

LUIS FERNANDO SANCHEZ LEGRAND

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV HISTORIA
- V ETIOLOGIA
- VI FISIOPATOLOGIA
- VII FACTORES BACTERIOLOGICOS
- VIII CUADRO CLINICO
- IX DIAGNOSTICO
- X EVOLUCION
- XI TRATAMIENTO
- XII CONSIDERACIONES QUIRURGICAS
- XIII MORTALIDAD
- XIV HISTOPATOLOGIA
- XV PRESENTACION DE CASOS
- XVI ANALISIS Y DISCUSION
- XVII CONCLUSIONES
- XVIII RECOMENDACIONES
- XIX BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

EL PRESENTE TRABAJO DE TESIS ES EL RESULTADO DE LA REVISION Y ESTUDIO DETALLADO DE LOS CASOS DE COLANGITIS AGUDA OBSTRUCTIVA SUPURATIVA OCURRIDOS DURANTE EL PERIODO DE 1970 A 1977, EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.

EL MATERIAL DE INVESTIGACION PROVIENE DEL ANFITEATRO ANATOMICO, DE FICHAS CLINICAS DEL ARCHIVO Y DE DATOS OBTENIDOS DE LA EVOLUCION DEL PACIENTE ENCAMADO.

LA COLANGITIS AGUDA, ES UN CUADRO QUE SE RECONOCIO COMO ENTIDAD CLINICA DESDE 1877. EN 1889, YA SE HABIA RECONOCIDO LA IMPORTANCIA DE LA CIRUGIA EN SU TRATAMIENTO.

LA CASUISTICA EN NUESTRO HOSPITAL DURANTE LOS ULTIMOS SEIS AÑOS DEMUESTRA QUE LA ENTIDAD HA PASADO DESAPERCIBIDA EN MUCHOS CASOS Y QUE EL ERROR DIAGNOSTICO ES FRECUENTE. CON EL MATERIAL OBTENIDO SE INTENTA PROBAR QUE LA COLANGITIS AGUDA OBSTRUCTIVA SUPURATIVA ES UNA ENFERMEDAD EN LA CUAL, ESTABLECER UN DIAGNOSTICO TEMPRANO Y EFECTUAR EL DRENAJE QUIRURGICO OPORTUNO DEL ARBOL BILIAR, ES DE CAPITAL IMPORTANCIA EN EL PRONOSTICO. DE LO CONTRARIO, SE DESENCADENA UN CUADRO QUE PROGRESA SIN REMISIONES HASTA CAUSAR LA MUERTE DEL PACIENTE.

DE LO ANTERIOR SE DEDUCE QUE EL MEDICO GENERAL Y SOBRE TODO EL CIRUJANO, DEBEN CONOCER EN TODOS SUS ASPECTOS A LA ENTIDAD Y TENER LA CAPACIDAD DE MANEJAR EL CASO COMO UNA EMERGENCIA. EN ADELANTE ME REFERIRE AL CUADRO CLINICO COMO CAOS, SIGLAS QUE METAFORICAMENTE,

DAN UNA IDEA DE LA SITUACION ANTES DESCRITA. DEBO AGREGAR QUE, LA INEXISTENCIA DE UN TRABAJO SIMILAR EN NUESTRO MEDIO, FUE UN FACTOR IMPORTANTE QUE MOTIVO ESTA INVESTIGACION.

II OBJETIVOS

1. PRESENTAR EL ESTUDIO DE LOS CASOS DE COLANGITIS AGUDA OBSTRUCTIVA SUPURATIVA DIAGNOSTICADOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1972 Y 1977, EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.
2. INVESTIGAR LA PREVALENCIA DE LA ENTIDAD EN NUESTRO MEDIO.
3. ESTUDIAR ESTADISTICAMENTE LOS DATOS RECOPIADOS Y EFECTUAR UNA COMPARACION CON LAS ESTADISTICAS DE OTROS PAISES.
4. ESTABLECER BASES PARA EL DIAGNOSTICO TEMPRANO Y POR CONSIGUIENTE, DEL TRATAMIENTO, EVALUANDO DE ESTA MANERA LA MORBI-MORTALIDAD RELACIONADA CON EL TIEMPO DE EVOLUCION DEL CUADRO.
5. HACER ENFASIS SOBRE LA GRAVEDAD DEL CUADRO CLINICO QUE CONLLEVA LA ENFERMEDAD.
6. AYUDAR A QUE LA ENFERMEDAD SEA TOMADA EN CUENTA CON MAS FRECUENCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD BILIAR OBSTRUCTIVA Y A REDUCIR DE ESTA MANERA, EL FRECUENTE ERROR DIAGNOSTICO.
7. ESTABLECER LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO DE LOS CASOS. DAR A CONOCER EL PORCENTAJE DE ERROR DIAGNOSTICO EN LA SERIE ESTUDIADA.

III MATERIAL Y METODOS

A) MATERIAL:

SE EFECTUO LA REVISION DE FICHAS CLINICAS EN EL ARCHIVO DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, EN LOS ARCHIVOS DE PATOLOGIA DEL ANFITEATRO ANATOMICO, EN LOS LIBROS DE SALA DE OPERACIONES Y EN LAS PAPELETAS DE LOS PACIENTES ENCAMADOS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL MISMO HOSPITAL.

LA REVISION BIBLIOGRAFICA SE LLEVO A CABO EN LA BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, EN LA BIBLIOTECA CENTRAL DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, EN LA BIBLIOTECA DEL INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTROAMERICA Y PANAMA Y POR APORTES PERSONALES. TODO ESTO CON EL OBJETO DE TENER REFERENCIAS Y PUNTOS DE COMPARACION CON OTROS AUTORES.

B) METODOS:

PARA EL ANALISIS ESTADISTICO, SE EMPLEARON TABULACIONES DE LOS CASOS REPORTADOS, DICHO ANALISIS SE EFECTUO TOMANDO EN CUENTA DIVERSOS PARAMETROS COMO: EDAD, SEXO, DATOS CLINICOS, DATOS QUIRURGICOS. DATOS DE LABORATORIO, HALLAZGOS BACTERIOLOGICOS, HISTOPATOLOGICOS, ETC.

SE EMPLEARON PARA MAYOR OBJETIVIDAD, GRAFICAS EN BARRA Y CUADROS ESTADISTICOS.

EN TODO EL ESTUDIO SE APLICO EL METODO CIENTIFICO MEDIANTE EL ANALISIS RETROSPECTIVO DE LOS CASOS.

IV HISTORIA

- CHARCOT (1877) DESCRIBE POR PRIMERA VEZ, AUNQUE VAGAMENTE EL CUADRO, ESTABLECIENDO LA TRIADA DE ICTERICIA, FIEBRE Y CALOFRIOS COMO CARACTERISTICA DE LA ENTIDAD, RECONOCIENDOSE AUN COMO TAL.
- ROGER (1889) ACUMULO 20 CASOS POST MORTEM DE COLANGITIS SUPURATIVA, DESCRIBIO CON SEGURIDAD EL CUADRO CLINICO DE LA ENFERMEDAD Y RECONOCIO LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA QUIRURGICA. CON EL CONOCIMIENTO GANADO A PARTIR DE SU EXPERIENCIA, FUE CAPAZ DE DIAGNOSTICAR UN CASO ANTEMORTEM EN 1902. INSTITUYO EL DRENAJE LIBRE DEL ARBOL BILIAR MEDIANTE LA INSERCIÓN DE UN TUBO DE VIDRIO EN EL COLEDOCO.
- GRANT (1945) HACE UN REPORTE DE 3 CASOS.
- COLE (1947) REVISO LOS ASPECTOS CLINICOS DE LA ENFERMEDAD Y REPORTE 4 CASOS.
- REYNOLDS Y DARGAN (1959) ENFATIZARON SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA QUIRURGICA CON 5 CASOS ILUSTRATIVOS.
- HAMPSON, DICKINSON Y ROBERTSON (1960) CONFIRMARON LA NATURALEZA URGENTE DE LA DECOMPRESION OPERATORIA DEL ARBOL BILIAR EN DOS CASOS REPORTADOS.
- GLENN Y MOODY (1961) REPORTARON 8 CASOS, DEMOSTRANDO LOS MULTIPLES PROBLEMAS ASOCIADOS CON EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

DE LA ENFERMEDAD.

— DOW, LINDENAUER, FLEMMMA, HINCHEY Y COOPER, HUANG, SAIK, LEFTON, OVIEDO, ROGERS, ARNOLD, SHARP, FARRIS Y PESKIN, LONGMIRE Y OTROS (1961-1976) SE HAN REFERIDO CON PROFUSION AL TEMA.

DURANTE LA INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA EFECTUADA, NO FUE POSIBLE ENCONTRAR REFERENCIAS DE AUTORES GUATEMALTECOS.

V
ETIOLOGIA

LA OBSTRUCCION AL LIBRE FLUJO DE BILIS EN EL ARBOL BILIAR, INICIA LA CADENA DE ACONTECIMIENTOS TIPICOS DE LA COLINGITIS, ESTA OBSTRUCCION PUEDE DEBERSE A MULTIPLES FACTORES, DE LOS CUALES NOS OCUPAREMOS A CONTINUACION.

LA MAYORIA DE LOS AUTORES SOSTIENEN LA CONTROVERSA DE QUE LA OBSTRUCCION PARCIAL DEL COLEDOCO ESTAMUCHOMAS COMUNMENTE ASOCIADA A LA COLANGITIS QUE LA OBSTRUCCION COMPLETA, ESTO SE EVIDENCIA POR LA BAJA INCIDENCIA DE COLANGITIS ASOCIADA A ENFERMEDADES MALIGNAS, LAS CUALES TARDE O TEMPRANO OCLUYEN TOTALMENTE EL PASO DE BILIS A TRAVES DEL CONDUCTO. HINCHEY Y COOPER REPORTARON QUE LA LITIASIS FUE LA CAUSA DE LA OBSTRUCCION EN 21 DE 24 PACIENTES DE SU SERIE. REYNOLDS Y DARGAN HAN REPORTADO RESULTADOS SIMILARES. ELLOS HAN ENFATIZADO TAMBIEN, QUE LA MANIPULACION DEL COLEDOCO PUEDE CONducIR A COLANGITIS. LA EXPERIENCIA DE SAIK, FARRIS Y PESKIN Y LA DE GERSON, REVELO QUE LA GRAN MAYORIA DE SUS PACIENTES TUVIERON ENFERMEDAD CALCULOSA DEL TRACTO BILIAR. EN NUESTRO MEDIO, HE ENCONTRADO QUE EL 66o/o DE LOS PACIENTES TENIAN LITIASIS DEL COLEDOCO, QUE EL 18o/o PADECIAN DE CARCINOMA DE LAS VIAS BILIARES Y QUE EL 20o/o TENIAN CALCULOS Y CARCINOMA JUNTOS. EL ULTIMO GRUPO COMPRENDIA OTRAS CAUSAS QUE SE DETALLAN EN LA PRESENTACION DE CASOS.

ES DE PARTICULAR INTERES HACER NOTAR QUE VARIOS PACIENTES HAN PRESENTADO COLANGITIS DESPUES DE PROCEDIMIENTOS EN LA SALA DE RAYOS "X" O DESPUES DE COLANGIOGRAMAS TRANSOPERATORIOS A

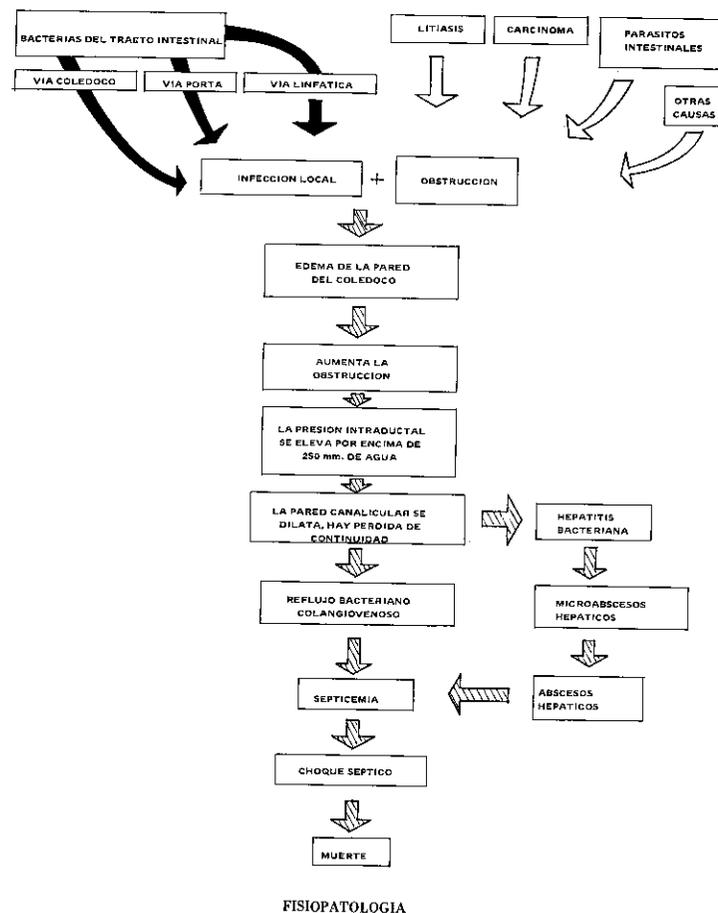
TRAVES DE TUBOS EN "T". LAS EXACERBACIONES POR ESTUDIOS RADIOLOGICOS, LOS CUALES AUMENTAN LA PRESION INTRADUCTAL, PUEDEN DAR SURGIMIENTO A COLANGITIS, A CAUSA DEL REFLUJO COLANGIOVENOSO. LEFTON Y WINKELMAN ENCONTRARON QUE DESPUES DE LA COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA, UN PEQUEÑO PORCENTAJE DE PACIENTES PRESENTARON COLANGITIS. POR ESO SUGIRIERON EL USO DE ANTIBIOTICOS MEZCLADOS CON EL MEDIO DE CONTRASTE O SISTEMICOS AL EFECTUARLA. ES NECESARIO RECORDAR QUE EN NUESTRO MEDIO, LA ASCARIASIS INTRACOLEDOCIANA CAUSA, AUNQUE RARAMENTE, LA ENFERMEDAD. 3 PACIENTES DE ESTA SERIE, PRESENTARON ASCARIASIS DEL COLEDOCO COMO CAUSA DE LA OBSTRUCCION.

VI FISIOPATOLOGIA

EL CONCEPTO DE QUE LA CAOS ES DEBIDA AL PASO DE MICROORGANISMOS ENTERICOS HACIA EL COLEDOCO EN PRESENCIA DE OBSTRUCCION, HA IDO CAMBIANDO; SIN EMBARGO, CONTINUA SIENDO ACEPTADO. SCOTT Y KAHN HAN DEMOSTRADO QUE AQUELLOS PACIENTES CON LA ICTERICIA MAS SEVERA Y CON LA MENOR COMUNICACION CON EL TRACTO INTESTINAL, TUVIERON LA MAYOR FRECUENCIA DE INFECCION. EL ORIGEN TANTO LINFATICO COMO HEMATOGENO HAN SIDO SUGERIDOS. SCHATEN DESCUBRIO CULTIVOS POSITIVOS EN LA SANGRE PORTAL DEL 32o/o DE PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROTOMIA EN SU SERIE, SUGIRIENDO QUE EL TRACTO INTESTINAL SOMETE AL HIGADO A BACTERIEMIA TRANSITORIA. BEESON HA DEMOSTRADO QUE EL HIGADO ES UN FILTRO EFECTIVO PARA LOS MICROORGANISMOS. EN UN ESTUDIO EXPERIMENTAL, DINEEN DEMOSTRO QUE LA VIA PORTAL FUE LA RUTA MAS IMPORTANTE DE INFECCION EN UN GRUPO DE CERDOS DE GUINEA CON OBSTRUCCION DEL COLEDOCO. DE ESTA MANERA PARECE QUE LOS MICROORGANISMOS ENTERICOS ESTAN PRESENTES INTERMITENTEMENTE EN LA SANGRE PORTAL PERO SON RUTINARIAMENTE FILTRADOS POR EL HIGADO O EXCRETADOS POR LA BILIS. DESPUES QUE EL COLEDOCO HA ESTADO IRRITADO U OCLUIDO, LA INFECCION PUEDE CONTINUAR.

JACOBSON, USANDO BACTERIAS RADIOMARCADAS, DEMOSTRO EL REFLUJO COLANGIOVENOSO Y ESTIMO UNA FRECUENCIA DE FILTRACION POR EL HIGADO. EL REFLUJO COLANGIOVENOSO HA SIDO DEMOSTRADO POR VARIOS INVESTIGADORES. HUANG, BASS Y WILLIAMS EN UN ESTUDIO DE PRESIONES INTRADUCTALES COMENTAN QUE LA OBSTRUCCION DEL FLUJO BILIAR ES UN FACTOR IMPORTANTE EN LA PATOGENESIS DE LA CAOS. LOS

MECANISMOS DE SEPTICEMIA Y CHOQUE ASOCIADOS CON LA CAOS SON EL RESULTADO DEL REFLUJO BACTERIANO A LA CIRCULACION SISTEMICA. EL PROCESO ESTA INTIMAMENTE LIGADO AL GRADO DE OBSTRUCCION Y AL GRADIENTE DE PRESION INTRADUCTAL. EN OCHO ANIMALES CUIDADOSAMENTE CONTROLADOS LAS BACTERIAS FUERON AISLADAS DE LA LINFIA A UN NIVEL DE PRESION APROXIMADO DEL 70o/o DE LA PRESION SECRETORIA MAXIMA DEL HEPATOCITO; LAS BACTERIAS COMIENZAN A APARECER EN LA SANGRE CUANDO LA PRESION ALCANZA EL NIVEL DE LOS 250 mm. DE AGUA Y SU NUMERO AUMENTA PROPORCIONALMENTE AL INCREMENTO DE LA PRESION. LA IMPORTANCIA DE MANTENER LA PRESION POR DEBAJO DE ESTE NIVEL DURANTE LOS ESTUDIOS DIAGNOSTICOS Y EL ALIVIO DE LA OBSTRUCCION COMPLETA DEL TRACTO BILIAR INFECTADO ES FUERTEMENTE APOYADO POR ESTAS OBSERVACIONES EXPERIMENTALES. EL RESUMEN DE ESTA SERIE DE FENOMENOS SE EXPONE EN EL CUADRO QUE SIGUE.



VII
FACTORES BACTERIOLOGICOS

ESTUDIOS REALIZADOS POR FLEMMY Y COLABORADORES, REVELARON QUE AL EFECTUAR LA COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA, EL 64o/o DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCION PARCIAL DEL CONDUCTO COMUN DEBIDA A ESTRECHEZ, LITIASIS O CARCINOMA, TENIAN CULTIVOS POSITIVOS EN LA BILIS. SOLAMENTE EL 10o/o DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCION COMPLETA, GENERALMENTE DEBIDA A CARCINOMA, TUVIERON CULTIVOS POSITIVOS. A CONTINUACION SE DETALLAN LOS RESULTADOS DE LOS CULTIVOS, ESTUDIADOS POR DIFERENTES AUTORES:

Prakash C. Saharia et al: DE 35 CULTIVOS POSITIVOS, 26 EVIDENCIARON LA PRESENCIA DE ESCHERICHIA COLI.

Charles A. Rogers et al: EN UN ESTUDIO DE SEIS PACIENTES, EN EL CUAL TODOS FUERON POSITIVOS, ENCONTRO: SERRATIA MARCESANS: 3 CASOS, CITROBACTER FREUNDII: 2 CASOS, ENTEROBACTER: 1 CASO.

Richard P. Saik et al: 26 DE 28 CULTIVOS FUERON POSITIVOS, ENCONTRANDO: E. COLI: 17 CASOS, KLEBSIELLA: 13 CASOS, ESTREPTOCOCO: 7 CASOS, AEROBACTER: 5 CASOS, PSEUDOMONA: 4 CASOS, ENTEROBACTER: 3, BACTEROIDES: 2, CITROBACTER: 2, ESTAFILOCOCO: 2, CLOSTRIDIOS: 1 Y PROTEUS: 1 CASO.

En nuestro Hospital: 18 DE 25 CULTIVOS FUERON POSITIVOS, OBTENIENDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS: E. COLI: 10 CASOS, E. COLI Y CITROBACTER: 1 CASO, ENTEROBACTER: 4 CASOS, ESTREPTOCOCO: 1 CASO, ENTEROBACTER Y PESUDOMONA: 1 CASO, ESTAFILOCOCO: 1 CASO.

LOS AUTORES ANTERIORMENTE CITADOS, REFIEREN QUE, CORRELACIONANDO LOS DATOS OBJETIVOS DE LOS CULTIVOS CON LOS HALLAZGOS DE RAYOS "X" Y LA SINTOMATOLOGIA DEL PACIENTE, SE ENCUENTRA QUE LAS BACTERIAS PUEDEN EXISTIR EN CONCENTRACIONES DE 10,000 O MAS SIN PRODUCIR SINTOMAS. LOS CULTIVOS EFECTUADOS EN EL TRACTO BILIAR EXTRAHEPatico, CONFIRMAN LOS HALLAZGOS DE OTROS AUTORES AL ENCONTRARSE QUE, EL 50o/o DE LAS VESICULAS BILIARES DARAN CULTIVOS POSITIVOS EN PRESENCIA DE COLELITIASIS CRONICA O DE COLECISTITIS. ES IMPORTANTE HACER VER QUE, EL HALLAZGO DE UNA BILIS INFECTADA, POR SI SOLO, NO ES SIGNO DE ALARMA. ES NECESARIO QUE EXISTAN OTRA SERIE DE FACTORES PARA QUE SE DESENCADENE LA SINTOMATOLOGIA DE LA CAOS, CIRCUNSTANCIAS QUE SE EJEMPLIFICARON EN LA PARTE CORRESPONDIENTE A LA FISIOPATOLOGIA.

VIII CUADRO CLINICO

A LA INSPECCION, EL PACIENTE AFECTADO LUCE AGUDAMENTE ENFERMO, EN MAL ESTADO GENERAL. LA MAYORIA DE LAS VECES EL PACIENTE PERTENECERA AL SEXO FEMENINO, EN EDAD ADULTA AVANZADA.

EL MOTIVO DE CONSULTA PUEDE SER UNO O VARIOS DE LOS SINTOMAS SIGUIENTES: DOLOR AGUDO EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO, ICTERICIA QUE SE HA IDO HACIENDO PROGRESIVA, FIEBRE Y CALOFRIOS (TRIADA DE CHARCOT), ACOMPAÑADOS DE NAUSEA Y VOMITOS.

SI EL PACIENTE NO REFIERE SUS ANTECEDENTES ESPONTANEAMENTE, SE INSISITRA EN CONOCER: HISTORIA DE ENFERMEDAD BILIAR PREVIA MANIFESTADA POR INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS GRASOS, FLATULENCIA SECUNDARIA A LA INGESTION DE GRASAS, HECES CLARAS, ORINA OSCURA, EPISODIOS DE COLECISTITIS. LA HISTORIA DE PERDIDA RECIENTE Y SIGNIFICATIVA DE PESO CORPORAL, PUEDE SUGERIR LA PRESENCIA DE CARCINOMA.

AL EXAMEN FISICO, ENCONTRAREMOS A UN PACIENTE CON FIEBRE "EN AGUJAS", CON CALOFRIOS, GENERALMENTE ICTERICO. PUEDEN ESTAR PRESENTES, LA NAUSEA Y LOS VOMITOS. EL HIGADO ESTA AGRANDADO Y HAY HIPERSENSIBILIDAD A LA PUÑOPERCUSION DEL AREA HEPATICA. SI EL PACIENTE ESTA EN LA ETAPA DE CHOQUE, SE HARAN EVIDENTES LA LETARGIA Y LA CONFUSION MENTAL, HABRA DESHIDRATACION SEVERA, HIPOTENSION, OLIGURIA Y DESCENSO MARCADO DE LA PRESION VENOSA CENTRAL. ES IMPORTANTE LA VALORACION DE OTROS SIGNOS QUE AYUDEN A COMPLEMENTAR LA IMPRESION CLINICA: EL

SIGNO DE COURVOISER TERRIER, QUE NOS HACE SOSPECHAR LA PRESENCIA DE CARCINOMA DE LA CABEZA DEL PANCREAS, ES UNO DE ELLOS.

RAYOS "X":

DURANTE EL PERIODO PREOPERATORIO, EL PACIENTE DEBERA TENER UNA PLACA DE TORAX, LA CUAL PUEDE REVELAR LA PRESENCIA DE UN DERRAME PULMONAR DERECHO O DE EMPIEMA PROVOCADO POR LA RUPTURA DE UN ABSCESO HEPATICO A LA CAVIDAD PLEURAL.

LA PLACA SIMPLE DE ABDOMEN PUEDE PONER EN EVIDENCIA CALCULOS BILIARES O DESCUBRIR GAS EN LAS PAREDES DE LA VESICULA, LO QUE NOS HARIA PENSAR EN UNA GANGRENA A ESE NIVEL O EN LA PRESENCIA DE UNA FISTULA BILIO ENTERICA.

TENIENDO EN MENTE EL PLAN DE UN DRENAJE BILIAR DE URGENCIA, ES POSIBLE, EN ALGUNOS CASOS, EFECTUAR PROCEDIMIENTOS DE AYUDA DIAGNOSTICA COMO LA COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA. ESTE PROCEDIMIENTO NO SE DEBERA INTENTAR SIN TOMAR EN CUENTA LO ANTERIOR, YA QUE EL TIEMPO EMPLEADO EN TOMAR UN COLANGIOGRAMA EN LA SALA DE RAYOS "X" Y EL PELIGRO QUE ENTRAÑA PUNCIÓN UN ARBOL BILIAR BAJO PRESION Y AUMENTAR LA PRESION CON LA INTRODUCCION DEL MEDIO DE CONTRASTE, PUEDEN EMPEORAR EL PRONOSTICO. SIN EMBARGO, EN CASOS DE DIFICULTAD DIAGNOSTICA, ESTE PROCEDIMIENTO PUEDE SER DE VITAL IMPORTANCIA.

DEBO HACER MENCION, QUE EL COLANGIOGRAMA TRANSHEPATICO PERCUTANEO, PUEDE DAR DATOS DE SUMA UTILIDAD PARA DIRIGIR EL TRATAMIENTO. EJEMPLO DE LO ANTERIOR, LO CONSTITUYEN LOS CASOS DE CAOS EN FASE AVANZADA CON ABSCESOS HEPATICOS.

EN LOS CUALES SE HACE DIAGNOSTICO A TRAVES DE RADIOGRAFIA. LOS ABSCESOS SE PUEDEN DRENAR AL MISMO TIEMPO QUE SE EFECTUA LA COLEDOCOSTOMIA.



SE ILUSTRAN EN LA RADIOGRAFIA (COLANGIOGRAMA TRANSHEPÁTICO PERCUTÁNEO), LA FASE MÁS AVANZADA DE LA CAOS:
1. OBSTRUCCIÓN DEL COLEDOCO. 2. DILATACIÓN DE VÍAS BILIARES. 3. FORMACIÓN DE ABSCESOS HEPÁTICOS.

IX DIAGNOSTICO

ESPORADICAMENTE HAN APARECIDO REFERENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD DESDE LA PRIMERA DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO POR ROGER. EN 1969, SOLAMENTE 56 PACIENTES HABIAN SIDO REPORTADOS. PARTE DEL PROBLEMA EN CONOCER LA VERDADERA INCIDENCIA DE LA COLANGITIS, ES LA DIFICULTAD PARA EL DIAGNOSTICO. LA TRIADA DE CALOFRIOS Y FIEBRE EN AGUJAS, ICTERICIA E HIPERSENSIBILIDAD EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN SON COMUNMENTE REQUERIDOS. EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA CAOS CONTRA LAS OTRAS FORMAS DE COLANGITIS, LO ESTABLECE LA LETARGIA, SINTOMA DE ALARMA QUE PONE EN EVIDENCIA EL ESTADO SEPTICO DEL PACIENTE. EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO ES DE GRAN AYUDA, SIN EMBARGO, LA PILEFLEBITIS Y LA PRESENCIA DE ABSCESO HEPATICO DE ORIGEN BACTERIANO U OTRO NO OBSTRUCTIVO BILIAR, DEBEN SER DESCARTADOS. HAY QUE TOMAR EN CUENTA OTRAS ENTIDADES COMO LA GANGRENA VESICULAR, LA CUAL, EN DETERMINADO MOMENTO PUEDE CONDUCIR A ERROR DIAGNOSTICO, AUNQUE SU GRADO DE ICTERICIA, CUANDO EXISTE, ES MUCHO MENOR.

LABORATORIO:

LOS DATOS DE LABORATORIO PROPORCIONAN GRAN AYUDA DIAGNOSTICA, SE MENCIONAN COMO PARAMETROS IMPORTANTES: BILIRRUBINA SERICA, LA CUAL SUFRE ELEVACION A EXPENSAS DE LA BILIRRUBINA DIRECTA. SE ENCUENTRAN ASIMISMO, VALORES ELEVADOS DE FOSFATASA ALCALINA EN EL SUERO, VELOCIDAD DE SEDIMENTACION ELEVADA, UN

RECUESTO LEUCOCITARIO POR ARRIBA DE 16,000 GLOBULOS BLANCOS POR MM. CUBICO. UNA LEUCOCITOSIS SIMILAR SE PUEDE PRESENTAR EN LA GANGRENA DE LA VESICULA, SIN EMBARGO, LA ICTERICIA NO ESTA PRESENTE. EL TIEMPO DE PROTROMBINA Y EL RECUESTO DE PLAQUETAS POR MEDIO DEL FROTE PERIFERICO SE ALTERAN, ESPECIALMENTE CUANDO EL PARENQUIMA HEPATICO ESTA MUY COMPROMETIDO Y CUANDO LOS TRASTORNOS HEMATICOS, RESULTADO DE LA SEPSIS, COMIENZAN A HACERSE EVIDENTES. EL TIEMPO DE PROTROMBINA ES UTIL TANTO PARA EL DIAGNOSTICO COMO PARA EL TRATAMIENTO, COMO SE VERA MAS ADELANTE.

X EVOLUCION

CUANDO OCURRE OBSTRUCCION COMPLETA AL PASO DE FLUJO BILIAR DENTRO DEL COLEDOCO O UNO O MAS DE LOS CONDUCTOS BILIARES, EN PRESENCIA DE BACTERIAS ENTEROPATOGENAS, SE DESARROLLA UN PODEROSO Y CATASTROFICO SINDROME, ESTE SE CARACTERIZA POR EL ACCESO SUBITO DE DOLOR EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN, EL CUAL NO ES REMITENTE, LOS CALOFRIOS, LA FIEBRE Y LA ICTERICIA HACEN SU APARICION. EL HIGADO SE AGRANDA Y SE VUELVE EXTREMADAMENTE SENSIBLE. SOBREVIENE DESPUES UN CURSO SEPTICO. EL PACIENTE SE TORNA TOXICO, CON TENDENCIA AL SUEÑO, HABLA INCOHERENCIAS Y PRESENTA PERIODOS DE COMA PROGRESIVOS LOS CUALES SON SEGUIDOS DE COLAPSO VASOMOTOR Y MUERTE.

LA CAOS SE ASOCIA GENERALMENTE CON UNA ALTA MORTALIDAD, SE MENCIONA QUE ES ESENCIAL SOSPECHARLA Y DIAGNOSTICARLA TEMPRANAMENTE, ANTES DE QUE SE DESARROLLEN PROCESOS DIFICILMENTE REVERSIBLES COMO LA SEPTICEMIA O LOS ABSCESOS HEPATICOS.

LA MORTALIDAD OPERATORIA SE ELEVA DEL 13o/o EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS Y OPERADOS TEMPRANAMENTE, AL 48o/o EN PACIENTES ABORDADOS TARDIAMENTE. LA MORTALIDAD CON TRATAMIENTO EXCLUSIVAMENTE MEDICO, ASCIENDE AL 100o/o.

GLUCOSA HIPERTONICAS. LAS MEDIDAS ANTERIORES CONSTITUYEN EL TRATAMIENTO PREOPERATORIO.

EN RESUMEN, EL PACIENTE DEBERA TENER:

1. ESTABLECIMIENTO TEMPRANO DEL DIAGNOSTICO.
2. EVALUACION CORRECTA DE: LA EDAD, EL ESTADO GENERAL Y LA EVOLUCION SUFRIDA, ENFERMEDADES ASOCIADAS.
3. CONFIRMACION POR MEDIO DE ESTUDIOS DE SUCEPTIBILIDAD Y CULTIVOS APROPIADOS. CULTIVAR ORINA Y SANGRE.
4. ADMINISTRACION TEMPRANA DE ANTIBIOTICOS, ESPECIALMENTE EN EL PACIENTE GRAVE. SE ADMINISTRARAN ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO.
5. CORRECCION DEL CHOQUE Y DEL BAJO GASTO CARDIACO CON COLIOIDES, FLUIDOS Y SOLUCIONES GLUCOSADAS.
6. EVALUACION DE POSIBLES ANORMALIDADES DE LA COAGULACION, ADMINISTRACION PARENTERAL DE VITAMINA K₁. EVALUACION DE TRANSFUSION SANGUINEA PREOPERATORIA.
7. DRENAJE QUIRURGICO DEL COLEDOCO, EXCEPTO EN AQUELLOS CON UNA CONTRAINDICACION SIGNIFICATIVA PARA LA OPERACION Y QUE HAN TENIDO RESPUESTA INMEDIATA A LOS ANTIBIOTICOS. LA OPERACION SE EFECTUARA MAS TARDE.
8. CULTIVO DE BILIS Y DE LIQUIDO PERITONEAL DURANTE LA OPERACION.

9. MONITORIZACION POST OPERATORIA DE: SIGNOS VITALES, EXCRETA URINARIA, HEMORRAGIA, PRESION VENOSA CENTRAL, ETC.

NO SE RECOMIENDA EL COLANGIOGRAMA TRANSOPERATORIO, YA QUE, AUMENTA EL TIEMPO OPERATORIO Y ADEMAS, LA IRRITACION QUIMICA DEL MEDIO DE CONTRASTE AUMENTA LAS POSIBILIDADES DE CAUSAR MAYOR INFLAMACION EN LAS PAREDES DEL ARBOL BILIAR. EN TODO CASO, LOS HALLAZGOS DEL COLANGIOGRAMA NO MODIFICARIAN LA CONDUCTA QUIRURGICA, QUE ESTARIA DIRIGIDA A RESOLVER LA EMERGENCIA: DRENAJE DEL ARBOL BILIAR.

XII CONSIDERACIONES QUIRURGICAS

SE HA LOGRADO DETERMINAR QUE LA MORTALIDAD POR CAOS DESCIEDE CUANDO SE EFECTUA LA DESCOMPRESION OPERATORIA ANTES DE QUE SE DESARROLLE LA FASE DE SEPTICEMIA Y ABSCESOS. EL APROVECHAMIENTO DEL PERIODO ENTRE EL APARECIMIENTO DE LOS SINTOMAS Y EL DESARROLLO DE SEPTICEMIA, ES UNA OPORTUNIDAD SIGNIFICATIVA PARA INCREMENTAR LA SOBREVIDA. SE HACE ENFASIS SOBRE EL HECHO DE QUE CUANDO LA TERAPIA PREOPERATORIA ES NECESARIA, ESTA NO DEBE PROLONGARSE POR MUCHO TIEMPO, PUES SOLAMENTE LA INTERVENCION QUIRURGICA TEMPRANA, PUEDE HACER REVERSIBLE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD. ESTOS PACIENTES SON USUALMENTE REFRACTARIOS A TODAS LAS FORMAS DE TERAPIA NO OPERATORIA. LA OPERACION DEBE SER MINIMA Y CONSISTE EN EL MAS SIMPLE METODO DE OBTENER DECOMPRESION DE LAS VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS, ESTO ES, DRENAJE DEL COLEDOCO EN CASI TODOS LOS CASOS. EL PROCEDIMIENTO DEBE CUMPLIR CON CIERTOS REQUISITOS, A SABER:

1. PUEDE SER EFECTUADO CON ANESTESIA LOCAL. SI SE ADMINISTRA ALGUN GAS, ESTE DEBE SER LO MENOS TOXICO POSIBLE, COMO EL OXIDO NITROSO. SE CONDENA EL USO DE GASES HALOGENADOS.
2. EL PROCEDIMIENTO DEBE SER RAPIDO, SIEMPRE DIRIGIDO A DRENAR EL COLEDOCO.
3. NO ES NECESARIO EFECTUAR COLECISTECTOMIA.
4. NO ES NECESARIO EXTRAER LOS CALCULOS.
5. LA TENDENCIA A LA HEMORRAGIA EN ESTOS

PACIENTES, HACE NECESARIO EL USO DE TRANSFUSIONES SANGUINEAS.

XIII MORTALIDAD

LA CAOS SE ASOCIA GENERALMENTE A UNA ALTA MORBIMORTALIDAD ES COMUN QUE LA MORTALIDAD ASCIENDA AL 60o/o, SIN EMBARGO, LA MORTALIDAD SE CORRELACIONA CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD. HAUPERT Y OTROS, NOTARON UNA MORTALIDAD DEL 13o/o, SIN EMBARGO, ESA MORTALIDAD ASCENDIA AL 48o/o CUANDO LA HIPOTENSION Y LA SEPTICEMIA ESTABAN PRESENTES. EN LAS SERIES DE DOW Y LINDENAUER Y EN LA DE HAUPERT, TODOS LOS PACIENTES MURIERON CUANDO EL TRATAMIENTO NO FUE QUIRURGICO. LA MORTALIDAD CON TRATAMIENTO MEDICO ES DEL 100o/o. EN LOS TRABAJOS DE SAIK, TODOS LOS PACIENTES MURIERON CUANDO TENIAN UN PERIODO DE CHOQUE. EN LA MAYORIA DE SUS PACIENTES, EL CHOQUE FUE LA CAUSA DE MUERTE.

ES EVIDENTE QUE LA MORTALIDAD POR CAOS ESTA INFLUENCIADA POR EL DESARROLLO DE SEPTICEMIA E HIPOTENSION. LA EXPERIENCIA DE MUCHOS AUTORES NOS ENSEÑA QUE LA SOBREVIDA NO PUEDE SER ANTICIPADA SIN OPERACION. SI LA SEPTICEMIA SOBREVIENE, LA MORTALIDAD OPERATORIA ES ALTA, AUN CON TRATAMIENTO QUIRURGICO AGRESIVO.

LOS MULTIPLES ABSCESOS HEPATICOS ENCONTRADOS EN LA AUTOPSIA DE GRAN NUMERO DE PACIENTES, NO PUEDEN SER TRATADOS EFECTIVAMENTE POR DECOMPRESION Y SON LOS RESPONSABLES DE LA DIFICULTAD PARA CONTROLAR LA SEPSIS Y DE LOS POBRES RESULTADOS.

LA MORTALIDAD OPERATORIA EN NUESTRO MEDIO ES BAJA, ALCANZANDO EL 20o/o DURANTE LOS SEIS AÑOS INVESTIGADOS.

XIV
HISTOPATOLOGIA

LOS CAMBIOS HISTOPATOLOGICOS EN LA CAOS, DEMUESTRAN UNA INFLAMACION DE CARACTER AGUDO, LA CUAL SE HACE PATENTE POR LA PRESENCIA DE POLIMORFONUCLEARES EN LA LUZ CANALICULAR. PUEDE HABER CAMBIOS INFLAMATORIOS CRONICOS SUPERPUESTOS.

HAY FIBROSIS Y NECROSIS DE LOS ESPACIOS PORTA, HIPERPLASIA Y PERDIDA DE LA CONTINUIDAD DE LAS PAREDES CANALICULARES ADEMAS DE COLESTASIS SEVERA MANIFESTADA POR LA PRESENCIA DE TROMBOS BILIARES. ESTAS ALTERACIONES SE VEN ACOMPAÑADAS DE ABSCESOS O MICROABSCEOS HEPATICOS. EN LA PRESENTACION DE CASOS SE MUESTRA UN LISTADO DE LA HISTOPATOLOGIA ENCONTRADA EN EL MATERIAL DE AUTOPSIA Y DE BIOPSIA HEPATICA EN NUESTRO HOSPITAL.

XV
PRESENTACION DE CASOS

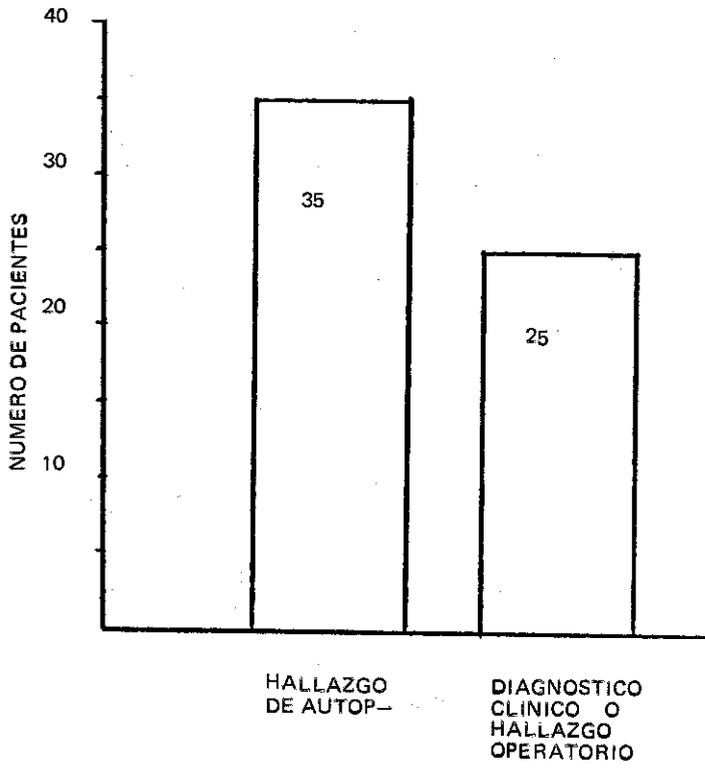
GENERALIDADES:

ESTA SERIE CONSTA DE 25 PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS ULTIMOS SEIS AÑOS. INCLUYE TAMBIEN 35 CASOS QUE CONSTITUYERON HALLAZGOS DE AUTOPSIAS EN EL MISMO PERIODO DE TIEMPO.

GRAFICA No. 1

POBLACION

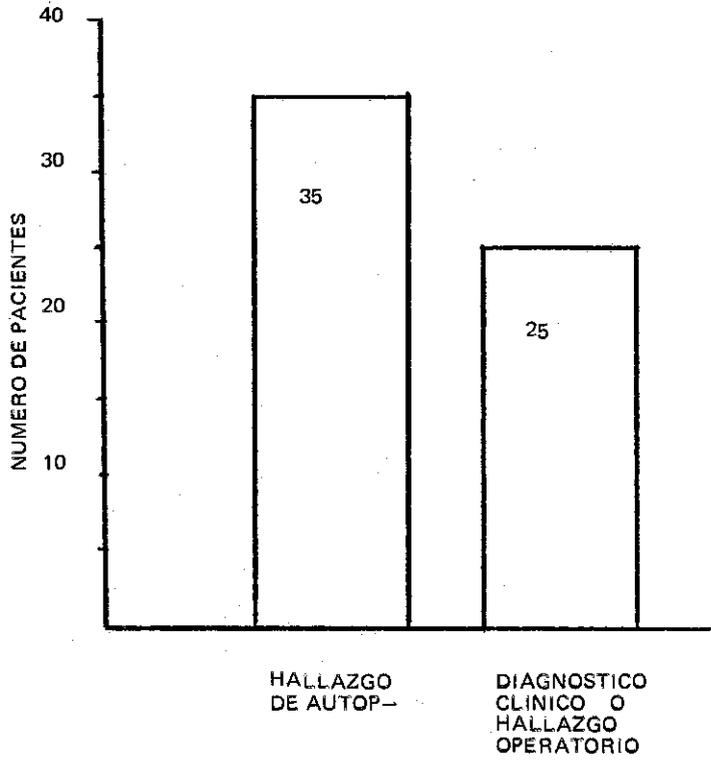
TOTAL: 60 CASOS



GRAFICA No. 1

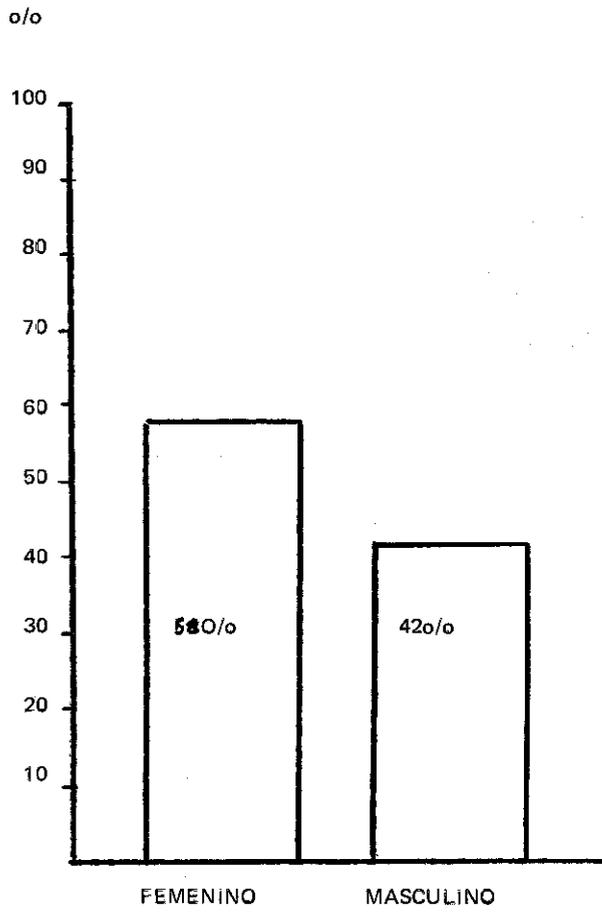
POBLACION

TOTAL: 60 CASOS



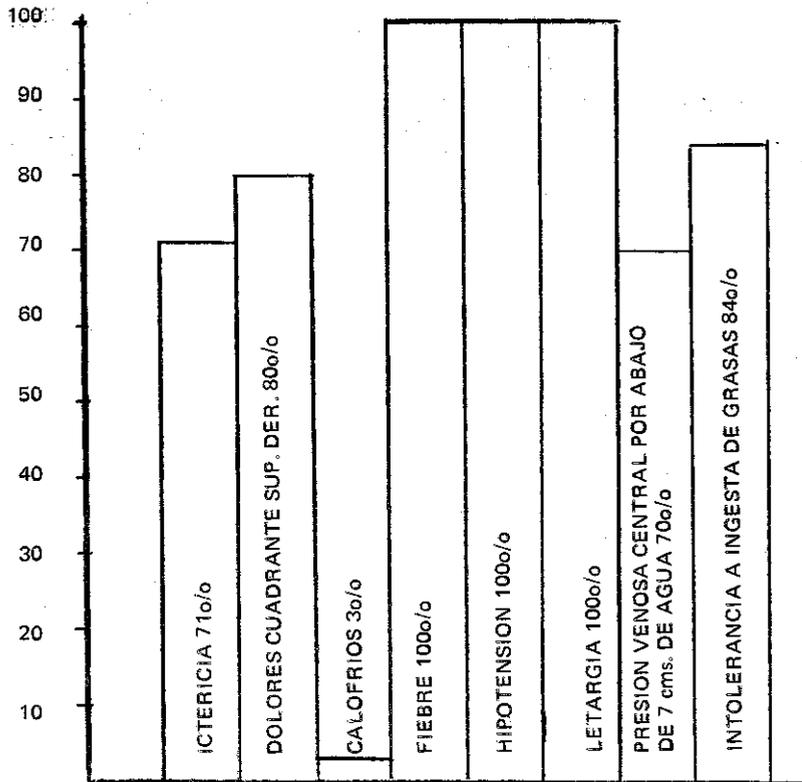
GRAFICA No. 3

SEXO



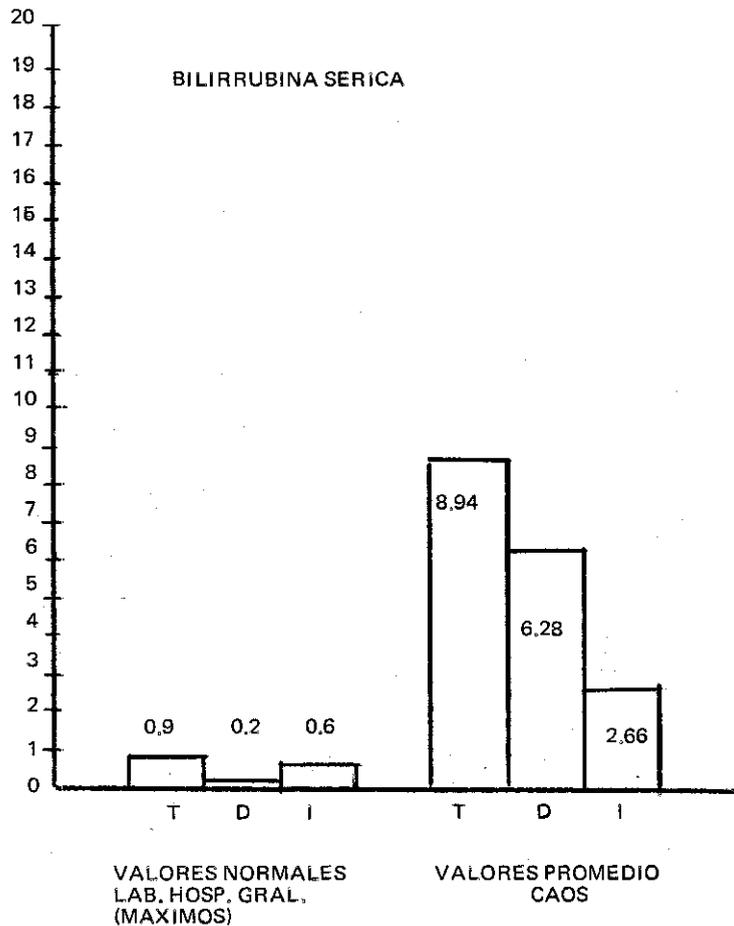
GRAFICA No. 4

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES

o/o de
Casos

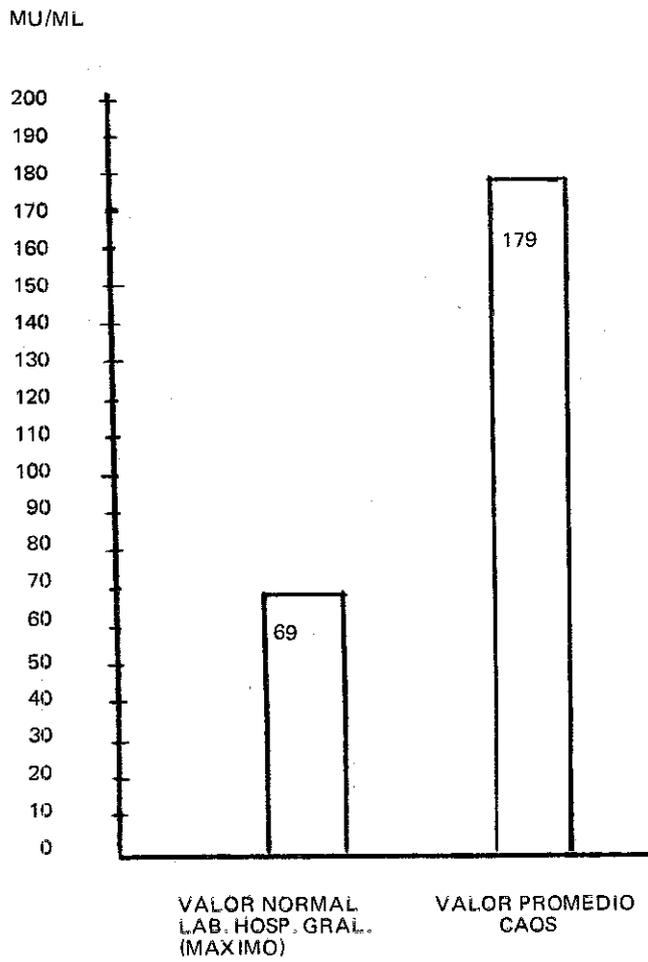
GRAFICA No. 5

RESULTADOS DE LABORATORIO

mg/
100ml.

T = BILIRRUBINA TOTAL
D = BILIRRUBINA DIRECTA
I = BILIRRUBINA INDIRECTA

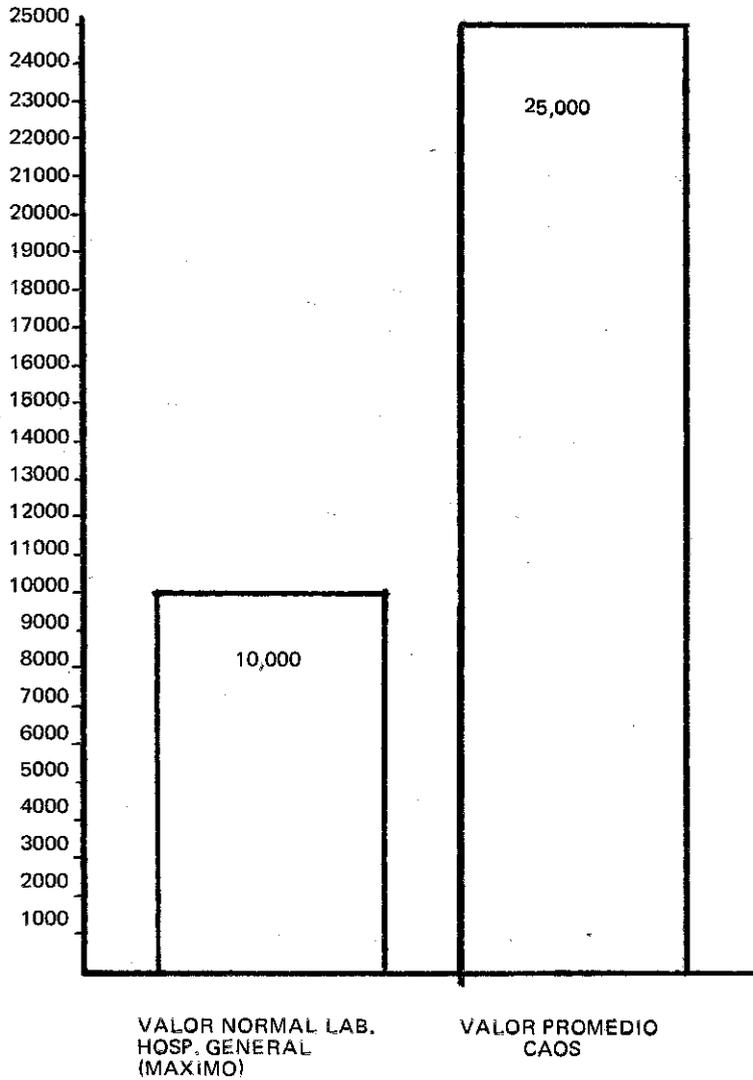
GRAFICA No. 6
FOSFATASA ALCALINA



GRAFICA No. 7

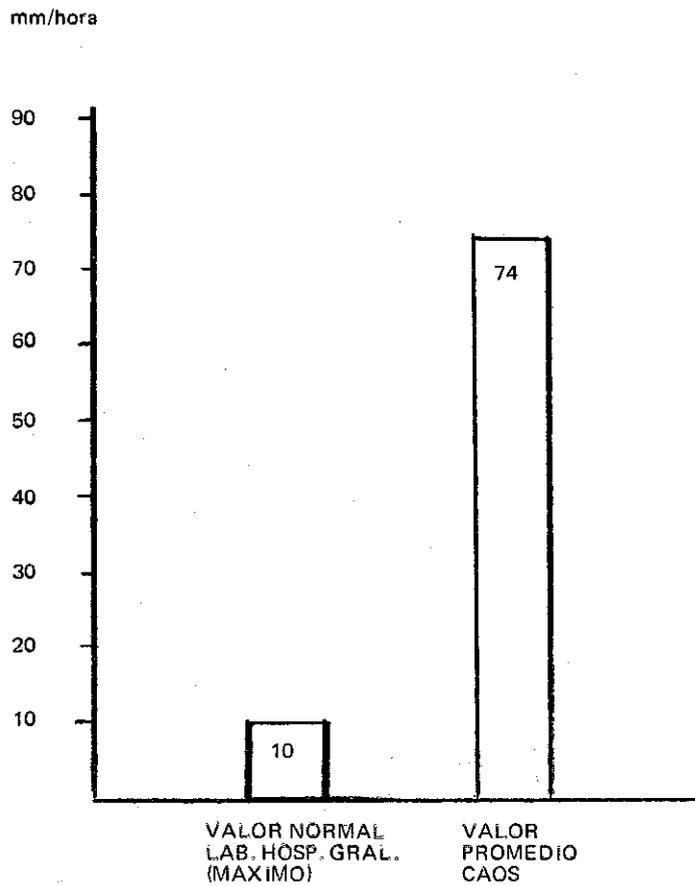
RESULTADOS DE LABORATORIO

RECuento DE GLOBULOS BLANCOS



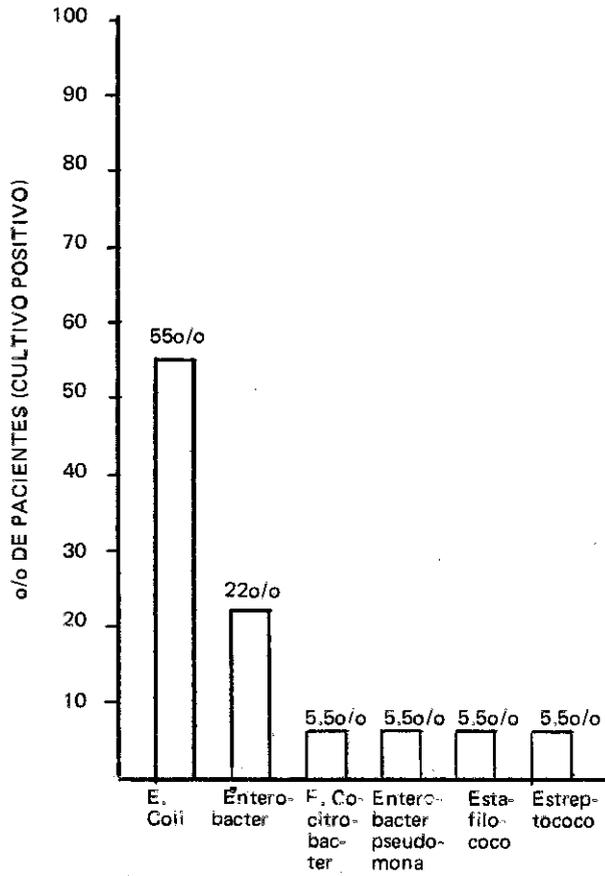
GRAFICA No. 8

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR



GRAFICA No. 9

CULTIVOS POSITIVOS DE BILIS*



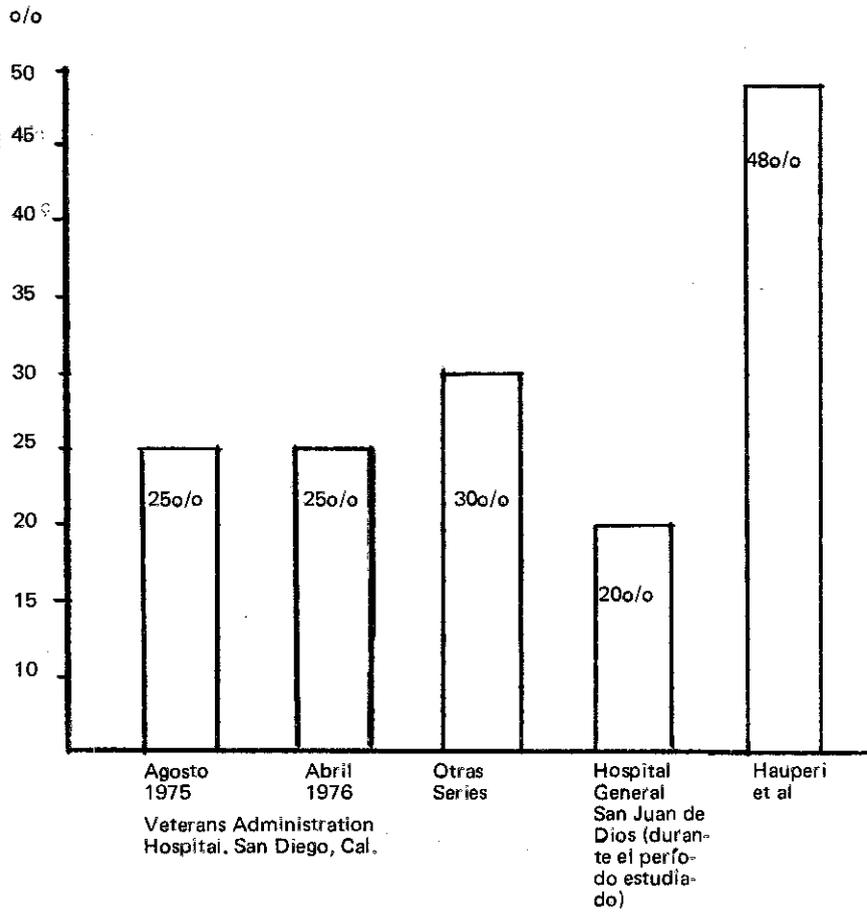
* cultivos de bilis positivos en una serie de 25 pacientes.

CUADRO No. 1

COLEDOCOSTOMIA SIMPLE	9
COLECISTOSTOMIA	3
COLEDOCOSTOMIA Y COLECISTECTOMIA	11
COLEDOCODUODENOSTOMIA	2
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS	

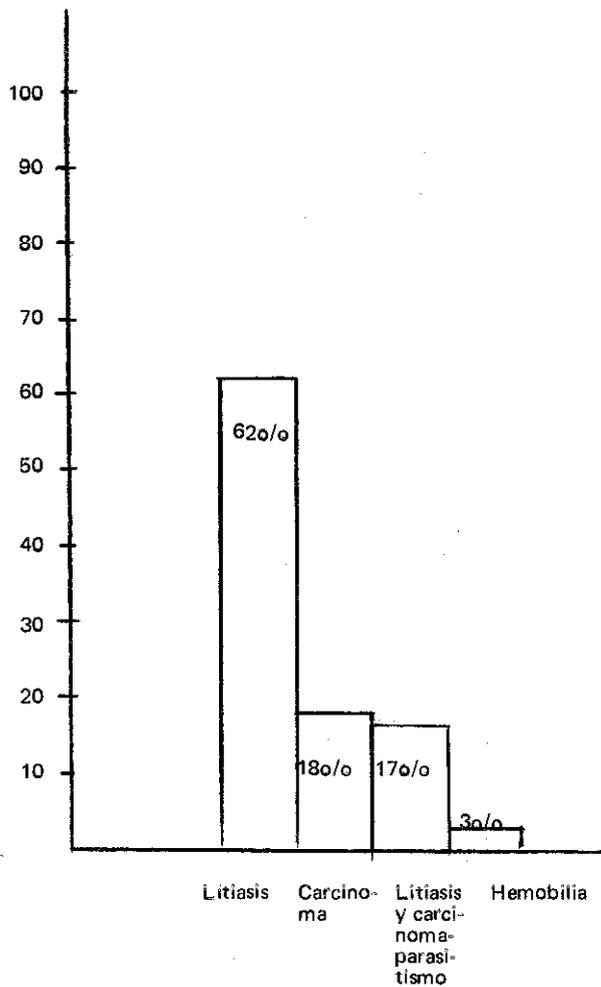
GRAFICA No. 10

MORTALIDAD OPERATORIA



GRAFICA No. 11

o/o ETIOLOGIA DE LA OBSTRUCCION



CUADRO No. 2

-
- A) COLEDOCOLITIASIS
 - B) CARCINOMA
 - B1 ADENOCARCINOMA DE VIAS BILIARES
 - B2 CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR
 - B3 CARCINOMA DE LA CABEZA DEL PANCREAS
 - B4 CARCINOMA DE LA AMPOLLA DE VATER
 - B5 HEPATOCARCINOMA
 - C) ASCARIASIS
 - D) HEMOBILIA
-

CAUSA DE LA OBSTRUCCION EN ORDEN DE FRECUENCIA.

CUADRO No. 3

BILIS PURULENTA

ARBOL BILIAR DILATADO

ABSCESOS Y MICROABSCESOS HEPATICOS

INFLAMACION AGUDA O CRONICA, CONGESTION SEVERA

FIBROSIS Y NECROSIS EN EL LUMEN CANALICULAR

PRINCIPALES HALLAZGOS MACROSCOPICOS AL EXAMEN POST MORTEM.

CUADRO No. 4

**COLESTASIS MANIFESTADA POR LA
PRESENCIA DE TROMBOS BILIARES EN LA
LUZ CANALICULAR.**

**POLIMORFONUCLEARES EN LA LUZ
CANALICULAR.**

**FIBROSIS Y NECROSIS DE LOS ESPACIOS
PORTA.**

HIPERPLASIA CANALICULAR.

**PRINCIPALES HALLAZGOS MICROSCOPICOS AL
EXAMEN POST MORTEM.**

XVI
ANALISIS Y DISCUSION

GRAFICA No. 1.

LA POBLACION TOTAL DE ESTE ESTUDIO CONSTA DE 60 CASOS. VEINTICINCO FUERON DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE Y TREINTA Y CINCO CONSTITUYERON HALLAZGOS DE AUTOPSIA.

SE ENCONTRO QUE, DE LOS TREINTA Y CINCO PACIENTES FALLECIDOS, SOLAMENTE 3 HABIAN SIDO DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE, LO QUE PONE EN EVIDENCIA EL ALTO PORCENTAJE DE ERROR DIAGNOSTICO.

GRAFICA No. 2

LA EDAD EN QUE SE HIZO MAS MANIFIESTA LA ENFERMEDAD, FUE LA ADULTA AVANZADA. LA ELEVACION MAXIMA DE LA GRAFICA CORRESPONDE A LA SEPTIMA DECADA DE VIDA, OBSERVANDOSE UNA TENDENCIA AL AUMENTO A PARTIR DE LOS TREINTA AÑOS DE EDAD.

GRAFICA No. 3

ESTA GRAFICA DEMUESTRA EL PREDOMINIO DEL SEXO FEMENINO CON UN PORCENTAJE DE 58o/o CONTRA 42o/o PARA EL SEXO MASCULINO. SE ESTABLECE DE ESTA MANERA UNA RELACION DE 3 A 2 RESPECTIVAMENTE. OTRAS SERIES INDICAN QUE EXISTE UN PREDOMINIO MUCHO MAYOR DEL SEXO FEMENINO, PROBABLEMENTE POR LA MAYOR INCIDENCIA DE LITIASIS BILIAR.

GRAFICA No. 4

LOS SIGNOS Y SINTOMAS CLASICOS DE LA CAOS ESTUVIERON PRESENTES EN TODOS LOS PACIENTES DE ESTA SERIE, SIN EMBARGO, SE HICIERON MAS EVIDENTES LA ICTERICIA, EN EL 71o/o; LA FIEBRE, EN EL 100o/o; LA HIPOTENSION, EN EL 100o/o; UNA PRESION VENOSA CENTRAL POR DEBAJO DE 7 CENTIMETROS DE AGUA, EN EL 70o/o; LA LETARGIA, EN EL 100o/o: DOLOR EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN, EN EL 80o/o; INTOLERANCIA A GRASAS, EN EL 84o/o Y CALOFRIOS, EN EL 3o/o. ESTE ULTIMO DATO ES POCO CREIBLE, CREO QUE EL BAJO PORCENTAJE FUE DEBIDO A ERROR DEL INTERROGATORIO.

GRAFICA No. 5

LA BILIRRUBINA SERICA SE ELEVO MUY POR ENCIMA DE LOS VALORES NORMALES. DICHA ELEVACION FUE PRINCIPALMENTE DEBIDA A LA HIPERBILIRRUBINEMIA DIRECTA SECUNDARIA AL PROCESO OBSTRUCTIVO.

GRAFICA No. 6

SE DETERMINO UN PROMEDIO DE 179 MILIUNIDADES POR MILILITRO EN LAS MEDICIONES DE FOSFATASA ALCALINA, EL VALOR NORMAL MAXIMO ES DE 69 MILIUNIDADES POR MILILITRO.

GRAFICA No. 7

EL RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS ASCENDIO A 25,000 POR MILIMETRO CUBICO COMO PROMEDIO, DICHA ELEVACION FUE DETERMINADA PRINCIPALMENTE POR LOS NEUTROFILOS SEGMENTADOS. CUATRO PACIENTES,

SIN EMBARGO, PRESENTARON CUADROS DE LEUCOPENIA, ATRIBUIBLE A UN AGOTAMIENTO INMUNOLOGICO POR SU PESIMO ESTADO.

GRAFICA No. 8

LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR PERMANECIO ELEVADA EN TODOS LOS PACIENTES, ALCANZANDO COMO PROMEDIO, 74 MILIMETROS A LA HORA.

GRAFICA No. 9

LOS CULTIVOS DE BILIS POSITIVOS APORTARON LOS SIGUIENTES DATOS: E. COLI, 55o/o; ENTEROBACTER, 22o/o; E. COLI Y CITROBACTER, 5.5o/o; ENTEROBACTER Y PSEUDOMONA, 5.5o/o; ESTAFILOCOCO, 5.5o/o Y ESTREPTOCOCO, 5.5o/o

EN ESTA SERIE COMO EN LAS SERIES DE OTROS PAISES, ESCHERICHIA COLI ENCABEZA LA LISTA DE CULTIVOS POSITIVOS.

CUADRO No. 1

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS FUERON: 9 COLEDOCOSTOMIAS SIMPLES, 3 COLECISTOSTOMIAS 11 COLEDOCOSTOMIAS Y COLECISTECTOMIAS Y 2 COLEDOCODUODENOSTOMIAS.

COMO SE CITO ANTERIORMENTE, LA COLEDOCOSTOMIA SIMPLE, ES EL PROCEDIMIENTO DE ELECCION, LAS OTRAS TECNICAS SE CONSIDERAN COMO ERRORES OPERATORIOS.

GRAFICA No. 10

LA MORTALIDAD EN NUESTRO MEDIO ES BAJA EN ESTA GRAFICA SE HACE UNA COMPARACION CON LA MORTALIDAD OPERATORIA EN OTROS PAISES.

GRAFICA No. 11

CONGRUENTEMENTE CON OTRAS SERIES, LA LITIASIS DEL ARBOL BILIAR FUE LA CAUSA MAS FRECUENTE DE OBSTRUCCION, PRESENTANDOSE EN EL 62o/o DE LOS PACIENTES. LE SIGUEN EN ORDEN DE FRECUENCIA: EL CARCINOMA DE VIAS BILIARES, EL CARCINOMA ACOMPAÑADO DE LITIASIS, LA ASCARIASIS DEL COLEDOCO Y, COMO DATO INTERESANTE, UN CASO DE HEMOBILIA EN EL CUAL, VARIOS COAGULOS DE SANGRE FUERON EL MOTIVO DE LA OBSTRUCCION.

CUADRO No. 2

EN ESTE CUADRO SE RESUMEN EN DETALLE LAS CAUSAS DE LA OBSTRUCCION EN ORDEN DE FRECUENCIA. LA LITIASIS OCUPA EL PRIMER LUGAR, SIGUIENDOLE EL ADENOCARCINOMA DE VIAS BILIARES, EL CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR, EL CARCINOMA DE LA CABEZA DEL PANCREAS, EL CARCINOMA DE LA AMPOLLA DE VATER, EL HEPATOCARCINOMA, LA ASCARIASIS DEL COLEDOCO Y EL CASO DE HEMOBILIA.

CUADRO No. 3

LOS HALLAZGOS MACROSCOPICOS DURANTE LAS AUTOPSIAS, SE RESUMEN ASI: HIGADO INFLAMADO Y CONGESTIONADO, UN ARBOL BILIAR DILATADO CON BILIS PURULENTA EN SU INTERIOR Y LA PRESENCIA DE

FIBROSIS Y NECROSIS INTRACANALICULAR.

CUADRO No. 4

AL EXAMEN MICROSCOPICO SE ENCONTRO: COLESTASIS Y PRESENCIA DE TROMBOS EN LOS CANALICULOS BILIARES, PRESENCIA DE POLIMORFONUCLEARES EN LA LUZ CANALICULAR, FIBROSIS Y NECROSIS DE LOS ESPACIOS PORTA E HIPERPLASIA CANALICULAR. LAS DESCRIPCIONES DEL CUADRO No. 3 Y No. 4 RESUMEN TODOS LOS DATOS DE AUTOPSIA DE LOS 35 PACIENTES ESTUDIADOS.

XVII
CONCLUSIONES

1. DURANTE SEIS AÑOS (1972-1977), FUERON DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE 25 CASOS DE CAOS. 35 CASOS MAS, CONSTITUYERON HALAZGOS DE AUTOPSIA.
2. LA CAOS HA PASADO EN LA MAYORIA DE LOS CASOS DESAPERCIBIDA. ASI LO DEMUESTRAN LOS 35 CASOS ANTERIORMENTE CITADOS, LOS CUALES NO FUERON DIAGNOSTICADOS CLINICAMENTE Y POR LO TANTO, NO RECIBIERON TRATAMIENTO APROPIADO.
3. LA LITIASIS DEL COLEDOCO FUE LA CAUSA MAS FRECUENTE DE OBSTRUCCION Y E. COLI FUE EL MICROORGANISMO ENTERICO QUE SE PRESENTO CON MAS FRECUENCIA ENTRE LOS PACIENTES CON CULTIVO DE BILIS POSITIVO.
4. LOS HALLAZGOS CLINICOS DE MAS RELEVANCIA AL EXAMEN FISICO FUERON: a) ICTERICIA b) DOLOR EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO c) FIEBRE d) DESCENSO DE LA PRESION VENOSA CENTRAL POR DEBAJO DE 7 CMS. DE AGUA. e) LETARGIA.
5. LAS PRUEBAS DE LABORATORIO QUE RESULTARON MAS ALTERADAS Y POR LO TANTO LAS DE MAYOR UTILIDAD, FUERON: a) BILIRRUBINAS b) FOSFATASA ALCALINA c) TIEMPO DE PROTROMBINA d) RECUENTO LEUCOCITARIO e) VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR.
6. LA ENTIDAD Y LAS CIRCUNSTANCIAS QUE LA RODEAN TIENEN UN COMPORTAMIENTO SIMILAR AL COMPARARLAS CON LAS SERIES DE OTROS PAISES. SIN EMBARGO, VALE LA PENA ESTABLECER ALGUNAS

DIFERENCIAS: a) EL PREDOMINIO DEL SEXO FEMENINO NO ES TAN EVIDENTE EN EL MEDIO ESTUDIADO, ESTABLECIENDOSE UNA RELACION DE 3:2 CON RESPECTO AL SEXO MASCULINO b) LA ASCARIASIS DEL COLEDOCO FUE EN TRES CASOS, LA CAUSA DE LA OBSTRUCCION c) LA ESCASEZ DE RECURSOS TECNICOS ADECUADOS, HACEN DESACONSEJABLE LA PRACTICA RUTINARIA DE LA COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA. DICHO PROCEDIMIENTO PROLONGA EL ACTO QUIRURGICO Y NO MODIFICA LA CONDUCTA DEL CIRUJANO. EL COLANGIOGRAMA TRANSHEPatico PERCUTANEO, SE USARA EN CASO DE ALTA SOSPECHA DE PILEFLEBITIS. d) LA MORTALIDAD OPERATORIA EN OTROS PAISES ES ALTA, MENCIONANDOSE PORCENTAJES QUE VAN DESDE EL 25 AL 38o/o. EN NUESTRO HOSPITAL, LA MORTALIDAD OPERATORIA RESULTO SER DEL 20o/o DURANTE EL PERIODO ESTUDIADO. LA MORTALIDAD CON TRATAMIENTO MEDICO FUE DEL 100o/o.

7. SOSPECHAR Y DIAGNOSTICAR CAOS TEMPRANAMENTE, CONSTITUYE UNA DE LAS BASES PRINCIPALES DE LA CONDUCTA A SEGUIR. LA TASA DE MORTALIDAD SUFRE UN INCREMENTO SIGNIFICATIVO CUANDO EL DIAGNOSTICO ES TARDIO.
8. LA CAOS ES UNA ENFERMEDAD GRAVE Y DE MAL PRONOSTICO, SI SE TOMAN MEDIDAS CONSERVADORAS. LA EVOLUCION DEL CUADRO ESTA INTIMAMENTE RELACIONADA CON LA DECISION OPERATORIA URGENTE. LA CAOS Y LA COLECISTITIS AGUDA GANGRENADA, CONSTITUYEN LAS UNICAS INDICACIONES DE CIRUGIA BILIAR DE EMERGENCIA.
9. EFECTUAR COLECISTOSTOMIA, EN PRESENCIA DE COLANGITIS, ES GENERALMENTE FATAL, SI NO SE TIENE LA ABSOLUTA SEGURIDAD DE LA

PERMEABILIDAD DEL CONDUCTO CISTICO. POR LO TANTO, CONDENAMOS A DICHO PROCEDIMIENTO COMO UN RECURSO PARA OBTENER UN DRENAJE URGENTE DEL ARBOL BILIAR.

10. EN EL ESTUDIO DE 31 PAPELETAS DE AUTOPSIA, SE PUDO OBSERVAR QUE, SOLAMENTE 3 CASOS HABIAN SIDO DIAGNOSTICADOS CORRECTAMENTE. DOS DE LOS CASOS ESTABAN BAJO TRATAMIENTO MEDICO INTENSIVO AL MOMENTO DE MORIR. LO ANTERIOR PONE EN RELIEVE QUE, DURANTE EL PERIODO ESTUDIADO, EL ERROR DIAGNOSTICO FUE ALARMANTEMENTE ELEVADO.

XVIII
RECOMENDACIONES

1. TODO PACIENTE CON HISTORIA DE ENFERMEDAD BILIAR PREVIA DE TIPO OBSTRUCTIVO, ESPECIALMENTE EL QUE INGRESA AL SERVICIO DE EMERGENCIA AGUDAMENTE ENFERMO, DEBERA TENER ENTRE SUS DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES A LA CAOS.
2. TODO CASO DIAGNOSTICADO, DEBERA SER MANEJADO EN CONJUNTO POR EL CIRUJANO Y EL MEDICO GENERAL.
3. CONSIDERANDO LO ANTERIOR, LAS BASES DEL TRATAMIENTO EN NUESTRO MEDIO DEBEN SER:
 - A) DIAGNOSTICO CORRECTO Y TEMPRANO DE LA ENFERMEDAD.
 - B) LA AGRESIVIDAD DE LA TERAPIA SERA MEDIDA POR LAS CONDICIONES EN LAS QUE EL PACIENTE SEA RECIBIDO.
 - C) TOMAR CULTIVOS DE ORINA Y SANGRE.
 - D) ADMINISTRAR TEMPRANAMENTE ANTIBIOTICOS.
 - E) CORREGIR EL CHOQUE.
 - F) EVALUAR POSIBLES COAGULOPATIAS, ADMINISTRAR VITAMINA K1.
 - G) DRENAR QUIRURGICAMENTE EL COLEDOCO.
 - H) CULTIVAR LA BILIS Y EL LIQUIDO PERITONEAL DURANTE LA OPERACION, PARA DIRIGIR POSTERIORMENTE LA TERAPIA MEDICA.
 - I) MONITORIZACION Y TRATAMIENTO INTENSIVO DURANTE EL POST OPERATORIO.

XIX
BIBLIOGRAFIA

1. BAUMBARTTEL E.
CHOLESTASIS, CASE PRESENTATION
Gastroenterology
Vol. 73 Number 2
pp. 368
August 1977
2. BISMUTH H. et al
CHOLANGITIS COMPLICATIONS WITH ACUTE
RENAL FAILURE, PRIORITIES IN
THERAPEUTICS
Annals of Surgery
Vol. 181 Number 6
pp. 881-887
June 1975
3. BRITISH MEDICAL JOURNAL
AN UNUSUAL CHOLANGITIS
en su Vol.: November 6, 1976
pp. 1090
November, 1976
4. DOW W. RICHARD et al
ACUTE OBSTRUCTIVE SUPURATIVE
CHOLANGITIS
Annals of Surgery
pp. 272-276
1969
5. FARRIS IRWIN et al
OPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY: A
REAPPRAISAL BASED ON A REVIEW OF 400
CHOLANGIOGRAMS.
British Journal of Surgery

Vol. 62 Number 4
pp. 966-972
1972

6. FERGUSON T. J.
DIAGNOSIS, PRESENTATION CASE
J. Med. Association
Vol. 69 Number 10
706-10
October, 1976
7. FLEMMA J. ROBERT et al
BACTERIOLOGICAL STUDIES OF BILIARY
TRACT INFECTION
Annals of Surgery
Vo. Number-
October, 1969
8. GLENN F. & MOODY F.
ACUTE OBSTRUCTIVE SUPPURATIVE
CHOLANGITIS
Annals of Surgery
Vol. 143 Number 3
pp. 265-272
September 1961
9. HINCHEY E. J. & COOPER C. E.
ACUTE OBSTRUCTIVE SUPPURATIVE
CHOLANGITIS
The American Journal of Surgery
Vol. 117 Number 6
pp. 62-67
January 1969
10. HUANG TED et al
THE SIGNIFICANCE OF BILIARY PRESSURE IN
CHOLANGITIS
Arch. Surg.

Vol. 98 Number 3
pp. 629-632
May 1969

11. LEFTON H. B. et al
CHRYPTOCOCCAL HEPATITIS MIMICKING
CHOLANGITIS
Gastroenterology
Vol. 67 Number
pp. 511-515
September, 1974
12. LONGMIRE WILLIAM P.
CHOLANGITIS
Postgraduate Medicine
Vol. 57 Number 3
March, 1975
13. OVIEDO M. A.
PRYMARY SCLEROSING CHOLANGITIS
Arch. Surg.
Vol. 109 Number 6
pp. 747-749
December 1974
14. PRAKASH C. SHARIA et al
CLINICAL MANAGEMENT OF ACUTE
CHOLANGITIS
Surgery, Gynecology & Obstetrics
Vol. 142 Number 3
pp. 369-372
March, 1976
15. REYNOLDS B. M.
ACUTE OBSTRUCTIVE CHOLANGITIS
A DISTINCT CLINICAL SYNDROME
Annals of Surgery
Vol. 150 Number 8
1960

16. **ROGERS CHARLES et al**
CHOLANGITIS DIAGNOSED BY
PERCUTANEOUS HEPATIC ASPIRATION
 The Journal of Pediatrics
 Vol. 88 Number 1
 January 1976
17. **SAHEL J. et al**
CHOLEDOCOWIRSUNGOGRAPHY
 Nove Presse Med.
 Vol. 5 No. 32
 pp. 2067-9
 Oct. 1976
18. **SAIK RICHARD P.**
CHOLECYSTOSTOMY HAZARD IN ACUTE
CHOLANGITIS JAMA
 Vol. 235 Number 22
 May 31, 1976
19. **SAIK RICHARD P. et al**
SPECTRUM OF CHOLANGITIS
 The American Journal of Surgery
 Vol. 132 Number 2
 pp. 143-150
 August, 1975
20. **WYCOFF K. et al**
DIAGNOSIS IN CHOLANGITIS
 J. Med. Ass.
 Vol. 30 Number 7
 pp. 5-8
 July, 1977

DR. 
 Luis Fernando Sánchez Legrand

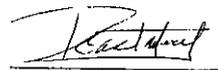

 Dr. Miguel Ángel Ponce Ortíz


 Dr. Julio César García Pérez


 Director de Fase III.
 Dr. Julio de León


 Secretario General
 Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo. So.


 Decano
 Dr. Rolando Castillo Montalvo