

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas



José Luis Cruz Rivas

17 JUN. 1980

Guatemala. 1980

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. ESTUDIO CLINICO DE LA COLANGITIS
 - A- HISTORIA
 - B- FRECUENCIA
 - C- ETIOLOGÍA
 - D- PATOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN
 - E- CARACTERES CLÍNICOS
 - F- DIAGNÓSTICO
 - G- PRONÓSTICO
 - H- TRATAMIENTO
- IV. RESULTADOS
- V. CONCLUSIONES
- VI. RECOMENDACIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El propósito del presente trabajo de tésis, es el estudio del tratamiento quirúrgico de la colangitis.

La colangitis es una enfermedad, en la cual, es de vital importancia, establecer un diagnóstico temprano y efectuar el drenaje quirúrgico oportuno de las vías biliares, pues de lo contrario, se desencadena un cuadro que progresa hasta causar la muerte del paciente.

Consideramos que, con este estudio se puede enfatizar las bases del tratamiento quirúrgico temprano de los pacientes con colangitis que consultan a las emergencias de nuestros hospitales. Así mismo hacer notar la importancia de que el médico general y sobre todo el cirujano, deben conocer en todos sus aspectos a esta enfermedad y tener los conocimientos necesarios para manejar el caso como una emergencia.

En este estudio se revisan los aspectos clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos, así como los procedimientos diagnósticos efectuados; se hace un análisis de la relación que existe entre los mismos y se compara con estudios efectuados por otros autores.

MATERIAL Y METODOS

A) MATERIAL:

Se efectuó la revisión de fichas clínicas en el Archivo del Hospital General San Juan de Dios, en los libros de sala de operaciones y en las papeletas de los pacientes del mismo hospital.

La revisión bibliográfica se llevó cabo en la biblioteca de la Facultad de Medicina, en la biblioteca del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en la biblioteca del INCAP y por aportes personales, todo esto con el objeto de tener referencias

B) METODOS:

Para el análisis estadístico, se emplearon tabulaciones de los casos reportados. Dicho análisis se efectuó tomando en cuenta diversos parámetros, tales como: edad, sexo, motivo de consulta, signo o síntomas iniciales, factores predisponentes, impresión clínica inicial, diagnóstico pre y postoperatorios, hallazgos opera-

Se emplearon para mayor objetividad, cuadros estadísticos.

En todo el estudio se aplico el Método Científico mediante el análisis retrospectivo de los casos.

HISTORIA

Hace ya algunos siglos que el problema de las vías biliares atrae la atención de los médicos. En 1348 Gentile de Foligno y Donatus fueron los primeros en describir los cálculos en dichas vías. Más tarde Glisson y Sydenhan describieron los síntomas y el cuadro clínico del cólico hepático.

Se atribuye a Petit que en 1743 planeó la primera operación para remover cálculos de la vesícula biliar; siendo sus primeros intentos en casos en donde se encontraba una vesícula biliar distendida y fijada a la pared abdominal.

Durante el siglo XIX se practicaron algunas veces colecistectomías por Kocher, Sims y Tait. Pero no fue sino hasta 1882 en que Langenhuch practicó la primera colectomía con éxito. Más tarde en 1890 Courvoisier reportó 47 casos de colecistectomía con éxito.

América.

Fué Von WiniWarter quien, a fines del siglo pasado, hizo la primera coledocostomía, con el objeto de mantener un drenaje externo de bilis.

SEXO

En pacientes adultos el sexo establece para la mayoría de los autores, una proporción de más o menos 3 a 1 con prevalencia del sexo femenino, probablemente por la mayor incidencia de litiasis biliar.

En este cuadro se demuestra el predominio del sexo femenino con un porcentaje de 76% contra 24% para el sexo masculino.

CUADRO 1

SEXO	PACIENTES	%
MASCULINO	12	24
FEMENINO	38	76

EDAD

Con respecto a la edad, es sin duda una enfermedad de la etapa media de

la vida, como reporta Ludington, en su experiencia personal en la cual encontró un 52% de los casos, comprendidos entre la 4ta. y 5ta. década de la vida.

En nuestro medio hemos encontrado que la década más frecuente es la comprendida entre los 40 a 50 años de edad, con una incidencia del 26%, y edad promedio de 49 años. La menor edad que encontramos fue el caso de una niña de 1 mes y 22 días, y la mayor edad 86 años.

CUADRO 2

EDAD	PACIENTES	%
0 A 10 AÑOS	1	2
10 A 20 AÑOS	0	0
20 A 30 AÑOS	7	14
30 A 40 AÑOS	8	16
40 A 50 AÑOS	13	26
50 A 60 AÑOS	8	16
60 A 70 AÑOS	4	8
70 A 80 AÑOS	8	16
80 A 90 AÑOS	1	2
TOTAL	50	100

PROCEDENCIA

En nuestro medio encontramos, que 1 personas proceden con más frecuencia del

CUADRO 3

AREA	PACIENTES	%
URBANA	36	72
RURAL	14	28
TOTAL	50	100

ETIOLOGIA

La colangitis se observa como complicación de obstrucción al libre flujo de bilis en el árbol biliar. Esta obstrucción puede deberse a múltiples factores.

La enfermedad inflamatoria primaria de los conductos biliares es muy rara. La colangitis suele acompañar a las enfermedades inflamatorias de la vesícula biliar, hígado o páncreas, o se produce por complicaciones de estas enfermedades, como cálculos, bilis infectada, drenaje supurado del hígado o fístula biliar interna espontánea. La colangitis supurada se observa sobre todo acompañada a intervenciones quirúrgicas inadecuadas de las vías biliares. Puede producirse después de una intervención infructuosa para extraer cálculos, una colecistectomía defectuosa, cuando se originan estenosis quirúrgicas o se establecen anastomosis que permiten la regurgitación del contenido intestinal en los conductos biliares. Puede

desarrollarse una colangitis obliterante progresiva en casos en que no se haya intervenido quirúrgicamente, pero casi siempre ha habido una operación previa, de todas maneras la complicación a veces aparece años después de la intervención. La causa es una fibrosis progresiva consecuencia de un proceso inflamatorio alrededor del conducto.

Es de gran interés hacer notar que varios pacientes han presentado colangitis después de procedimientos en la sala de Rayos "X" o después de colangiogramas transoperatorios a través de tubos en "T". Las exacerbaciones por estudios radiológicos, los cuales aumentan la presión intraductal, pueden dar surgimiento a colangitis, a causa del reflujo colangiovenoso.

PATOLOGIA

Se encuentran cambios macroscópicos y microscópicos en el proceso de la colangitis, que son característicos de la misma.

a) Macroscópicos:

Los conductos biliares, intra y extrahepáticos, están dilatados por arriba del sitio de obstrucción, que suele ser el colédoco - hay engrosamiento inflamatorio de la pared - . El hígado está agrandado y en casos mortales puede haber múltiples cavidades de abscesos en el parénquima hepático.

Se han encontrado en casos, gran frecuencia de litiasis única o múltiple, que generalmente obstruye el cístico, es de 90 - 95 %. El porcentaje de litiasis del colédoco es de 10% según Puestow. En nuestro estudio encontramos 54% de litiasis en general y 46% sin evidencia de litiasis (presencia de bilis

	PACIENTES	%
LITIASIS DE LA VESÍCULA (CON OBSTRUCCIÓN DEL CÍSTICO)	14	28
LITIASIS DEL COLÉDOCO	13	26
PRESENCIA DE BILIS	23	48

b) Microscópicos:

El exámen microscópico de la biopsia hepática muestra pericolangitis con células de inflamación aguda y crónica (neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas) dentro y junto a los espacios de la porta. En ocasiones hay polimorfonucleares en el interior de los conductos biliares pequeños. En las áreas periportales puede haber necrosis de las células del parénquima hepático; en ocasiones se forma-

rán microabcesos. Cuando la obstrucción es prolongada puede haber grandes áreas de necrosis del parénquima con extravasación del hígado.

CUADRO 5 HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS

HALLAZGO	PACIENTES	%
INFLAMACIÓN AGUDA SOLA	4	8
INFLAMACIÓN AGUDA CONCOMITANTE	10	20
CON CAMBIOS INFLAMATORIOS CRÓNICOS	4	8
INFLAMACIÓN CRÓNICA Y FIBROSIS	11	22
SIN INFORME	21	42

CLASIFICACION

Es difícil establecer una clasificación

satisfactoria de la colangitis debida a la transición de un tipo a otro y a la existencia de muchos factores idiopáticos en la patogénia. Las designaciones de los tipos se han basado en la etiología, a saber: Obstructiva, Infecciosa, Primaria e Idiopática. La división en tipos secundarios y primarios se basa también en la etiología. En este sentido el término primario indica una serie de variedades de causa desconocida. Existen objeciones para aceptar una clasificación clínica o patológica en formas agudas y crónicas. A menudo una de estas formas se superpone a la otra, esto es, el tipo anatomopatológico crónico puede transformarse en agudo en sus manifestaciones clínicas, y la variedad clínicamente aguda, aparece a menudo como de tipo crónico en sentido anatomopatológico. La clasificación basada en el asiento de la invasión presenta aún mayores dificultades. Inicialmente el proceso puede localizarse en el extremo inferior o en todo el colédoco, o bien en un segmento del conducto hepático, o puede ser general (todo el

árbol biliar). La lesión, independientemente del asiento del primer ataque, muestra a menudo una tendencia a extenderse longitudinalmente, constituyendo la llamada colangitis esclerosante.

La colangitis secundaria, se encuentra más a menudo en casos de obstáculos al flujo de la bilis a través del conducto biliar principal, sobre todo en casos de enfermedad en el extremo inferior del colédoco o a su alrededor. La colangitis secundaria puede alcanzar la fase supurada y conducir a la formación de abscesos o evolucionar hasta el tipo crónico de inflamación, cusa de cirrosis biliar obstructiva.

Patogénica o anatomopatológicamente los caracteres de la colangitis son esencialmente los mismos, independientemente de su etiología. Por tanto, que los términos de secundaria y primaria son designaciones meramente clínicas. El término secundario se aplica cuando una de las enfermedades como la coledocolitiásis, estrechez o tumor del conducto

tumor de la región ampollar del duodeno y en enfermedades de la cabeza del páncreas, provoca la colangitis, a consecuencia por lo general de un obstáculo del flujo biliar a través del colédoco.

Es difícil conseguir pruebas acerca de la existencia de la colangitis primaria aguda no supurada. En este sentido hay que recordar que Virchow publicó un caso de "ictericia catarral" que atribuyó a tumefacción del extremo distal del colédoco asociado con un tapón de moco que ocluía la papila de Vater. Los casos de ictericia obstructiva catarral de los autores antiguos son en la actualidad clasificados como hepatitis colangiolítica (colestásis).

La designación de colangiohepatitis oriental se emplea en Hong Kong para destacar la relativa frecuencia entre los chinos de esta inflamación grave intensa de las vías biliares asociada a menudo con infestación de gusanos hepáticos que provocan obstrucción de los conductos biliares.

CARACTERES CLINICOS

A) SINTOMATOLOGIA:

El motivo de consulta puede ser uno o varios de los síntomas siguientes: dolor agudo en el cuadrante superior derecho, ictericia que se ha ido haciendo progresiva, fiebre y calofríos (triada de Charcot), acompañados de náuseas y vómitos.

DOLOR:

El dolor que en general no falta, varía sumamente de intensidad según el factor causal. En unos casos aparece como un dolor sordo relacionado con la tumefacción hepática y con la inflamación de los conductos, o puede ser intenso como en el cólico biliar. El dolor ordinario se halla localizado en el hipocóndrio derecho, con irradiación no rara a la región subescapular.

FIEBRE:

Es el síntoma más indicativo

colangitis en los pacientes con ictericia obstructiva.

Junto con el dolor se eleva la temperatura. Es frecuente que se acompañe de escalofríos, decaimiento y depresión. Es común observar además, estado de postración, estado nauseoso persistente.

VOMITOS:

Por lo general el enfermo se siente grave y a menudo vomita.

ICTERICIA:

Generalmente se presenta en la mayoría de los enfermos con colangitis. Es progresiva y se acompaña de prurito y otros signos de colestasis.

CUADRO 6

SINTOMAS	PACIENTES
ICTERICIA	40
DOLOR CUADRANTE SUP. DER.	110

PIEBRE	29
INTOLERANCIA A INGESTA DE	
GRASAS	38
NAUSEAS Y VÓMITOS	5
CEFALEA	5

EN el cuadro anterior se nota que los síntomas se repitieron en la mayoría de pacientes.

ANTECEDENTES:

Un porcentaje alto de pacientes presentan historia de enfermedad biliar previa manifestada por intolerancia a los alimentos grasos, flatulencia secundaria a la ingestión de grasas, heces claras orina oscura, episodios de colecistitis. La pérdida reciente y significativa de peso corporal, puede sugerir la presencia de carcinoma.

B) SIGNOS:

ESTADO GENERAL:

con cuadro de colangitis, encontramos a un paciente con fiebre, con escalofríos, generalmente ictérico. Pueden estar presentes, las náuseas y los vómitos. El hígado está agrandado y hay hipersensibilidad a la puño percusión del área hepática. Si el paciente esta en la etapa de choque se harán evidentes la letárgia y la confusión mental, - habrá deshidratación severa, hipotensión, - oliguria y descenso marcado de la presión - venosa central.

FIEBRE:

Es frecuente encontrar aumento de la temperatura corporal en asociaciones con taquicardia. La elevación de la temperatura por arriba de 38.5° , es de complicación grave.

La exploración abdominal puede revelar:

Dolor en Hipocondrio Derecho:

Caracterizado por contractura muscular a ese nivel, con imposibilidad para la palpación profunda.

Este signo fue hallazgo en 40 de los casos de nuestro estudio. (ver cuadro 7).

Signo de Irritación Peritoneal:

Dolor a la descompresión del abdomen (signo de rebote); defensa muscular de los músculos abdominales que varía desde ligera oposición a la palpación hasta el abdomen en tabla; dolor a la inspiración cuando el examinador tiene la mano haciendo presión sobre el borde inferior del hígado (signo de Murphy).

En general, se considera que con los datos clínicos (síntomas y signos), puede en la mayoría de casos, establecerse el diagnóstico, y debe entonces obrarse quirúrgicamente de acuerdo a las condiciones del paciente.

El siguiente cuadro, resume los signos encontrados en el examen físico de nuestros

pacientes estudiados.

CUADRO 7

SIGNOS CLINICOS	PACIENTES
DOLOR EN HIPOCÓNDRIO DERECHO.	40
FIEBRE.	29
SIGNO DE MURPHY (POSITIVO).	10
SIGNO DE REBOTE (POSITIVO).	10
DEFENSA MUSCULAR ABDOMINAL.	12
ICTERICIA.	40

DIAGNOSTICO

A) LABORATORIO:

Los datos de laboratorio proporcionan gran ayuda diagnóstica.

LEUCOCITOSIS:

Casi siempre se observa un recuento leucocitario por arriba de 16,000 - glóbulos blancos por M. M. cúbico. Una leucocitosis similar se puede presentar en la gangrena de la vesícula, sin embargo la ictericia, no esta presente. Sin embargo también se ha visto que pueden existir formas graves de la enfermedad, con recuentos normales de glóbulos blancos, lo cual sucede con frecuencia en pacientes ancianos.

BILIRRUBINAS:

Se encuentra elevada, principalmente la bilirrubina sérica, a expensas

de la bilirrubina directa. Cuando se encuentra una bilirrubina mayor de 2 mgs./100 debe sospecharse la presencia de cálculo obstructivo en el colédoco.

En nuestro estudio se encontraron pacientes con elevación de la bilirrubina directa en un total de 46.

AMILASA Y LIPASA:

Son importantes de controlar ya que un aumento en su concentración sérica pondrá de manifiesto la instalación de pancreatitis asociada.

Se encuentra así mismo, valores elevados de fosfatasa alcalina en el suero, velocidad de sedimentación elevada.

TIEMPO DE PROTROMBINA Y RECUENTO DE PLACQUETAS:

Por medio del frote periférico, se observan, especialmente cuando el parénquima

pático está muy comprometido y cuando los trastornos hemáticos, resultado de la sépsis, comienzan a hacerse evidentes.

El tiempo de protrombina es útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

En nuestro estudio fueron hallazgos importantes de laboratorio, los que se indican en el cuadro siguiente.

CUADRO 8

LABORATORIOS	PACIENTES	NL.	%	ANL.	%
BILIRRUBINA	46	5	11	41	89
FOSFATASA ALCALINA	41	4	10	37	90
RECUENTO GLÓBULOS BLANCOS	26	13	50	13	50
TIEMPO PROTROMBINA	35	19	54	16	46
TRANSAMINASA	40	13	32	27	68

CULTIVO DE BILIS:

El hallazgo de una bilis infectada, por si sólo, no es signo de alarma. Es necesario que existan otra serie de factores para que se desencadene la sintomatología de la colangitis.

Estudios realizados por Saik y Prakash les dieron los siguientes resultados de cultivos positivos:

Richard P. Saik: 26 de 28 cultivos fueron positivos, encontrando: E. Coli 17 casos, Pseudomona 4 casos, Enterobacter 3 casos, Bacteroides 2 casos, Citro**bacter** 2 casos, Estafilococo 2 casos, Clostridios 1 caso y Proteus 1 caso.

Prakash Saharia: de 35 cultivos positivos, 26 correspondieron a Escherichia Coli.

En nuestro estudio fueron hallazgos importantes de laboratorio que 21 de 24 cultivos fueron positivos. Los resultados obtenidos se presentan en el cuadro 9.

CUADRO 9

CULTIVO BILIS	PACIENTES	%
E. COLI	11	46
ENTEROBACTER	5	21
CITROBACTER	2	8
ENTEROBACTER-PSEUDO- MONA	1	4
PROTEUS VULGARIS	2	8

B) RADIOLOGICO:

PLACA DE TÓRAX:

Todo paciente en el período preoperatorio deberá tener una placa de tórax, la cual puede revelar la presencia de un derrame pulmonar derecho o de emiema provocada por la ruptura de un absceso epático a la cavidad pleural.

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDÓMEN:

Es un estudio sencillo que debe hacerse, pudiendo encontrarse en el mismo, datos sumamente importantes, como: Cálculos biliares o descubrir gas en las paredes de la vesícula, lo que nos haría pensar en una gangrena a ese nivel o en una presencia de fístula bilio entérica.

COLANGIOGRAFIA:

COLANGIOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA:

En los últimos años se ha facilitado el diagnóstico de oclusión de vías biliares por cálculos, estrecheces o tumores, por la posibilidad de delinearlos con contraste en forma percutánea en el parénquima hepático. Si se lleva a cabo técnicamente con éxito, el procedimiento localiza una oclusión o, en ocasiones, demuestra que las vías biliares son normales, excluyendo la oclusión extrahepática. Por lo general, las vías biliares no se ven a menos que estén dilatadas. La

por el sitio de punción en hígado cuando la oclusión es notable y causar peritonitis biliar que exige la parotomía de inmediato. La colangiografía transhepática no debe llevarse a cabo en presencia de colangitis activa no tratada, por el riesgo de septicemia y shock séptico.

COLANGIOGRAFÍA PREOPERATORIA:

La visualización del sistema de conductos biliares por la administración oral de material radioopaco no ha sido suficientemente satisfactoria, como para recomendar su empleo.

En cambio, la colangiografía intravenosa en pacientes no ictericos ha dado lugar a la visualización del sistema de conductos, en el 97% de los casos. Una experiencia con más de 2,500 pacientes sometidos a colangiografía intravenosa en un período de cinco años en el Centro Médico Cornell del Hospital de Nueva York ha conducido a recomendar

su empleo en cualquier paciente en que se sospeche coledocolitiásis o una anormalidad del sistema del conducto extrahepático. Su empleo se recomienda también cuando está contraindicada la colecistografía oral o no ha sido satisfactoria.

No se han observado complicaciones graves consecutivas a la colangiografía intravenosa, no ha habido muertes atribuibles a ella. Sin embargo, la administración intravenosa de cualquier sustancia que contenga yodo no carece de riesgos. La colangiografía debe emplearse con precaución, administrando el material lentamente, deteniéndose la inyección inmediatamente a la aparición de cualquier síntoma desagradable. Cuando se administra lentamente, menos del 25% de los pacientes ha notado cualquier clase de sensación molesta. La administración más rápida ha sido acompañada de una sensación de calor por todo el cuerpo, disnea ligera y/o náuseas transitorias. Del 5 al 10 % de pacientes han tenido enrojecimiento de la cara y cuello con alguna urticaria o un rash eritematoso. Menos del 1% de pacientes han te-

nido reacciones más severas, tales como disnea, síncope, escalofríos o un estado temporal semejante al shock.

En nuestro estudio se encontró en colangiograma preoperatorio en un 32% de los casos, estudios efectuados con anterioridad al cuadro agudo.

COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA:

En la mesa de operaciones, con el colédoco adecuadamente - descubierta, se introduce el material radioopaco (15 a 30 %) en el sistema de conducto por medio de un tubo pequeño de plástico, bien sea por conducto cístico o a través de la pared del colédoco.

Esta técnica se cree que implica menos riesgo de que el material radioopaco se introduzca en o alrededor de las estructuras adyacentes, que cuando se usa una aguja. El éxito de la colangiografía operatoria depende de la cooperación planeada y coordinada - entre el equipo quirúrgico y el radiólogo.

logos tanto en la realización del exámen como en la interpretación de las radiografías.

Pueden ocurrir complicaciones con este método. Las más frecuentes son las relacionadas con la extravasación o mala dirección del colorante. Otra complicación, más grave es la resultante de sobredistensión del sistema de conductos intrahepáticos por la introducción demasiado rápida del material o el empleo de una presión demasiado grande. Si existe una colangitis puede haber una - exacerbagitis supurada con abcesos miliares del hígado.

Se ha reportado la pancreatitis consecutiva a la colangiografía operatoria pero es infrecuente. Con frecuencia puede verse el conducto pancreático en un colangiograma operatorio. La sobredistensión de tal conducto puede conducir a una pancreatitis o de origen químico o bacteriológico.

CUADRO 10

COLANGIOGRAFIA	PACIENTES	%
PREOPERATORIA	16	32
TRANSOPERATORIA	9	18
POSTOPERATORIA	20	40
NO SE REALIZÓ NINGÚN ESTUDIO	5	10

CUADRO 11

PREOPERATORIO	PACIENTES	%
NORMAL	5	31
ANORMAL	9	56
NO APARECE INFORME	2	12

CUADRO 12

TRANSOPERATORIO	PACIENTES	%
NORMAL	3	33
ANORMAL	2	22
NO APARECE INFORME	4	44

CUADRO 13

POSTOPERATORIO	PACIENTES	%
NORMAL	11	55
ANORMAL	5	25
NO APARECE INFORME	4	20

PRONOSTICO

Cuando ocurre obstrucción completa al paso de flujo biliar dentro del colédoco o uno o más de los conductos biliares, en presencia de bacterias enteropatógenas, se desarrolla un síndrome, que se caracteriza por el acceso súbito de dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, el cual no es remitente, los escalofríos, la fiebre y la ictericia hacen su aparición. El hígado se agranda y se vuelve extremadamente sensible. Sobreviene después un curso séptico. El paciente se torna tóxico, con tendencia al sueño, habla incoherencias y presenta períodos de coma progresivos los cuales son seguidos de colapso vasomotor y muerte.

La mortalidad operatoria entre los pacientes diagnosticados y operados tempranamente es aproximadamente según estudios efectuados de 13%. En pacientes que han sido operados tardíamente ésta mortalidad asciende a un 48% y cuando se sigue un tratamiento exclusivamente médico la mortali-

dad es de un 100%

La colangitis se asocia generalmente con una alta mortalidad, se menciona que es esencial sospecharla y diagnosticarla tempranamente, antes de que se desarrollen procesos difícilmente reversibles como la septicémia o los abscesos hepáticos.

COMPLICACIONES

Puede producirse abscesos hepáticos siempre que hay siembre de bacterias piógenas en el hígado en número suficiente para formar un foco de supuración. Esta complicación ocurre principalmente cuando la colangitis destruye la pared de los conductos biliares, al difundir la infección al parénquima hepático adyacente se producen estos "abscesos colangíticos".

TRATAMIENTO

) TRATAMIENTO MEDICO:

Un ataque agudo de colangitis se trata con antibióticos sistémicos, que se seleccionan por su eficacia contra microorganismos entéricos. La ampicilina, tetraciclina, cloranfenicol pueden tener ventajas porque se excretan por la bilis, aunque, por otra parte, en la oclusión biliar se altera la excreción hepática.

En la mayor parte de los casos el ataque se controla en uno o dos días de tratamiento, si no se logra una mejoría importante en este intervalo es necesario considerar el tratamiento quirúrgico para suprimir el ataque agudo.

En nuestro estudio se encontró que los antibióticos más usados son: Ampicilina, gentamicina, clindamicina, cloranfenicol, penicilina, tetraciclina.

CUADRO 14

ANTIBIOTICOS	PACIENTES	%
AMPICILINA	25	50
GENTAMICINA-CLINDAMICINA	8	16
GENTAMICINA-AMPICILINA	5	10
GENTAMICINA-CLORANFENICOL	4	8
PENICILINA PROCAÍNA	4	8
AMPICILINA-PENICILINA	2	4
GENTAMICINA-LINCOCIN	1	2
TETRACICLINA	1	2

B) TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Se ha determinado que la mortalidad por colangitis desciende - cuando se efectúa la descompresión operatoria antes de que se desarrolle la fase de ...

nia y abscesos. El aprovechamiento del período entre el aparecimiento de los síntomas y el desarrollo de septicémia, es una oportunidad significativa para incrementar la supervivencia. Se hace énfasis sobre el hecho de que cuando la terapia preoperatoria es necesaria esta no debe prolongarse por mucho tiempo, - pues solamente la intervención quirúrgica - temprana, puede hacer reversible el curso de la enfermedad. La operación debe ser mínima y consiste en el más simple método de obtener decompresión de las vías biliares extrahepáticas, esto es drenaje del colédoco en casi todos los casos.

OPERACION:

La técnica operatoria es: Se abre el abdomen, de preferencia mediante incisión larga alta del recto derecho, o incisión para mediana derecha. Se descubren la vesícula, los conductos biliares y los vasos hepáticos. El peritoneo que recubre estas estructuras debe seccionarse ampliamente para identificar con seguridad vasos y conductos.

lías en que convengan utilizar la vesícula biliar como vía de drenaje interno o externo. La presencia de la vesícula simplifica el descubrimiento y exploración de las vías biliares. Si se empieza por extirpar la vesícula, la hemorragia que quede en el lecho residual puede obstruir el campo y dificultar la coledocostomía.

Siempre que se abra el colédoco, hay que drenarlo. La exploración cuidadosa del conducto va seguida de edema pasajero y oclusión parcial de su extremo distal. Ello dificulta el libre curso de la bilis, y si se cierra el colédoco sin drenaje, puede ocasionar presión retrógrada hacia el hígado y escape de bilis por la línea de sutura.

El colédoco debe mantenerse tenso y descubierto en la mejor forma posible, tirando hacia abajo del ligamento redondo y la vesícula, y hacia abajo del duodeno.

Se abre la pared anterior del conduc-

to con incisión longitudinal. Hay que colocar la punta de un aspirador a nivel de la línea de incisión, para reducir al mínimo el escape de bilis. La longitud de la incisión en el colédoco será proporcional al diámetro del conducto, no deberá hacerse demasiado pequeña, si su prolongación adicional permite la observación directa y el sondaje cuidadoso para explorar los conductos hepáticos derecho e izquierdo. Se observa la abertura distal del colédoco y la entrada del conducto cístico en su pared posterior.

Luego se coloca un tubo en "T" que se fija con puntos al hepático, utilizando sutura intestinal continúa de catgut que debe anudarse alrededor de la rama vertical para conservarlo firmemente colocado. Antes de la introducción se hace pasar suero fisiológico por el tubo para comprobar su permeabilidad. También se vigila cuidadosamente que no haya punto débil alguno a nivel de la unión de las ramas vertical y horizontales, que podría facilitar la rotura en el momento de extraerlo y obligaría a efectuar una ex-

ploración del conducto para extraer la rama transversal. Los extremos de la T se cortan a 1 ó 2 centímetros de distancia.

El tubo en T no debe suturarse en la pared abdominal porque los movimientos respiratorios o los de esta pared podrían hacerlo salir del conducto o ser causa de que formara ángulo dentro del abdomen. Tiene gran importancia que el extremo del tubo en T que sale por la pared abdominal no se fije de manera que pudiera producirse la tracción que lo desalojara del conducto.

Algunos cirujanos aconsejan efectuar en un sólo tiempo colecistectomía y coledocostomía, dependiendo de la condición del paciente y de la habilidad del cirujano.

En nuestro estudio encontramos que la coledocostomía fue usada en el 26% de los casos, y la coledocostomía con colecistectomía se efectuó en el 69% de los casos (ver cuadro 15).

CUADRO 15 OPERACIONES PRACTICADAS

TECNICA USADA	PACIENTES	%
COLEDOCOSTOMÍA	11	26
COLECISTECTOMÍA	2	5
COLEDOCOSTOMÍA CON COLECISTECTOMÍA	30	69

RESULTADOS

1. De los 50 pacientes estudiados, 43 fueron sometidos a operaciones de emergencia, no se sucedió ninguna muerte (mortalidad 0).
2. Familiares de 3 pacientes, rehusaron el tratamiento quirúrgico.
3. 4 pacientes de nuestra serie, fueron tratados como colangitis secundaria a E. Coli.
4. En los procedimientos quirúrgicos efectuados se encontró 11 pacientes a quienes se les efectuó coledocostomía, en 2 se efectuó colecistectomía y en 30 se efectuó colecistectomía más coledocostomía (ver cuadro 15).
5. Se encontró 14 casos de cálculos en la vesícula, 13 en el colédoco y 23 casos con presencia de bilis (ver cuadro 4).

6. El 86% de los pacientes recibió antibi-
oticoterapia durante períodos variables
de tiempo antes de la operación y los
siguió recibiendo después de la misma.
7. Se efectuó cultivo de material biliar
en 24 pacientes, habiéndose informado 3
como negativos. Los cultivos de bilis
positivos aportaron los siguientes da-
tos: E. Coli 46%; Enterobacter 21%; -
Citrobacter 8%; Enterobacter y Pseudo-
mona 4%; Proteus Vulcaris 8%.
8. El promedio de hospitalización fue de
27 días; la mayor estancia hospitalaria
fue de 72 días y la menor de 7 días.
9. En estudios postoperatorios de colangio-
grafía se encontró 2 casos con cálculo
residual en el colédoco y el caso en la
ampolla de Vater.
10. La edad en que se hizo más manifiesta -
la enfermedad, fue la adulta compendi-
da entre los 40 y 50 años (ver cuadro -
2).

- 4
11. Respecto al sexo existe un predominio del sexo femenino con un porcentaje de 76%, contra 24% para el sexo masculino (ver cuadro 1).
 12. Los signos y síntomas clásicos de la colangitis estuvieron presentes en todos los pacientes de este estudio, haciéndose más evidentes la Ictericia dolor en cuadrante superior derecho, escalofríos, fiebre, intolerancia a grasas.
 13. En nuestra serie de pacientes estudiados, se encontraron diagnósticos clínicos preoperatorios de apendicitis aguda y obstrucción intestinal, constituyendo errores diagnósticos de la serie, los cuales se presentan en el cuadro 16.

CUADRO 16

DIAGNOSTICO CLINICO PREOPERATORIO

	PACIENTES	%
COLANGITIS AGÚDA.	26	52
COLANGITIS-COLECISTITIS AGU- DA.	4	8
COLANGITIS-COLEDOCOLITIÁSIS.	8	16
COLECISTITIS AGÚDA.	6	12
CA. VÍAS BILIARES.	1	2
COLECISTITIS AGÚDA-COLEDOCOCOLITIÁSIS.	1	2
ABCESO HEPÁTICO	1	2
C. C. C.	1	1
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.	1	2
APENDICITIS AGÚDA.	1	2

CONCLUSIONES

1. Una buena historia, un buen exámen y diagnóstico lo más exacto posible, continúan siendo los mejores auxiliares para llevar a cabo un buen tratamiento.
2. La cirugía sigue siendo el único tratamiento curativo de la litiásis de las vías biliares.
3. El conocimiento de la anatomía clásica y sus variaciones son fundamentales en la cirugía de esta región.
4. La anestésia general es la ideal, por tenerse mejor control del paciente y poderse prolongar todo el tiempo necesario.
5. El tubo en "T" debe quedar como mínimo 2 semanas y como máximo tiempo ilimitado.

6. La colangiografía preoperatoria fue efectuada en 16 casos, siendo este estudio previo a presentar cuadro de colangitis.
7. La colangiografía postoperatoria es obligada y necesaria en el 100% de los casos.
8. Un post operatorio cuidadoso reduce el número de complicaciones.
9. Durante cinco años (1975-1979), fueron diagnosticados clínicamente 50 casos de colangitis.
10. El microorganismo entérico que se presentó con más frecuencia entre los pacientes con cultivo de bilis positivo fué E. Coli.
1. Las pruebas de laboratorio que resultaron más alteradas fueron bilirrubinas, fosfatasa alcalina, recuento glóbulos blancos, tiempo de protombina, transaminasas.

12. [La mortalidad operatoria en otros países es alta, mencionandose cifras que van desde el 25 al 38 %. En nuestro estudio la mortalidad operatoria no se pudo determinar, debido a que la evolución de los pacientes no se pudo llevar extra hospitalario, no encontrando ningún caso fallecido intrahospitalario.

13. [Los hallazgos clínicos más importantes al exámen físico fueron: ictericia, dolor en cuadrante superior derecho, escalofríos, fiebre, intolerancia a grasas.

RECOMENDACIONES

1. Establecer bases para el diagnóstico temprano y por consiguiente del tratamiento evaluando de esta manera la morbi-mortalidad relacionada con el tiempo de evolución del cuadro.
2. Que la enfermedad sea tomada en cuenta - con más frecuencia entre el diagnóstico diferencial de la enfermedad biliar obstructiva, para reducir de esta manera, el frecuente error diagnóstico.
3. Hacer énfasis sobre la gravedad del cuadro clínico que conlleva la enfermedad.
4. Todo caso diagnosticado, deberá ser manejado en conjunto por el cirujano y el médico general.
5. Cultivar la bilis y el líquido peritoneal durante la operación, para dirigir - posteriormente la terapia médica.

6. Hacer cultivo de bilis en todos los colangiogramas percutáneos.
7. Hacer cultivo de bilis en las colecistitis.

BIBLIOGRAFIA

1. Artz C. P. y Hardy J. D. Complicaciones en Cirugía y su Tratamiento. Traducido al Español por el Dr. Ramón Rodríguez de Mata. Editorial Interamericana, 1965. Pags. 557 - 561 - 579.
2. Artz, Cohn, Davis. Brief Text Book of Surgery. W. B. Saunders Company, 1976 Pags. 257.
3. Bockus H. L., Gastroenterología. Salvat Editores S. A. 1968. Tomo III, Pags. 864 - 872.
4. Bülow S. & Kronborg O. Reappraisal of Surgery for Suppurative Cholecystitis. Arch Surg Vol 112, Pags. 282 - 284. March 1977.
5. Clarence J. Schein. The Web Factor in Cholangitis. The American Journal of Surgery. Vol 135. Pags 624 - 625. May 1978.

6. Douglass H. O. Idiopathic Sclerosing Cholangitis. The American Journal of Surgery. Vol. 130 Pags. 82 - 86. July 1975.
7. Glenn F. & Moody F. Acute Obstructive Suppurative Cholangitis. Annals of Surgery. Vol. 143. Pags. 265-272. September 1961.
8. Hawthorne, Frobese, Sterling. Abdomen Agúdo (lesiones de Urgencia del Tubo, Digestivo). Traducido al Español por el Dr. Santiago Sapiña R., Editorial Interamericana, S. A. 1969. Primera Edición, Pags. 215 - 216.
9. Longmire W. P. When is Cholangitis Sclerosing ? The American Journal of Surgery. Vol. 135. Pags. 312 - 320. March 1978.
10. Perry A. W. & Ludington L. G. Primary Sclerosing Cholangitis. The American Journal of Surgery. Vol. 121 Number. Pags. 743 - 745. June 1971.

...LOW CH. B. Manual de Cirugía Opera-
toria (Cirugía Biliar, Pancreática y
Esplénica). Editorial Interamericana,
4ta. edición, Pags. 173 - 176, 190-191.

12. Sleisenger, Fordtran. Tratado de Gas-
troenterología. Traducido al Español,
por el Dr. Jorge Orizaga S., Editori-
al Interamericana, 1978, primera edi-
ción. Pags. 1021 - 1025.

13. Saik Richard P. Spectrum Of Cholangi-
tis. The American Journal of Surgery.
Vol. 132 Number 2. Pags. 143 - 148.
August, 1975.

14. Welch J. P. & Donadson G. A. The Ur-
gency of Diagnosis and Surgical Treat-
ment of Acute Suppurative Cholangitis.
The American Journal of Surgery. Vol.
131. Pags. 527 - 532. May 1976.

15. Wycoff K. Diagnosis in Cholangitis.
J. Med. Ass. Vol 30. Pags. 5 - 8.
July 1977.

Br.

~~Jose Luis Cruz~~

Asesor.

Victor Manuel Marroquin.--

Dr.

~~Otto~~

Director de Fase III

Héctor Alfredo Nuila E.

Dr.

~~Raúl~~

Bo.

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.