5	
			<u>80 Casos</u>

De los sesenta y cinco casos que se presentaron en mujeres, se sacó el porcentaje relacionándolo a la paridad.

## INCIDENCIA POR PARIDAD

	No. Casos:	o/o	Total
0 hijos	5	7.39	
1 hijo	7	10.3	
2 hijos	10	15.36	
3 hijos	10	15.36	
4 hijos	3	4.61	
5 hijos	5	7.39	
más de 5 hijos	24	36.9	
no se pudo determinar 1 caso		1.5	
			<u>65 Casos</u>

Los siguientes fueron los síntomas que con mayor frecuencia fueron referidos por los pacientes a su ingreso.

## SINTOMAS DE INGRESO:

	No. Casos	o/o
Dolor	80	100
Náusea	63	78.75
Vómitos	60	75.---
Fiebre	17	21.25
Diarrea	17	21.25

## TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS

	No. Casos:	o/o
0 a 24 horas	37	46.25
25 a 4 horas	17	21.25
49 a 72 horas	9	11.25
más de 72 horas	16	20.---
No estaba anotado	1	1.25

En el cuadro siguiente se detallan los antecedentes que con mayor frecuencia fueron referidos.

#### ANTECEDENTES:

	No. Casos:	o/o
Intolerancia a grasas	33	42.5
Dolor	34	40.5
No referidos	32	40.--
Náusea	14	17.5
Flatulencia	10	12.5
Vómitos	7	8.75
Diarrea	2	2.5
Ictericia	1	1.25
No estaba anotado	1	1.25

#### TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS ANTECEDENTES

	No. Casos:	o/o
0 a 6 meses	11	13.87
7 meses a 1 año	18	22.5
1 a 2 años	1	1.25
2 a 3 años	7	8.75
3 a 4 años	1	1.25
4 a 5 años	1	1.25
más de 5 años	7	8.75

Los hallazgos que con mayor frecuencia fueron encontrados al practicar el examen físico, en los pacientes estudiados; fueron los siguientes:

#### EXAMEN FISICO

	No. Casos:	o/o
Dolor en Hipocondrio derecho	80	100.----
Signo de Murphy	66	82.5
Defensa Muscular	44	55.----
Masa Palpable	31	38.75
Ictericia	16	20.----
Fiebre	45	56.25
Taquicardia	45	56.25

#### ESTADO GENERAL

	No. Casos:	o/o
Bueno	54	67.5
Regular	21	26.25
Malo	5	6.25

Los exámenes de Laboratorio que fueron practicados en los 80 casos revisados con un porcentaje de 100 o/o, fueron los siguientes:

#### EXAMENES LABORATORIO

	No. Casos:	o/o
Hematología	80	100.----
Pruebas Hepáticas	80	100.----
Transaminasas	80	100.----
Orina	80	100.----

En algunos casos por las características del cuadro clínico presentado se hizo necesaria la determinación de otros exámenes de Laboratorio, para ayudar a efectuar el diagnóstico correcto de la enfermedad. Por la asociación frecuente que las enfermedades de vías biliares tienen con la pancreatitis; se dosificó la amilasa en 42 casos lo que da un porcentaje de 52.5, encontrándose elevada en 19 casos para un porcentaje de 45.2. Se hicieron dosificaciones de Lipasa en 32 casos con 41.5 o/o encontrándose elevada en 2 casos, para hacer un porcentaje de 6.5 o/o.

Se dio importancia determinante en la evolución de los casos a la Leucocitosis y a la Sedimentación, las cuales fueron dosificadas en forma irregular y no en forma sistemática que es aconsejada en estos casos. Los hallazgos de leucocitosis y sedimentación al ingreso de los pacientes, se detalla a continuación.

## LEUCOCITOSIS

	No. Casos: o/o	
Menos de 5,000	1	1.25
5,000 a 9,000	30	38.75
10,000 a 14,000	32	40.---
15,000 a 20,000	15	18.75
más de 20,000	2	2.5

## VELOCIDAD DE ERITRO SEDIMENTACION

	No. Casos: o/o	
Elevada	73	91.25
Normal	7	8.75

Las pruebas hepáticas y las transaminasas fueron practicadas en todos los casos, para tener una idea de la excreción de bilis, y detectar un probable daño hepático secundario al cuadro vesicular agudo. Los hallazgos se mencionan a continuación:

## PRUEBAS HEPATICAS

	No. Casos: o/o	
Normal	66	82.5
Elevadas	14	17.5

En los casos que se encontraron elevadas, fue a expensas de la bilirrubina directa, por lo que se consideró un problema obstructivo.

