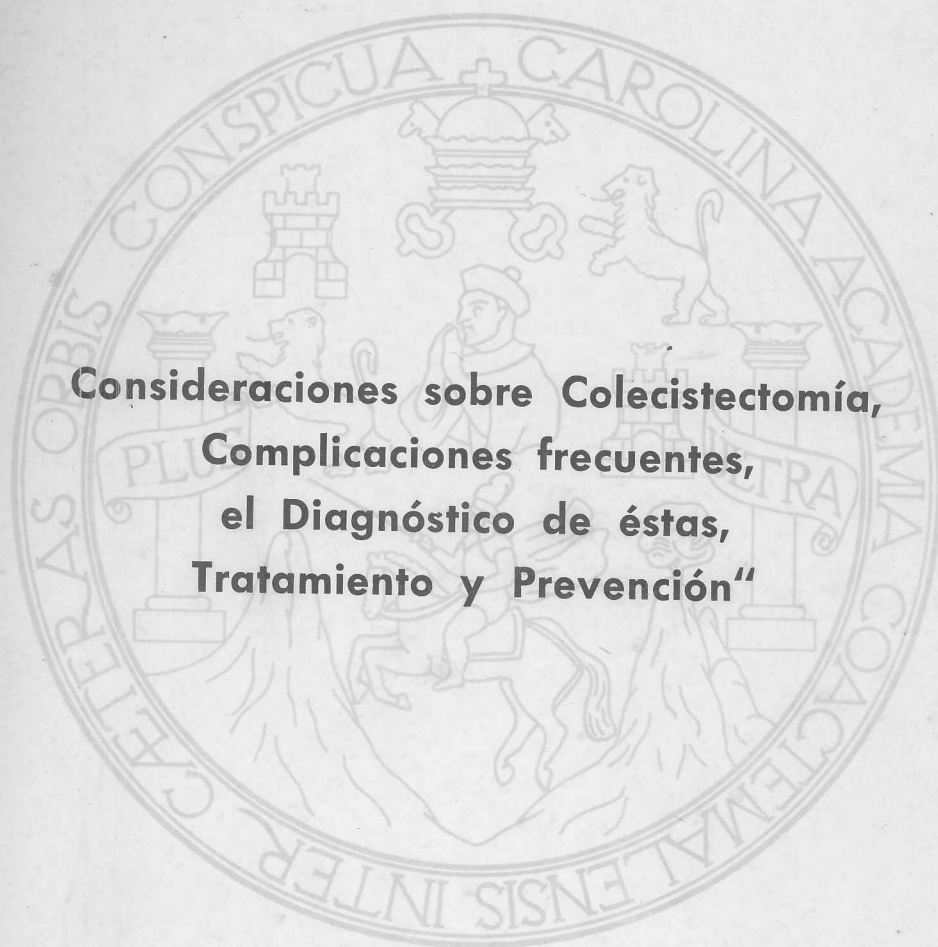


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**Consideraciones sobre Colecistectomía,
Complicaciones frecuentes,
el Diagnóstico de éstas,
Tratamiento y Prevención"**

JORGE ALBERTO HENRY LEIVA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

**CONSIDERACIONES SOBRE COLECISTECTOMIA,
COMPLICACIONES FRECUENTES,
EL DIAGNOSTICO DE ESTAS,
TRATAMIENTO Y PREVENCION"**

(Resultado de 225 Casos de Colecistectomía Practicados en el Hospital
Roosevelt Durante los Años 1966-1967)

Trabajo de Tesis Presentado

Por

JORGE ALBERTO HENRY LEIVA

Previo a Optar al Título de

MEDICO Y CIRUJANO

Asesor:

Dr. Rodolfo Macdonald

Revisor:

Dr. Rodolfo Durán

Guatemala, Junio de 1970

PLAN DE TESIS

- 1.- *INTRODUCCION*
- 2.- *MATERIAL Y METODOS*
- 3.- *RESULTADOS*
- 4.- *COMPARACION CON OTRAS ESTADISTICAS*
- 5.- *TIPO DE COMPLICACIONES MAS FRECUENTES*
- 6.- *SINTOMATOLOGIA, PREVENCION, TRATAMIENTO*
- 7.- *CONCLUSIONES*
- 8.- *BIBLIOGRAFIA*

INTRODUCCION

Al realizar hace algunos años un trabajo sobre revisión de 2000 necropsias encontré, un elevado número de pacientes con alteraciones en la vesícula biliar y colédoco; en mi paso por el hospital pude observar una serie de personas que consultan por molestias en el hipocondrio derecho supuestamente producida por alteraciones del árbol biliar; y en el tiempo que estuve en el departamento de cirugía encontré una elevada frecuencia de personas que consultan por molestias que quieren se les resuelvan por medio quirúrgico. Me vino a la mente la idea de ¿Cuán adecuado es este tratamiento, no se pone al paciente en mayor peligro al realizarlo?. Además quería saber que tipo de complicación es la que más se presenta en estos casos

Por lo tanto al realizar el presente estudio mi propósito era el de establecer una serie de datos estadísticos que me orientaran hacia cierto tipo de afección más frecuente, sus datos semiológicos más comunes que me permitieran diagnosticarlas rápidamente y emprender inmediatamente las medidas tendientes a su tratamiento precoz, evitando de esta manera pérdida de tiempo para el personal médico y de recursos al hospital y sinsabores al paciente.

Pretendía también hacer algunas consideraciones sobre la importancia que adquiere el atenerse a ciertas normas preestablecidas o rutinas de determinado hospital que el tiempo y el uso han acreditado como capitales para el éxito de la intervención.

Es indudable que la contribución de tantos cirujanos a la técnica de la colecistectomía ha logrado dejar una buena base de tratamiento reduciendo de manera adecuada y considerable el número de complicaciones que antes malograban un trabajo laborioso y muchas veces brillante.

El simple hecho de dejar tubos de drenaje en el lecho hepático cuando se efectúa la colecistectomía o la coledocostomía permitiendo la salida de las sustancias acumuladas en el área subhepática, ha acarreado un tremendo descenso de las complicaciones tardías, un esclarecimiento de la sintomatología y un tratamiento más inmediato de éstas; me viene a la mente la idea de lo difícil que debe de ser diferenciar entre una acumulación de bilis subhepática, una hemorragia, un absceso o sólo exudado; problema ahora un un poco más fácil gracias al uso de un Penrose.

El colocar una sonda nasogástrica pre-operatoria de tipo descompresivo ha disminuido la incidencia de síndromes de aspiración, la náusea y vómitos que antes perturbaban al paciente.

La movilización del paciente postoperado ha bajado la cantidad de

atelectasias y tromboflebitis. El conocimiento adecuado del funcionamiento cardiovascular, el estado renal, nutricional, electrolítico y el adecuado funcionamiento endócrino nos ha permitido dejar la cirugía en un plano más seguro para el paciente y para el cirujano.

Actualmente se observa la aparición cada vez más frecuente de artículos sobre determinadas cualidades de cierta técnica en colecistectomía, mas creo que en el campo de la cirugía de vías biliares, todo el avance, todo el descenso de la morbi-mortalidad se hará merced a una mejoría en los cuidados pre-operatorios, operatorios y en un mejor conocimiento de las complicaciones que se pueden presentar.

Creo que la parte que corresponde al cirujano no se puede tachar ya que cada vez el personal es mejor entrenado, preparado para afrontar la responsabilidad de determinada técnica quirúrgica. El resultado de esto lo tenemos aquí donde la tabulación de los datos de 225 colecistectomías nos da valores bajos de morbi-mortalidad estando la cirugía de urgencia en manos de personal en formación en nuestro centro.

MATERIAL

Se contó para la elaboración del presente trabajo con la colaboración de los departamentos de Estadística y Archivos del Hospital Roosevelt, quienes suministraron la papelería necesaria, así como con la biblioteca del mismo centro la de la Facultad de Medicina donde se revisaron las publicaciones sobre el tema; con el departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt quienes tuvieron a bien brindarme su tiempo, sus papeletas y registros operatorios y la asesoría necesaria para realizar el presente trabajo especialmente la de los Drs. Ismar Cintora, Rodolfo Macdonald y Dr. Rodolfo Durán.

Se efectuó la revisión de 225 papeletas correspondientes a igual número de operaciones practicadas durante los años 1966-67. De estas papeletas se revisaron sus datos generales, historias de admisión, registros operatorios, notas de evolución, exámenes de laboratorio, informes de rayos X y de anatomía patológica.

Se intentó recolectar una bibliografía nacional la cual consistió únicamente en los trabajos de tesis realizados con anterioridad sobre cirugía biliar. Se hizo el análisis de la literatura extranjera para obtener una idea general y tratar en algunos momentos de establecer algunos puntos comparativos.

METODO

Se efectuó la tabulación de las papeletas tomando como base los siguientes datos:

Número de registro médico

Edad del paciente.

Duración de las molestias.

Método de efectuar la colecistectomía.

Si se efectuó o no coledocostomía.

Si se exploró colédoco.

Se peritonizó el lecho vesicular.

Se dejó Penrose?

¿Se dejó Kehr?

¿Tenía rayos X previos?

¿Tenía pruebas hepáticas?

¿Tenía pruebas hematológicas?

¿Presentó fiebre en el postoperatorio?

¿Presentó hemorragia?

¿Hubo peritonitis?

¿Hubo pancreatitis?

¿Hubo distensión, náusea, vómitos, flatulencia?

¿Se efectuó cateterismo vesical?

¿Falleció algún paciente?

¿Se diagnosticó algún carcinoma?

¿Hubo absceso de pared, subhepático o subfrénico?

¿El diagnóstico de litiasis se hizo por rayos X o visual?

¿Hubo ictericia en el pre o en el postoperatorio?

¿Se presentó estenosis en el postoperatorio?

¿Se lesionó algún otro órgano intraperitoneal?

¿Hubo fístula biliar. Interna o externa?

¿Hubo algún caso de Cístico residual?

¿El tubo de Kehr se ocluyó, lujó o retuvo?

¿A los cuántos días se retiró el Penrose?

¿Hubo dehiscencia de la herida?

¿Se presentó dolor de importancia?

¿Qué resultado dió anatomía patológica?

¿Se le siguió control en el postoperatorio?

¿Cómo estaba su amilasa?

¿Cómo estaban sus transaminasas?

¿Qué operación concomitante se efectuó?

¿Qué otras complicaciones se presentaron?

