

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

COLECISTITIS. (Aguda y Crónica)

Revisión de casos en dos años en el
Hospital Modular de Chiquimula

JORGE MARIO VASQUEZ VELASQUEZ

CONTENIDO

- 1.- Introducción
- 2.- Antecedentes
- 3.- Hipótesis
- 4.- Objetivos
- 5.- Material y Métodos
- 6.- Conocimientos y consideración Básicas:
 - a) Historia
 - b) Anatomía
 - c) Fisiología
 - d) Patología
 - e) Definición
 - f) Etiología
 - g) Manifestaciones Clínicas
 - h) Diagnóstico Diferencial
 - i) Frecuencia
 - j) Laboratorio y RX
 - k) Tratamiento.
- .- Resultados y Discusión
- .- Conclusiones
- .- Recomendaciones
- .- Bibliografía

INTRODUCCION

El presente estudio se realizó en el Hospital Modular de la Ciudad de Chiquimula Arana Osorio ; el objetivo primordial es dar a conocer la experiencia en cuanto a diagnóstico y tratamiento de Colecistitis (Aguda y Crónica), en dicho hospital. Para la realización de esta investigación, se revisaron conceptos vertidos por distintos autores en la literatura médica tanto nacionales como extranjeros, con respecto a: historia, definición, cuadro clínico, métodos y técnicas de diagnóstico, tratamiento, así como también conceptos básicos sobre anatomía y fisiología de los órganos comprometidos en la entidad patológica que nos ocupa. Se llevó a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con Colecistitis, en dos años, en cuanto a edad, sexo, síntomas de ingreso, tiempo de evolución exámenes de laboratorio, etc.; presentando los análisis estadísticos y las conclusiones y recomendaciones finales.

Debemos reconocer la labor positiva que efectúan los médicos al resolver muchos de estos casos sin contar a veces con los medios adecuados; de gran valor es también, el servicio prestado por los Hospitales Departamentales donde acuden en su mayoría pacientes de escasos recursos económicos lo que les impide movilizarse a los centros especializados de la ciudad capital.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

En el Hospital Modular de Chiquimula no se cuenta con ninguna experiencia en la revisión de este tipo de casos, siendo la razón por la que se efectúa el mismo durante el tiempo indicado para lo cual se tendrá la revisión del archivo de papeletas del Hospital Modular de Chiquimula. Todo este estudio tiene como fin primordial, averiguar, mejorar y actualizar el sistema de diagnóstico y tratamiento de Colecistitis, para lo cual se tendrá la revisión de la bibliografía correspondiente.

HIPOTESIS

La incidencia de Colecistitis Crónica Calculosa es mayor que, Colecistitis Aguda, en el Hospital de Chiquimula.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Hacer un análisis de la situación de los casos ingresados con Impresión Clínica de Colecistitis (Aguda o Crónica) del Hospital Modular de Chiquimula.
- 2.- Contribuir a la elaboración del diagnóstico de Colecistitis de acuerdo a la realidad en el Hospital Modular de Chiquimula.
- 3.- Contribuir al conocimiento de los principales problemas de tratamiento de Colecistitis.
- 4.- Aportar nuevos datos, experiencias y conocimientos tratando con ello de despertar inquietudes para futuras investigaciones.
- 5.- Ayudar a conocer aunque sea en mínima parte el estado del paciente con Impresión Clínica de Colecistitis en el Hospital Modular de Chiquimula.

ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar en forma objetiva la situación del grupo de pacientes con Colecistitis (Aguda o Crónica) en el Hospital Modular de Chiquimula durante los años 1978-79 (inclusive) para proporcionar mejor orientación.

- 2.- Basado en el conocimiento adecuado de la situación de este tipo de pacientes, elaborar posteriormente un programa para la atención de dicho grupo.
- 3.- Demostrar que se puede aprovechar mejor los recursos con que se cuenta en el Hospital Modular de Chiquimula.
- 4.- Brindar oportunidad al Estudiante de Medicina (EPS) de poner en práctica sus conocimientos en este tipo de diagnósticos.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL:

a.- Recursos Humanos institucionales del Hospital Modular de Chiquimula:

- 1.- Ocho Médicos y Cirujanos
- 2.- Seis EPS hospitalarios
- 3.- Un EPS de Química Biológica
- 4.- Un EPS de Farmacia
- 5.- Personal de Enfermería.

b.- Personal Adiestrado del Hospital Modular de Chiquimula.

- 1.- Dos técnicos en Rayos X
- 2.- Cuatro laboratoristas.

METODO:

Bibliográfico:

Para la realización del presente trabajo se cuenta con los datos del archivo de las fichas clínicas del Hospital Modular de Chiquimula y revisión de textos bibliográficos.

EL METODO EMPLEADO:

Según el tiempo Retrospectivo
Según su cobertura Total
Según su continuidad Permanente
Según su forma Longitudinal

CONSIDERACIONES GENERALES Y CONOCIMIENTOS BASICOS

HISTORIA:

Trataré brevemente de describir aspectos históricos sobre lo escrito acerca de Colecistitis Aguda. Fue en el año 1348 que fueron identificados los cálculos en las vías biliares. Más tarde, Galeno describe las funciones de la Vesícula Biliar. En el año de 1743 Petit escribe acerca de la cirugía de vías Biliares en caso de obstrucción. Aproximadamente unos cien años más tarde se realiza en Norte América la primera Colecistostomía.

En 1882, Langenbuch realiza la primera Colecistectomía. Luego Winimaster tiene idea acerca de realizar una coledocostomía, la cual la ejecutan tiempo después Courvoisier y Knoswley.

En 1894, Koscher escribe acerca de la realización de Coledocostomía Transduodenal, asímismo, Bruny lo hace acerca de Duodenocoledocostomía.

Así con el tiempo el interés aumentó por investigar cada vez más profundamente sobre esta entidad, hasta llegar a la actualidad en que se ha escrito bastante en todas las latitudes del mundo que se dedican a la investigación avanzada.

ANATOMIA:

Para mejor comprensión de la entidad que nos ocupa, describiremos su anatomía en esta forma: vías biliares intrahepáticas, vías biliares extrahepáticas, conducto colédoco, vesícula biliar y conducto cístico.

Las vías biliares intrahepáticas tienen su origen en canalículos intralobulillares, que terminan en canalículos perilobulillares, quienes desembocan en conductos biliares más voluminosos; más tarde, estos conductos se reunen a nivel del hilio en dos conductos principales derecho e izquierdo que forman después el conducto hepático. Este es parte de las vías extrahepáticas, mide más o menos 2-3 cms. de longitud y 5 mm. de diámetro se dirige abajo y a la izquierda hacia el epiplón menor y con la cara superior del mismo descansa en su borde libre, sus relaciones son las siguientes: por delante, con la hoja anterior del epiplón menor y con la cara superior de la primera porción del duodeno, por detrás con la vena porta, a la izquierda, con la arteria hepática.

El conducto Colédoco mide de 4-5 Cms. de longitud y 5 mm. de diámetro, su dirección es hacia abajo y atrás y a la derecha, dibujando una doble curva. Para su estudio se divide en tres porciones: P. retroduodenal, P. retro-pancreática y P. intra-duodenal.

La Vesícula Biliar se describe como un reservorio que mide aproximadamente 10 cms. de longitud y 3-4 cms. de ancho, está situado en la fosita cística de la cara inferior del hígado; tiene un fondo y un cuerpo, el primero se relaciona con la pared abdominal por de

bajo del borde costal a nivel del extremo anterior de la décima costilla. El cuerpo su cara superior se relaciona con la fosita cística del hígado, la cara inferior, está cubierta por el peritoneo de la cara inferior y se relaciona con la segunda porción del hígado y el colon transverso, tiene un cuello de dos a cuatro cms. El conducto cístico mide aproximadamente 3-4 cms de longitud y 2.5 mm de diámetro. Se dirige abajo, atrás y a la izquierda se une al conducto hepático y se abre generalmente a la cara lateral del mismo, a su lado izquierdo sigue la arteria cística.

FISIOLOGIA DE LA VESICULA BILIAR:

Se sabe que las vías biliares extra-hepáticas son las que se encargan de el transporte almacenamiento y concentración de la bilis segregada por el hígado; antes de que sea vertida al duodeno, ésta contiene 97% de agua, 1-2% de sales biliares, 1% de pigmentos de ácidos grasos. Se cree que se producen 40 cc por hora que pasa casi en su totalidad a la vesícula biliar, aquí por la pared vesical se lleva a cabo la concentración reduciendo considerablemente, el volumen original.

La hormona colecistocinina se cree que es la responsable y la que estimula la salida de la bilis de la vesícula, mediante los siguientes mecanismos: aumentando el tono vesicular e incrementando su presión intraluminal. Cuando la vesícula se contrae, se relaja el esfinter de Oddi permitiendo así la salida de la bilis hacia el duodeno. Cuando se quita la vesícula esta función la compensan los conductos extra-hepáticos.

PATOLOGIA:

La vesícula en una crisis aguda puede encontrarse distendida con bilis, exudado inflamatorio o pus, - puede a veces ser estéril, pero puede encontrarse bacterias en la luz de la vesícula, en la pared de la inflamación y en los linfáticos regionales. Después que ha cedido la crisis inicial, la actividad de la vesícula puede de quedar dañada dependiendo del tejido atacado por la infección.

DEFINICION:

Colecistitis Aguda se define como la inflamación de la vesícula biliar.

ETIOLOGIA:

Se dice que a veces esta entidad se superpone a la colecistitis crónica relacionada a cálculos. La colecistitis aguda aparece la mayoría de las veces como - participación primaria y puede desarrollarse en ausencia de cálculos sea que presenta las manifestaciones - que dan inflamación. El proceso infeccioso y/o inflamatorio como puede ceder también puede progresar afectando las otras vías biliares produciendo con ello colangitis de grados variables. Estas crisis de episodios agudos van relacionadas con cierto daño hepático que lo demuestra la alteración de la Bilirrubinas. Se cree que el porcentaje en que la colecistitis puede darse en ausencia de cálculos del orden del 5 al 10% según los casos publicados.

Un autor norteamericano, Wonack dice que la co-

lecistitis es un fenómeno obstructivo, usualmente se encuentra que la causa es un cálculo o unos cálculos en la entrada o en la vía cística o en la vesícula propiamente dicha.

A continuación daré una lista que algunos autores la consideran que son los que reúnen los diversos factores etiológicos que contribuyen al cuadro agudo: Infección bacteriana que proviene del hígado, linfáticos y torrente circulatorio, regurgitación de jugo pancreático y la tercera como una reacción producida por la concentración de las sales biliares en la vesícula biliar. Estas son consideraciones etiológicas que hace el autor Robbins en su tratado de Patología.

Frank menciona también como factores etiológicos: un Ca vesicular que obstruya el cístico especialmente en personas de edad avanzada, arteritis y arteriolitis que acompaña a la enfermedad cardiovascular e hipertensiva en fase terminal, infección generalizada por microorganismos como: E. coli, salmonella, estafilococo y estreptococo, los más importantes como por ejemplo la colecistitis que se desarrolla en lactantes y niños.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Varios autores convergen en la opinión de que las enfermedades de la vesícula biliar constituye la causa más frecuente de indigestión y consecuentemente debe ser tomado en cuenta en todos los casos que presenten este síndrome.

El cuadro de colecistitis puede darse en presen-

cia de cálculos o no, siendo esta última en menor frecuencia y cuando se produce el comienzo es menos brusco. Cálculos pueden existir sin provocar síntomas, pero los pacientes en caso de inflamación ligera por regla general se quejan de episodios recurrentes de indigestión, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho que aumenta con la inspiración, fiebre y malestar. Los síntomas se relacionan a las comidas, especialmente a las que contienen grasas.

Cuando la inflamación es más intensa, los males tares se acentúan, los pacientes refieren ictericia de largo tiempo de evolución, el dolor y la hipersensibilidad son mayores. Frank cree que la difusión del dolor, la hipersensibilidad son mayores. Frank cree que la difusión del dolor, la hipersensibilidad y el dolor de rebote en el abdomen suelen indicar perforaciones o asociación a pancreatitis. A la inspección general el paciente presenta facies dolorosas en el cuadro agudo, tinte icterico franco o tenué, el abdomen se encuentra globuloso con pañículo abundante doloroso, timpánico, la vesícula puede ser palpable en las crisis agudas, los síntomas van acompañados también precedidos por vómitos, náuseas, diarrea, intolerancia alimenticia. La temperatura suele elevarse a 39 a 49 grados centígrados, la ictericia se presenta en el 25% de los casos e indica obstrucción del hepático o del colédoco, a veces la ictericia puede presentarse por inflamación y no por obstrucción, hay leucocitosis de doce mil a cuarenta mil.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Son muchas las entidades patológicas que pueden

presentar signos y síntomas que prestan confusión con la colecistitis aguda, mencionaremos entre ellas: la apendicitis aguda gastritis, duodenitis, pielonefritis, pancreatitis aguda, úlcera péptica, etc; de ahí la importancia de una buena historia clínica, antecedentes, examen físico completo para un buen diagnóstico, por ejemplo la localización del dolor y el antecedente de crisis previa de cólico biliar o ictericia, son útiles para distinguir la colecistitis de una úlcera. El diagnóstico de pancreatitis aguda puede conformarse midiendo la amilasa en suero o en líquido peritoneal, pero hay que tener en cuenta que la obstrucción del colédoco se acompaña muchas veces de pancreatitis aguda.

FRECUENCIA:

Esta enfermedad acaece con más frecuencia en mujeres que en hombres, se presenta con mayor frecuencia en la cuarta década de la vida, aunque ocurre en todas las edades se dice también que el 50% de los adultos presentan colecistitis (Robbins).

DATOS DE LABORATORIO Y RAYOS X:

Una hematología nos muestra elevación de los leucocitos que puede ser de doce mil o más raras veces, así como la velocidad de sedimentación elevada.

Otros datos que ayudan son el aumento de bilirrubina total a expensas de la directa especialmente, aumento de la fosfatasa alcalina, aumento del colesterol sanguíneo, disminución de urobilinógeno en orina, presencia en la misma de pigmentos y sales biliares.

Se cree que el aumento de las bilirrubinas es debido a que el proceso inflamatorio alcanza el hígado o se extiende al colédoco según el autor Harkins.

No se puede negar la ayuda de suma importancia que los rayos X juegan en el diagnóstico de esta entidad patológica. Los cálculos biliares opacos alcanzan el 10-15%. Los cálculos que contienen calcio se dice que son visibles, los que contienen colesterol no lo son, por lo que necesitan para que se visualicen un colorante radioopaco. El colecistograma aprovecha la función concentradora de la vesícula, al ingerir el medio radioopaco, este es excretado por el hígado y concentrando en vesícula, luego se hace visible a los rayos X.

TRATAMIENTO:

Después de haber llegado a un diagnóstico exacto de la entidad que nos ocupa, el tratamiento que se establece puede ser: Quirúrgico y Médico.

El tratamiento médico incluye reposo en la posición más confortable para el paciente, control periódico de signos vitales, debe iniciársele succión nasogástrica y restablecimiento del nivel hídrico y electrolítico. Los vómitos y el ayuno antes de la hospitalización causan deshidratación que debe ser corregida. En muchos pacientes ancianos, la enfermedad biliar aguda se agrava con enfermedades cardíacas, pulmonares o renales preexistentes: dichos aparatos deben estudiarse y tratarse cuidadosa y apropiadamente. La diabetes debe ser investigada, porque su asociación tiene un pronóstico más ominoso si se retrasa el procedimiento quirúrgico.

En enfermos vistos por primera vez, poco después de que se inicien los síntomas, de ser leves signos y síntomas, locales, no necesita administrar terapéutica antimicrobiana. Es de más valor después, durante la enfermedad especialmente contra complicaciones supuradas. La ampicilina, cefalosporina o tetraciclina son adecuadas, excepto en pacientes con empieza o perforación en quienes la cefalosporina junto con gentamicina o Kanamicina serán de elección. En resumen el tratamiento médico podemos enmarcarlo en esta forma; reposo absoluto, succión gástrica continua, NPO HNO, antiespasmódicos del tipo de papaverina, en algunos casos Meperidina, algunos autores mencionan el uso de Nitroglicerina en tabletas sublinguales asociados a sulfato de morfina, haciendo énfasis en que la morfina sola no es indicada por los espasmos que produce a nivel del esfínter de Oddi; por último se considera la antibioticoterapia.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, muchos de los expertos actualmente apoyados por resultados de estudios clínicos controlados recomiendan la colecistectomía durante el ataque agudo, proposición que evita complicaciones y la morbilidad prolongada del tratamiento vigilante. Esto no quiere decir intervención quirúrgica de urgencia. El procedimiento debe realizarse para confirmar deliberadamente el diagnóstico.

RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION ETARIA

EDAD AÑOS	No. DE CASOS	%
20 - 30	7	15.21
31 - 40	4	8.69
41 - 50	16	34.78
51 - 60	13	28.26
61 - 70	4	8.69
71 - 80	2	4.34
Total	46	100.00

La presente distribución etaria, se inicia a partir de los veinte años de edad, ya que corresponde a la edad más baja encontrada, hasta los ochenta años que fue la edad más alta reportada. De los cuarenta y seis casos investigados en los dos años, las edades comprendidas entre los cuarenta y uno y cincuenta años - constituyen el grupo en la que en mayores casos se encontró; diez y seis en total que nos da un porcentaje de 34.78. Siguiéndole las edades comprendidas entre cincuenta y uno y sesenta años, con trece casos igual a 28.26%.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR SEXO

	No. de casos	%
Masculino	7	15.22
Femenino	39	84.78
Total	46	100.00

Se encontraron 39 casos del sexo femenino que - representa el 84.78%. Siete casos del sexo masculino igual al 15.22%.

CUADRO No. 3

MOTIVO DE CONSULTA

CAUSAS MAS FRECUENTES	No. DE CASOS	%
Dolor hipocondrio derecho	25	54.35
Intolerancia a grasas	4	8.70
Dolor cólico generalizado	13	28.26
Fiebre	2	4.35
Náuseas y vómitos	1	2.17
Ictericia	1	2.17
Total	46	100.00

El principal motivo de consulta referido, fue dolor en hipocondrio derecho, reportado en 25 casos que constituye un porcentaje de 54.25; siguiéndole en orden de frecuencia, Dolor cólico generalizado con 13 casos igual al 28.26%. En menor número de casos se reportan: intolerancia a grasas, fiebre, náuseas y vómitos e Ictericia.

CUADRO No. 4

Tiempo de evolución de los síntomas que los indujo a consultar al hospital. (Dolor en hipocondrio derecho, Dolor cólico generalizado, Intolerancia a grasas, etc.)

Evolución - síntomas	No.	Ante %
0 - 23 horas	12	26.09
1 - 15 días	18	39.13
16 - 29 días	0	0.00
1 mes - 11 meses	5	10.87
1 año en adelante	3	6.52
No referido	8	17.39
Total	46	100.00

En el cuadro anterior, lo más importante, es hacer notar que fue en el grupo de 1 a 15 días en el cual se encontró mayor número de casos; 18 en total igual al 39.13%; antes de las 24 horas se reportaron 12 casos igual al 26.09%. No se refiere evolución de síntomas en 8 casos, que constituye el 17.39%; en el grupo de 1 a 11 meses, se encontraron 5 casos igual al 10.87% y por último, de un año en adelante se reportaron tres casos igual al 6.52%.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR SEXO

	No. de casos	%
Masculino	7	15.22
Femenino	39	84.78
Total	46	100.00

Se encontraron 39 casos del sexo femenino que representa el 84.78%. Siete casos del sexo masculino igual al 15.22%.

CUADRO No. 3

MOTIVO DE CONSULTA

CAUSAS MAS FRECUENTES	No. DE CASOS	%
Dolor hipocondrio derecho	25	54.35
Intolerancia a grasas	4	8.70
Dolor cólico generalizado	13	28.26
Fiebre	2	4.35
Náuseas y vómitos	1	2.17
Ictericia	1	2.17
Total	46	100.00

El principal motivo de consulta referido, fue dolor en hipocondrio derecho, reportado en 25 casos que constituye un porcentaje de 54.25; siguiéndole en orden de frecuencia, Dolor cólico generalizado con 13 casos igual al 28.26%. En menor número de casos se reportan: intolerancia a grasas, fiebre, náuseas y vómitos e Ictericia.

CUADRO No. 4

Tiempo de evolución de los síntomas que los indujo a consultar al hospital. (Dolor en hipocondrio derecho, Dolor cólico generalizado, Intolerancia a grasas, etc.)

Evolución - síntomas	No.	%
0 - 23 horas	12	26.09
- 15 días	18	39.13
16 - 29 días	0	0.00
1 mes - 11 meses	5	10.87
1 año en adelante	3	6.52
No referido	8	17.39
Total	46	100.00

En el cuadro anterior, lo más importante, es hacer notar que fue en el grupo de 1 a 15 días en el cual se encontró mayor número de casos; 18 en total igual al 39.13%; antes de las 24 horas se reportaron 12 casos igual al 26.09%. No se refiere evolución de síntomas en 8 casos, que constituye el 17.39%; en el grupo de 1 a 11 meses, se encontraron 5 casos igual al 10.87% y por último, de un año en adelante se reportaron tres casos igual al 6.52%.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR SEXO

	No. de casos	%
Masculino	7	15.22
Femenino	39	84.78
Total	46	100.00

Se encontraron 39 casos del sexo femenino que representa el 84.78%. Siete casos del sexo masculino igual al 15.22%.

CUADRO No. 3

MOTIVO DE CONSULTA

CAUSAS MAS FRECUENTES	No. DE CASOS	%
Dolor hipocondrio derecho	25	54.35
Intolerancia a grasas	4	8.70
Dolor cólico generalizado	13	28.26
Fiebre	2	4.35
Náuseas y vómitos	1	2.17
Ictericia	1	2.17
Total	46	100.00

El principal motivo de consulta referido, fue dolor en hipocondrio derecho, reportado en 25 casos que constituye un porcentaje de 54.25; siguiéndole en orden de frecuencia, Dolor cólico generalizado con 13 casos igual al 28.26%. En menor número de casos se reportan: intolerancia a grasas, fiebre, náuseas y vómitos e Ictericia.

CUADRO No. 4

Tiempo de evolución de los síntomas que los indujo a consultar al hospital. (Dolor en hipocondrio derecho, Dolor cólico generalizado, Intolerancia a grasas, etc.)

Evolución - síntomas	No.	%
0 - 23 horas	12	26.09
15 días	18	39.13
29 días	0	0.00
1 mes - 11 meses	5	10.87
1 año en adelante	3	6.52
No referido	8	17.39
Total	46	100.00

En el cuadro anterior, lo más importante, es hacer notar que fue en el grupo de 1 a 15 días en el cual se encontró mayor número de casos; 18 en total igual al 39.13%; antes de las 24 horas se reportaron 12 casos igual al 26.09%. No se refiere evolución de síntomas en 8 casos, que constituye el 17.39%; en el grupo de 1 a 11 meses, se encontraron 5 casos igual al 10.87% y por último, de un año en adelante se reportaron tres casos igual al 6.52%.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR SEXO

	No. de casos	%
Masculino	7	15.22
Femenino	39	84.78
Total	46	100.00

Se encontraron 39 casos del sexo femenino que representa el 84.78%. Siete casos del sexo masculino igual al 15.22%.

CUADRO No. 3

MOTIVO DE CONSULTA

CAUSAS MAS FRECUENTES	No. DE CASOS	%
Dolor hipocondrio derecho	25	54.35
Intolerancia a grasas	4	8.70
Dolor cólico generalizado	13	28.26
Fiebre	2	4.35
Náuseas y vómitos	1	2.17
Ictericia	1	2.17
Total	46	100.00

El principal motivo de consulta referido, fue dolor en hipocondrio derecho, reportado en 25 casos que constituye un porcentaje de 54.25; siguiéndole en orden de frecuencia, Dolor cólico generalizado con 13 casos igual al 28.26%. En menor número de casos se reportan: intolerancia a grasas, fiebre, náuseas y vómitos e Ictericia.

Al observar el cuadro anterior, llama la atención que no se efectuó examen de hemoglobina en 14 casos que constituye un porcentaje de 30.43. Hematocrito no se efectuó en 12 casos, cuyo porcentaje es de 26.09. En dos pasos sólo se efectuó Ht. y no se realizó Hb. El resto de casos se reportó dentro de los límites normales.

Recuento de

Glóbulos Blancos	No.	%	Vs.	No.	%
Normal	22	47.83	Normal	0	0.00
Bajo	3	6.52	Bajo	1	2.17
Elevado	4	8.70	Elevado	16	34.78
No se efectuó	17	36.96	No se efectuó	29	63.04
Total	46	100.00		46	100.00

No se efectuó recuento de Glóbulos Blancos en 17 casos, cuyo porcentaje es de 36.96. Leucocitosis se reportó en cuatro casos igual a 8.70%. Leucopenia en 3 casos, igual a 6.52%. La Vs. no se efectuó en 29 casos que constituye el 63.04%; en 16 casos se reportó elevado o lo que es el 34.78%. El caso restante se encontró bajo, igual al 2.17%.

Bilirrubinas	No.	%
Normal	4	8.70
Bajo	0	0.00
Elevado	4	8.70
No se efectuó	38	82.61
Total	46	100.00

Por el cuadro anterior nos damos cuenta que no se efectuó examen de Bilirrubinas en 38 casos igual al

82.61%; en cuatro casos se encontró normal, igual al 8.70%; en igual cantidad se reportó elevadas. No se reportó ningún caso con valores bajos. En los casos que se encontraron elevadas, fue a expensas de la bilirrubina directa, por lo que se consideró un problema obstructivo.

Transaminasas	No.	%
Normal	7	15.22
Bajo	0	0.00
Elevadas	0	0.00
No se efectuó	39	84.78
Total	46	100.00

No se efectuó examen de Transaminasas en 39 casos, igual al 84.78%; en 7 casos se encontró normal igual al 15.22%. En los restantes no se reportó ni un solo caso.

Fosfatasa Alcalina	No.	%
Normal	3	6.52
Bajo	0	0.00
Elevados	0	0.00
No se efectuó	43	93.48
Total	46	100.00

No se reportó este examen en 43 casos igual al 93.48%; en los 3 casos restantes se encontró normal, igual al 6.52%.

CUADRO No. 7

Tipo de examen radiológico efectuado e índice de efectividad del mismo.

RX	(+)	%	(-)	%	Tot.
Colecistograma oral	9	31.04	11	37.94	20
Colangiograma IV	4	13.80	1	3.44	5
Examen simple de abdomen	2	6.90	1	3.44	3
Colangiograma percutáneo	0	0.00	0	0.00	0
Pielograma IV	1	3.44	0	0.00	1
Total	16	55.18	13	44.82	29

De los 46 casos investigados, en 29 casos se reportó estudio radiológico igual al 63.04%; de los cuales 16 se reportaron positivos y 13 negativos. En los 17 casos restantes que constituyen el 36.95% no se efectuó ningún estudio radiológico.

CUADRO No. 8

Tratamiento Médico y Quirúrgico

Tratamiento	No. Casos	
Quirúrgico	18	39.13
Médico	28	60.87
Total	46	100.00

El cuadro anterior nos muestra que 18 casos fueron sometidos a intervención quirúrgica, lo que equivale a 39.13%; a tratamiento médico propiamente dicho, fueron sometidos 28 casos igual al 60.87%.

CUADRO No. 9

Conducta seguida en 28 casos que respondieron al tratamiento médico y no fueron sometidos a operación.

CONDUCTA	No.	%
Reposo absoluto	15	53.57
Reposo relativo	13	46.43
Reposo gástrico (NPO)	12	42.86
Dieta hipograsa	11	39.28
Dieta blanda	4	14.25
Dieta líquida	1	3.57
Antiespasmódicos	23	82.14
Antiheméticos	1	3.57
Antipiréticos	2	7.14
Solución I.V.	19	67.85
Antibiótico	10	35.72
Sin antibiótico	18	64.28

CUADRO No. 10

ANTIBIOTICOS ADMINISTRADOS EN EL TRATAMIENTO MEDICO

ANTIBIOTICO	No.	%
Tetraciclina	5	50.00
Ampicilina	5	50.00
Total	10	100.00

En los diez casos, a los cuales se les administró antibiótico terapia, los antibióticos usados fueron: Tetraciclina y Ampicilina en igual cantidad.

CUADRO No. 11

TIPO DE INCISION EFECTUADA

Tipo	No.	%
Kocher derecha	5	27.78
Paramediana derecha	13	72.22
Total	18	100.00

El cuadro anterior nos muestra que el tipo de incisión que más predominó fue: Paramediana derecha en 13 casos que equivale al 72.22%; el resto correspondió a el tipo Kocher derecha en 5 casos igual al 27.78%.

CUADRO No. 12

TECNICAS QUIRURGICAS

Técnica	No.	
Cístico a fondo	5	27.78
Fondo a Cístico	12	66.67
Mixtas	1	5.56
Total	18	100.00

El tipo de técnica para efectuar la colecistectomía aunque no hay un tipo puro ya que en la mayoría se diseña primero el pedículo y luego la dirección dependerá de los problemas que se encuentren; sin embargo se bosquejaron de la manera descrita en el cuadro anterior; la técnica de Fondo a Cístico predominó con 12 casos igual al 66.67%.

CUADRO No. 13

HALLAZGOS OPERATORIOS

	No.	%
Cálculos en vesícula biliar	8	44.44
Cálculos en colédoco	1	5.56
Cálculos en V.B. y colédoco	2	11.11
No se encontró cálculos	7	38.89
Total	18	100.00

De los pacientes intervenidos quirúrgicamente, - se encontró cálculos en vesícula biliar en 8 casos, - igual al 44.44%; un caso de cálculo enclavado en colédoco igual al 5.56%; tanto en vesícula biliar como en colédoco, 2 casos igual al 11.11%. No se encontró o no se reportó presencia de cálculos en 7 casos igual al 38.89%.

CUADRO No. 14

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

	No.	%
Colecistectomía	12	66.67
Colecistectomía más Coledocostomía	3	16.67
Colecistectomía y exploración de VB.	3	16.67
Total	18	100.00

Se efectuó colecistectomía en 12 casos igual a 66.67%, colecistectomía más coledocostomía y colecistectomía más exploración de vías biliares en tres casos igual al 16.67% en cada uno.

CUADRO No. 15

TIPOS DE DRENAJE	No.	%
Penrose	12	66.67
Penrose más tubo de kher	6	33.33
Total	18	100.00

En 12 casos se dejó Penrose igual al 66.67%; en el resto de casos, además de Penrose se dejó tubo de kher que equivale a 33.33%.

CUADRO No. 16

DIAGNOSTICO DE EGRESO	No.	%
Colecistitis Crónica Calculosa	22	47.83
Colecistitis Aguda	12	26.09
Colecistitis C. No Calculosa	11	23.91
Litiasis Renal	1	2.17
Total	46	100.00

El diagnóstico de egreso que predominó fue el de Colecistitis Crónica Calculosa en 22 casos igual al 47.83%. Colecistitis Aguda en 12 casos igual al 26.09%, Colecistitis Crónica no Calculosa en 11 casos igual al 23.91%; el caso restante, que constituye el 2.17% fue Litiasis Renal.

CUADRO No. 17

CONDICION DE EGRESO	No.	%
Bueno	46	100.00
Regular	--	--
Malo	--	--
Total	46	100.00

Se consideró que la condición de egreso de los pacientes fue 100% buena.

CONCLUSIONES

- 1.- En el Hospital Modular de Chiquimula, la Colecistitis Crónica es más frecuente que la Colecistitis Aguda.
- 2.- El predominio del sexo femenino en 84.78% y la mayor frecuencia en la cuarta y quinta década de la vida igual a 34.78%, son comparables con estudios realizados tanto en nuestro medio como en el extranjero.
- 3.- En términos generales, podemos decir que la Impresión clínica de ingreso se hizo en base a: dolor en hipocondrio derecho en un 54%, así como también en porcentajes menores Intolerancia a grasas, Dolor cólico generalizado, fiebre, náuseas y vómitos e Ictericia.
- 4.- No se reporta complicación en ninguno de los casos investigados.
- 5.- En la mayoría de los casos investigados, no se realizaron pruebas hepáticas, Bilirrubinas no se efectuó en 82.61%, Transaminasas en 84.78% y Fosfatasa Alcalina en 93.48%.
- 6.- El 60.87% de los casos estudiados se les ofreció tratamiento médico. El resto, que equivale al 39.13%, fue intervenido quirúrgicamente.

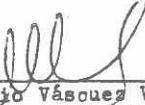
RECOMENDACIONES

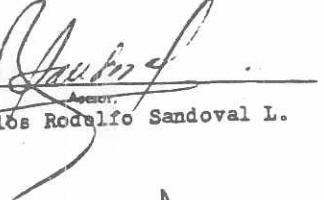
- 1.- Se recomienda que todo paciente con Colecistitis, cuente con sus exámenes de laboratorio: hemoglobina, hematocrito, recuento de glóbulos blancos, velocidad de sedimentación, bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina; así como sus estudios radiológicos correspondientes, - con mayor razón si este paciente va a ser sometido a intervención quirúrgica.
- 2.- Que el médico encargado de elaborar la historia clínica del paciente, se preocupe por hacerlo lo más adecuadamente posible, tanto a su ingreso - como a su egreso del hospital.
- 3.- El seguimiento de los pacientes es de mucho valor en cuanto a su evaluación médica, continua y periódica después de haber sido dado de alta del hospital.

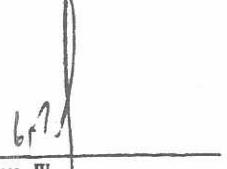
BIBLIOGRAFIA

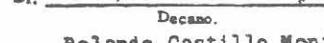
- 1.- Arroyave, Roberto: Contribución al estudio de Colecistectomía. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1946.
- 2.- Arreola Batres, Guillermo. Consideraciones sobre la Colecistitis y su tratamiento. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas Nov. 1958.
- 3.- Bolt, Robert J. Medical treatment of cholecystitis. Modern Treatment. 5(3): Mayo 1968 pp. 514-525.
- 4.- Bjorn, Thorbjarnarson and Frank Glenn: Complicaciones de la cirugía de vías biliares Clin. Quir. de N.A. pp. 431-447. Abril 1964.
- 5.- Bailey, Hamilton. Semiología Quirúrgica. Versión en español de E. Vendrell Torné. Barcelona, Ed. Toray S.A. 1963 pp. 540-541.
- 6.- Cervantes Flores Oscar A. Algunas Consideraciones Sobre El Tratamiento Médico de la Colecistitis Aguda. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. - 1970.
- 7.- Glenn, Frank. Hígado y vías biliares. In: Davis, Loyal, Ed. Christopher. Tratado de Patología quirúrgica, versión española de A. Folch y Pi. 10a. Ed. Inter Americana S. A. 1972. pp. 760-761.
- 8.- Glenn, Frank. Trastornos de vías biliares que requieran operación urgente. In: Hawthorne, - Herbert; y Frobese, Alfres S. y S, Julián A. Abdomen Agudo; lesiones de urgencia del tubo digestivo, versión española de S. Sapiña, Méjico, Ed. Inter Americana 1969. pp. 211-218.
- 9.- Glenn, Frank. Enfermedades de vesícula y Conductos Biliares. In: Benson, Paul and McDermott, Walsh, Tratado de Medicina Interna. Eds. Cecil-Loeb. Versión en español de A. Folch y Pi. 11a Ed. México. Inter Americana S.A., - 1966. pp. 1034-1038
- 10.- Glenn, Frank. Complications of biliary tract - surgery S.G.O. 110(2): 141-156, Feb. 1966.
- 11.- Harkins, Henry N., Moyer, Carl A., Rhoads, Jonathan E. y Allen, J. Garrot. Principios y práctica de cirugía, versión española de Dr. Santiago Sapiña R. 4a. Ed. México Ed. Inter Americana S.A. 1972. pp. 757-758.
- 12.- Henry Leiva Jorge A. Consideraciones sobre Colecistectomía, Complicaciones frecuentes, el Diagnóstico de éstas, Tratamiento y Prevención. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1970.
- 13.- Marshall, K. Bartlett and William C. Quinby Jr.:

- Surgery of the biliary tract I: Mortality and complications of cholecystectomy and choledocostomy for chronic cholecistitis. New Eng J. Med. 254 (4): 154-157, Jan 1956.
- 14.- Madden, John: Atlas de técnica en cirugía. 2a. Ed, México, Ed Interamericana, 1967, pp 490-499.
- 15.- Randall, Henry T. et al: Tratamiento pre y post operatorio. Versión al español Luis Augusto Méndez. México Ed. Interamericana 1969. pp. 362-366.
- 16.- Ramos Castellanos, Gustavo A: Técnica de la Colecistectomía subserosa con bisturí. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. 1964.
- 17.- Robbins, Stanley L. Patología Estructural y Funcional. Versión Española de A. Folch y Pi., H. Vela T., 1a. Ed. México Ed Inter America- na S.A. 1975. pp. 1009-1010.
- 18.- Rouviere, H. Compendio de Anatomía y Diseción. 3a. Ed. Barcelona, Ed. Salvat Editores S.A., 1969. pp. 767-772.
- 19.- Shoemaker, William C: Pruebas de Función Hepática útiles para el diagnóstico y evaluación del enfermo quirúrgico. Clin. Quir. N.A. Feb. 1964, pp. 13-23.
- 20.- Valle, Manuel F: Colecistectomía. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. 1911.
- 21.- Wise, Roberto E: Colangiografía intravenosa. - Buenos Aires, Ed. Ateneo 1965. p. 148.

Br. 
Jorge Mario Vásquez Velásquez

Dr. 
Carlos Rodolfo Sandoval L.

Dr. 
Héctor Alfredo Nuila E.

Vc. Bo. 
Dr. 
Decano.
Rolando Castillo Montalvo

Dr. 
Revisor.
Mario René Gil Chew

Dr. 
Secretario
Raúl A. Castillo R.