## TRANSAMINASAS

	No. Casos: o/o	
Normal	74	92.5
Elevada	6	7.5

En los casos en los cuales las transaminasas estaban elevadas, se le dio muy poca importancia, debido a que ésta era mínima y que en controles posteriores, se normalizó, al igual que las Pruebas Hepáticas.

## EVOLUCION:

	No. Casos: o/o	
Favorable	80	100.---
No favorable	---	---

Los pacientes permanecieron hospitalizados por período que va, de 24 horas a un máximo de cinco días. De la observación se trasladaron para que les fuera completado su estudio y fueran sometidos según cada caso al tratamiento Quirúrgico definitivo.

De los 80 pacientes 37 rehusaron la intervención Quirúrgica, después de haber cedido el cuadro agudo, lo que corresponde al 46.25 o/o. Cuarentitres pacientes fueron intervenidos Quirúrgicamente, lo que corresponde al 53.75 o/o. El procedimiento Quirúrgico empleado fue Colectistomía, 3 pacientes de los intervenidos quirúrgicamente, se les practicó la operación en períodos de 24 a 72 horas, para un porcentaje de 6.9 o/o. Esta intervención fue practicada en base a: Aumento de la Sintomatología y elevación de la Leucocitosis y Eritro-Sedimentación.

En uno de estos pacientes se encontró absceso perivesicular, lo cual se atribuyó a una complicación de Colectistitis aguda, para un porcentaje de 1.25 o/o.

En 3 pacientes se comprobó fiebre tifoidea, por lo que se consideró la colectistitis aguda, como complicación de la enfermedad mencionada, para un 3.87 o/o.

En todos los pacientes operados, se comprobó la presencia de cálculos en las vías biliares, eso da el 53.75. Es de hacer notar que una vez en los servicios internos, fue practicado colecistograma y colangiograma en 70 de los pacientes, para un 87.5 o/o. Los hallazgos radiológicos de vesícula excluida o cálculos, en vesícula o en colédoco fueron en 65 casos, para el

92.85 o/o. En los 5 casos restantes, los hallazgos radiológicos fueron reportados normales.

De cualquier manera, aunque los hallazgos radiológicos, den un porcentaje elevado de cálculos biliares, el diagnóstico de certeza sólo puede ser hecho en los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica, lo que ya no da un porcentaje tan elevado.

El diagnóstico de Anatomía Patológica en 40 de los 43 pacientes operados fue, de colecistitis crónica calculosa, en los 3 pacientes en que la operación fue llevada a cabo de urgencia, el diagnóstico de Anatomía Patológica fue reportado como vesícula con focos de gangrena y focos de inflamación crónica.

## COLECISTITIS AGUDA

### CONSIDERACIONES GENERALES

Colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar, la cual se encuentra hiperémica y edematosa.

### ETIOLOGIA:

La colecistitis aguda muchas veces se superpone a colecistitis crónica asociada a litiasis biliar. Sin embargo, la fase aguda de la enfermedad, puede aparecer como participación primaria y desarrollarse en ausencia de cálculos, la fase aguda presenta las manifestaciones de una inflamación, o de un proceso obstructivo agudo. La crisis aguda suele ceder pero puede progresar, en cuyo caso puede originar perforaciones. Además de la vesícula, la infección casi siempre se extiende a las vías biliares, produciendo colengitis en grado variable. Cada episodio agudo, tiene por consecuencia cierto grado de lesión hepática, lo que puede demostrar por aumento ligero de las Bilirrubinas. La colecistitis aguda puede ocurrir en ausencia de cálculos en un 5 al 10 o/o de los casos publicados (6).

La colecistitis como dice Wonack es un fenómeno obstructivo, usualmente se encuentra que la causa es un cálculo adherido en la entrada de o en la vía cística (11).

Varios factores etiológicos contribuyen al cuadro agudo:

- A) Infección bacteriana proveniente del hígado, linfáticos y torrente circulatorio. (12).
- B) Según algunos autores la regurgitación de jugo pancreático tiene importancia. (12)
- C) La reacción producida por la concentración de las sales biliares en la vesícula. (12)
- D) La arteritis y la arteriolitis que se observa acompañando la enfermedad cardiovascular e hipertensiva en fase terminal es causa de isquemia a nivel de la mucosa y puede desencadenar el cuadro agudo. (6)
- E) Frecuentemente hay antecedente de infección generalizada causada por uno o muchos microorganismos, entre ellos E. Coli, salmonella, estafilococo y estreptococo, tales ejemplos de colecistitis aguda no calculosa se observa en lactantes y niños. (6)
- F) En un paciente de edad avanzada, puede desencadenarse el cuadro agudo, por una c. a. vesicular que obstruya el cístico (6).

### MANIFESTACIONES CLINICAS

Manifestaciones de la Colecistitis aguda, guardan proporción con su gravedad y en ausencia de cálculos el comienzo es menos brusco. (6) En caso de inflamación ligera, puede no haber más que indigestión, molestia moderada e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho, que aumenta por la inspiración profunda, con fiebre y malestar. (10) Cuando la inflamación es más intensa, el dolor y la hipersensibilidad son mayores y aparece espasmo muscular. Se observa dolor de rebote en el hipocondrio derecho en los casos más graves, con colecistitis supurada con inflamación peritoneal. La difusión del dolor, la hipersensibilidad y el dolor de rebote en el abdomen suelen indicar que se ha producido perforaciones o que se ha asociado a pancreatitis. (6)

La vesícula biliar puede ser palpable durante las crisis agudas aunque de ordinario es difícil de delinear por la hipersensibilidad y el espasmo muscular. (7) La Colecistitis supurada aguda es causa muchas veces de postración; la temperatura oral suele

elevarse hasta 39 o 40 gr. acompañándose de náusea y vómitos; es frecuente la distensión abdominal, con disminución o ausencia de los ruidos intestinales. Puede haber ictericia en el 25 o/o de los casos, que suele indicar obstrucción del hepático o del colédoco, en raros casos hay ictericia en ausencia de obstrucción calculosa; la cual puede resultar de edema inflamatorio de los conductos biliares extra-hepáticos o de extensión del proceso inflamatorio al hígado. (5). La crisis aguda es de ordinario leve de unas pocas horas a unos días de evolución; sin embargo en algunos casos el empiema de la vesícula puede producir dolor que dure semanas.

Durante la etapa aguda los leucocitos están elevados (12,000 a 40,000).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La localización del dolor y el antecedente de crisis previa de cólico biliar o ictericia, son útiles para distinguir la colecistitis de una úlcera: después de producirse perforación de úlcera, los signos y síntomas suelen ser idénticos, de todas maneras la presencia de gas libre en la cavidad abdominal, tiene mayores probabilidades de indicar perforación del tubo digestivo (placa simple de abdomen). (10)

La apendicitis aguda sobre todo en personas con ciego en posición alta puede plantear dificultad. La historia de comienzo con dolor abdominal, localización subsiguiente en cuadrante inferior derecho raramente más arriba suele servir para distinguir la apendicitis. La pielonefritis derecha suele simular colecistitis en cuanto a dolor; sin embargo la sensibilidad máxima suele hallarse en la ingle y este hecho, más los síntomas y signos urinarios hacen la diferenciación. El diagnóstico de pancreatitis aguda puede confirmarse midiendo la amilasa en suero o en líquido peritoneal. Recuérdese sin embargo que la obstrucción del colédoco se acompaña muchas veces de pancreatitis aguda. En todo paciente con dolor abdominal en cuadrante superior derecho hay que tomar rayos X, de tórax y electrocardiograma para excluir neumonía basal o infarto del miocardio. (10)

La posibilidad de Pancreatitis, debe esperarse, cuando un paciente bajo tratamiento desarrolla incremento del dolor abdominal y éste se hace difuso. (8)

#### COMPLICACIONES

Hay varias complicaciones de la colecistitis aguda, en las cuales puede desempeñar un papel conjunto los cálculos y la infección asociada. (6)

- A) Pancreatitis aguda y crónica
- b) Peritonitis por perforación vesicular
- c) Fístula biliar interna
- d) Colangitis y abscesos hepáticos
- e) Pileflebitis, y en raros casos trombosis de la vena hepática con endocarditis.