RESULTADOS

Al hacer la tabulación de los datos obtenidos de las papeletas observamos lo siguiente:

- De el total de 225 pacientes 163 eran mujeres
- De el total de 225 pacientes 62 eran hombres
- La edad promedio de los pacientes fué:

0- 9 años	=	0 Casos
10-19 años	=	7 Casos

20-29 años	=	29 Casos
30-39 años	=	64 Casos
40-49 años	=	56 Casos
50-59 años	=	44 Casos
60-69 años	=	16 Casos
70-79 años	=	8 Casos
80-89 años	=	1 Caso
		total 225 Casos

- La duración de las molestias que los indujeron a consultar al hospital (náuseas, vómitos, dispepsia, intolerancia a las grasas, ictericia, etc) fué:

Agudas	=	78 Casos
Crónicas	=	178 Casos
Mixtas	=	31 Casos (crónicas agudizadas)

- De los cuadros agudos el promedio de evolución de la enfermedad fué así: La mayoría consultó en las primeras 24 horas; luego en el tercer día, quinto día y segundo respectivamente.
- De los cuadros crónicos la duración más frecuente fué la de dos años, luego los que tenían tres años, presentándose un caso de 30 años y otro fue hallazgo durante un examen rutinario.
- El tipo de incisión usado por frecuencia fué así:

Tipo Kocher derecha	=	213 Casos
Tipo Kocher izquierda	=	1 Caso
Paramediana Derecha	=	11 Casos

- El tipo de técnica para efectuar la colecistectomía aunque no hay un tipo puro ya que en la mayoría se disecciona primero el pedículo y luego la dirección dependerá de los problemas que se encuentren; sin embargo se pueden bosquejar así:

Cístico a fondo	=	21 Casos
Fondo a Cístico	=	198 Casos
Mixtas	=	6 Casos

- Se efectuó exploración del colédoco, ya manualmente, ya en forma instrumental en 174 casos de los 225; las 51 restantes no aparecen descritas en los registros operatorios.
- De estos 174 casos en 70 se efectuó coledocostomía, es decir en el 31.10/o.

- En todos los casos se dejó Penrose (por rutina del hospital).
- Se dejó tubo de Kehr en todos los casos de coledocostomía.
- Se efectuó peritonización del lecho vesicular en 113 casos es decir en 50.22o/o. En 112 casos no se peritonizó o esto no aparece descrito en el registro.
- A los rayos X efectuados: Uno, dos y en ocasiones tres tipos de estudio en un mismo paciente.
113 Fueron positivos
109 Fueron Negativos
9 No descritos.
- Se efectuaron 150 bromosulfontaleínas, se encontraron los siguientes datos:

Menos del 5o/o	-----	85 Casos
5o/o a 10o/o	-----	25 Casos
10o/o a 19o/o	-----	22 Casos
20o/o a 29o/o	-----	5 Casos
30o/o a 39o/o	-----	5 Casos
40o/o a 49o/o	-----	3 Casos
50o/o a 59o/o	-----	3 Casos
Otros o/o	-----	2 Casos

Es decir que habían datos anormales en 85 casos y 65 casos eran normales, quizás por elevación de la bilirrubina ya que el resto de las pruebas hepáticas fué normal.

- La turbidez del timol efectuada en 66 casos reportó únicamente un caso arriba de 5 unidades.
- La cefalina colesterol efectuada en 21 casos fué reportada normal en todos con valores abajo de 3 cruces.

La fosfatasa alcalina efectuada en 14 casos en tres fue normal.

3 tenían	5 U Bodansky
1 tenían	6 U Bodansky
2 tenían	7 U Bodansky
1 tenían	9 U Bodansky
2 tenían	11 U Bodansky
1 tenían	30 U Bodansky
1 tenían	32 U Bodansky

Sin embargo en todos los casos se encontraron cálculos a la exploración.

- El tipo de exámenes radiológicos y su índice de efectividad fue el siguiente:

Colecistograma oral positivos = 53 Casos
negativo = 60 Casos total 113

Colecistograma endovenoso+ = 42 Casos
negativo = 43 Casos total 85

Examen simple de abdomen+ = 10 Casos
negativo = 4 Casos total 14

Percutáneo positivos = 6 Casos
negativos = 2 Casos total 8

Pielogramas Positivo = 1 Caso total 1

Serie Gastroduodenal Positiva = 1 Caso total 1

Gran total 222

- Se diagnosticó muñón residual en 2 casos, los cuales habían sido intervenidos previamente por colecistitis aguda
- Hubo dehiscencia de la herida en 7 casos.
- Se encontraron los reportes de anatomía patológica de 195 casos; los 30 restantes no aparecieron.
- Se encontró vesícula gangrenosa en 7 casos; en un caso se encontraron huevos de áscaris. y en otro de tricocéfalos.
- Se diagnosticaron durante la operación dos carcinomas de vesícula biliar, uno gástrico, y otro sospechoso cuya biopsia no apareció.
- El tubo de Kehr se ocluyó en cuatro casos uno de los cuales no es definitivo. Se lujó posiblemente en otro. No se reportó retención de ninguno.
- Hay dolor mencionado en las papeletas en 57 casos.
- El Penrose se retiró así:

4 en el tercer día
 15 en el cuarto día
 72 en el quinto día
 64 en el sexto día
 28 en el séptimo día
 18 en el octavo día
 1 en el noveno día

Los 23 restantes supuestamente se retiraron antes del séptimo día por rutina del hospital aunque no aparecen descritos.

