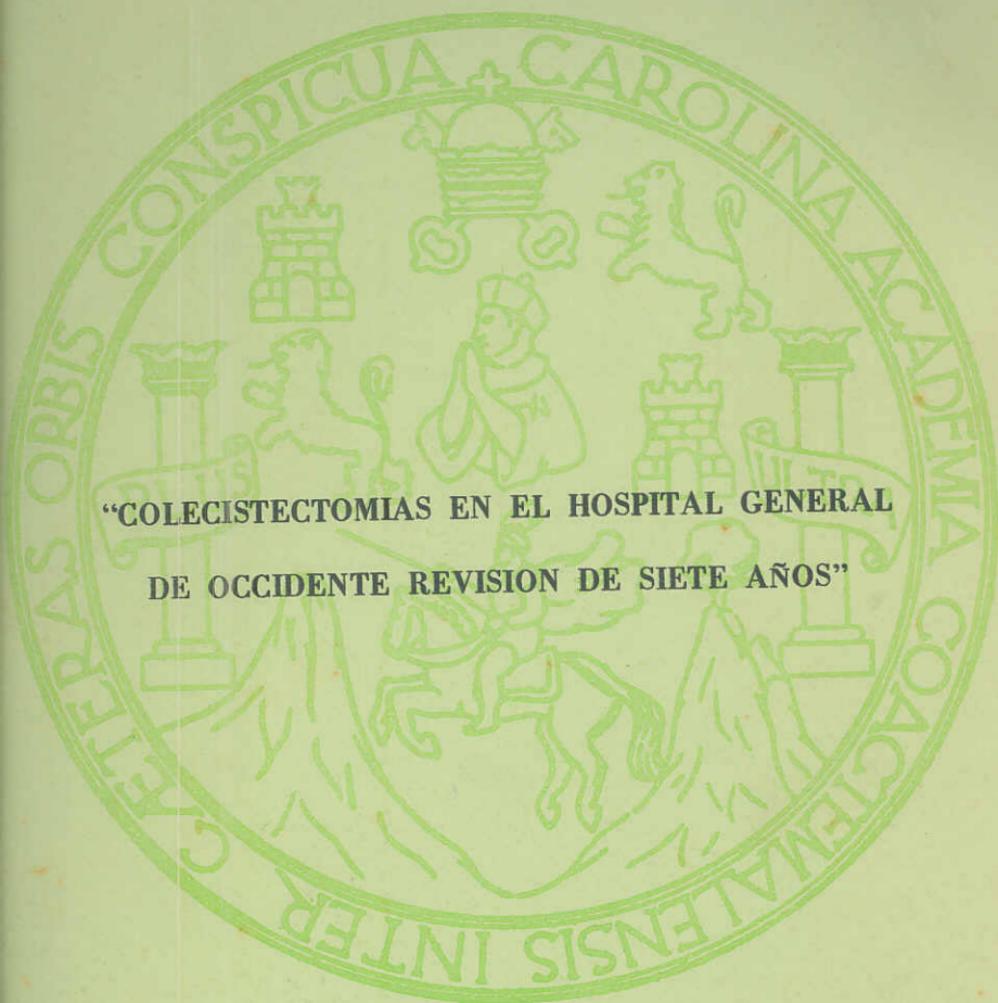


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



FRANCISCO STUARDO MONTUFAR RODRIGUEZ

I N D I C E

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- HIPOTESIS
- 4.- MATERIAL Y METODOS
- 5.- CUADRO CLINICO DE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO
- 6.- METODOS DIAGNOSTICOS
- 7.- PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS MISMOS
- 8.- DISCUSION
- 9.- CONCLUSIONES
- 10.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Se han publicado numerosas series en pacientes con Colelitiasis y que han sido operados de Colecistectomía en hospitales de Europa y Estados Unidos de Norte América. La incidencia de la enfermedad en pacientes femeninos, obesas y multíparas ha sido reportada como mayor que la de otros pacientes.

El propósito de este estudio es comparar las características clínicas de los pacientes guatemaltecos que tienen características raciales, ambientales y alimenticias diferentes a los otros estudios en pacientes de Europa y Norte América. El estudio actual es retrospectivo defiriendo de otro estudio publicado en nuestro país, el cual fué realizado en la 5a. Cirugía de Mujeres del Hospital General de Guatemala. (16).

Este es un reporte de 125 casos estudiados en el Hospital General de Occidente, durante el período comprendido de Enero de 1973 a Enero de 1980.

OBJETIVOS QUE SE PROPONE LA INVESTIGACION

1.-~~GENERAL~~ GENERALES:

- 1.1.- Que el presente estudio sirva como información para estudios posteriores o como posible guía para futuros trabajos de este tipo en nuestro país.
- 1.2.- Que este trabajo sea una contribución a la investigación científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 1.3.- Estudiar las características clínicas, evolución, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de los pacientes operados de Vías Biliares en el Hospital General de Occidente.
- 1.4.- Conocer factores o aspectos que sugieren la necesidad de hacer modificaciones en el tratamiento de estos pacientes.
- 1.5.- Conocer la incidencia y el porcentaje de las operaciones de Vías Biliares en el Hospital General de Occidente.

2.- ESPECIFICOS:

- 2.1.- Conocer el tiempo promedio de evolución de la enfermedad, período pre-operatorio, período post-operatorio, así como el tiempo promedio de anestesia en los pacientes operados en el Hospital General de Occidente.
- 2.2.- Conocer la incidencia, según sexo y edad, de los pacientes operados de Colecistectomía en el

Hospital General de Occidente

2.3.- Conocer el tipo de incisión efectuada y el tipo de anestesia más usado en la operación de Colecistectomía.

2.4.- Conocer la morbilidad.

2.5.- Conocer la incidencia de la exploración del Coléodo en los pacientes operados.

2.6.- Conocer el índice de mortalidad en los pacientes operados de Colecistectomía en el Hospital General de Occidente.

HIPOTESIS

Para el desarrollo del presente trabajo de tesis me he propuesto desarrollar las siguientes hipótesis:

- 1.- El tratamiento definitivo de la Colelitiasis es la Cirugía de las Vías Biliares.
- 2.- La operación de Colecistectomía se efectúa más frecuentemente en mujeres, obesas y multíparas.
- 3.- La Colecistectomía es una operación que tiene pocas complicaciones.
- 4.- La mortalidad en los pacientes operados de Colecistectomía es baja.

ESQUEMOS

2.1 - Conocer el tiempo promedio entre la intervención y la exploración del Coléodo.

2.2 - Conocer las indicaciones según sexo y edad de los pacientes operados de Colecistectomía en el Hospital General de Occidente.

4

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo comprende la revisión de 125 casos de pacientes en quienes se efectuó Colecistectomía, durante un período de siete años.

Para el estudio se revisaron los registros médicos de pacientes cuyo diagnóstico al egreso fué: Ictericia Obstructiva, Colecistitis crónica calculosa, Colecistitis Aguda, Colelitiasis y Coledocolitiasis y el tratamiento fué Colecistectomía.

Seguidamente se procedió a llenar una ficha (ficha "A") creada específicamente para el trabajo, luego una revisión minuciosa de cada uno de los casos teniendo en cuenta parámetros precisos de la historia clínica, tratamiento efectuado, complicaciones y condiciones de egreso todo ello para poder establecer las características del cuadro, frecuencia, incidencia, respuesta de los pacientes al tratamiento, etc.

1.- MATERIAL:

- 1.1.- Hospital General de Occidente.
- 1.2.- Depto. de Estadística del H.G.O.
- 1.3.- Depto. de Rayos "X" del H.G.O.
- 1.4.- Archivos Hospitalarios.
- 1.5.- Libro de Registros de Sala de Operaciones.
- 1.6.- Historias Clínicas de los Pacientes Operados.
- 1.7.- Hoja de Recolección de Datos (Ficha "A").

2.- METODOS:

- 2.1.- Búsqueda en los Archivos Hospitalarios de los Casos.
- 2.2.- Revisión de los Registros Médicos.
- 2.3.- Selección de los Casos.

refleja en la frecuencia elevada de cálculos de colesterol en los indios Americanos y en la inferior al promedio en personas de raza negra, (17).

CALCULOS DE PIGMENTO:

Están compuestos de bilirrubinato de calcio y comprometen cerca del 15-25% de los casos de Colelitiasis (24). La patogénesis es aún más confusa que la de los cálculos de colesterol. La cirrosis hepática predispone a la aparición de cálculos de pigmento, pero no está bien definido de qué manera. La frecuencia del trastorno es similar en ambos sexos. La bilis de pacientes con cálculos de pigmento no está sobre saturada de colesterol y la cantidad de sales biliares es normal (17).

COLECISTITIS CRONICA:

Este término se utiliza por lo general para referirse al problema clínico de síntomas crónicos, usualmente intermitentes y causados por litiasis. (17). En ocasiones la colecistitis aguda se sobre añade a la colecistitis crónica. (21). Los patrones sintomáticos son variados y en ocasiones se superponen a un número de otras enfermedades abdominales crónicas y condiciones funcionales. Los objetivos diagnósticos son tres: 1.- Establecer la existencia de colecistopatía. 2.- Excluir la posibilidad de otros trastornos que pudieran ser responsables de los síntomas. 3.- Una vez demostrada la presencia de litiasis, evaluar la probabilidad de que los síntomas sean causados por ella.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El cólico biliar (5), síntoma cardinal es un dolor visceral producido por obstrucción transitoria del conducto cístico por un cálculo. Esta manifestación resulta difícil de localizar, es de tipo profundo y de carácter vago. Típicamente aumenta en severidad en el curso de 15 a 30 minutos y entonces se estabiliza por

espacio de 30 minutos a varias horas, presentando tan sólo ligeras fluctuaciones en intensidad, hasta que empieza a desaparecer de manera gradual. La ausencia de una periodicidad sobresaliente distingue el cólico biliar del dolor visceral originado en el intestino o el uréter. (17).

Aunque se ha descrito el dolor típico en el cuadrante superior derecho se siente más a menudo en el epigastrio; las localizaciones en el cuadrante superior izquierdo y en la región subesternal se han registrado en el 15 a 20% de los pacientes (17). Así, el dolor episódico en la porción superior del abdomen, sin importar el área de máxima intensidad, debe considerarse como posible cólico biliar (7).

El dolor referido, de carácter similar al abdominal, se siente en la espalda por encima de la cintura en un 30% de los casos (4).

Algunos estudios prospectivos (11) (13) han revelado que de los pacientes que consultan por dispepsia flatulenta, tan solo cerca de la mitad tienen litiasis; sin embargo, la Colecistectomía elimina la dispepsia flatulenta en un 80% de los casos con litiasis (11) (13).

Puede encontrarse el paciente Ictérico o el paciente puede permanecer asintomático o experimentar ataques intermitentes. (12).

COLECISTITIS AGUDA:

Igual que la forma crónica, se cree que la mayoría de los casos de forma aguda resulta de obstrucción del conducto Cístico por un cálculo. La persistencia de la obstrucción produce inflamación aguda de la pared vesicular, debido a la acción de las sales biliares o algún otro irritante químico. Sobreviene proliferación de bacterias. En un 75% de los pacientes (17) la

enfermedad desaparece espontáneamente en el curso de una semana más o menos, pero continúa en los casos restantes.

Con excepción de los casos raros de colecistitis aguda causada por Salmonella o alguna otra especie bacteriana específica, la proliferación de las bacterias usualmente comienza después de establecer esa alteración.

El proceso diagnóstico para la Colecistitis aguda, igual que para la crónica, consiste en evaluar los signos que indican esta entidad y en descartar los procesos más frecuentes que pueden simularla.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Cuando la inflamación sobreviene, el dolor se localiza más hacia la región de la vesícula y se desarrolla sensibilidad local a la palpación. Cuando hay presión con la mano en el área vesicular puede presentarse interrupción de la inspiración por dolor profundo (signo de Murphy), sin embargo esta manifestación no constituye un hallazgo particularmente útil, pues en ocasiones es producida por otros procesos inflamatorios que comprometen el hígado; la Ictericia se observa sólo en un 20o/o (17).

Aunque quienes sufren colecistitis aguda usualmente están febres, la temperatura a menudo permanece por debajo de 38.5°C en ausencia de complicaciones supurativas; en casos pueden presentarse náusea y vómitos, pero raras veces lo bastante severos para sugerir obstrucción intestinal.

METODOS DIAGNOSTICOS

1.- LABORATORIOS:

1.1.- Hematología: generalmente hay leucocitosis con desviación a la izquierda, (en casos de colecistitis aguda). Los niveles séricos de fosfatasa alcalina, bilirrubina, amilasa y transaminasas pueden estar aumentadas, pero no son suficientemente específicos para establecer el diagnóstico de enfermedad biliar (17).

Además, la bilirrubina sérica y las enzimas se elevan con menos frecuencia en los ataques de colecistitis aguda no complicada que en los cálculos del colédoco.

1.2.- Electrocardiograma: Es invaluable para el diagnóstico diferencial de coronariopatías como causa del dolor.

2.- RAYOS X:

2.1.- Radiografía simple de Abdomen: útil en la colecistitis aguda; en el 20o/o de los pacientes los cálculos son radiopacos.

2.2.- Colecistografía por vía oral: es un procedimiento diagnóstico provisional. Se utiliza cuando el paciente no presenta sintomatología aguda. Debe recordarse que en las hiperbilirrubinemias generalmente no se visualiza la vesícula, (17).

2.3.- Colecistografía por vía I.V.: Se utiliza cuando la anterior demuestra vesícula no funcional. Puede

efectuarse como procedimiento diagnóstico precoz si la bilirrubina es menor de 3-4 mg/100 ml. Revela dilatación de los conductos biliares, presencia de cálculos y cuando no se visualiza la vesícula, obstrucción del canal Cístico.

- 2.4.- Colangiografía percutánea transhepática: útil si hay evidencia de obstrucción extrahepática del árbol biliar y los niveles de bilirrubina son demasiado elevados para efectuar los procedimientos radiológicos convencionales. Generalmente se practica el día que se ha decidido operar al paciente.
- 2.5.- Ultrasonografía: ha sido aplicada al árbol biliar, para demostrar distensión de la vesícula o de los conductos biliares y cálculos dentro de estas estructuras. Muy usado cuando hay ictericia.
- 2.6.- Gammagrafía hepática: En los pacientes ictéricos sirve para descubrir enfermedad hepátocelular o lesiones metastásicas. Si se realiza con rosa de bengala radiactiva (marcada con I^{131}) puede revelar patología obstructiva del árbol biliar.
- 2.7.- Colangiografía Transoperatoria: Es muy útil. Puede evitar practicar coledocotomia. Hay menor incidencia cálculos residuales.
- 2.8.- Coledoscopia: Util cuando ya se ha practicado coledocotomia. Al usarlo con Colangiografía transoperatoria, la incidencia de cálculos residuales es baja; los tumores de ampolla y coléodo pueden ser diagnosticados o biopsiados.

3.- DRENAJE DUODENAL:

Cuando los colecistogramas orales no revelan cálculos, pero aún se sospecha colecistitis, el examen del jugo duodenal será diagnóstico si se encuentran cristales de colesterol.

Estos pacientes pueden sufrir litiasis no demostrada mediante esos estudios, mientras otros padecen colesterolosis sin cálculos. (17).

TRATAMIENTO:

Aquí donde la mayor parte de los autores no están de acuerdo, ya que mientras unos aseguran la satisfacción del tratamiento conservador o médico, otros demuestran que el único tratamiento efectivo es la cirugía de las vías biliares.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

El tratamiento definitivo de los enfermos sintomáticos es la intervención quirúrgica (12) (26), ésta debe practicarse en la etapa inicial de la enfermedad (12).

El tratamiento de la Colecistitis crónica sintomática es la extirpación de la vesícula (22). El tratamiento de un paciente con síntomas netos por medios distintos de la Colecistectomía, casi siempre se asocia con reaparición de los mismos y a menudo con el desarrollo de complicaciones graves. (22).

El tratamiento de la Colecistitis aguda no es uniforme (22). Para el tratamiento del paciente promedio con colecistitis aguda, nosotros (17) preferimos la operación oportuna a la conducta expectante, porque así se ahorra considerable malestar, cerca de 6 semanas o más de incapacidad y dinero costos médicos directos. (27). Además, el 25% de los enfermos sometidos inicialmente a observación requieren cirugía en el curso

de una semana más o menos (17), debido a la progresión de los signos locales, con perforación eminente o real. Las dificultades técnicas de la colecistectomía durante la fase aguda no son mayores que después de haber desaparecido el ataque (15) y la operación puede ser aún más difícil en los pacientes sometidos a una intervención "forzada", a causa de las manifestaciones progresivas. Sin embargo, la política de practicar la operación oportuna depende de la capacidad del Médico (17) para diagnosticar con seguridad la colecistitis aguda y diferenciar esta entidad de otras condiciones que no se beneficiarán con la cirugía. Varios autores han estudiado este asunto e informan que en cerca del 5 al 10% de los pacientes que parecen tener colecistitis aguda, con base en la evaluación inicial, se ha descubierto alguna otra condición. La información adicional que se obtiene con la colangiografía intravenosa puede reducir esa frecuencia de diagnósticos positivos falsos a menos del 5% (23).

El tratamiento conservador provisional incluye el ingreso del paciente con observación rigurosa del estado clínico y los síntomas abdominales. La alimentación oral se limita inicialmente a líquidos; también se administran suplementos parenterales (presentando atención al equilibrio electrolítico). La succión nasogástrica es necesaria si el vómito persiste o se sospecha pancreatitis. (12) (22). Para aliviar el dolor se requieren analgésicos fuertes, como meperidina (12); no resulta muy adecuado el empleo rutinario de drogas anticolinérgicas. Si el paciente está febril y existe leucocitosis se inicia un régimen antibiótico, que incluya las bacterias coliformes y el Streptococcus faecalis (12), en ellos se hará colecistectomía de elección 2-3 meses después; (22). La falta de mejoría con el tratamiento médico, si la inflamación progresó o se presenta perforación de la vesícula debe operarse inmediatamente (22) (12), especialmente pacientes diabéticos. Pacientes que presentan cálculos "silenciosos" (pacientes asintomáticos), en quienes los cálculos constituyen un hallazgo fortuito, es más difícil decidir la operación. Los estudios a largo término de pacientes con cálculos "silenciosos", indican

que la colecistectomía electiva es deseable si no existen contraindicaciones médicas (14).

TRATAMIENTO MEDICO:

Se han utilizado diferentes substancias para la disolución de cálculos de colesterol in vitro e in vivo ellas incluyen: fosfolípidos (lecitina), fenobarbitone, Recinas aniónicas, clorofibrato, compuestos detergentes, fenobarbital, (29), pero ninguna de ellas ha tenido resultados clínicamente satisfactorios (29) por lo que únicamente se mencionan.

Tratamiento con el ACIDO QUENODEOXICOLICO (Q.D.C.):

Usado en dosis de 375 mgs por vía oral diarios consistentemente produce una bilis sub-saturada con colesterol. El mecanismo de este cambio es probablemente una reducción en la secreción de colesterol y un aumento en la excreción de ácido biliar y fosfolípidos.

La experiencia ha demostrado que es efectivo en reducir el tamaño o disolver completamente los cálculos radiolucentes en la vesícula biliar (29).

Los resultados preliminares con Q.D.C., han mostrado que después de 12 meses de tratamiento la disolución completa ocurre en 20% de los pacientes (29). Otro 50% muestra una reducción en el tamaño de los cálculos (29) y supuestamente, la continuación del tratamiento resultará en disolución completa (29). Sin embargo, los cálculos biliares radiopacos que contienen calcio no responden al tratamiento con Q.D.C., (29).

Efectos Adversos:

La diarrea es la complicación más común de la terapia con Q.D.C., el suceso está relacionado con la dosis y la dosis

mínima requerida para producirla varía de paciente a paciente (29). Se puede lograr la tolerancia al Q.D.C., al aumentar la dosis en forma gradual: así, se puede administrar niveles hasta 2.5 gr., diarios sin que la diarrea sea un problema.

SELECCION DE LOS PACIENTES:

Puesto que la experiencia con tratamiento médico es limitada, es difícil definir las indicaciones precisas para el tratamiento con Q.D.C. En general, cualquier paciente con cálculos radiolucentes en una vesícula biliar funcional (determinada por colecistograma oral) (29) es apropiado. Sin embargo actualmente el tratamiento está contraindicado en los siguientes casos: 1.- mujeres en edad reproductiva; 2.- pacientes con síntomas severos u otras complicaciones de colelitiasis. 3.- pacientes con enfermedades hepáticas severas. (29).

Cese del tratamiento:

Algunos pacientes en quienes se ha disuelto cálculos con Q.D.C., han desarrollado cálculos después de omitir el tratamiento (29). Por eso, es probable que se necesite tratamiento prolongado.

Sin embargo, se ha demostrado que Q.D.C., puede alterar la composición de la bilis y puede reducir o disolver los cálculos de colesterol. Su uso puede ser de importancia para dos grupos de pacientes: 1.- pacientes con cálculos radiolucentes en quienes otras enfermedades serias contra indican la cirugía. Ahora, tales pacientes tienen una alternativa efectiva de tratamiento (29).

2.- Pacientes con problemas biliares complicados. Estos son los pacientes con cálculos en áreas no accesibles como el hígado o los que tienen cálculos recurrentes después de procedimientos de derivación biliar. Se ha demostrado que la administración de Q.D.C., en tales casos tiene un efecto beneficioso en el tratamiento de cálculos presentes y en la prevención de la formación de otros. (29).

PRESENTACION DE RESULTADOS HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE

CUADRO No. 1

SEXO	No. de Casos	Porcentaje
FEMENINO	98	78.40
MASCULINO	27	21.60
TOTAL:	125	100.00
EDAD EN AÑOS		
10-19	6	4.80
20-29	22	17.60
30-39	35	28.00
40-49	20	16.00
50-59	31	24.80
60-69	6	4.80
70-79	125	100.00

CUADRO No. 2

LUGAR DE PROCEDENCIA	No. de Casos	Porcentaje
QUETZALTENANGO	54	43.20
SAN MARCOS	21	16.80
RETALHULEU	17	13.60
HUEHUETENANGO	8	6.40
MAZATENANGO	6	4.80
GUATEMALA	5	4.00
TOTONICAPAN	4	3.20
JUTIAPA	3	2.40
SOLOLA	2	1.60
BAJA VERAPAZ	2	1.60
CHIQUIMULA	1	0.80
QUICHE	1	0.80
JALAPA	1	0.80
TOTAL	125	100.00

**CUADRO No. 3
SOLO DE MUJERES (98 CASOS)**

No. de GESTAS	No. de Casos	Porcentaje
0	5	5.10
1 - 3	42	42.86
4 - 6	28	28.57
7 - 9	15	15.31
MAS DE 10	8	8.16
TOTAL:	98	100.00

CUADRO No. 4

PESO EN LIBRAS	No. de Casos	Porcentaje
60-69	9	7.20
100-149	105	84.00
150-199	11	8.80
TOTAL:	125	100.00

CUADRO No. 5

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	No. de Casos	Porcentaje
0 Hrs. - 24 Hrs.	15	12.00
1 día - 8 días	28	22.40
8 días - 30 días	17	13.60
1 mes - 3 meses	13	10.40
3 meses - 12 meses	30	24.00
1 año - 5 años	18	14.40
5 años - 10 años	3	2.40
10 años -	1	0.80
T O T A L:	125	100.00

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	No. de Casos	Porcentaje
HEPATITIS	9	23.68
APENDICITIS	7	18.42
PANCREATITIS	5	15.79
ENFERMEDAD PEPTICA	5	13.16
CA. VIAS BILIARES	4	10.53
INFECCION URINARIA	3	7.90
Ca. CABEZA DE PANCREAS	2	5.26
QUISTE DE OVARIO	1	2.63
HERNIA EPIGASTRICA	1	2.63
T O T A L:	38	100.00

CUADRO No. 7

TIEMPO DE HOSPITALIZACION	No. Casos	Porcentaje
PRE-OPERATORIO		
0 Hrs. -- 24 Hrs.	18	14.40
1 día -- 5 días	52	41.60
6 días -- 10 días	25	20.00
11 días -- 15 días	10	8.00
16 días -- 20 días	9	7.20
21 días -- 25 días	5	4.00
26 días -- 30 días	3	2.40
30 días --	3	2.40
T O T A L	125	100.00

CUADRO No. 8

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	No. de Casos	Porcentaje
COLECISTITIS C.C.	48	38.40
COLECISTITIS AGUDA	27	21.60
COLELITIASIS	23	18.40
APENDICITIS AGUDA	20	16.00
Ca. VIAS BILIARES	3	2.40
COLEDOCOLITIASIS	2	1.60
Ca. CABEZA PANCREAS	1	0.80
HERIDA POR PROYECTIL		
DE ARMA DE FUEGO	1	0.80
T O T A L	125	100.00

CUADRO No. 9

OPERACION EFECTUADA	No. de Casos	Porcentaje
COLECISTECTOMIA MAS EXPLO- RACION DEL COLEDOCO	84	67.20
COLECISTECTOMIA	40	32.00
COLECISTECTOMIA MAS Bx. HEPATICA	1	0.80
T O T A L	125	100.00

CUADRO No. 10

HALLAZGOS OPERATORIOS	No. de Casos	Porcentaje
CALCULOS EN VESICULA	109	87.20
CALCULOS EN COLEDOCO	9	7.20
LIQUIDO SEROSO EN VESICULA	2	1.60
MATERIAL PRULENTO EN LA VESICULA BILIAR		
MASA EN VIAS BILIARES EXT.	1	0.80
MASA EN VESICULA BILIAR	1	0.80
MASA EN HIGADO Y VIAS BILIA- RES EXTERNAS		
PERFORACION DE VESICULA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO	1	0.80
T O T A L:	125	100.00

CUADRO No. 11

EXPLORACION DEL COLEDOCO	No. de Casos	Porcentaje
POR TUBO DE KEHR	69	38.40
SIN EXPLORAR	42	33.60
CIERRE PRIMARIO	14	11.20
T O T A L:	125	100.00

CUADRO No. 12

DX. POST-OPERATORIO	No. de Casos	Porcentaje
COLESTITIS C.C.	66	52.80
COLESTITIS AGUDA	43	34.40
COLEDOCOLITIASIS	9	7.20
HIDROCOLECSITO	2	1.60
PIOCOLECISTITIS		0.80
Ca. VIAS BILIARES EXTER.	1	0.80
Ca. VESICULA BILIAR	1	0.80
Ca. HEPATICO + Ca. VIAS		0.80
BILIARES EXTERNAS	1	0.80
PERFORACION DE VESICULA		0.80
BILIAR POR PROYECTIL DE		0.80
ARMA DE FUEGO	1	0.80
T O T A L:	125	100.00
00.001	125	T O T A L

CUADRO No. 13

	No. de Casos	Porcentaje
CON COLECISTOGRAMA ORAL	85	68.00
CON COLECISTOGRAMA IN- TRAVENOSO	15	12.00
SIN COLECISTOGRAMA	25	20.00
T O T A L:	125	100.00
00.001	125	T O T A L

CUADRO No. 14**COMPLICACIONES HOSPITALARIAS**

POST-OPERATORIOS	No. de Casos	Porcentaje
CALCULO RESIDUAL	17	13.60
INFECCION HERIDA OPERATORIA	8	6.50
DEHISCENCIA PARCIAL		
HERIDA OPERATORIA	5	4.00
PARO CARDIO-RESPIRATORIO	3	2.40
RETIRO PREMATURO TUBO KEHR	2	1.60
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	2	1.60
HEMATOMA ESCROTO	1	0.80
DIARREA	1	0.80
ASCARIS POR TUBO KEHR	1	0.80
SHOCK SEPTICO	1	0.80
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	0.80
HEMATEMESIS	1	0.80
BRONCONEUMONIA	1	0.80
SIN COMPLICACIONES	81	64.80
T O T A L	125	100.00

CUADRO 15**TIEMPO HOSPITALIZACION**

POST-OPERATORIO	No. de Casos	Porcentaje
0 días — 5 días	8	6.40
6 días — 10 días	66	52.80
11 días — 15 días	23	18.40
16 días — 20 días	14	11.20
21 días — 25 días	7	5.60
26 días — 30 días	6	4.80
31 días — 35 días	1	0.80

CUADRO No. 16

TIPO DE INCISION EFECTUADA	No. de Casos	Porcentaje
SUB-COSTAL DERECHA	93	74.40
PARA-MEDIANA DERECHA	23	18.40
MEDIANA	9	7.20
T O T A L:	125	100.00

CUADRO No. 17

TIEMPO DE ANESTESIA EN MINUTOS	No. de Casos	Porcentaje
0-60	12	9.60
61-120	71	56.80
121-180	29	23.20
181-240	11	8.80
241-300	8	
	125	100.00

NOTA: En el 100% de los casos la anestesia fué PENTHOTAL y de mantenimiento ETER mas OXIGENO.

CUADRO No. 18

CAUSAS DE MORTALIDAD	No. de Casos	Porcentaje
PARO CARDIO RESPIRATORIO	3	42.86
SHOCK SEPTICO	1	14.20
SHOCK HIPOVOLEMICO	1	14.28
INS. RENAL AGUDA	2	28.58
T O T A L:	7	100.00

CUADRO No. 19

EGRESADOS	No. de Casos	Porcentaje
VIVOS	112	89.60
C.I.M. (*)	6	4.80
MUERTOS	7	5.60
TOTAL	125	100.00

(*) CONTRA INDICACION MEDICA: EGRESADOS VIVOS PERO EN MALAS CONDICIONES.

DISCUSION

El presente estudio nos demuestra que la incidencia de esta patología afectó más a pacientes del sexo femenino, en un 78.40% del total de los casos y solo un 21.60% a pacientes masculinos, tal como ha sido descrito por otros autores (1,25,26). El paciente de menor edad fué de 10 años y el mayor de 79 años, con lo cual se demuestra que a cualquier edad se presenta este padecimiento (12,24), pero su mayor incidencia es de la 3a. a la 5a. década de la vida (3,9). Esta patología es rara en niños (26).

Las mujeres que tenían de 1 a 3 gestas fueron las más afectadas en un 42.86% y de las mujeres que no habían tenido ninguna gesta solo se observaron 5 casos a los que les correspondió un 5.10%; con esto se demuestra que este estudio está de acuerdo con lo reportado por otros autores (3,7,9,24).

La mayor incidencia de la enfermedad se observó en pacientes que tenían un peso comprendido entre 100 y 149 libras y a los cuales les correspondió el 84.00%, por lo tanto este dato está de acuerdo con lo publicado por otros autores (12,13).

No hubo necesidad de explorar el Colédoco en el 33.60% de los casos, la complicación más frecuente fué cálculos residuales; la mortalidad fué de 5.60% la cual es baja.

A pesar de los adelantos en el tratamiento médico de esta patología (6,7,14,15,18,19,24,28,29), ninguno de ellos es concluyente, por lo cual pienso que el tratamiento quirúrgico sigue siendo el tratamiento más seguro y efectivo.

En varios estudios (6,10,19,23,28), se prefiere el uso de diversos instrumentos tanto transoperatoriamente como post-operatoriamente para explorar el Colédoco; sin embargo muchos autores consideran conveniente hacerlo durante la

TABLA No. 1

DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA	No. Casos	Porcentaje
Colecistitis crónica	62	48.00
Sin resultado de patología	41	32.80
Colecistitis aguda más crónica	11	10.40
Colecistitis aguda	6	4.80
Adenocarcinoma	3	2.40
Tejido Fibroadiposo	1	0.80
Colestasis severa más Colangitis	1	0.80
T O T A L	125	100.00

operación, mientras otros prefieren hacerlo después de la operación. Se han mencionado varias substancias para el tratamiento médico de los cálculos biliares, más sin embargo considero que solo el ácido Quenodeoxicólico puede ser de ayuda en un futuro próximo.

CONCLUSIONES

- 1.- La Colecistectomía sigue siendo el tratamiento más seguro y efectivo de la Colecistitis tanto crónica como aguda.
- 2.- La cirugía de Vías Biliares debe ser efectuada por cirujanos de experiencia.
- 3.- Las complicaciones post-operatorias, aunque raras pueden presentarse pero no constituyen entidades incontrolables.
- 4.- Con diagnóstico preciso y conociendo los casos en que está indicado cada uno de los diferentes procedimientos quirúrgicos, se obtienen buenos resultados.
- 5.- El conocimiento de las variaciones anatómicas de las Vías Biliares y vasos del hilio hepático es de vital importancia en las operaciones sobre la región.
- 6.- Los cuidados del post-operatorio hacen que la mayoría de los trastornos puedan tratarse precozmente.
- 7.- La mortalidad en la Colecistectomía es baja.
- 8.- El sexo femenino es más afectado que el masculino.
- 9.- A pesar de las diferencias climatológicas, raciales y alimenticias, nuestros pacientes presentaron las mismas características descritas por otros autores en pacientes de otras altitudes.
- 10.- El tratamiento médico puede ser de ayuda en un futuro próximo.

BIBLIOGRAFIA

1. Arroyave Boyes, Roberto; CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA COLECISTECTOMIA, Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1946.
2. BATESON; M.C.; Prevalence of Gallstones in Dundee, 1974-5. British Medical Journal 110:341 1976. 3-IXX
3. BEESON, Paul B. y Walsh McDermott, eds. Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb.- 13^a edición, México, Interamericana, 1972. pp. 1472-1474, 1478-1481.
4. DORAN F.S.A.; The sites to Which pain is referred From the common bile-duct in man and its implication for the theory of referred pain. British Jorunal of Surgery 54: 599, 1967.
5. French E.B.; Robb, W.A.T.; Biliary and Renal Colic. British Medical Journal. 3: 135, 1963.
6. Gardner; Bernard; Dennis; Charles R.; Patti; Joseph Current Status of heparin Dissolution of Gallstones, Experimental and clinical Observations. Annals of surgery 130: 293 1975.
7. Gunn A; Keddie N; Some clinical observations on patients with gallstones, Lancet 2: 7.771, 1972.
8. Guyton, Arthur; Tratado de Fisiología Médica, 4a. edición 1972 México, Interamericana, pp. 915-917.
- 9.-J Harrison, T.R.; Medicina Interna, 4a. edición, México la prensa Médica Mexicana, 1972. pp. 1571-1576.

- 10.- Hofman, A.F. Northfield, T.C.; and Thistle, J.L.; Iatrogenic Gallstones. British Medical Journal. 8: 860 1976.
- 11.- Johnson A.G.; Cholecystectomy and gallstone dyspepsia Clinical and physiological study of a symptom complex Ann R. Coll. Surgical English (+). 56: 69, 1975.
- 12.- Kaplen Allan; Ludwin W. Guía para el diagnóstico y tratamiento Tribuna Médica de Centroamérica y Panamá. XXI-8:12-16, Abril 1977.
- 13.- Kingston R.D.; Windsor C.W.O.; flatulent dyspepsia in patients with gallstones undergoing cholecystectomy. British Journal of surgery. 62: 231. 1975.
- 14.- Lund J.; Surgical indication in cholelithiasis. Annals of surgery. 171:152, 1960.
- 15.- Mc Arthur P. Cuschieri A., Sells R.A.; Shields R. Controlled clinical trial comparing early with interval cholecystectomy for acute cholecistitis. British journal of surgery. 62:850, 1975.
- 16.- Molina M., Francisco ANALISIS DE 305 CASOS DE COLECISTECTOMIA PRACTICADOS EN LA 5a. CIRUGIA DE MUJERES tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1966.
- 17.- Motson, Roger W. Way, Lawrence W; DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA COLECISTITIS, Tribuna Médica de Centro América y Panamá No. 286, XXVI-3: 14-21, AGOSTO 1979.
- 18.- Palma, Renato; Antezana, Cristiana; Wunkhaus, Raúl; Csendes, Attila; Análisis físico-químico de la bilis vesicular en sujetos normales y en portadores de cálculos de colesterol. Revista Médica de Chile 103:594, 1975.
- 19.- Powis; Simon J.A.; Dispersal Of Biliary calculi bi irrigation. British medical journal 120:340, 1976.
- 20.- Quinteros G., Manuel Humberto; CONSIDERACIONES SOBRE LA COLECISTECTOMIA DE URGENCIA, tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1958.
- 21.- Robbins, Stanley; PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL 1a. edición México, Interamericana, 1975. pp. 1005, 1011.
- 22.- Sabiston, David, Tratado de Patología Quirúrgica. 10, edición, México, Interamericana, 1974, pp. 1013-1030.
- 23.- Thorpe C.D. et al; Emergency intravenous cholangiography in patienty with acute abdominal pain. Americal journal of surgery. 125-45, 1973.
- 24.- Trotman, B.W., Soloway, R.D.; Pigment vs. Cholesterol Cholelithiasis: clinical and epidemiological aspects. Americal Journal of Digestive Deseases. 20:735, 1975.
- 25.- Valle, Manuel Fernando: COLECISTECTOMIA, tesis (Médico y Cirujano), Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1914.
- 26.- Van der Linden, Willem; Sunzel, Herbert; IDEAL CHOLECISTECTOMY: IN AN EARLY STAGE AT AN EARLY AGE, Acta Chir Scand 1942: 62 66. 1976.
- 27.- Van Der Linden W., Sunzel H., Early versus Delayed operation for acute cholecystitis. A controlled clinical trial.

American journal of surgery. 120:7 1970.

- 28.- Vlahovicic; Z.R.; Gregory; D.H.; Swell; Leon; Phenobarbital and cholesterol gallstone Dissolution. Digestive Diseases 21: 429, 1976.
- 29.- Watts J; Jablonsky Paula; Tooli J., medical treatment of gallstones. Drugs. 10:342-350. 1975.

Br.

Huanito Líder R.

FRANCISCO STUARDO MONTUFAR RODRIGUEZ

E. Molina

Asesor.

EDUARDO MOLINA FUENTES

Dr.

Luis Felipe Flores

Revisor.

LUIS FELIPE FLORES GI

Dr.

Director de Fase III

Héctor Alfredo Nuila S.

Dr.

Secretario

Raul A. Castillo R.

Vo. Bo.

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.