Las fístulas biliares internas pueden abrirse en duodeno, colon o raramente estómago. También pueden extenderse a la cavidad peritoneal, pleural o hacia afuera a través de la pared abdominal. La fístula más frecuente es: hacia el duodeno o yeyuno con salida de un cálculo, si es demasiado grande, se aleja en la luz más estrecha del intestino con cuadro de obstrucción intestinal aguda; la zona de la luz más estrecha es la del íleo. La localización más frecuente de perforación es: en la primera o segunda porción del duodeno dejando fístula residual. Si el cálculo obstruye el intestino delgado distendido, cálculo biliar en el intestino y aire en las vías biliares. (8)

Existen 3 formas de perforación de la vesícula. (10)

- a) Lenta, con formación de absceso.
- b) Busca a la cavidad Peritoneal, en Peritonitis Generalizada.
- c) Lenta, interesando alguna víscera vecina (estómago o duodeno) con formación de fístula.

#### FRECUENCIA:

La frecuencia de la colecistitis es variable, según la literatura; ya que difieren las bases del diagnóstico.

El Dr. Robbins (12) menciona que el 50 o/o de los adultos, presentan colecistitis, advierte sin embargo, que esto es en hallazgos de autopsia, incluyendo además los casos crónicos.

Aunque ocurre en todas las edades, la colecistitis se presenta con mayor frecuencia en la cuarta década de la vida (12) y ataca con frecuencia triple a las mujeres. (12)

#### Laboratorio y Rayos X:

Los hallazgos de laboratorio, presentan elevación de la leucocitosis, la que raramente pasa de 12,000; la eritrosedimentación está generalmente elevada. (6)

Puede haber aumento ligero de las bilirrubinas, esto es debido a que, en ocasiones el proceso inflamatorio alcanza el hígado o se extiende al conducto colédoco. (10)

Los Rayos X juegan papel muy importante en el diagnóstico de la enfermedad de las vías biliares.

Los cálculos biliares opacos, alcanzan el 10-15 o/o. (10)

El colecistograma aprovecha la función concentradora de la vesícula, al ingerir el medio radiopaco, éste es excretado por el hígado y concentrado en la vesícula, funcionalmente útil, la cual se hace visible a los Rayos X.

Según Harkins. (10) cuando se sigue una técnica adecuada para practicar la colecistografía, los cálculos se hacen visibles en un 55 o/o, en los demás enfermos la vesícula no concentra el medio, la vesícula que no se hace visible a los Rayos X, tiene cálculos en un 85 o/o de los casos.

#### TRATAMIENTO:

El factor más importante en el Tratamiento de la Colecistitis aguda es un diagnóstico preciso desde el principio. La historia clínica anterior, síntomas actuales indicios y descubrimientos son importantes. Una historia anterior de ataques previos de cólico biliar, dispepsia cualitativa de tipo flatulento o tal vez de fiebre tifoidea podrían indicar una enfermedad de la vesícula biliar.

Los pacientes reaccionan diferentemente al mismo proceso Patológico, sin encontrar en esto una explicación adecuada. De

ahí que no sorprende la existencia de diferentes opiniones respecto al manejo de pacientes con colecistitis aguda. Todos están de acuerdo en que el tratamiento es Quirúrgico, el problema es el tiempo de cuando debe efectuarse la operación.

Hasta el siglo presente, la forma aceptada de tratamiento ha sido el Médico; y el Quirúrgico fue aplicado sólo en la fase aguda, si la respuesta al tratamiento médico no era satisfactoria.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

El tratamiento Quirúrgico se puede hacer en las siguientes formas: A. Operación Temprana. B. Operación Tardía. C. Operación Selectiva.

*Operación Temprana*, es cuando se efectúa de 24 a 72 horas del ingreso al Hospital, los argumentos para este tipo de Cirugía son: (3)

1. La colecistitis aguda es casi siempre ocasionada (95 o/o) por cálculos.
2. La tensión de la vesícula biliar es directamente proporcional al tiempo de evolución del proceso.
3. En uno de cada cuatro pacientes la obstrucción de los conductos biliares persisten; aquí es mandataria la operación temprana, porque en el cincuenta por ciento de los casos ocurre perforación.
4. Hay que recordar que pacientes con operación abdominal anterior tienen menor protección en el área vesicular, porque el epiplón se encuentra adherido al área de la operación anterior.
5. Un cálculo grande impactado en el ámpula puede conducir a la ruptura pasando al intestino y producir íleo biliar o colangitis ascendente.
6. Si se corrige espontáneamente la obstrucción del cístico puede persistir inflamación residual y la cicatriz predispone a nuevos ataques y a dificultades técnicas si la operación se realiza posteriormente.

7. El edema que se presenta en el problema agudo, facilita la disección por producir un plano de clivaje a vascular.

*Operación Tardía:* Es cuando la intervención se lleva a cabo al desaparecer los síntomas o dos a cuatro semanas más tarde. Argumentos a favor de la operación tardía (3).

1. El edema producido por el ataque agudo puede evolucionar rápidamente a la fase de congestión vesicular y si se opera en ese momento, la disección será difícil, habrá hemorragia severa y con facilidad se pueden lesionar los conductos biliares.
2. El 50 o/o de los pacientes con cuadro agudo, presentan otra enfermedad sistemática asociada.
3. Se debe considerar seriamente el mal estado general del paciente durante la fase aguda de la colecistitis.

Argumentos en contra de la Operación Tardía (3).

1. La perforación o escape de bilis de la vesícula, puede ser sellada por epiplón y dar problemas más tarde.
2. Si la peritonitis biliar se presenta, generalmente sucede entre la fase aguda y la operación.
3. La gangrena de la vesícula biliar necesita siempre operación temprana.

*Operación Selectiva:* Es cuando el acto quirúrgico se pospone por tiempo indefinido, o sea cuando el paciente está dispuesto a ser operado.

## TRATAMIENTO MEDICO

Cuando se efectúa el diagnóstico de colecistitis aguda, el tratamiento deberá empezar en forma inmediata, esto deberá incluir reposo en la posición más confortable para el paciente, la observación periódica de los signos vitales (presión arterial, temperatura, pulso y respiración). Inicialmente se omitirá cualquier ingesta por vía oral, se empleará (colocará una sonda nasogástrica y emplear succión continua con el objeto de vaciar las secreciones del tracto gastro-intestinal y así, evitar el estímulo de las mismas sobre la contracción de la pared vesicular, esto deberá hacerse aún en ausencia de náusea o de

vómitos; deberá emplearse medicamentos para aliviar el dolor. En los casos revisados de los pacientes de la Observación del Hospital General se empleó la asociación de: *Paáverina*, la cual fue empleada en dosis de 400 a 500 mlgr. por vía endovenosa en solución dextrosada al 5 o/o, y luego 100 miligramos (una ampolla) por vía endovenosa cada 6 horas. Es conocida la acción relajante que la *papaverina* tiene sobre la musculatura lisa, lo cual se traduce por una disminución de la presión de las vías biliares por relajación a nivel del esfínter de Oddi. (9)

En algunos casos se empleó *Meperidina* (*Demerol*), el cual al igual que el anterior es un potente antiespasmódico; las dosis oscilaron entre 50 y 100 miligramos dependiendo de la severidad del cuadro, se puede afirmar que el tratamiento analgésico empleado en nuestros casos revisados fue efectivo en un 100 o/o.

Algunos autores mencionan el uso de *Nitro-glicerina* en tabletas sublinguales, en dosis de 0.5 miligramos asociados a sulfato de morfina en dosis de 10 a 15 miligramos, haciendo énfasis en que la morfina sola no es el medicamento indicado por los espasmos que produce a nivel del esfínter de Oddi, de aquel que la asocien *anitroglicerina* para relajar dicho esfínter, pues es conocida su acción relajante sobre la musculatura lisa. (4)

Dichos autores hacen énfasis en que el alivio de dolor no es tan dramático cuando se emplea *meperidina* o *papaverina*, como con el uso combinado de morfina y *nitroglicerina*; han empleado *brumuro de Propentileno* (*Probathine*) en dosificación de 10 a 20 mlgr. intra muscular cada 46 horas en un intento de alcanzar una menor relajación de los músculos lisos. (4) El uso del calor local en el abdomen además de las medidas anteriores, es a menudo provechoso.

## ANTIBIOTERAPIA

En etapa temprana sin complicaciones, los pacientes tienen cambios variables de inflamación a nivel de la vesícula biliar. Es imposible para el clínico medir si estos cambios son: por irritación Química o bacteriana. La fiebre y la leucocitosis son indicios de inflamación bacteriana, particularmente en ancianos. En vista de esto es necesario la prescripción de antibióticos, en los pacientes cuyos casos clínicos revisamos, se empleó, *A. Penicilina Cristalina*, en dosis de 1,000 endovenoso cada 4 horas, asociado a un antibiótico de amplio espectro que fue: *Pirrolidin*

Metil, Tetraciclina (reverin) en dosis de 375 mlgr. por vía endovenosa cada 8 horas; se ha empleado también, Estreptomina, por vía intramuscular y en dosis de 0.5 gr. cada 12 horas. Los autores revisados emplean la asociación de penicilina y estreptomina, la primera por vía intramuscular, y en dosis de 400,000 unidades cada 6 horas; y la segunda en la forma antes referida. (4)

#### *Terapia de Restitución de Fluidos:*

La restitución de fluidos y el balance hidro-electrolítico, son absolutamente necesarios durante el período que el paciente permanece con succión gástrica continua, dependiendo de la severidad y la persistencia del vómito, puede presentar una alcalosis de tipo metabólico. En la mayoría de las situaciones, ésta es relativamente moderada, y los agentes acidificadores son raramente necesarios. Debe restituirse la cantidad necesaria de fluidos, para rehidratar al paciente y compensar tanto las pérdidas insensibles como las de succión y orina, por lo que se hace necesario medir la ingesta y la excreta para poder individualizar la cantidad de líquidos que cada paciente necesita.

Deberán reponerse los electrolitos perdidos, tomando como base las estimaciones electrolíticas del suero. En los casos tratados en el Hospital General, se empleó básicamente, tres tipos de soluciones; A: Solución de dextrosa al 5 o/o, B: Solución Mixta y C: solución de Hartman.

Los autores revisados mencionan, el empleo de soluciones de glucosa hipertónica (10 o/o) y soluciones salinas fisiológicas; y en algunas ocasiones vitaminas del complejo "B" y vitamina "K", haciendo énfasis en que individualizar es obligatorio. (4)

En resumen el tratamiento Médico, consiste en:

1. Reposo absoluto.
2. Succión Gástrica continua.
3. Ninguna ingesta por vía oral.
4. Antiespasmódicos
5. Antibióticos.

En el Hospital General nosotros agregamos el empleo de anticolinérgicos como la atropina, con el objeto de disminuir las

secreciones del tracto gastro-intestinal, y tratar de disminuir aun más el estímulo sobre la vesícula.

Las publicaciones revisadas mencionan que, cuando después de 48 horas, los síntomas persisten o progresan, deberá continuarse con el tratamiento antes mencionado, haciendo el agregado de emplear una droga efectiva no sólo contra un alto espectro bacteriano, sino específicamente contra organismos coliformes. La droga que en apariencia es la más efectiva es, la Kanamicina que es efectiva contra una amplia variedad de bacterias, incluyendo los estafilococos resistentes a penicilina, coliformes, salmonella y Shigella. La droga deberá ser aplicada intramuscularmente en dosis promedio de 0.5 gr. cada 12 horas. Puede ser necesario que la dosis de la droga sea calculada sobre la base de 15 mlgr. por Kg. de peso corporal (4)

Es de hacer notar que ésta es la opinión del autor que en este caso fue revisado.

La opinión entre los médicos que tienen a su cargo el servicio de Observación de la Emergencia del Hospital General, es que: cuando los síntomas y signos persisten o progresan, así como, si después de 48 a 72 horas, hay una elevación de la leucocitosis y de la eritrosedimentación, es necesario hacer una operación de emergencia.

La colecistostomía según los autores revisados, tiene también un mayor índice de mortalidad, complicaciones y recidivas, que la colecistectomía. La explicación que ellos dan para esto es que: la colecistostomía, se usa en pacientes que en general están en malas condiciones. (8)

#### DISCUSION:

En la literatura revisada, hemos notado, que la colecistitis aguda ha sido ampliamente estudiada en todas sus características. En nuestro medio, al iniciar los análisis de la misma, hemos tropezado con obstáculos diversos, sin embargo los resultados obtenidos, creemos son de bastante interés.

Únicamente en un 53.75 o/o, fue posible establecer el diagnóstico de certeza, por medio de cortes histológicos.

Al igual que en la literatura revisada (12), se encontró que el porcentaje más alto de incidencia de la enfermedad, fue en

mujeres; de 40 a 50 años; de éstas se encontró una mayor frecuencia en las de paridad más elevada.

No es posible en nuestro medio relacionar para establecer comparaciones entre el tratamiento médico y el tratamiento Quirúrgico, puesto que, en el Hospital General se sigue una conducta conservadora. Por lo que la incidencia de recidivas y mortalidad, de los casos tratados quirúrgicamente, no se puede obtener.

En los casos revisados para nuestro trabajo la mortalidad fue del 0 o/o, haciendo énfasis en que el grupo revisado es pequeño, y no da una idea amplia de la mortalidad.

Las recidivas son más frecuentes en pacientes que reciben tratamiento médico conservador, debido a que en un 93.2 o/o, la causa de la colecistitis aguda es por cálculos, y por lo tanto persiste el obstáculo mecánico.

En el 40 o/o de los casos se encontró, una leucocitosis por arriba de 10,000 glóbulos blancos, lo cual fue el parámetro mayor, y de acuerdo a la literatura revisada (6). De acuerdo también con la literatura consultada la eritrosedimentación, se encontró elevada, en el 91.25 o/o de los casos (6).

En el 23.75 o/o de los casos encontramos una elevación considerable de la Amilisa, lo que es índice de la asociación bastante frecuente de enfermedad de vías biliares, con pancreatitis.

Los hallazgos del examen físico en los cuales el dolor, el signo de Murphy, y la defensa muscular en el cuadrante superior derecho, estuvieron presentes en la mayoría de los casos revisados, de acuerdo con los hallazgos que reporta la literatura revisada (5).

Llama la atención que en los casos revisados, el 40 o/o no refieren sintomatología previa, lo que está en desacuerdo con autores extranjeros que aunque no mencionan porcentaje de sintomatología previa, lo refieren como punto importante en el diagnóstico.

En el 38.75 de nuestros casos fue encontrada masa palpable y sensible en el cuadrante superior derecho, lo cual está de acuerdo con el Dr. Hamilton que da el 45 o/o (5) cifra ligeramente más elevada.

La mayoría de los autores revisados están en favor del tratamiento Quirúrgico, en un período de 48 a 72 horas, en nuestra discusión a pesar de que en los casos revisados, el tratamiento conservador, fue en un 100 o/o efectivo, creemos que este tipo de tratamiento, debe utilizarse para poner al paciente en condiciones óptimas para ser operado.

El 20 o/o de nuestros casos presentó ictericia de grado variable, el Dr. Hamilton (5) refiere el 25 o/o.

Es lamentable que en nuestro medio, un porcentaje tan elevado de pacientes rehusen el tratamiento definitivo, en los casos revisados este porcentaje se elevó al 46.25 o/o; estos casos con las dificultades propias de nuestro ambiente, no es posible conocer su evolución posterior.

La placa simple de Abdomen no fue practicada o al menos no está reportada en ninguno de los casos revisados, la literatura (7) menciona hallazgos de cálculos en el 10-15 de los casos.

Refieren autores revisados (10) que la colecistografía puede detectar cálculos en el 85 o/o de los casos. En nuestro medio los hallazgos de vesículas que no concentran el medio de contraste, fue el 92.5 o/o.

### CONCLUSIONES

1. La Colecistitis aguda, es una enfermedad que se presenta con bastante frecuencia en nuestro medio, de 272 casos de Abdomen Agudo que ingresaron en un Período de 2 años, de Junio de 1968 a Junio de 1970, 80 casos fueron de Colecistitis aguda, para un porcentaje de 29.41 o/o, no se incluyen las causas traumáticas de Abdomen agudo.
2. La incidencia más alta se presentó en mujeres (81.25 o/o) de éstas, la mayor frecuencia fue en el grupo de edad de 30 a 40 años (27.5 o/o) y el 36.9 o/o, en mujeres con más de 5 hijos.
3. El diagnóstico se hizo en base a: dolor, náusea, vómitos, fiebre, signo de Murphy positivo, Leucocitosis elevada y velocidad de Eritro-Sedimentación alta.
4. La complicación más frecuente fué: Pancreatitis en un 45.2 o/o, Gangrena en 2 pacientes (3.87 o/o), Perforación con absceso Peri-Vesicular, 1 caso (1.25 o/o).
5. De acuerdo con los autores extranjeros, la Etiología del proceso inflamatorio, es en el 95 o/o de los casos, debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo, en nuestro estudio, la evidencia Radiológica dió el 92.5 o/o y el 7.5 o/o sin evidencia de litiasis.
6. La Eritro-Sedimentación, la Leucocitosis, asociados con la persistencia o la desaparición de los síntomas, son un buen índice para seguir la evolución de la enfermedad.
7. El tratamiento Médico, aplicado en nuestros enfermos, fue Pre-Operatorio de urgencia en 3 casos (6.97 o/o); el Pre-Operatorio con intervención practicada de 2 a 4 semanas más tarde en 40 casos (47 o/o). El resto de casos 37 (46.25 o/o) no pudieron ser seguidos en su evolución.
8. El tratamiento Médico, debe ser utilizado como medio Pre-Operatorio, aprovechando para mejorar el diagnóstico y mejorar el estado del paciente para que pueda ser operado..
9. El tratamiento Quirúrgico de elección, cuando no es posible practicar la Colecistectomía por la condición del paciente o por dificultades Técnicas, será la Colecistostomía.

10. El tratamiento Quirúrgico precoz, la Colectomía es a nuestro criterio el tratamiento de elección, puesto que al extirpar la vesícula biliar enferma, la curación es la regla.

#### RECOMENDACIONES

1. Por los resultados de nuestro estudio, y las estadísticas extranjeras, se impone una conducta Quirúrgica más agresiva.
2. Los peligros que corren los enfermos, por retardar la operación, son múltiples (complicaciones) y especialmente en nuestro medio, dado el alto porcentaje (46.25 o/o) que al aliviarse de sus síntomas, rehusaron el tratamiento definitivo; de ahí que sea más conveniente aconsejar la intervención Quirúrgica Temprana, en lugar de esperar a que los pacientes regresen para una intervención selectiva.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, W. A. Sinopsis de Patología. Versión en español de José Monserrat. 3a. Ed. Buenos Aires, Ed. López Libreros S.R.L., 1963. pp. 567-572.
2. Arreola Batres, Guillermo. Consideraciones sobre la Colectitis y su Tratamiento. "Tesis", Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas, Nov. 1958. p.
3. Azpuru, Carlos E. Colectitis Aguda, Hospital General "San Juan de Dios", Guatemala Marzo de 1969. (Mimeografiado)
4. Bolt, Robert J. Medical treatment of cholecystitis. Moder Treatment. 5 (3): Mayo 1968. pp. 514-525
5. Bailey, Hamilton. Semiología Quirúrgica. Versión en español de E. Vendrell Torné. Barcelona, Ed. Toray S. A., 1963. pp. 540-541.
6. Gleen, Frank. Enfermedades de vesícula y Conductos Biliares. In: Benson, Paul and McDermott, Walsh, Tratado de Medicina Interna. Eds. Cecil-Loeb. Versión en español de A. Folch y Pi. Lla Ed. México. Inter Americana S. A., 1966. pp. 1034-1038.
7. Glenn, Frank. Hígado y vías biliares. IN: Davis, Loyal, Ed. Christopher. Tratado de pataología quirúrgica, versión española de A. Folch y Pi. 8a. Ed. Inter Americana S. A. 1967. pp. 645-650.
8. Glenn, Frank. Trastornos de vías biliares que requieran operación urgente. In: Hawthorne, Herbert; y Frobese, Alfred S., y Sterling, Julian A. Abdomen Agudo; lesiones de urgencia del tubo digestivo, versión española de S. Sapiña, México, Ed. Inter Americana S. A. 1969. pp. 211-218.
9. Goth, Andres. Farmacología médica, pincipios y conceptos, versión española de A. Folch y Pi. 3a. edición México, Ed. Inter Americana S. A. 1966. 368-369.
10. Harkins, Henry N., Moyer, Carl A., Rhoads, Jonathan E. y Allen, J. Garrot. Principios y práctica de cirugía, versión

española de A. Folch y Pi., J. Pérez., A. Ragasol, y J. Segura. 2a. Ed. México Ed. Inter Americana S. A. 1965. pp. 601-609.

11. Kiernan, Paul. Acute obstructive cholecystitis without cholelithiasis, The Surgical Clinics of North America. Mayo Clinic Proc. 21: pp. 945-946, August 1947.
12. Robbins, Stanley L. Tratado de patología con aplicación clínica. Versión Española de A. Folch y Pl., H. Vela T., 2a Ed. México Ed. Inter Americana S.A. 1963. pp. 755-757.
13. Rouviere, H. Compendio de Anatomía y Disección. 3a Ed. Barcelona, Ed. Salvat Editores S.A., 1969. pp. 767-772.

Vo. Bo.

Sra. Ruth R. de Amaya  
Bibliotecaria

*Br. Oscar Adolfo Caravantes Flores*

*Dr. Raúl Antonio Aldana Alonzo*  
ASESOR

*Dr. Carlos Eduardo Azpuru Pellecer*  
REVISOR

*Dr. Julio de León Méndez*  
Director de Fase III

*Dr. Carlos Alberto Bernhard*  
Secretario

Vo. Bo.

*Dr. César Augusto Vargas M.*  
Decano