- Se le siguió control postoperatorio durante los primeros 15 días, un mes y seis meses en algunos casos, realizándose 171 casos con control hospitalario y el resto en clínicas particulares pues correspondía a casos semiprivados.
- Se efectuó apendicectomía profiláctica en 107 casos sin que se reportara por anatomía patológica ningún caso agudo ni se reportara complicación por haber efectuado este procedimiento.
- Reportaron ictericia previa por laboratorio en 51 casos; 6 en el post operatorio, cuatro de los cuales ya tenían antes y los dos restantes uno correspondía a una sección del hepático derecho suturada durante la operación y cuyo Kehr se obstruyó y el otro caso había sangrado durante las primeras 24 horas por el Penrose.
- En dos casos se diagnosticó estenosis del colédoco previamente y en dos se diagnosticó postoperatoria como secuela de litiasis.
- Se lesionó en un caso el hepático derecho y efectuó anastomosis terminoterminal con buen resultado.
- Se suturó una lesión producida al duodeno.
- Se reportaron cálculos al examen de 206 casos y a los rayos X se reportaron en 113 casos.
- Se cateterizaron por retención urinaria 43 pacientes.
- No hay reportado ningún caso de pancreatitis postoperatoria.
- Hubo dos casos de coleperitoneo localizado; los dos tenían colangiograma percutáneo previo.
- Se reportaron cuatro fístulas biliares externas; una correspondía a una lesión en el hepático, otras a un cístico residual con litiasis y la otra restante a litiasis residual.

- No se reportó ninguna muerte por colecistectomía.

- Hubo dos casos de abscesos subhepáticos correspondientes a dos casos de colecistitis aguda gangrenada.

Hubo posiblemente dos abscesos subfrénicos aunque no confirmados, de la pared 12 y uno dudoso.

- En 75 pacientes no se presentó fiebre así:

39 casos en el	1er. día
31 casos en el	2o. día
26 casos en el	3o. día
22 casos en el	4o. día
19 casos en el	5o. día
13 casos en el	6o. día
12 casos en el	7o. día
8 casos en el	8o. día
3 casos en el	9o. día
2 casos en el	10o. día
1 caso en el	11o. día
1 caso en el	12o. día

- El recuento de glóbulos blancos, fué reportado en la mayoría de los casos normal o ligeramente aumentado; cuando se encontró elevado había colangitis o piocolecisto.
- Se reoperaron cinco pacientes; las cinco tenían litiasis residual, dos con cístico residual.
- En un caso se dejó tubo de Kehr permanente por carcinomatosis.
- Se encontró un caso de pancreatitis focal antigua.
- Hubo dos casos de hemorragia posiblemente por hipotrombinemia que cedieron el primer día. Los dos eran casos crónicos.
- Se presentó un caso de atelectasia.
- Tres casos de bronconeumonía.
- Dos casos de hematoma de la pared.
- Hemobilia en un caso.
- Un caso de úlcera duodenal sangrante.
- Un cuadro de bilis espesa.

COMPARACION CON OTRAS ESTADISTICAS

Como la finalidad del presente trabajo no es directamente la de establecer las bondades de determinada rutina o metodología establecida en el Hospital Roosevelt y otros centros nacionales y extranjeros, no trataré de determinar la relación exacta entre una y otra patología; sólo se hará esto cuando se considere que ha de repercutir más tarde al tratar las complicaciones.

Quizás de todos los datos obtenidos anteriormente los últimos, es decir las complicaciones, son las que realmente me interesan para tener una idea general de éstas y poder así hablar con un poco de más conocimiento sobre el tema teniendo así al menos un pequeño punto de vista nacional.

Se hará no obstante un pequeño comentario sobre los otros aspectos.

Así tenemos que en la mayoría de las estadísticas es indudable el predominio del sexo femenino con un alto porcentaje, motivo el cual, no parece aún claro. La edad promedio en la cual se inician sus manifestaciones es variable pero tiene cierta tendencia a ocurrir en el tercero, cuarto y quinto decenio respectivamente de acuerdo esto con las estadísticas de Strohl (25) y un poco más por arriba de las de Espada (9) teniendo la mayoría de los casos una amplia variación de las molestias, la cual oscila desde horas a varios años, siendo mucho más frecuentes las personas que sufren molestias crónicas (2/3 partes).

El tipo de incisión que se usa en nuestro medio es el de Kocher que al parecer está exento de complicarse como herniación debido al uso de varios planos; lo usamos en un 94.16o/o de los casos, mientras que los argentinos al parecer prefieren usar la paramediana derecha transrectal en la mayoría de sus casos (8).

No se tiene ningún dato acerca de cómo efectúan el desprendimiento de la vesícula biliar de su lecho pero todos insisten en un adecuado aislamiento de el cístico y la arteria cística.

Es de suma importancia la exploración de las vías biliares por cuanto el hallazgo positivo o negativo de cálculos ha de influir sobre la mejoría de la sintomatología del paciente, pues según establecieron Wunster y Brown(32) las que presentan cálculos tienen una recuperación de su sintomatología hasta del 90o/o, mientras que en aquellas en las cuales no se descubren cálculos mejoran sólo en un 76.6o/o (Whipple 1926) y según Mackey los resultados en éstas son pobres en 36.2o/o y Glenn y Mannix dan cifras de 24o/o. Este tipo de colecistitis acalculosa es mucho más frecuente en niños(32). aunque en nuestra estadística por ser hecha en adultos no hay personas de esta edad. Sin embargo no se encontraron cálculos en 8o/o de los casos. La coledocostomía efectuada por la palpación

de cálculos en el colédoco, pequeño diámetro de éstos, colédoco dilatado o engrosado, ictericia fluctuante, etc. se efectuó en 31.1o/o de los casos y en todos se dejó drenaje en la fosita de Morrison lo cual está de acuerdo con otros autores(18).

El uso de Penrose en nuestros pacientes es sistemático mientras que en otros lugares se usa la técnica en cigarrillo o bien el uso de un sistema de tipo Hemovac (5).

Indudablemente la radiografía no nos va a dar más que un 50o/o de resultados positivos y esto en algunos de los casos usando dos o más métodos radiológicos y aún más hay que tener en cuenta que algunos de los cálculos no son radioopacos que se están haciendo procedimientos estáticos y no una evaluación funcional bajo pantalla fluoroscópica o cinerradiografía que nos permitiría un mejor diagnóstico de la patología funcional de la vesícula biliar (31). Parece en la actualidad más adecuado confiar en el diagnóstico de vesícula biliar no funcionante o excluida que en el esperar que nos indiquen litiasis.

Las pruebas de función hepática según Sheomaker (26) pueden resultar erróneas en la mayoría de los casos, y su único valor estriba en servir de base para una comparación ulterior; así la bromosulfotaleína puede ser alterada por bilirrubinemia y aún en algunas condiciones darnos un valor sumamente elevado sin ser el indicio de un daño hepático. Este autor utiliza el enturbiamiento del timol como índice de lesión por hepatitis a virus cuando los valores suben de 6 unidades, mientras que la cefalina colesterol es usada cuando sus valores suben de cuatro cruces como índice de cirrosis. La fosfatasa alcalina si sube de 5 unidades es un índice de obstrucción, mientras que si ésta baja como mal metabolismo celular. Las transaminasas son usadas cuando están arriba de 400 unidades como índice de ictericia hepatocelular y si están abajo de 300 como ictericia causada por obstrucción intrahepática.

Los reportes de muñón residual varían de un lugar a otro; en nuestra casuística se observaron 2, unidos a litiasis mientras que Espada reporta 1 en 523 casos (9).

La relación entre cálculo y cístico residual han sido establecida por Mogena y por Ripisarda (12) (22) que nos dan valores que oscilan entre 50 y 100o/o.

Nuestra casuística de síndrome postcolecistectomía es baja, ya que como estableció Mogena (12), la sintomatología varía su apareamiento entre un mes y varios años lo que no se sigue controlando en nuestro centro hospitalario. Jonkel reportó una incidencia de 5.4o/o, Mogena 56.8o/o; Stenden 46o/o

COMPLICACIONES

En toda serie estadística de cualquier tipo de intervención hay siempre una serie de complicaciones las cuales están a su vez ligadas a un conjunto de factores, los cuales son en mayor o menor grado, susceptibles de ser modificados, resultando así, una menor incidencia de trastornos.

Todo el trabajo previo, la revisión de papeletas, de literatura no perseguía más que el tratar de bosquejar estos pequeños factores para luego encuadrarlos dentro de un marco y tratar de modificarlos estableciendo una clasificación de las complicaciones, lo cual de por sí es sumamente difícil pues hay diferentes ángulos desde los que se puede enfocar el tema y ninguno de éstos nos da una visión completa, teniéndose casi siempre una vista en un solo plano.

No puedo pretender al hacer la presente, abarcar todas las complicaciones que se pueden presentar, mas bien será el tratar de enumerar las más frecuentes o las que he logrado conocer.

Podemos dividir las complicaciones así:

- 1- Preoperatorias
- 2- Operatorias
- 3- Postoperatorias.

PREOPERATORIAS:

Comprenden todo aquel grupo que se presentan desde antes o al momento de desarrollarse la colecistitis, teniendo la mayoría de éstas repercusión vital sobre la morbi-mortalidad siendo en su mayor parte las causantes de alteraciones a posteriori. La mayoría de éstas ya están bien establecidas y acompañan a muchas de las intervenciones. Tenemos entre éstas por ejemplo la edad del paciente, el tiempo de evolución de la enfermedad, el estado nutricional, el funcionamiento cardiovascular, cuadros de hipersensibilidad a las drogas, y de gran importancia todas aquellas enfermedades endócrinas que minan o alteran la homeostásis del individuo. También tenemos los cuadros básicos que son los que inducen al paciente a consultar la sala de urgencias y que ameritan un tratamiento rápido pese al riesgo que conlleva su presencia, por ejemplo: Un cuadro de coleperitoneo, colangitis, hidrocolecisto, gangrena de la vesícula, etc, que nos inducirán como ya expuse a un tratamiento desesperado no contando con todos los recursos y cuidados preoperatorios para llevar un paciente en las mejores condiciones a la sala de operaciones; conformándonos con ciertos requerimientos mínimos que no son ni serán nunca los mejores. Es en este punto donde la cirugía tiene sus mayores descalabros y donde con la adecuada corrección de éstos encontrará su mayor satisfacción.

OPERATORIAS:

Dependen tanto del cirujano como del equipo y medio donde se realiza la intervención. Es indudable que la cirugía de vías biliares es muchas veces problema para el cirujano experto y lo es aún más para el novel que tarde o temprano se ha de encontrar con variaciones anatómicas que desconoce, la experiencia al observar otros casos similares, la capacidad de aplicación de lo aprendido, su habilidad lo han de sacar de este atolladero y más aún en nuestros hospitales la supervisión de un cirujano más experto. Creo que aquí es donde la cirugía en los últimos decenios ha efectuado sus adelantos (anestesia, equipo, personal).

POSTOPERATORIAS

Este grupo que es el que nos preocupa, en cualquier centro hospitalario es la consecuencia de una valoración inadecuada del pre y el período operatorio; el punto en donde repercuten o se plasman los datos pasados por alto. No creo que haya una sola complicación pura del postoperatorio; creo que todas tienen su antecedente y que no son más que una resultante de los puntos anteriores.

Las complicaciones que se pueden presentar en este grupo se pueden clasificar así:

- I Directamente relacionadas con la operación:
 - a- Alteraciones de la Herida
 - b- Alteraciones en los vasos.
 - c- Lesiones en las vías biliares.
 - d- Alteraciones hepáticas
 - e- Lesiones pancreáticas.
 - f- Alteraciones peritoneales.
 - g- Infecciones.
- II Complicaciones colaterales:
 - 1- Pulmonares
 - 2- Cardíacas
 - 3- Renales

4- Gastrointestinales.

5- Neurológicas.

6- Hematológicas

7- Vasculares

DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA OPERACION:

- a- Alteraciones de la herida: Hematomas
Infección
Dehiscencia: Piel, fascia
peritoneo
Muñón
- b- Alteraciones de los vasos: Inadecuada identificación
mala ligadura
mala o insuficiente Hemostasia
- c- Lesiones en el arbol biliar: fístulas
lesiones a los hepáticos
lesiones al colédoco
lesiones del esfínter de Oddi
cístico residual
litiasis residual
colangitis
estrechez
lesión intrahepática
- d- Lesiones hepáticas: Cirrosis biliar
hepatitis
colangitis
fallo hepático
abscesos.
- e- Lesiones al páncreas: Pancreatitis.
- f- Lesiones peritoneales: Peritonitis biliar
Hemoperitoneo
Peritonitis bacteriana
adherencias
- g- Infecciones: Colangitis.
Absceso subfrénico.
Absceso intrahepático

septicemia
pileflebitis
peritonitis.

COMPLICACIONES COLATERALES

- 1- Pulmonares: Embolias sépticas
Atelectasia
Neumonía
Fístulas toracoabdominales
- 2-7 Cardíacas y Vasculares: Insuficiencia cardíaca
arritmias
paro cardíaco
embolismo
trombosis
tromboflebitis
- 3- Renales: Fallo renal.
Absceso perir
pielonefritis
cistitis
atonia vesical
- 4- Gastrointestinales: Ileo paralítico
dilatación gástrica aguda.
úlcera de stres.
obstrucción intestinal.
diarrea postcolecistectomía
- 5- Neurológicas: Radiculitis
Parálisis por isquemia o compresión
Neuroma del muñón.
- 6- Hematológicas: Incompatibilidad sanguínea
septicemia
anemia hemolítica.

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES. DIAGNOSTICO Y PREVENCION

HEMORRAGIA:

Puede ser causa de una serie de factores como hipoprotrombinemia, discrasia sanguínea, y la más frecuente una mala hemostasis. Su diagnóstico se hace por el dolor difuso en el hipocondrio derecho, palidez, taquicardia, hipotensión, sudoración fría, sangrado por el Penrose y una adecuada respuesta a la transfusión.

BILIORRAGIA:

Causada la más de las veces por obstrucción del colédoco por cálculos residuales, angulación, estenosis, Odditis, pancreatitis focal, sección del colédoco o hepático, sutura suelta en el muñón, canalículos biliares aberrantes, lesión al parénquima hepático, persistencia de partes de pared vesicular. También se caracteriza por dolor en hipocondrio derecho más defensa muscular, empastamiento, y los más frecuente salida de bilis abundante por el Penrose (mas de 1000 a 1500 cc. diarios). El tratamiento depende de la causa desencadenante, pero la mayoría de las veces es operatorio.

INFECCION:

Me parece que es quizás la más frecuente y es causada por la presencia de colangitis al momento de operar, de gangrena vesicular, infecciones en otras partes del cuerpo, mala antisepsia del área operatoria, del personal, del equipo. Su diagnóstico debe ser precoz al momento de encontrar un posible foco de contaminación se deben tomar cultivos. La sintomatología está producida por fiebre, taquicardia, sudoración, salida de material purulento por los drenes, estado tóxico del paciente, empastamiento del área operatoria con enrojecimiento, hipertermia. Si es subfrénico puede dar molestias cardiopulmonares. El tratamiento consiste en drenaje y un tratamiento adecuado específico de antibióticos.

LITIASIS RESIDUAL:

Puede ser producida por una falta de evaluación de la sintomatología prooperatoria, inadecuada exploración del colédoco o falta de ésta; en algunos casos ha sido producida por calcificación de materiales de sutura inabsorbibles. La sintomatología puede presentarse en el postoperatorio reciente, en el tardío o tiempo después; consiste en dolor tipo cólico, calofríos, ictericia, fiebre. Se sospecha cuando han habido cálculos pequeños o cuando se han extraído algunos del colédoco. El diagnóstico definitivo se hace por colangiografía endovenosa o directa. El tratamiento es la reintervención; en algunos lugares usan autiespasmódicos, relajantes, analgésicos. En otros usan algunos aparatos como las pinzas de Mondet.

CISTICO RESIDUAL:

Junto con el anterior forman parte de la gama de patología responsable del término "Síndrome postcolecistectomía". Puede ser producido por una mala disección del cístico al momento operatorio (por ser muy largo, corto, grueso, en cañón de escopeta, pasar detrás y a la izquierda del colédoco, por delante, o existir una bolsa de Hartman). Se diagnostica cuando su longitud pasa de 0.5 cm. Puede ser sintomático o no produce molestias de tipo cólico post prandial de grasas localizado en hipocondrio y que puede irradiar a epigastrio, dorso o escápula, produce náusea, vómitos y por acompañarse frecuentemente de cálculos da la sintomatología de éstos. El diagnóstico se hace por colangiografía y el tratamiento es quirúrgico.

FIBROSIS POSTOPERATORIA:

Resulta frecuentemente de lesión directa del colédoco con estrechez posterior, irritación por cálculos, compresión por hematomas no resorbidos, angulación por bridas, compresión por suturas, lesión con los dilatadores, infección, carcinoma. La sintomatología está casi siempre producida por la ictericia que se va acentuando paulatinamente, generalmente indolora. El diagnóstico es por colecistografía y el tratamiento es quirúrgico.

PERITONITIS BILIAR:

La causa más frecuente es una fístula biliar (lesión al colédoco, hepático, etc.) El cuadro sintomático puede ser sumamente aparatoso o instalarse gradualmente, sin embargo tiene una mortalidad sumamente elevada. Entre su sintomatología está la irritabilidad, hiperpirexia, distensión abdominal, dolor abdominal difuso, ausencia de ruidos, vómitos, náusea, taquisfigmia, arritmias, ictericia, síndrome compresivo de la cava, hipotensión severa que no responde rápidamente al paso de líquidos y esto es producido por la gran irritación y aumento de pérdida de líquido en la membrana peritoneal. El tratamiento el de una quemadura grado tres.

SINDROME POSTCOLECISTECTOMIA:

Producido por una serie de factores como: Cálculos, cístico residual sintomático, estrechez del colédoco, pancreatitis, Odditis, megacolédoco, neuroma del muñón, debe de ser diferenciado de las molestias que producen ciertos cuadros abdominales como: Ulcera gastroduodenal, nefrolitiasis, patología ginecológica, hernia vertebral, hidronefrosis, alteraciones del tono gástrico, enteropatías, hernia diafragmática, pancreatitis, coronariopatías, saturnismo porfiria, etc). Según Mogena el síndrome es el conjunto de disturbios que sufre el paciente relacionados no solo con la falta de vesícula biliar sino que por el fallo de la supresión a

largo tiempo de las molestias biliares después de la cirugía. La sintomatología es por lo tanto la persistencia de náuseas, vómitos, molestias post prandiales, dolor, intolerancia a la grasa, dispepsia, ictericia. El tratamiento es sintomatológico y si falla quirúrgico, pero siempre hay que descartar los factores antes mencionados.

ACUMULACIONES SUBHEPATICAS:

Es la serie de trastornos producidos según Glenn por la colección de sangre, bilis, linfa, exudado, etc. Este problema se ha limitado grandemente por el uso de drenajes durante los primeros tres días del postoperatorio. La sintomatología que producen está dada por la compresión que producen ejercen, el espasmo que provocan, las lesiones fibróticas que acarrearán, el secuestro del volumen sistémico que causan y el posible problema de su infección relativamente fácil.

ALTERACIONES DE LOS DRENAJES:

Las cuales pueden clasificarse en luxaciones cuando el tubo debía permanecer en determinada posición y por causas como tracción excesiva, mala fijación, etc., pierde su posición adecuada. Puede dar o no sintomatología o bien ser un descubrimiento colangiográfico o por la excesiva salida de bilis alrededor de él.

La oclusión es cuando queda bloqueada su luz; esto puede estarlo desde el principio o bien obstruirse por cálculos o angulaciones. Produce molestias como si fuese un cálculo en el colédoco. El tratamiento es limpiarlo con suero fisiológico o bien retirarlo.

La retención ocurre cuando queda fijado por un punto de material inabsorbible al colédoco, o por ser muy largo.

La mayoría de estos problemas se han eliminado usando materiales absorbibles en las suturas, poniendo sus ramas más cortas y haciéndole una incisión en V en la unión de las tres ramas del Kehr.

CONCLUSIONES

- En nuestro medio la colecistectomía es un método de reconocida seguridad, con mortalidad sumamente baja.
- La morbi-mortalidad se relaciona con determinados factores como: Edad, tiempo de evolución, enfermedades concomitantes.

- La morbi-mortalidad tiende a disminuir en todas partes gracias al adecuado tratamiento preoperatorio y al mejor conocimiento de las complicaciones que se pueden presentar en el acto operatorio o en el postoperatorio.
- La adecuada atención a ciertas técnicas operatorias establecidas en cada departamento, tienen como fruto la reducción de complicaciones.
- El uso de colangiografía preoperatoria debiera ser rutinario ya que se ha visto y comprobado que reduce enormemente las complicaciones de las vías biliares.
- Toda la reducción de las complicaciones postoperatorias tienen como base alteraciones en la conducta pre y operatoria.
- El síndrome postcolecistectomía no es una sola entidad sino que puede estar dado por múltiples cuadros patológicos que es necesario ir descartando.
- Cuando se presenta fístula biliar tanto interna como externa es de sospechar lesión severa a las vías biliares, la cual debe definirse con exactitud y recibir tratamiento adecuado rápidamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1— Arriola, Guillermo: "Consideraciones sobre colecistitis aguda y su tratamiento" Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1958.
- 2— Arroyave, Roberto: "Contribución al estudio de la colecistectomía" Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1946.
- 3— Arroyave, Roberto: "Colecistectomía" Rev. Col. Med. de Guatemala. 6 (2):126-132; Jun. 1955.
- 4— Artz, Hardy: Complicaciones en cirugía y su tratamiento". Versión española de Ramón Rodríguez de Mata. México, Ed. Interamericana, 1965 pp.540-562.
- 5— Bjorn, Thorbjarnarson and Frank Glenn: "Complicaciones de la cirugía de vías biliares" Clin. Quir. de N.A. pp. 431-447. Abril 1964.
- 6— Cafferata, H. Treat; Robert F. Stallone and Carleton y Matewson: "Acute cholecystitis in a municipal hospital". Arch. Surg. 98:435-441, Abril 1969.
- 7— Celestino, Clemente and Bruno Manno: "Suction drainage of the subhepatic area after cholecystectomy". Am. J. Surg. 113:853-855, June 1967.
- 8— Couceiro, Antonio et al: "Complicaciones de la cirugía biliar". Rev. de la Asoc. Med. Argentina. 79 (3); 128-144. 1965.
- 9— Espada, Rafael: "Morbosidad y mortalidad en cirugía de Vías biliares" Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1969.
- 10— Glenn, Frank: "Complications of biliary tract surgery" S.G.O. 110(2): 141-156, Feb. 1966.
- 11— Gordon, A Donaldson; Arthur W. Allen and Marshall K. Bartlett: "Post operative bile-duct stricture; Their etiology and treatment". New Eng. J. Med. 254(2): 50-56, Jan. 1956.
- 12— Mogena, H.G.: "La síndrome post-colecistectómica" Minerva Med. 57:2552-2554, Jul. 1966.
- 13— Marshall, K. Bartlett and William C. Quinby Jr.: "Surgery of the biliary tract I: Mortality and complications of cholecystectomy and choledocostomy for chronic cholecistitis" New Eng. J. Med. 254(4):154-157, Jan 1956.
- 14— Maj, Roderick; C. Haff; Harvey R. Butcher and Walter F. Bellinger: "Biliary tract operations, a review of 1000 patients". Arch Surg. 98(4):428-434. April 1969.
- 15— Mazariegos, Danilo Efraín: Sección iatrogénica del colédoco y su reconstrucción" Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1966.
- 16— Milla, C. Rigoberto: Estenosis post operatoria de las vías biliares extrahepáticas" Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1961.
- 17— Montiel, H. Rafael: "Consideraciones sobre accidentes en vías biliares" Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1947.
- 18— Madden, John: "Atlas de técnica en cirugía" 2a. ed., México, Ed. Interamericana, 1967, pp 490-499.
- 19— Poillaux, F: "Semeiologie chirurgicale". París, Editions medicales Flanmarion 1968 pp 971-995.
- 20— Quinteros, G. Manuel: "Consideraciones sobre colecistectomía de urgencia". Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1958.
- 21— Randall, Henry T. et al: "Tratamiento pre y postoperatorio. Versión al español Luis Augusto Méndez. México Ed. Interamericana 1969 pp. 362-366
- 22— Rapisarda, L. M. et al: "La síndrome del moncone cístico nel domani doloroso della colecistectomía" Minerva Chir. 22:1351-1563, Dec. 1967.
- 23— Ramírez, Colon Héctor René: "Carcinoma de vías biliares" Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas, 1966.
- 24— Ramos Castellanos, Gustavo A: "Técnica de la colecistectomía subserosa con bisturí" Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1964.
- 25— Strhol, E. Lee; W. G. Diffenbaugh y Raymond e Anderson: "Importancia del drenaje después de la cirugía de vías biliares. Clin.

- 26- Shoemaker, William C: "Pruebas de función Hepática útiles para el diagnóstico y evaluación del enfermo quirúrgico. Clin. Quir. N.A. Feb. 1964, pp. 13-23.
- 27- Silvenoinen, E; et al: "Clinical observations on complications from non observable suture material in gallbladder surgery". Acta Chir. Scand. 132:587-589, Nov. 1966.
- 28- Silvenoinen, E; et al: "Autopsy observations in a series of cholecystectomies" Acta Chir. Scand. 134: 131-134, 1968.
- 29- Santizo Lepe, Gustavo A: "Breves consideraciones sobre el cístico residual". Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos de Facultad de Ciencias Médicas. 1960.
- 30- Valle, Manuel F: "Colecistectomía" Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas 1911.
- 31- Wise, Roberto E: Colangiografía intravenosa. "Buenos Aires, Ed. Ateneo 1965 p. 148.
- 32- Wunster, Andrew and James R. Brown: "Acalculous cholecystitis" An. J. Surg. 11:730-735, Jun 1967.
- 33- Waltman, Walters: "Postcholecystectomy dyskinesia with pancreatitis, sphincteritis and cholelithiasis as cause" J.A.M.A. 160(6): 134-140, Feb. 1956.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya