

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

RUGIA DE VIAS BILIARES EN UN HOSPITAL
DEPARTAMENTAL

revisión de 109 casos intervenidos quirúr-
camente en el Hospital Regional de Zacapa,
el período comprendido de enero de 1972
diciembre de 1976).

TESIS

esentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

OTTO LEONEL HERNANDEZ

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, abril de 1979

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. ANTECEDENTES
- IV. PRINCIPIOS GENERALES
 - 1. Anatomía
 - 2. Fisiología
 - 3. Etiopatogenia
 - 4. Anatomía patológica
 - 5. Cuadro Clínico
 - 6. Tratamiento
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION:

La cirugía es una manera de servir al hombre.

Constituye un cuerpo de experiencia y conocimiento desarrollado por el hombre para satisfacer sus necesidades - en cierto campo, y ha llegado a ser atributo de un grupo de personas que se han dedicado con mayor o menor éxito a adquirir de dicho cuerpo conocimiento y experiencia.

La cirugía de vías biliares abarca los problemas de vesícula biliar y de los conductos biliares,

Las intervenciones quirúrgicas de las vías biliares, han llegado a ser en la actualidad una de las operaciones más frecuentes que se practican en el abdomen. Una gran cantidad, cada vez más creciente, de artículos aparecen en la bibliografía médica que informan sobre los diferentes métodos, tanto diagnósticos como terapéuticos que se aplican en las enfermedades de las vías biliares, haciendo énfasis en la disminución de la mortalidad y morbilidad. En los países desarrollados, la incidencia de los cálculos biliares aumentó en los últimos años, hasta un 20% en los Estados Unidos. Paralelamente y contribuyendo al aparente aumento está el mejor conocimiento que la profesión médica tiene de las enfermedades de las vías biliares, así como la existencia de mejores métodos diagnósticos.

El presente trabajo de Tesis, comprende la revisión retrospectiva de 109 casos de cirugía de vías biliares del Departamento de Cirugía del Hospital Regional de Zacapa, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente en el período comprendido de enero de 1972 a enero de 1976, tomando como antecedentes la importancia que revisten las intervenciones quirúrgicas de las vías biliares dentro del campo general de la cirugía, con énfasis en: motivo de consulta, sexo, grupo etario, mortalidad y complicaciones post-operatorias, esperando contribuir con esto a una mejor comprensión de la patología de las vías biliares, así como dar a conocer la situación actual de dicha patología en el Hospital Regional de Zacapa y establecer comparaciones con estudios y publicaciones previas.

II. OBJETIVOS:

1. Lograr una mejor comprensión de la patología de las vías biliares.
2. Determinar la situación de la patología de vías biliares en el Hospital Regional de Zacapa, haciendo énfasis en la edad del paciente, sexo, sintomatología, intervención quirúrgica efectuada, hallazgos operatorios, complicaciones post-operatorias y mortalidad.
3. Revisar informes publicados sobre patología de vías biliares en la última década y establecer una comparación de los resultados del presente estudio.

III. ANTECEDENTES:

Revisando una serie de informes publicados en la última década, en relación a los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico de las enfermedades de las vías biliares e hígado, demuestran un aumento en el número de operaciones y un descenso en la mortalidad, especialmente en el caso particular de las enfermedades no malignas.

Boquist y sus colaboradores (4) de Umeo, Suecia, en una revisión de las muertes ocurridas en 3257 intervenciones de las vías biliares, encontraron que la mayor causa de muerte fue la PANCREATITIS AGUDA: 55% de los 29 casos fatales. El estudio comprendió la revisión de ocho años, de 1962 a 1970. La mortalidad total fue de 0.9%. La autopsia se practicó en todos los casos.

Frank Glenn del Hospital de New York, Centro Médico de Cornell, en un período de 42 años, de 1932 a 1974 (15), estudió 10008 operaciones practicadas sobre el tracto biliar por enfermedades no malignas; la mortalidad operatoria aumentó en los pacientes mayores de 65 años, llegando al 5.2%.

Hace notar que la mortalidad de este grupo bajó del 13% en la primera década estudiada al 4% en la última. La mortalidad total de los casos estudiados fue del 1.77%. Del estudio mencionado concluye que en la actualidad hay menos retardo en practicar la operación

después de efectuado el diagnóstico.

En los casos sintomáticos se llegó al diagnóstico más precozmente que antes; los cálculos asintomáticos se descubren cada vez con más frecuencia.

La mortalidad operatoria se concentra en los pacientes mayores de 65 años.

Los métodos radiológicos han permitido la mejor visualización del tracto biliar, antes y durante las intervenciones, lo que ha disminuido la litiasis residual del coledoco y ha proveído de bases más realistas las indicaciones de explorarlo.

Kakos y sus colaboradores (22) del Hospital Universitario de Columbus, Ohio, en una revisión de 3012 pacientes operados de vías biliares, encontraron el 1.1% de mortalidad. En el estudio recomiendan la colangiografía operatoria; en su Hospital el uso aumentó del 2.9% en 1951 al 93% en 1970; con lo que decreció el número de coledocostomías del 41% al 25% y aumentó el número de coledocostomías en que la exploración fue positiva, del 28% al 62%. Ninguna mortalidad o morbilidad se le puede atribuir a la colangiografía.

Con especial atención en la morbilidad de las complicaciones post-operatorias inmediatas, Holm y colaboradores (19), del Virginia Mason Hospital, estudiaron 1467 pacientes operados de las vías biliares, en un período de 10 años; en su trabajo proponen recomendaciones claras y concisas, indicando que las complicaciones debidas al procedimiento quirúrgico, se pueden reducir con una mejor selección del procedimiento que deba practicarse y el mejor cuidado en su ejecución. Esta responsabilidad corresponde al cirujano; relata que esta política contribuyó a tener una mortalidad de 0.9%.

Lozano Saldívar y colaboradores (23), del Hospital Juárez de la ciudad de México, encontraron que en 5184 operaciones llevadas a cabo en la Unidad de Cirugía de ese Centro, en el período de 1971 a 1972, correspondió a cirugía de vías biliares el 2.88% o sea 147 intervenciones, con una mortalidad del 6.6%. Las intervenciones fueron por colecistitis crónica el 73%; 17% por coledocolitiasis y el 8% por colecistitis aguda; 1% correspondió a cáncer de vías biliares. La mayor incidencia de casos se presentó entre la tercera y cuarta década. El 93% de los casos correspondió a pacientes del sexo femenino.

Elbhar y colaboradores (11), del Hospital Universitario de Ginebra, Suiza, en

1103 pacientes operados por litiasis de las vías biliares, encontraron que las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron las tromboembolias. El estudio no explica la incidencia tan elevada de esos fenómenos tromboembólicos. La mortalidad total fue de 2.9%.

Briele y colaboradores, (5), del Hospital Peninsular de Salisbury, Maryland, revisaron 1500 operaciones de las vías biliares practicadas en 17 años (1946-1963), con 1.8% de mortalidad. Recomiendan que en la colelitiasis asintomática, se practique una colectomía pronta, con el fin de reducir la mortalidad entre los pacientes de edad avanzada, en quienes la severidad de las secuelas que dejan las enfermedades calculosas del tracto biliar, son más susceptibles de complicaciones.

Pipia y Kurtsikidze (28), del Instituto Médico de Tiflis, Georgia, Rusiá, en 1029 operaciones del tracto biliar, 483 fueron practicadas en una fase aguda de la enfermedad y 546 restantes en una etapa crónica. La mortalidad total fue de 4.6%. La mayoría de las muertes se registraron en pacientes mayores de 60 años. La sutura primaria del colédoco y la coledocoduodenostomía fueron de uso comparativamente muy restringido.

Magee y Mac Duffee (24), del Hospital de Pensylvania, exploraron el colédoco

Con especial atención en la morbilidad en el 20% de los casos en un estudio en el que revisaron 1000 colecistectomías; la exploración fue positiva en el 12.7%. La mortalidad total fue de 2.2%. La mortalidad de los que tuvieron coledocostomía con presencia de cálculos fue del 4.7%. En un estudio posterior que totalizó 2600 pacientes, informan que la exploración del coléodo co fue positiva en el 46%. Estos cambios los atribuyen al uso de la angiografía pre-operatoria. El 79% de los pacientes era del sexo femenino.

La causa de ictericia en pacientes con colecistitis no siempre es obvia; Fish y colaboradores (13), de Galveston, Texas, revisaron la causa de ictericia en 200 pacientes querer requirieron colecistectomía. Concluye que la causa de la ictericia asociada con colecistitis se puede encontrar si se practica exploración cuidadosa de las vías biliares y biopsia hepática. En la revisión practicada encontraron la misma en el 92% de los casos; el 57% era litiasis del coléodo, las otras causas más comunes fueron pancreatitis, cáncer, lesión hepatocelular y supuesto cálculo que pasó.

En 1931 de los casos correspondían pacientes del sexo femenino.

Bibhar y colaboradores (11) del Hospital Universitario de Ginebra, Suiza, en

IV. PRINCIPIOS GENERALES:

1. Anatomía:

El sistema biliar y el hígado se forman juntos a partir de un divertículo en el embrión, que se origina en el piso ventral del intestino anterior y se extiende en el septum transverso. La porción caudal de este divertículo se transforma en vesícula biliar, conducto cístico y coléodo, en tanto que la porción superior se transforma en el hígado y los conductos hepáticos.

