

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"COLICISTECTOMIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
RETALHULEU"

(Estudio retrospectivo de Enero de 1977 a Diciembre de 1980)

OSCAR AMILCAR DOMINGUEZ CASTELLANOS

Guatemala, Julio de 1981.

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- MATERIAL Y METODOS
- 4.- ANTECEDENTES
- 5.- GENERALIDADES
 - A.- Anatomía
 - B.- Fisiología
 - C.- Diagnóstico
 - D.- Cálculos Biliares.
- 6.- ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA BILIAR
 - A.- Colecistitis Aguda
 - B.- Colecistitis Crónica
 - C.- Coledocolitiasis
 - D.- Colesterosis
 - E.- Carcinoma de las vías biliares.
- 7.- TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA BILIAR
- 8.- PRESENTACION DE RESULTADOS
- 9.- CONCLUSIONES

10.- RECOMENDACIONES

11.- BIBLIOGRAFIA.

I.-

INTRODUCCION

Las intervenciones quirúrgicas de las vías biliares han llegado a ser en la actualidad una de las operaciones más frecuentes que se practican en el abdomen, sobre pasando incluso a la apendicitis, que en otra época era la primera urgencia quirúrgica.

Cada vez hay más referencias bibliograficas sobre métodos terapéuticos y diagnósticos que se aplican a las vías biliares observandose disminución en la morbilidad y mortalidad.

En países como Estados Unidos, Japón y Escandinavia, se ha observado un aumento en la incidencia de cálculos biliares, probablemente debido al mejor conocimiento y a la existencia de mejores métodos de diagnóstico y acostumbrandose a intervenir quirúrgicamente a un paciente con proceso agudo de vías biliares lo más tempranamente posible, o sea de urgencia.

Es por lo anterior que me he inclinado a efectuar este estudio en el Hospital Nacional de Retalhuleu, y considerando que no hay un estudio previo que evalúe el trabajo efectuado sobre este procedimiento deseando que el mismo sirva como representativo de dicho hospital.

2.- OBJETIVOS

- 1.- Conocer la incidencia y porcentaje de las operaciones de colicistectomías en el Hospital Nacional de Retalhuleu.
- 2.- Investigar que grupo etáreo y por sexo es el más afectado.
- 3.- Conocer la sintomatología más frecuencia de los pacientes.
- 4.- Determinar el porcentaje de litiasis biliar en los pacientes que fueron sometidos a colicistectomías.
- 5.- Determinar que porcentaje de vesículas quitadas demostraban malignidad por informe de patología.
- 6.- Conocer el tiempo promedio de estancia en el Hospital -- antes de ser intervenidos quirúrgicamente y estancia después de ser operados.
- 7.- Conocer las complicaciones post-operatorias más frecuentes.
- 8.- Análisis de conclusiones de tesis anteriores y comparaciones con resultados del trabajo a realizar.

3.- MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

El presente estudio comprendió la revisión retrospectiva -- de fichas clínicas de pacientes que fueron operados de colicistectomías en el Hospital Nacional de Retalhuleu en los años de -- 1977 a 1980.

METODOLOGIA

Se revisó el libro de sala de operaciones del Hospital Nacional de Retalhuleu para determinar cuantos y cuales casos habían tenido el diagnóstico operatorio de colicistectomía entre -- los años de 1977 a 1980, encontrándose 93 pacientes con dicho -- diagnóstico.

Se revisó las papeletas de los pacientes que fueron operados por colicistectomías en los años antes mencionados, revisándose -- únicamente 70 papeletas por no encontrarse las demás en el archivo.

Se consulto bibliografía referente a colicistectomía para lo cual se consultaron libros de textos, revistas y tesis hechas en -- Guatemala.

ANTECEDENTES

En Guatemala, se han publicado múltiples trabajos sobre colicistectomías efectuados en los hospitales de la capital y departamentales, como ejemplos está el del Dr. Francisco Estuardo Montúfar Rodríguez, efectuado en el año de 1980, entre sus conclusiones se encuentra que la colicistectomía sigue siendo el tratamiento más seguro y efectivo de la colicistitis - tanto crónica como aguda. (9)

Otro Ejemplo; es la tesis del Dr. Mario Rolando Hernández Méndez efectuada en el Hospital de Amatitlán en el año de 1978, quién refiere que: la cirugía de la vesícula biliar se practica cada vez con más frecuencia y que la mayor parte de las operaciones se hacen en pacientes de sexo femenino. (8)

Está también el trabajo del Dr. Carlos Edgar Lorenti Chavez efectuado en el Hospital de Escuintla en el año de 1979 - encontrándose en sus conclusiones que la mayor parte de las operaciones fueron eléctivas y que la incidencia de malignidad es muy baja. (10)

El trabajo del Dr. Otto Leonel Hernández efectuado en el Hospital Regional de Zacapa en el año de 1979, quien refiere que el hallazgo operatorio más frecuente fue la litiasis biliar y que la sintomatología de las vías biliares es de lo más variado y que el síntoma más frecuente es el del dolor tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, y el grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre los 30 y 50 años de edad (7)

El trabajo de los Drs. Gallardo F. Carlos y Susarte Hernández; realizado en el Hospital Roosevelt en el año de 1975, quienes concluyen también que el sexo femenino es el más afectado. - (4)

Todos éstos trabajos mencionados coinciden en sus conclusiones.

Sin embargo, en el Hospital Nacional de Retalhuleu no se había efectuado ningún estudio sobre este tema hasta la fecha; por lo que motivó ha hacer un estudio retrospectivo de 4 años, desde 1977 a 1980, sobre el manejo de la patología biliar y su tratamiento quirúrgico en este Hospital y así dar a conocer la situación actual de dicha patología en este departamento.

5.- GENERALIDADES

A.- ANATOMIA

La vesícula es un órgano piriforme de paredes delgadas, cubierto por el peritonéu y unido a la cara inferior de los lóbulos derechos y cuadrado del hígado. Normalmente, tiene de 7 a 10 cm., de largo, de 3 a 5 cm., de diámetro y capacidad de 30 a 60 ml., desde el punto de vista anatómico, está dividida en un fondo redondeado y cerrado de situación más inferior, un cuerpo y un cuello estrecho, que al disminuir de calibre se convierte en el conducto cístico. (3-11)

El conducto cístico mide de 2 a 4 cm., de longitud y contiene pliegues mucosos prominentes, llamados pliegues espirales o válvulas de Heister. El cístico se une con la superficie lateral derecha del hepático común para formar el colédoco. (3-11) (Ver Figuras)

El sistema biliar extrahepático se origina en hígado, como conductos hepáticos derecho é izquierdo; cada uno drena el lóbulo respectivo y mide 1 a 2 cm., de longitud. Los dos conductos se unen para formar el hepático común, una estructura tubular de 2 a 4 cm., de largo, a nivel de la vena porta. La unión del conducto hepático común con el cístico origina el colédoco, que tiene de 8 a 15 cm., de longitud y 5 a 10 mm., de diámetro externo. El colédoco desemboca en la segunda porción del duodeno por una pequeña dilatación, la ampolla de Vater. En el 60 al 70% , de los sujetos, el conducto de Wirsung, se une al colédoco y desembocan por

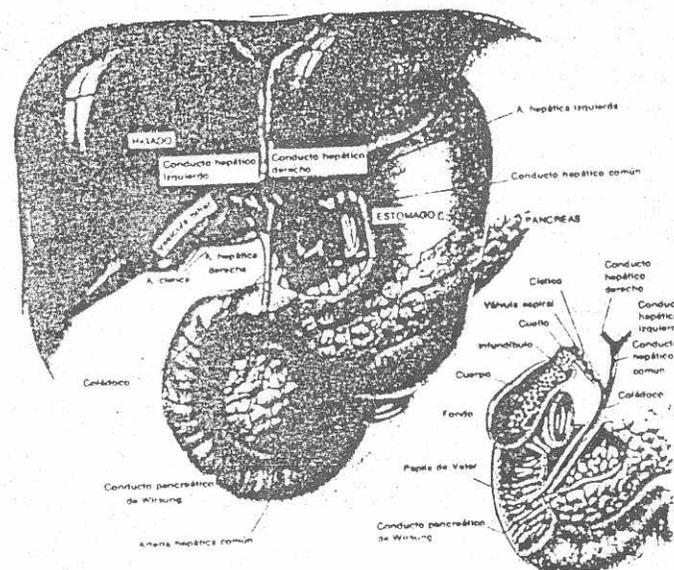


Fig. 1. Anatomía del sistema biliar.
1017

un orificio común en la ampolla de Vater. En los demás sujetos los conductos se abren separadamente en el duodeno. Estos detalles anatómicos tienen cierto interés en relación con la patología de la colecistitis aguda y la necrosis pancreática. El orificio ampollar en el duodeno se caracteriza por una eminencia redondeada de la mucosa del duodeno, que mide 0,7 cm., a 1 cm., llamada carúncula de Vater. El músculo de la unión colododenal, llamado esfínter de Oddi, regula el flujo de bilis. (3)

El riesgo sanguíneo al colédoco proviene de una rama de la arteria gastroduodenal. La vesícula recibe su sangre de la arteria cística, que proviene de la arteria hepática derecha y se divide en ramas para la superficie lisa y libre. El sistema biliar extrahepático vacía su sangre venosa en la vena porta. Los vasos linfáticos de la vesícula se unen a los del hígado para desembocar en la cisterna de Pecquet y el conducto torácico. La inervación vagal al estimular la vesícula produce contracción, en tanto que la simpática invierte las acciones. Desde el punto de vista histológico, la vesícula consiste en mucosa de epitelio cilíndrico simple, una capa muscular, una capa subserosa y otra serosa. (3)

B.- FISILOGIA

La bilis secretada por el hígado hacia los canalículos biliares es una solución de sales biliares, pigmentos biliares, electrólitos, colesterol, lecitina, ácidos grasos, proteínas y gran número y variedad de productos del metabolismo hepático. (2-3 5)

La bilis tiene diversas funciones importantes. Desempeña un papel en hidrólisis y absorción de los lípidos a través de un mecanismo complejo de emulsificación. Interviene en la absorción de minerales como calcio, hierro y cobre, colesterol y vitaminas liposolubles A, D, K, y E. Activa y estimula la secreción de ciertas enzimas digestivas, como lipasa pancreática. Aporta álcalis para la neutralización del jugo gástrico en el duodeno. Por último, sirve como vehículo para la excreción de muchos compuestos metabolizados por el hígado.

Las funciones del sistema biliar extrahepático incluyen transporte de bilis excretada por el hígado a los intestinos, regulación del flujo de bilis y almacenamiento y concentración de dicha substancia. El hígado secreta de 600 a 1000 ml de bilis al día. La bilis hepática tiene densidad de 1.011 y 97% de su contenido es agua. La vesícula concentra la bilis cuando menos de 5 a 10 veces, al absorber agua y electrólitos, y excreta un producto con densidad de 1.040.

En ausencia de alimento en el intestino la bilis que secreta continuamente el hígado es retenida en los conductos biliares como resultado de la contracción sostenida del esfínter de Oddi. Al aumentar la presión biliar, la bilis fluye a la vesícula, en donde es concentrada y almacenada. La presencia de alimento en el duodeno hace que se libere la hormona intestinal llamada colecistocinina, la que, aunada a los estímulos nerviosos, produce contracción de la vesícula, relajación del esfínter de Oddi, y duodeno y circulación libre de bilis al intestino. (2-3-5)

C.- DIAGNOSTICO

Historia clínica y exploración física desempeñan papeles muy importantes en el diagnóstico de las enfermedades biliares. Los síntomas biliares caen en tres categorías principales, es decir, dolor, ictericia y trastornos digestivos llamados a veces dispepsia. Las enfermedades del sistema biliar producen diversas variedades de dolor, pero el tipo más común es el cólico en el cuadrante superior derecho del abdomen, con irradiación hacia dorso o punta del hombro. La ictericia que acompaña a la obstrucción biliar extrahepática es del tipo de regurgitación, con excrementos claros o de color de yeso, orina oscura, bilirrubinemia mixta con predominio de la fracción conjugada de reacción directa, bilirrubina en orina, y, a veces, prurito. La ictericia por cálculo en el colédoco a menudo es intermitente en tanto que la producida por obstrucción neoplástica del árbol biliar suele ser fija y progresiva. El término "Dispepsia" se refiere a diversos síntomas vagos y no específicos que a menudo acompañan a las enfermedades biliares. Incluye eructos excesivos, flatulencia, aumentos del volumen del abdomen, náuseas, estreñimiento, e intolerancia a los alimentos fritos y grasosos, cebolla, col y tomate. (2-3-6)

Los signos físicos producidos por las enfermedades biliares son: ictericia, excremento claro o de color de yeso (acolia) y sensibilidad en cuadrante superior derecho y epigástrico. Cuando la vesícula se inflama de manera aguda, aparecen signos de irritación peritoneal parietal como defensa o rigidez muscular, ocurre fiebre como manifestación de la inflamación y a veces se puede palpar la vesícula como masa sensible en la parte superior del abdomen. (2-3-6-12)

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS

Rayos X de Abdomen. Las radiografías simples de abdomen puede ser útiles para orientar la atención del médico o para hacer diagnóstico de vesiculopatías.

Colecistografía bucal. Los dos datos diagnósticos de más importancia de la colecistografía bucal, son sombras radiolúcidas en el colorante opaco, y la ausencia completa de los contornos vesiculares.

Colecistografía y colangiografía intravenosa. Se practica en pacientes que no pueden ingerir el colorante, en quienes han sido sometidos a colicistectomía, o cuando se desea mostrar los contornos de la conductos biliares extrahepáticos. El procedimiento tiene valor particular en los pacientes en los que se sospecha colecistitis aguda, que suele acompañarse de obstrucción del cístico.

Colangiografía percutánea transhepática. La introducción de medio radiopaco en el sistema biliar por punción percutánea con una aguja en un conducto biliar, se ha empleado principalmente en ictericos para determinar si la obstrucción biliar es extrahepática.

Serie gastroduodenal. Este estudio es importante en la investigación de pacientes en quienes se sospecha vesiculopatía. Dado que los síntomas de problemas gastroduodenales como úlcera péptica y hernia del hiato a menudo remedan los de los trastornos vesiculares.

ESTUDIOS BIOQUIMICOS:

Los datos principales de obstrucción extrahepática son -- elevación de la bilirrubina sérica con preponderancia de la fracción conjugada de reacción directa, y un aumento paralelo en la fosfatasa alcalina sérica. La depresión de la actividad de protrombina que puede corregirse mediante administración parenteral de vitamina K es característica de la ictericia obstructiva -- prolongada, la aparición de bilirrubina en orina y del excremento, son anomalías bioquímicas regulares producidas por la obstrucción biliar.

Por la asociación íntima de vesiculopatías y enfermedades del sistema biliar con páncreas, a menudo conviene estimar las -- concentraciones de lipasa y amilasa séricas, y de diastasa urinaria. La presentación frecuente de trastornos vesiculares en pacientes de diabetes, obliga a estimar la glucosa en sangre y orina.

Biopsia hepática. Puede ser útil para distinguir entre la ictericia por hepatopatía y la causada por obstrucción extrahepática.

Drenaje Duodenal. La aspiración de bilis por una sonda introducida por nariz o boca hasta el duodeno, puede proporcionar -- datos importantes en el diagnóstico de enfermedad vesicular y en el diagnóstico diferencial de ictericia.

D.- CALCULOS BILIARES

La gran mayoría de las enfermedades del sistema biliar se -- acompañan de litiasis. Los cálculos biliares aparecen con una frecuencia unas cuatro veces mayor en la mujer que en el hombre, --

aunque, con la edad la frecuencia entre los varones se va --
aproximando progresivamente a la de la mujer.

Los cálculos biliares se forman a partir de los constitu--
yentes de la bilis. Los tres componentes principales son mo--
nohidrato de colesterol, carbonato de calcio y bilirrubi--
nato de calcio. La gran mayoría son cálculos "mixtos" que con--
tienen colesterol como componente predominante, son raros --
los cálculos "puros", de colesterol y "puros", de pigmento.
Estos últimos se forman solo en los trastornos que causan au--
mento de la producción de bilirrubina. (2-3-6)

La patogenia de la formación de los cálculos biliares no
se conoce por completo, se consideran que intervienen 3 fac--
tores principales.

- 1.- Un trastorno fisiológico de la bilis
- 2.- Estasis biliar
- 3.- Infección o inflamación del sistema biliar

6.- ENFERMEDAD INFLAMATORIAS DEL SISTEMA BILIAR COLECISTITIS

La inflamación de la vesícula biliar (colecistitis) puede ser
aguda o crónica. A menudo la reacción aguda se subdivide, --
fundandose en la gravedad de la reacción inflamatoria, en cole--
cistitis aguda, supurada y gangrenosa. En ocasiones la colecis--
titis aguda se sobreañade a la colecistitis crónica. Estas infla--
maciones, que son en esencia períodos variables de una enferme--
dad inflamatoria única, son muy frecuentes.

La frecuencia de la colecistitis según la literatura es muy --
variable, ya que difieren las bases para el diagnóstico. Aunque
ocurre en todas las edades, la colecistitis no ataca un número im--
portante de sujetos antes de la mitad del cuarto decenio, y al--
canza el máximo en el quinto y el sexto. Las mujeres son ataca--
das con frecuencia triple que los hombres.

Como la coléicistitis suele acompañarse de obesidad, el cua--
dro clínico es definido por adágio "mujer gruesa, fértil y cuaren--
tona". (3)

A.- COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis está asociada con cálculo en más de 90% de
los enfermos. Ocurre cuando un cálculo se impacta en el císti--
co y se desarrolla inflamación atrás de la obstrucción.

El ataque agudo es precipitado por una comida en exceso o
muy grasosa y se caracteriza por la aparición relativamente brus--
ca de dolor fluctuante intenso que se localiza en epigastrio o hi-

pocondrio derecho, y en casos no complicados puede ir despareciendo en forma gradual. El vómito le proporciona al paciente un alivio variable. Casi siempre habrá hipersensibilidad del cuadrante superior derecho del abdomen el cual habitualmente vá asociado a defensa muscular y dolor de rebote. Hay una vesícula palpable en cerca del 15% de los pacientes. Se observa ictericia en un 25% de pacientes y cuando es muy intensa o persistente sugiere la posibilidad de coledocolitiasis. Las radiografías de abdomen puede mostrar cálculos. (2-3)

B.- COLECISTITIS CRONICA

La alteración más común que resulta de la colelitiasis es la coléctistitis crónica cálculosa. La colecistitis crónica está asociada con ataques discretos de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, dolor que es estable e intermitente. El malestar por lo general es continuo y los ataques de cólico vesicular pueden persistir por varias horas o ser tan breves como de 20 minutos. (3-6)

A veces se presentan nauseas y vómitos, los ataques pueden presentarse a diario o con intervalos de años. El dolor puede ser producido por la ingestión de un alimento pero no suele repetirse con cada comida. En ocasiones aparecen flatulencia, dispepcia y pirosis, por lo general junto con el dolor, pero pueden ser los únicos síntomas. (3-14)

Existen unos pocos signos físicos, como sensibilidad moderada a la palpación sobre el área vesicular. La vesícula se palpa tan sólo raras veces.

Las radiografías de abdomen pueden revelar opacificación de la vesícula causada por concentración elevada de carbono de calcio o cálculos radiopacos. (14)

C.- COLEDOCOLITIASIS

Los cálculos en los conductos extrahepáticos suelen provenir de la vesícula, pueden formarse en ellos. De 10 a 20% de los sujetos con cálculos vesiculares, sufren coledocolitiasis. Los cálculos en los conductos cabe que no originen síntomas, pero suelen producir obstrucción biliar, que a menudo es incompleta e intermitente. Además, pueden asociarse con infección de los conductos biliares, y si persisten mucho tiempo, pueden causar lesión hepática importante y en ocasiones cirrosis secundaria. (3)

La coledocolitiasis en su forma clásica produce un síndrome de ictericia, crisis de dolor vesicular, y fiebre. No obstante, un número importante de pacientes, faltan uno o más síntomas de la tríada señalada.

Aparece ictericia en 80%, de los pacientes, y es, de modo característico, fluctuante. La ictericia en la coledocolitiasis se acompaña de coluria y heces algo pálidas, pero por lo regular no hay heces acrómicas por mucho tiempo. Solamente en un tercio de los pacientes con cálculos en las vías biliares aparecen fiebre y escalofríos. (2)

D.- COLESTEROLOSIS

La vesícula con "aspecto de fresa", se caracteriza por depósitos anormales de ésteres de colesterol en macrófagos saturados de grasa situados en la lámina propia de la vesícula. La lesión puede ser difusa o localizada. La implicación difusa está generalmente asociada con buena función vesicular. La forma localizada consiste en lesiones polipoides aisladas o múltiples que puede ser sésiles o pedunculadas. (2)

E.- CARCINOMA DE LAS VIAS BILIARES

El carcinoma de vesícula ocurre en alrededor de 2%, de todos los pacientes operados de enfermedad de vías biliares. Es muy incidioso y el diagnóstico se hace habitualmente durante la cirugía. La diseminación del cáncer por extensión directa hacia el hígado o la superficie peritoneal, puede constituir la manifestación inicial.

Afecta ambos sexos por igual, pero es más prevalente en individuos con edades que fluctúan entre los 50-70 años. La ictericia progresiva es el signo más común y habitualmente el primer indicio de obstrucción del sistema de vías biliares extrahepáticas. El dolor habitualmente se localiza en el abdomen superior derecho e irradia hacia la espalda. Son comunes la anorexia y pérdida de peso y frecuentemente se asocian con fiebre y escalofríos. La ley de Courvoisier afirma que la causa más frecuente de ictericia obstructiva distal al cístico con una pared vesicular normal es el cáncer. (3)

7.- TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL SISTEMA BILIAR

A medida que avanza el tiempo se desarrollan nuevas técnicas, las pruebas diagnósticas se hacen más fáciles y el conocimiento médico aumenta, lo cual determina que nuestro enfoque de enfermedades comunes cobre un matiz diferente. Este es el caso de las afecciones de las vías biliares. La colecistitis con colelitiasis, que en un tiempo era una enfermedad de las mujeres de edad madura que habían tenido mucho embarazos, se ha convertido en una enfermedad de la gente joven. La gangrena vesicular, que en un tiempo era rara, ahora es muy común, lo cual ha motivado que el tratamiento quirúrgico se torne más enérgico, cada día son mayores los pacientes intervenidos de urgencia sin esperar que el cuadro se "enfríe". El tratamiento de un paciente con medios distintos de la colecistectomía, casi siempre se asocia con reaparición de los síntomas y a menudo con el desarrollo de complicaciones graves. (3-13)

El tratamiento de sujetos asintomáticos cuyos cálculos son descubiertos por accidente, es motivo de controversia. Es muy probable que dichos cálculos más tarde produzcan síntomas, y también existe la posibilidad de que aparezcan complicaciones graves como colecistitis aguda, ictericia obstructiva, colangitis y fístula biliar. Los estudios de vigilancia a largo plazo de los pacientes asintomáticos han demostrado que los síntomas aparecieron aproximadamente en 50% y que las complicaciones como colecistitis aguda y obstrucción del colédoco aparecieron en 25%, por lo común dentro de los cinco años siguientes al descubrimiento de los cálculos. El bajo índice de morbilidad y mortalidad de la colecistectomía de elección, es una prueba más en favor de quienes recomiendan el

tratamiento quirúrgico. (13)

Por otro lado, nuevos factores que han influenciado el enfoque quirúrgico temprano son la aparición de nuevos y poderosos antibióticos, un mayor conocimiento de los trastornos hidroelectrolíticos, quirofanos mejor equipados, posibilidades de hacer colangiografías operatorias durante el día y la noche. (3)

En pacientes con colecistitis aguda, una intervención temprana acorta la estancia hospitalaria y el tiempo perdido del trabajo, el costo por paciente también disminuye, se evitan hospitalizaciones prolongadas para tratamiento conservadores de un ataque de colecistitis aguda y por último se evitan dobles hospitalizaciones, una por colecistitis aguda y la otra para su tratamiento electivo. Estas consideraciones pueden salvar la vida al paciente, que de otra forma fallecería de una colecistitis gangrenosa.

A los pacientes que se operan por colecistitis aguda debe intentarse hacer una colecistectomía, sino implica un riesgo para el paciente. De lo contrario, es necesaria una colecistostomía, cuando las condiciones lo permitan; generalmente en cuatro a seis semanas. Realizar una colecistostomía no es signo de incapacidad ni de miedo, sino más bien, de madurez quirúrgica. (13)

Se debe ver el tamaño del conducto cístico y si éste permite el pasaje de cálculos de la vesícula al colédoco. El conducto colédoco debe ser examinado manualmente o por medio de una colangiografía intraoperatoria, que por lo ge-

neral se puede hacer usando el muñón del conducto cístico. Si hay estenosis del esfínter de Oddi, se ha de considerar una esfinterotomía y esfinteroplastia. En un formador de cálculos colédocianos y con un colédoco dilatado, se debe hacer una derivación biliodigestiva por medio de una colédocoduodenostomía o una coledocoyeyunostomía en Y de Roux; la que sea más fácil de hacer. (13)

En caso de una exploración negativa del colédoco y si hay pasaje al duodeno, se deja una sonda en T, aún cuando algunos cirujanos cierran el colédoco primariamente, sin drenaje, y no han observado complicaciones. Por último, se deben indagar en fermedades vecinas del duodeno y del páncreas, y tratarlas si es que requieren terapia quirúrgica inmediata. Si el hígado muestra signo de anomalía, o en casos de ictericia no explicada, es indispensable tomar una biopsia hepática. (13)

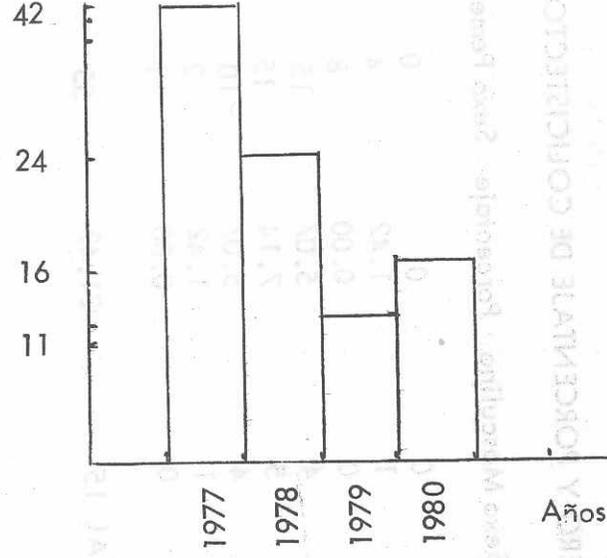
CUADRO No. 1

NUMERO TOTAL Y PORCENTAJE DE COLICISTECTOMIAS EFECTUADAS EN
LOS AÑOS 1977 A 1980.

Año	Total de Operaciones Efectuadas	Total de Colicistectomías	Porcentaje
1977	1240	42	3.38%
1978	1152	24	2.08%
1979	1132	11	0.97%
1980	1325	16	1.20%
TOTAL	4849	93	1.91%

NOTA: De las 93 operaciones que se efectuaron en los 4 años solo se revisaron 70 pape-
letas por no encontrarse las demás en el archivo.

Total de Colicistectomías



Años

GRAFICA No. 2

NUMERO Y PORCENTAJE DE COLICISTECTOMIAS POR SEXO Y EDAD

Edad	Sexo Masculino	Porcentaje	Sexo Femenino	Porcentaje	Total	Porcentaje
00-10	0	0	0	0	0	0
10-20	1	1.42	4	5.07	5	7.14
20-30	0	0.00	8	11.42	8	11.42
30-40	4	5.07	15	21.42	19	27.14
40-50	5	7.14	15	21.42	20	28.57
50-60	4	5.07	10	14.28	14	20.00
60-70	1	1.42	2	2.84	3	4.28
70-80	0	0.00	1	1.42	1	1.42
TOTAL	15	21.42	55	78.57	70	100.00

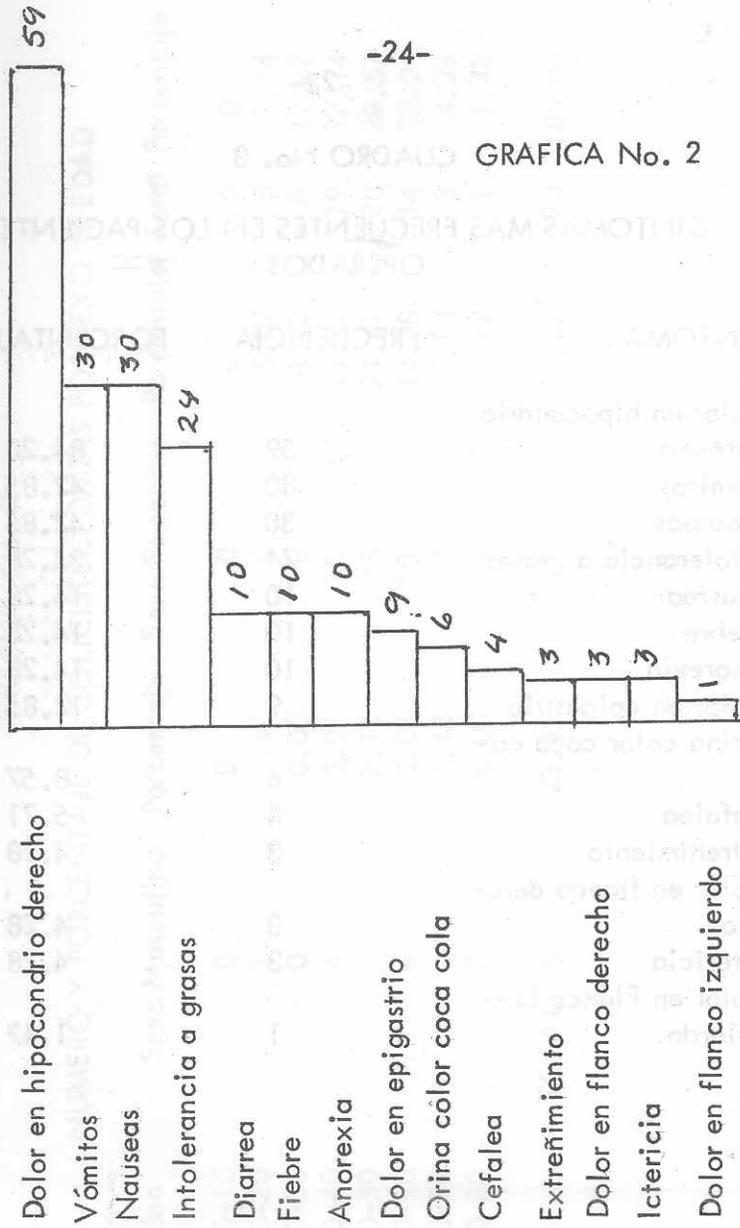
CUADRO No. 3

SINTOMAS MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES OPERADOS

SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor en hipocondrio derecho	59	84.28
Vómitos	30	42.85
Nauseas	30	42.85
Intolerancia a grasas	24	34.28
Diarrea	10	14.28
Fiebre	10	14.28
Anorexia	10	14.28
Dolor en epigastrio	9	12.85
Orina color coca cola	6	8.57
Cefalea	4	5.71
Estreñimiento	3	4.28
Dolor en flanco derecho	3	4.28
Ictericia	3	4.28
Dolor en Flanco Izquierdo	1	1.42

SINTOMAS

FRECUENCIA DE CASOS



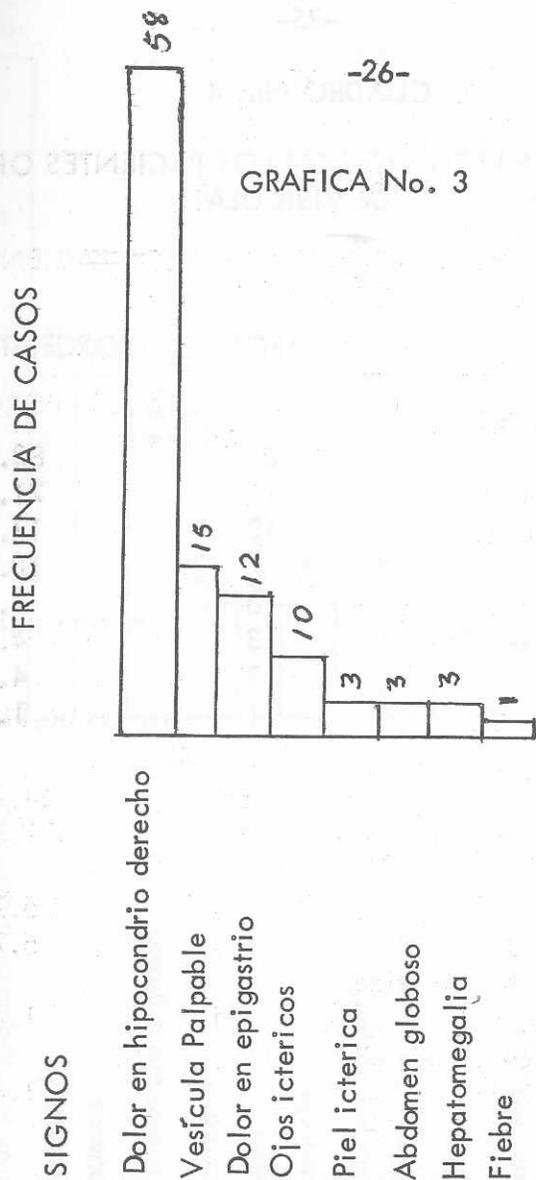
-25-

CUADRO No. 4

SIGNOS MAS FRECUENTES EN LOS PACIENTES OPERADOS DE VISICULA

SIGNOS	CASOS	PORCENTAJE
Dolor en hipocondrio derecho	58	82.85
Vesícula Palpable	15	21.42
Dolor en epigastrio	12	17.14
Ojos ictericos	7	10.00
Piel icterica	3	4.28
Abdomen globoso	3	4.28
Hepatomegalia	3	4.28
Fiebre	1	1.42

GRAFICA No. 3



CUADRO No. 5

FRECUENCIA DE LITIASIS BILIAR EN LOS PACIENTES OPERADOS

TOTAL DE PACIENTES	TOTAL DE PACIENTES CON LITIASIS BILIAR	PORCENTAJE
70	63	90

70

63

90

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO POST OPERATORIO DADO POR INFORME DE PATOLOGIA

INFORME DE PATOLOGIA	FRECUENCIA DE CASOS	PORCENTAJE
Colecistitis crónica	455	64.28
Colecistitis aguda y crónica	15	21.28
Colecistitis crónica más co- lesterolosis	4	5.71
Colecistitis aguda	4	5.71
Colecistitis aguda necrotizan- te	1	1.42
Cáncer de vesícula moderada- mente diferenciado	1	1.42

Colecistitis crónica

455

64.28

Colecistitis aguda y crónica

15

21.28

Colecistitis crónica más co-
lesterolosis

4

5.71

Colecistitis aguda

4

5.71

Colecistitis aguda necrotizan-
te

1

1.42

Cáncer de vesícula moderada-
mente diferenciado

1

1.42

CUADRO No 7

TIEMPO PROMEDIO DE ESTADIA DEL PACIENTE EN EL PRE-OP Y POST OPERATORIO

ESTANCIA PRE-OPERATORIO PROMEDIO	ESTANCIA POST-OPERATORIO PROMEDIO	ESTANCIA TOTAL PROMEDIO
15 días	8 días	23 días

CUADRO No. 8

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS ENCONTRADAS EN EL ESTUDIO

COMPLICACIONES	FRECUENCIA DE CASOS	PORCENTAJE
Hemorragia post-op produjo fallecimiento	1	1.42

CONCLUSIONES

9.-

- 1.- Se encontro un total de 93 colicistectomías en los 4 años del presente estudio correspondiendo a 1.91%, del total de operaciones.
- 2.- En el cuadro No. 1 se puede ver que en el año de 1977 hubo un mayor porcentaje de operaciones efectuadas. Esto se debe a que anteriormente se les daba un tratamiento médico a pacientes con problemas biliares, pero a partir del año 1974, se cambio la conducta y se empezó a ofrecerles un tratamiento quirúrgico a estos pacientes.
- 3.- Las edades más frecuentes en que se realizó colicistectomías fue entre los 30 y 50 años va de acuerdo con los estudios efectuados en otros países y hospitales nacionales.
- 4.- El sexo más afectado por problemas biliares es el femenino el cual presenta un 78.57% de las operaciones efectuadas habiendo una relación de sexo femenino a masculino de 3.6 a 1 de las operaciones efectuadas.
- 5.- Los síntomas que reportan con mayor frecuencia los pacientes son dolor en hipocondrio derecho, vómitos, nauseas, e intolerancia a las comidas grasas, lo cual va de acuerdo con el cuadro clínico reportado en otros estudios.
- 6.- Al exámen físico los signos encontrados con mayor frecuencia son dolor en hipocondrio derecho, vesícula palpable y dolor en epigastrio concordando así con estudios efectuados en otros hospitales.

- 7.- En el cuadro No. 5 se ve que hubo un 90% de los pacientes operados que presentaban litiasis biliar.
- 8.- De los informes de patología la colecistitis crónica es la más reportada correspondiendo al 78.57% de todos los casos.
- 9.- Se encontro solamente un caso de cáncer de vesícula correspondiendo a 1.42% de los datos reportados.
- 10.- La estancia de los pacientes en el hospital es en promedio de 23 días, teniendo los pacientes una estancia muy prolongada, esto se debe a que pasan aproximadamente 15 días sin que se opere el paciente.
- 11.- Se registro un fallecimiento lo cual corresponde a 1.42% del total de pacientes operados.
- 12.- Las conclusiones de estudios de colicistectomía efectuados en Guatemala coinciden con el presente estudio.

RECOMENDACIONES

10.-

- 1.- Tratar que los pacientes que no tienen proceso agudo, sean ingresados por la consulta externa con sus exámenes bioquímicos y radiológicos ya efectuados, para que así su estancia en el hospital no sea muy prolongada.
- 2.- Tratar que las papeletas de los pacientes sean mejor llevadas, tratando de describir una buena historia clínica - examen físico, cambios que presente el paciente en su estancia hospitalaria, hacer un buen record operatorio, poner todas las complicaciones post-operatorias que el paciente presenta, describir las razones por la cual se deja un antibiótico, y poner todos los diagnósticos de egreso.
- 3.- Al personal de archivo se les debe exigir de que lleven un mejor control de las papeletas de los pacientes para que no hayan extravíos, ya que perjudican a los pacientes y a estudios que se quieran efectuar en ese hospital.

11.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arriola, Guillermo. Consideraciones sobre colecistitis aguda y su tratamiento. Tesis, USAC 1958. - Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala.
- 2.- Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna. 14ava - Edición Interamericana 1968. 23 23 pp (1019-1033)
- 3.- Davis, Christopher. Sabiston, D.C. Tratado de Patología Quirúrgica 10ava. Edición Interamericana 1974. Págs. 1012-1042.
- 4.- Gallardo F. Carlos y Susarte Hernández. Cirugía - de Vías Biliares en congreso centroamericano de cirugía general, 16 Celebrado en el Salvador, C.A. en Diciembre de 1975. pp 1-10.
- 5.- Guyton, Arthur C. Tratado de Fisiología Médica. - Cuarta Edición Interamericana 1971. 1084 p (911-- 916 p.)
- 6.- Harrison. Medicina Interna 5a. Edic. La Prensa Médica Mexicana 1973.
- 7.- Hernández, Otto Leonel. Cirugía de Vías Biliares - en un Hospital departamental. Tesis, USAC 1979 -- Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala.
- 8.- Hernández Méndez, Mario Rolando. Cirugía de Vías Biliares en el Hospital de Amatitlán. Tesis, USAC - 1978 Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala.

- 9.- Montufar Rodríguez, Francisco Estuardo. Colicistectomías en el Hospital General de Occidente. Revisión - de 7 años. Tesis USAC 1980 Guatemala.
- 10.- Lopez, Antunez, Amendolla, Atlas de Anatomía Humana Editorial Interamericana 1970.
- 11.- Lorenti Chevez, Carlos Edgar. Cirugía de Vías Biliares. Revisión de tres años. Hospital Nacional de Escuintla - Tesis USAC 1979. Guatemala.
- 12.- Quíroz Gutierrez, Fernando. Anatomía Humana. Editorial Porrúa México. 1945 México. p. 513 (p. 197-203)
- 13.- Suróz, Juan. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Salvat 6a. Edición 1978 Págs. 441-447.
- 14.- Torre Ugarte y Luis Villanueva. Tratamiento Selectivo - de Urgencia en Problemas Agudos de las Vías Biliares. -- Tribuna Médica. Agosto (1), 1980. Págs. 29-32.
- 15.- Way W. y Motson Roger W. Diagnóstico diferencial de - la Colecistitis. Tribuna Médica. Agosto (1) 1979. -- Págs. 14-21.

Dr. *Oscar Amilcar Dominguez Castellanos*
Dr. OSCAR AMILCAR DOMINGUEZ CASTELLANOS

[Handwritten Signature]
Asesor
MAFADO BONILLA

Dr. *[Handwritten Signature]*
Dr. CARLOS SANDOVAL PAIZ
Revisor

[Handwritten Signature]
Director de Fase III
Dr. Carlos A. Waldheim C.

Dr. *[Handwritten Signature]*
Dr. Jaime E. Gómez
Secretario

Dr. *[Handwritten Signature]*
Decano.
X Dr. Carlos A. Waldheim Cordón