La vesícula es un reservorio membranoso de paredes delgadas situada en la fosita cística de la cara inferior del hígado, tiene la forma de una pebra, cuyo eje está dirigido oblicuamente arriba y atrás; normalmente tiene de 7 a 10 cms. de largo, de 3 a 5 de diámetro y capacidad de 30 a 60 ml; desde el punto de vista anatómico, está dividida en un fondo redondeado que sobresale del borde inferior del hígado, un cuello y un cuerpo estrecho, que al disminuir de calibre se convierte en el conducto cístico (7, 8, 20, 29).

El conducto cístico mide de 2 a 4 cm de longitud y de 3 a 4 mm de diámetro en su curvatura máxima, con la concavidad hacia abajo y hacia afuera. Generalmente paraleliza su extremo terminal al conducto hepático

común, uniéndose a éste en el 80% de los casos para formar el colédoco. A menudo se encuentra fuertemente adherido por bridas de tejido fibrosos, al conducto biliar común; otras veces rodea el borde derecho y desemboca en la cara anterior (10%) o después de pasar por delante o por detrás y rodeando en espiral al hepático común, desemboca en el borde izquierdo (8%) o en su cara posterior (2%). Pueden también existir conductos císticos accesorios, cuyo tamaño y calibre pueden ser igual al normal, pero hay casos que son muy pequeños. Muy numerosas son las variaciones del cístico, inclusive pudiendo no existir, desembocando la vesícula en los conductos biliares o directamente en el duodeno (20, 26, 27).

El sistema biliar extrahepático, se origina en el hígado, como conductos hepáticos derecho e izquierdo; cada uno drena el lóbulo hepático respectivo y mide de 1 a 2 cms de longitud. Los conductos se unen para formar el hepático común, una estructura tubular de 2 a 4 cms de largo a nivel de la vena porta. La unión del conducto hepático común con el cístico origina el coléodo co, que tiene de 8 a 15 cms de longitud y de 5 a 10 mm de diámetro externo. El coléodo desciende por el ligamento hepato duodenal a la derecha de la arteria hepática y por delante de la vena porta, pasa por detrás de la primera parte del duodeno y a través del páncreas y entra en la segunda porción

del duodeno en su cara posteromedial, a unos 10 cms del píloro a nivel de la ampolla de Vater.

El riego sanguíneo al coléodo proviene de una rama de la arteria gastroduodenal. La vesícula recibe su sangre de la arteria cística que viene de la arteria hepática derecha y se divide en ramas para la superficie lisa y libre (9, 18).

Durante la colecistectomía suele encontrarse la arteria cística en el triángulo cístico de Calot, espacio limitado por el hígado, hepático común y conducto cístico. El triángulo contiene la arteria hepática derecha, con su rama la arteria cística, un gran ganglio linfático, el ganglio de broca o de Masaigne y en la profundidad la rama derecha de la vena porta. Los vasos linfáticos de la vesícula se unen a los del hígado para desembocar en la cisterna de Pachet y el conducto torácico. La inervación del sistema biliar es semejante a la del hígado; la estimulación vagal produce contracciones de la vesícula, en tanto que la simpática invierte las acciones.

2. Fisiología:

La bilis secretada por el hígado hacia los canalículos biliares es una solución de sales biliares, pigmentos biliares, electrolitos, colesterol, lecitina, ácidos grasos, proteínas y gran número y variedad de productos del metabolismo hepático. El hígado secreta diariamente de 350 a 1000 ml de bilis. Las funciones del sistema biliar extrahepático incluyen transporte de bilis excretada por el hígado, regulación del flujo de bilis y almacenamiento y concentración de dicha sustancia. En la vesícula son reabsorbidos el agua, los cloruros y los bicarbonatos, con lo que se aumenta la concentración relativa de los pigmentos y sales biliares. Esta bilis concentrada en la vesícula se almacena hasta su expulsión (6, 7, 9, 12).

La salida de la bilis de la vesícula está regulada por la secreción de la hormona colecistocinina, la cual se libera cuando el quimo gástrico se pone en contacto con la mucosa del duodeno. Dicha hormona tiene la propiedad de contraer la vesícula y de relajar el esfínter de Oddi. En esta forma llega al tubo digestivo la bilis necesaria para la digestión.

En los estados patológicos como la colecistitis es frecuente que la vesícula pierda progresivamente su capacidad de concentrar las sales y pigmentos biliares.

La bilis tiene diferentes funciones importantes; desempeña un papel en hidrólisis y absorción de los lípidos a través de un mecanismo complejo de emulsificación. Interviene en la absorción de minerales como calcio, hierro, colesterol, cobre y vitaminas liposolubles A, D, E, K. Activa y estimula la secreción de ciertas enzimas digestivas, como lipasa pancreática.

Aporta álcalis para la neutralización del jugo gástrico en el duodeno. Así mismo sirve de vehículo para la excreción de muchos compuestos metabolizados por el hígado,

3. Etiopatogenia:

La gran mayoría de las enfermedades del sistema biliar extrahepático, se acompañan de litiasis; pueden descubrirse cálculos en vías biliares de pacientes de todas las edades. Son raros los lactantes y poco frecuentes en niños y adolescentes. Se observan ocasionalmente en varones adultos jóvenes y entre hembras que no han estado embarazadas; frecuentes en las mujeres multíparas y con frecuencia gradualmente creciente con cada década. Antes de llegar a la pubertad su aparición suele asociarse a enfermedad hemolítica. En las mujeres la colelitiasis constituye una de las enfermedades más frecuentes asociadas a la gestación. Esta asociación explica la predominancia de cálculos en el sexo femenino. Su frecuencia es mayor entre los 35 y 55 años (7, 9, 14, 20, 23).

No se ha dilucidado la génesis de los cálculos biliares. Los principales factores predisponentes son: composición anormal de la bilis, infección y éstasis, pero se desconoce la importancia relativa de cada una (7).

La bilis vesicular es una solución sobresaturada. Cualquier aumento en la concentración de sustancias

colelitógenas, principalmente colesterol y derivados de hemoglobina, pueden alterar el equilibrio y causar precipitación.

Las infecciones favorecen la litiasis porque la mucosa vesicular inflamada absorbe fácilmente sales biliares, pero no colesterol, lo cual modifica la proporción colesterol-sales biliares. Además la inflamación vesicular puede ser causa de formación de cálculos, pues del epitelio lesionado se descaman restos proteínicos hacia el interior de la vesícula, que a menudo funcionan como centros de cálculos mixtos. Las bacterias contenidas en la bilis también pueden servir como cristales de origen que potencien el inicio de la precipitación de sales biliares. Al respecto se han encontrado bacilos de tifoidea como centro del cálculo extirpado a pacientes portadores de tifoidea (1, 7, 18, 21, 26, 30).

No se ha comprobado concluyentemente la relación que guarden la colecistitis y la colelitiasis. Una hipótesis postula que los desequilibrios físico-químicos en la bilis pueden producir cálculos y que estos originen colecistitis. Por otra parte, la mayoría de autores consideran que la inflamación vesicular primaria es antecedente corriente de la litiasis (7, 9, 18).

4. Anatomía Patológica:

Las enfermedades de las vías biliares ocupan un lugar importante en la práctica clínica y en las piezas anatomicopatológicas. La inflamación de la vesícula es la segunda causa, en orden de frecuencia, (después de la apendicitis), de dolor abdominal e intervenciones quirúrgicas en el abdomen. Frecuentemente la inflamación se acompaña de formación de cálculos o viceversa, que pueden causar obstrucción del coleodo con secuelas graves.

La vesícula biliar en las primeras horas de una crisis, está hiperémica y edematoso y hay rápido aumento del grosor de las paredes. El conducto cístico puede estar ocluido. La vesícula puede estar distendida por ~~bilis~~, exudado inflamatorio o pus. Los cambios microscópicos pueden ir desde la inflamación ligeramente aguda con edema e infiltración celular a la necrosis y perforación vesicular (7, 9, 18, 29).

Los cálculos biliares se forman a partir de los componentes de la bilis. Los tres componentes principales son: monohidrato de colesterol, carbonato de calcio y bilirrubinato de calcio. En algunos cálculos se pueden encontrar otras sales inorgánicas de calcio y can-

tidades pequeñas de sustancias orgánicas e inorgánicas. La forma de los cálculos y su clasificación en tres tipos: puros, mixtos y combinados, depende de la cantidad relativa de cada una de estas sustancias. Los cálculos de colesterol, tienen color blanco o amarillo, son redondos u ovalados y a menudo translúcidos con superficie lisa o granulosa. Suelen ser cálculos únicos. Los cálculos de blirrubinato de calcio suelen ser de color azabache, múltiples, pequeños, ovalados o redondos, a menudo poliédricos. Los cálculos de carbonato de calcio pueden ser únicos o múltiples, de color blanco grisáceo y estructura amorfa (29).

5. Cuadro Clínico:

Las manifestaciones de colecistitis aguda guardan relación con su gravedad, y en ausencia de cálculos el comienzo es menos brusco que en caso de colelitiasis obstructiva. En caso de inflamación ligera puede no haber más que indigestión, molestia moderada e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho, que aumenta con la inspiración profunda. Cuando el cuadro es más severo, el dolor y la hipersensibilidad son mayores y aparece espasmo muscular. Se observa dolor de rebote en el cuadrante superior derecho en los casos graves de colecistitis supurada con inflamación peritoneal. Muchas veces es causa de postración. La temperatura oral suele elevarse hasta 39 ó 40°C, y es frecuente observar náuseas o vómitos. Puede haber distensión abdominal con disminución de los ruidos intestinales. Suele presentarse también ictericia de grado variable. Durante este tiempo a veces se percibe una masa poco precisa en el cuadrante superior derecho que representa la vesícula. Durante la etapa de inflamación aguda, el número de leucocitos \exists está elevado (12000 a 40000 $\times \text{mm}^3$) con leucocitosis neutrófila y aumento de las células en banda.

El diagnóstico se confirma al no poder visualizar la vesícula por colecistografía, debido a obstrucción del conducto cístico o incapacidad del órgano para concentrar el colorante. - En muchos casos se observa un cálculo en una placa simple de abdomen (7, 9, 18, 29).

6. Tratamiento:

El tratamiento de la colecistitis crónica sintomática es la extirpación de la vesícula. La mortalidad operatoria con este método es menos del 1%. Tratar a un paciente en quien no pudo visualizarse la vesícula por colangiografía es problema de criterio médico. El tratamiento de sujetos asintomáticos, cuyos cálculos son descubiertos accidentalmente es motivo de controversia.

Es muy probable que dichos cálculos más tarde produzcan síntomas y también existe la posibilidad que aparezcan complicaciones graves. En estudios de vigilancia a largo plazo de los pacientes con cálculos asintomáticos, han demostrado que los síntomas aparecieron aproximadamente en el 50% y que alas complicaciones como colecistitis aguda y obstrucción del colédoco en un 25%. El bajo índice de la morbilidad y mortalidad de la colecistectomía es una prueba en favor de quienes recomiendan el tratamiento quirúrgico. No obstante debe tenerse en cuenta el estado del paciente, el riesgo de la operación y el índice esperado de vida.

Debemos recordar que la mortalidad es mayor en pacientes pasados de los 60 años (2, 3, 4, 7, 9, 12, 18, 23).

una

Anteriormente, el médico internista avocaba por medidas conservadoras, como: aspiración nasogástrica, líquidos y antibióticos por vía parenteral para el tratamiento de la colecistitis aguda; con una colecistectomía selectiva posteriormente. Actualmente, la conducta es el tratamiento quirúrgico temprano dentro de las primeras 24-72 horas de iniciado el ataque. El fracaso del tratamiento médico en algunos pacientes, la necesidad frecuente de una operación comprometida, la necesidad de dos hospitalizaciones, el peligro de perforación y el hecho de que al final todos los pacientes se someterán a una colecistectomía, constituyen la base para recomendar el tratamiento quirúrgico temprano.

El tratamiento de la colecistitis entraña la exploración quirúrgica del colédoco y extracción de cálculos. En toda operación vesicular el cirujano debe decidir si explora o no el colédoco, para lo cual existen indicaciones precisas, tales como:

1. Masa o cálculo palpable en el colédoco,
2. Dilatación del colédoco mayor de 12 mm.

3. Ictericia en el momento de la operación o como antecedente reciente.
4. Cálculos pequeños en la vesícula de diámetro menor que el conducto cístico.
5. Cálculo único de facetas múltiples en la vesícula.

V. MATERIAL Y METODOS:

MATERIAL:

Para la elaboración del presente trabajo se contó con la colaboración de los Departamentos de Estadística y Archivo del Hospital Regional de Zacapa, quienes suministraron los expedientes de los casos revisados.

Así también, se contó con la colaboración de la Biblioteca del Hospital Roosevelt y Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en donde se revisaron las publicaciones sobre el tema.

Se efectuó la revisión de 483 papeletas de pacientes con diagnóstico de enfermedad de las vías biliares en el período comprendido de enero de 1972 a diciembre de 1976, de los cuales únicamente 166 casos fueron sometidos a cirugía. De estas papeletas, 109 se tabularon en el presente trabajo, en virtud de que el resto de papeletas se encontraban incompletas por haberse extraviado parte de ellas para el terremoto del 4 de febrero de 1976,

METODO:

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

Edad del paciente

Sexo

Motivo de consulta y síntomas asocia
ciados.

Ocupación

Operación efectuada

Hallazgos operatorios

Mortalidad

Complicaciones post-operatorias

R E S U L T A D O S

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE
DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS

	No.	%
PATOLOGIA HEPATOBILIAR		
Tratamiento Médico	317	65.63
PATOLOGIA HEPATOBILIAR		
Tratamiento quirúrgico	166	34.37
TOTAL DE DIAGNOSTICOS	483	100.00

En el período comprendido de enero de 1972 a diciembre de 1976, se realizaron 483 diagnósticos de enfermedad de vías biliares, de los cuales 317 (66.63%) fueron tratados médica mente o rehusaron el tratamiento quirúrgico. 166 casos (34.37%) fueron tratados quirúrgicamente.

De los casos tratados quirúrgicamente, en el presente estudio se tabularon únicamente 109 casos, en virtud de que el resto de papeletas se encontraban incompletas por haberse extrabiado parte de ellas para el terremoto de febrero de 1976.

CUADRO No. 2DISTRIBUCION POR SEXO

Sexo	No.	%
Femenino	97	88.99
Masculino	12	11.01
T O T A L	109	100.00

CUADRO No. 3DISTRIBUCION POR GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	No.	%
10-20	4	3'66
21-30	18	16'51
31-40	25	22'93
41-50	30	27'52
51-60	20	18'34
61-70	9	8'26
71-80	3	2'75
T O T A L	109	100'00

CUADRO No. 4DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SIGNOS Y SINTOMAS

	No.	%
Dolor en hipocondrio derecho	95	76.00
Náuseas y/o vómitos	21	16,8
Irradiación del dolor a región lumbar	11	8.8
Ictericia	10	8.0
Anorexia	9	7.2
Diarrea	3	2.4
Irradiación de dolor a hombro y escápula derecha	2	1,16
Otros síntomas asociados	14	11,2

NOTA:

Los datos numéricos y porcentuales del cuadro anterior no cuadran con el número de casos revisados, en vista de que hubo casos en los cuales los pacientes consultaron por dos o más síntomas o signos de los enumerados,

CUADRO No. 5DISTRIBUCION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS

<u>EFFECTUADAS</u>		%
OPERACION EFECTUADA	No.	
Colecistectomías	94	86.25
Colecistectomía + Coledocostomía	13	11.92
Colecistostomía	2	1.83
T O T A L	109	100.00

CUADRO No. 6DISTRIBUCION DE HALLAZGOS OPERATORIOS

	No.	%
Cálculos en vesícula	89	81.65
Cálculos en colédoco	9	8.25
Hidrocolecisto	9	8.25
Ca de vías biliares	5	4.58
Material purulento en vesícula	6	5.50
Dilatación del coledoco	3	2.75
Vesícula perforada	2	1.83
Bilis en cavidad abdominal	1	0.92

CUADRO No. 7DISTRIBUCION PORCENTUAL DE OCUPACIONES

OCUPACION	No.	%
Oficios domésticos	80	73.40
Agricultor	11	10.09
Comerciante	4	3.67
Enfermera	4	3.67
Costurera	4	3.67
Maestra de Educación Primaria	2	1.83
Piloto automovilista	2	1.83
Carpintero	2	1.83
T O T A L	109	100.00

(Ver gráficas)

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS:

Los casos revisados en el presente estudio están comprendidos en un período de cinco años, correspondiendo a un total de 483 casos con diagnóstico de enfermedad de vías biliares y, de los cuales, más de la mitad (65.63%) recibieron tratamiento médico o bien rehusaron el tratamiento quirúrgico. Una de las razones de que esto fuera así podría atribuirse a la idiosincrasia de las personas estudiadas, quienes temen a las intervenciones quirúrgicas y prefieren recurrir a otros procedimientos, tales como, brujería o medicinas caseras. Del total de casos revisados, 166 (34.37%) recibieron tratamiento quirúrgico, tabulándose en el estudio únicamente 109 casos, en virtud de haberse extraviado parte de las papeletas a causa del terremoto del 4 de febrero de 1976.

SEXO Y EDAD:

El 88.9% correspondió al sexo femenino o sean 97 casos y el 11.01% al sexo masculino o sean 12 casos. La proporción es muy semejante a la descrita por otros autores.

Con relación a la edad (Cuadro No. 3), el 77% eran menores de 50 años y el grupo etario más afectado fue el comprendido entre la cuarta y la quinta década, lo cual está en relación con lo descrito en los tratados de cirugía. El caso de menor edad fue de 17 años y el mayor de 80 años de edad,

SINTOMAS Y SIGNOS CLINICOS:

Dolor en hipocondrio derecho fue el síntoma más frecuente en ambos sexos, presentándose en el 78% de los casos, seguido de náuseas y vómitos, dolor irradiado a región lumbar e ictericia con 21, 11 y 10%, respectivamente. Los casos de ictericia correspondieron a los casos en que se practicó colecistectomía + coledocostomía; los cuales al compararlos con los hallazgos operatorios nos permite darnos cuenta que en 10 de los casos que presentaron ictericia, en 9 de ellos se encontraron cálculos en el colédoco. Lo anterior nos demuestra que el antecedente reciente o la presencia misma de ictericia, asociada a otros síntomas de enfermedad de las vías biliares es indicativo de cálculo en el colédoco.

OPERACION EFECTUADA:

El mayor número de pacientes fue sometido a una colecistectomía (86,25%) de los cuales el 83,5% se había confirmado el diagnóstico; en el 2,75% restante no se tenía diagnóstico, por lo que inicialmente se efectuó una laparatomía exploradora, la cual al final terminó en una colecistectomía, esto nos pone en evidencia que, actualmente, con las ayudas diagnósticas existentes, es bastante sencillo realizar un diagnóstico de las enfermedades de las vías biliares. En el 11,92% (13 casos) se realizó Colecistectomía + Coledocostomía, lo cual al compararlo con el Cuadro No. e de

síntomas y signos clínicos, encontramos que 10 casos presentaron ictericia, más 3 casos por hallazgos operatorios presentaron dilatación del colédoco. Esto nos demuestra que en el 100% de los casos en que se efectuó Colecistectomía + Coledocostomía, fue con indicaciones precisas, según lo descrito por los tratados de cirugía.

En dos casos, correspondientes al 1,83% se efectuó Colecistostomía por vesícula perforada y peritonitis biliar; además, los pacientes recibieron antibióticos parenterales y su evolución fue satisfactoria en uno de los casos; el otro caso falleció. No se logró determinar si el caso con buena evolución fue sometido a una segunda intervención quirúrgica para colecistectomisarlo. Mortalidad del estudio: 0,92%.

HALLAZGOS OPERATORIOS:

El hallazgo operatorio más frecuente fue el de cálculos en vesícula con 81,65% o sean 89 casos. Cálculos en el colédoco se encontraron en un 8,25% o sean 9 casos. En un 5,5% se encontró material purulento en vesícula y un 4,58% correspondió a cáncer de vías biliares. Los casos de Ca de vías biliares no fue posible determinar su sobrevida en vista de que no existió seguimiento de casos. En 2 casos (1,83%) se encontró perforación de la vesícula, lo cual corresponde al porcentaje descrito en los tratados de cirugía, que es de 2%.

Resumiento los diagnósticos post-operarios: 89 casos correspondieron a Colelitiasis (81.65%); 9 (8.25%) a coledocolitiasis; 6 casos (5.50%) a colecistitis aguda y 5 de los casos (4.58%) a Ca de vías biliares. Dichos resultados son similares a los descritos por otros autores en estudios previos en diferentes Hospitales del mundo. Hay que hacer la aclaración que un porcentaje elevado de pacientes recibieron tratamiento médico o bien rehusaron el tratamiento quirúrgico, lo cual indudablemente nos hace variar el porcentaje de pacientes con Colecistitis.

OCCUPACION:

En lo que a ocupación se refiere, es notoriamente marcado el predominio de personas de ocupación de oficios domésticos, (73.40%), lo cual es fácilmente comprensible por la mayor incidencia de esta patología en personas del sexo femenino.

VI. CONCLUSIONES:

1. La cirugía de la vesícula y de las vías biliares se practica cada vez con más frecuencia. En nuestro estudio de 483 diagnósticos de patología de vías biliares, 166 casos (34.37%) fueron resueltos por cirugía.
2. El mejor conocimiento que la medicina tiene de las enfermedades de las vías biliares, así como la existencia de mejores métodos diagnósticos y la mejor selección del procedimiento que deba practicarse, han contribuido a reducir la morbilidad y mortalidad de la cirugía de las vías biliares.
3. La mayoría de los pacientes de nuestro estudio, correspondieron al sexo femenino, con un total de 97 casos, (88.99%), coincidiendo con reportes estadísticos anteriores.
4. El procedimiento quirúrgico más frecuentemente utilizado, fue la colecistectomía: 91 casos (83.5%).
5. El hallazgo operatorio más frecuente fue los cálculos en vesícula: 89 casos (81.65%); otros en menor porcentaje como cálculos en el colédoco 9 casos (8.25%); hidrocolecisto 9 casos (8.25%); Ca de vías biliares 5 casos, (4.58%) y bilis en cavidad abdominal el menor porcentaje: 0.9%.

6. Los síntomas y signos de la enfermedad de las vías biliares es de lo más variado, siendo el síntoma más frecuente el dolor tipo cólico en hipocondrio derecho (76.0%) y los menos frecuentes: la diarrea asociada (2.4%) y el dolor irradiado a hombro y escápula derecha (1.6%).
7. Al igual que la descripción de los tratados de cirugía, el grupo etario más afectado fue el comprendido entre la tercera y quinta década de la vida (55%).

VII. BIBLIOGRAFIA:

1. Arriola Guillermo, Consideraciones sobre colecistitis aguda y su tratamiento. Tesis, USAC, 1958. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala.
2. Arrollave, Roberto, Contribución al estudio de la colecistectomía. Tesis, USAC, 1946. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala.
3. _____, Colecistectomía. Rev. Col. Med. Guatemala, junio 1955.
4. Boquist L., Bergdhal L., and Anderson, Mortallity following gallbladder surgery, a study on 3257 cholecystectomias. Surgery 1972, 71:616,
5. Briele, H. A., Long, W., and Parks L. C. Galbladder disease and cholecystectomy am. surgery, 1969, 35: 218.
6. Caravantes Flores, Oscar, Algunas consideraciones sobre tratamiento médico de la colecistitis aguda. Tesis, Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas, 1970.
7. Cecil, Loeb, Tratado de Medicina Interna, Ed, Interamericana, Duodécima Ed, 1968, Págs, 1019-1033.

8. Corlette, M. B. Bismuth H. Biliary fistula a trap in the surgery of cholelithiasis. Arch. Surg. 1975. 110-337.
9. Davis, Christopher. Sabiston, D. C. Tratado de patología quirúrgica. Ed. Interamericana. 10a. Ed. 1974. Págs 1012-1042
10. Drake, C. T. and Beal, J. W. Percutaneuos cholangiography. Arch. Surg. 1965. 91-558.
11. Elbhar F., Vaughn P. and Rudler J. C. A study of 1103 cases of surgical treatment of gallstones. Arch. Chir. 1972. 26:19.
12. Espada, Rafael. Morbilidad y mortalidad en cirugía de vías biliares. Tesis. USAC. Guatemala. Fac. CCMM. 1969.
13. Fish, J. C. Williams D. and Williams R. B. Jaundice with cholecystitis. Arch. Surg. 1968. 96-875.
14. Gallardo Flores, Carlos. Hernández S. L. Cirugía de vías biliares, Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt. Guatemala. Estudio presentado en XVI Congreso Médico Centroamericano y VII Congreso Centroamericano de Cirugía General celebrado en San Salvador, El Salvador.

15. Glenn, F. M. D. F. A. C. S. Trends in surgical treatment of calculous disease of the biliary tract. Surg, Gyn and Obs, 1975, 140-877.
16. Graham, E. A. Cole W. A. Roentgenologic examination of the gallbladder a new method utilizing intravenous injenction of tetrabromophenolphthalein. J. A. M.- 1924, 82: 613-514.
17. Griffen, Jr. W. O. The concept of physiologic dysfunction of the gallbladder. Arch. Sur. 1975, 110-369.
18. Harkins Moyer, Rhoads. Principios y práctica de cirugía. Ed. Interamericana, 4a, Ed, 1972. Capítulo 32, Pág. 7510776.
19. Holm, J. C. Edmunds L. and Baker J. W. Lifethreatening complications after operations upon the biliary tract, Surg, Gyn Obs. 1968, 127:241,
20. Henry Leiva, Jorge A, Consideraciones sobre colecistectomía, Complicaciones frecuentes, diagnóstico de éstas, tratamiento y prevención. Tesis. USAC, Guatemala, Fac CCMM, 1970,

21. Herrera LLerandi; Luna Azurdia; R. Villanueva S. Bacteriología en enfermedad de las vías biliares y su correlación con colelitiasis. Rev. Col. Med. Guatemala. Vol. 23, No. 1. Marzo de 1972.
22. Kakos, G. S. Tompkins, R. K. et al. Operative cholangiography during routine cholecystectomy, a review of 3012 cases.
23. Lozabo, Saldivar y col. Cirugía de la vesícula biliar y de vías biliares. Cirugía y Cirujanos. 1973. Tomo XLI:3, 4 239. Órgano de la Academia Mexicana de Cirugía.
24. Maggee R. B. and Macduffee R. C. One thousand consecutive cholecystectomies. Arch. Surg. 1968. 96:858.
25. Mazzariello R. M. Transcholecystic extraction of residual calculi in common bile. Surg. 1974. 77:338.
26. Montiel Hegges, Rafael. Consideraciones sobre accidentes en vías biliares. Tesis. USAC. Fac. CCMM. Guatemala. 1947.

27. Santizo, Lepe Gustavo. Breves consideraciones sobre el cístico residual. Tesis. USAC. Guatemala, Fac. CCMM. 1960.
28. Pipia, I. Kaud Kutsidkze, A. L. Some aspects of surgical treatment of complicated cholecystitis as practiced in Georgian Surgeons, Russians surgeons, - Vestu Khir. 1972. 109-2.
29. Robbins, Stanley L. Tratado de Patología. Ed. Interamericana. 3a. Ed. 1968. Págs. 860-873.
30. Roca Samayoa, Jorge Ricardo. Flora bacteriana en enfermedades de vías biliares y su relación con colecistitis y colelitiasis. Tesis. USAC. Guatemala, Fac. CCMM, 1975.

Br. Otto Leone Hernández

Pazzetti
or
Pazzetti Galván

Duarte ..

Revisor
Dr. José Toribio Duarte F.

2010

e III
n M.

Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Bo.

Castillo
Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo