



Colecistitis Aguda y Crónica

Momento Quirúrgico

J.C. DIAZ, MD; C.H. MORALES, MD, SCC.

Palabras claves: Colecistitis aguda, Colecistitis crónica, Momento quirúrgico, Morbimortalidad.

Se presenta un estudio prospectivo descriptivo en 129 pacientes con enfermedad inflamatoria vesicular a quienes se les practicó colecistectomía en el Hospital General de Medellín, en un período de 8 meses (septiembre de 1990 a abril de 1991). Sesenta y seis fueron realizadas en pacientes con colecistitis aguda y 63 como cirugía electiva. La mitad de los pacientes fueron menores de 40 años y el 61.6% fueron mujeres con una paridad menor de 3. No hubo diferencia entre los grupos según la edad, sexo, paridad, antecedentes personales y técnica quirúrgica.

La morbilidad entre los grupos fue comparable. Entre los pacientes intervenidos durante el episodio agudo se presentaron las siguientes complicaciones:

Infección de la herida en el 9%; dehiscencia de la herida en el 1.5%; y colección intraabdominal en el 1.5%. Entre los pacientes electivos se presentó infección de la herida en el 3.1%, y iatrogenia en el 1.6%. El único paciente fallecido pertenecía al grupo de los operados durante el episodio agudo.

No hubo mortalidad en los pacientes electivos y en los agudos fue del 1.5%. El promedio de estancias posoperatorias fue igual en ambos grupos: 2.1 días.

Concluimos que la colecistectomía urgente es un procedimiento seguro y debe realizarse en los pacientes con colecistitis aguda; se disminuye su sufrimiento, el tiempo de la enfermedad y el costo hospitalario.

INTRODUCCION

La litiasis vesicular se encuentra en 10 a 20% de los estudios posmortem en mujeres. La colecistitis aguda (CA), su complicación más frecuente, es causada en el 95% de

los casos por cálculos en el conducto cístico, y el 20% de estos pacientes han tenido sintomatología previa (1-6).

La gran polémica que se presenta con el tratamiento de la colecistitis aguda es concerniente al período ideal para realizar la colecistectomía (7-9).

Hay actualmente dos escuelas de pensamiento al respecto. La primera (10) sugiere un tratamiento médico expectante, el cual consiste en: sonda nasogástrica para succión continua, antibióticos, analgésicos y líquidos parenterales; el paciente es intervenido 6 a 8 semanas después, cuando el episodio agudo ha cedido completamente; se reserva la cirugía temprana para pacientes que presenten progresión de la enfermedad (persistencia o aumento de la fiebre, dolor y leucocitosis o aparición de masa en el hipocondrio derecho), a pesar del tratamiento médico adecuado.

La segunda escuela (11) está a favor de una cirugía temprana en todos los pacientes que presenten cuadro de colecistitis aguda de menos de 4 días de evolución, salvo que exista alguna contraindicación específica para la intervención como enfermedad concomitante descompensada.

El argumento para el tratamiento expectante se basa en que la mayoría de los casos de CA se resuelven con tratamiento médico; la cirugía temprana podría diseminar un problema local hacia la cavidad peritoneal, llevando a la peritonitis; la cirugía puede ser más difícil debido a una anatomía menos clara y por lo tanto las complicaciones operatorias serían más frecuentes; además, la exploración coledociana, si es necesaria, podría ser peligrosa.

Los estudios de Vanderlender y Sunzel (1970), McArthur (1975), Lahtien (1978) y Jarvien y Hostback (1980), concluyeron que la cirugía temprana era preferible porque no había ninguna diferencia en la morbilidad operatoria, comparada con la operación tardía. Además, había una reducción del tiempo de la enfermedad en 30 días, y del tiempo de hospitalización en una semana; por otra parte, la mortalidad fue levemente menor a causa de una disminución en las complicaciones de la enfermedad como perforación, fistulas e infecciones sistémicas, las cuales son más frecuentes en pacientes mayores de 70 años, diabéticos, hipertensos y arterioescleróticos (11-25).

Doctores: Juan Carlos Díaz, R-IV de Cirug. Gral., CES, Hosp. Gral. de Medellín, "Luz Castro de Gutiérrez"; Raúl E. Hoyos, Prof. de Cirug. Gral. U. de Antioquia, Medellín, Colombia.

Otra ventaja de la cirugía temprana sería el costo-tratamiento, el cual sería sustancialmente menor para el paciente y la Institución (26, 27).

Este estudio compara las complicaciones derivadas de colecistectomías efectuadas tempranamente (durante el episodio agudo) y las realizadas en forma electiva.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio poblacional, observacional, descriptivo, prospectivo, en el Hospital General de Medellín entre el 1º de septiembre de 1990 y el 15 de abril de 1991. Durante este lapso se realizaron 220 colecistectomías de las cuales se excluyeron 72 por presentar simultáneamente colodocolitiasis, 2 por pancreatitis y 2 casos en los cuales, además de la colecistectomía, se realizó otro procedimiento. Otros 15 pacientes fueron excluidos debido a que se operaron con carácter urgente, pero no tenían criterios clínicos de colecistitis aguda.

Del grupo total quedaron 129 pacientes para el estudio. Se seleccionaron dos grupos: el primero, incluyó 66 pacientes con colecistitis aguda a quienes se les realizó colecistectomía durante el episodio agudo. El segundo grupo se conformó por 63 pacientes con colecistitis crónica a quienes se les efectuó colecistectomía electiva. Este grupo incluyó, además, aquellos pacientes con antecedentes de un episodio agudo, los cuales fueron tratados con base en sonda nasogástrica para succión continua, suspensión de la vía oral, líquidos endovenosos y analgésicos, con aplazamiento del procedimiento quirúrgico por 6 a 8 semanas a partir del episodio agudo.

Ambos grupos se distribuyeron según edad, sexo, paridad, momento quirúrgico, antecedentes personales, hallazgos ecográficos o de colecistografía oral y valores de hemograma y sedimentación, bilirrubinemia (si había ictericia clínica), glicemia y creatininemia (cuando fueron necesarios como preoperatorios) y algún otro examen que se consideró pertinente de acuerdo con cada paciente; estos valores fueron tabulados en un formulario precodificado.

La técnica quirúrgica fue determinada por cada cirujano de acuerdo con los hallazgos operatorios, los cuales también estuvieron incluidos en el formulario ya mencionado.

En el Hospital General de Medellín se utiliza preferencialmente la técnica combinada (dissección inicial del triángulo hepato-cístico con reparo del conducto cístico y ligadura de la arteria cística, y posterior dissección fundocística de la vesícula. En pocas ocasiones se recurre a la utilización de drenes (6.3%) y a la peritonización del lecho vesicular (15.6%).

La morbimortalidad posoperatoria fue recopilada de la historia clínica, junto con el resultado de anatomía patológica, y el seguimiento fue de 1 a 7 meses.

Se evaluaron los índices de morbimortalidad de cada paciente y los factores de riesgo de acuerdo con el cruce de

variables categóricas o continuas, con la aplicación de promedios, desviación estándar, máximos y mínimos, intervalos de confianza del 95%, la tabulación con o sin cruces y la prueba de X².

Se empleó un computador IBM compatible con paquete estadístico PC STATS, especializado en manejo de variables categóricas.

RESULTADOS

Los dos grupos fueron comparables en edad, sexo, paridad, antecedentes personales y valores de glicemia, bilirrubinemia y creatininemia.

El 52.7% de los pacientes presentó enfermedad vesicular antes de los 40 años de edad (Fig. 1). Trece pacientes (10.1%) fueron del sexo masculino, lo cual muestra la mayor frecuencia de colecistitis en mujeres; 2/3 de éstas presentaron como antecedente obstétrico menos de tres partos.

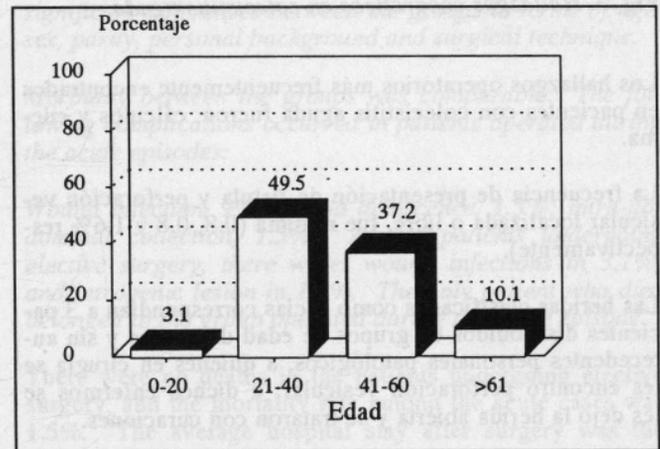


Fig. 1. Distribución por edad en enfermedad inflamatoria vesicular.

Los hallazgos clínicos más frecuentemente encontrados en pacientes con colecistitis aguda fueron, dolor tipo cólico y signo de Murphy (Fig. 2).

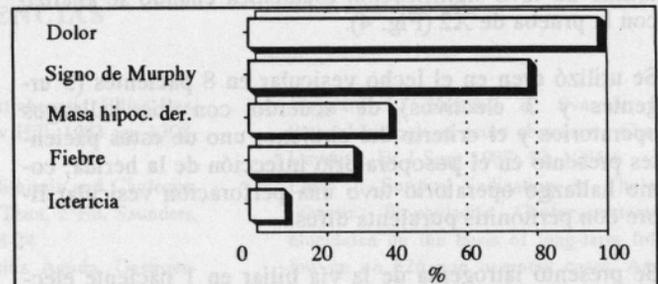


Fig. 2. Hallazgos clínicos en colecistitis aguda.

El 94.6% de los pacientes tuvieron cálculos, siendo la ecografía del hígado y vías biliares el examen más solicitado; los hallazgos ecográficos más frecuentes en colecistitis aguda fueron, además de cálculos, distensión y edema en el 53.4% de los casos, y vesícula esclerorretráctil en el 1.5% (Fig. 3).

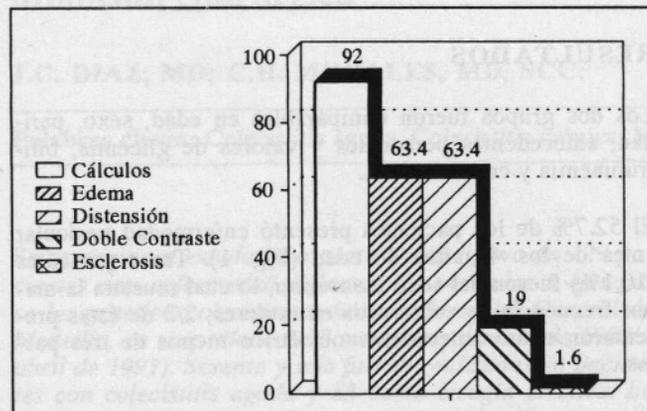


Fig. 3. Hallazgos ecográficos en colecistitis aguda.

Los hallazgos operatorios más frecuentemente encontrados en pacientes con colecistitis aguda fueron, cálculos y edema.

La frecuencia de presentación de fístula y perforación vesicular localizada o libre, fue mínima (0.8, 0.8 y 1.6% respectivamente).

Las heridas clasificadas como sucias correspondían a 3 pacientes distribuidos en grupos de edad diferentes y sin antecedentes personales patológicos, a quienes en cirugía se les encontró perforación vesicular; a dichos enfermos se les dejó la herida abierta y se trataron con curaciones.

Morbilidad

La morbilidad posoperatoria fue debida principalmente a infección de la herida quirúrgica, que se presentó en 6.2% del grupo general, 80% de ellos en edades entre 40 y 60 años; cuando se midió en los dos grupos fue 3.1% en pacientes a quienes se les realizó cirugía electiva y 9% en quienes la cirugía fue efectuada de manera urgente; esto último no tuvo significación estadística cuando se analizó con la prueba de X² (Fig. 4).

Se utilizó dren en el lecho vesicular en 8 pacientes (5 urgentes y 3 electivos) de acuerdo con los hallazgos operatorios y el criterio del cirujano; uno de estos pacientes presentó en el posoperatorio infección de la herida; como hallazgo operatorio tuvo una perforación vesicular libre con peritonitis purulenta difusa.

Se presentó iatrogenia de la vía biliar en 1 paciente electivo, representada por una lesión longitudinal de 2 mm, sobre el canal principal que se manejó conservadoramente

con rafia lateral primaria del conducto biliar y drenaje, sin consecuencias en el posoperatorio temprano.

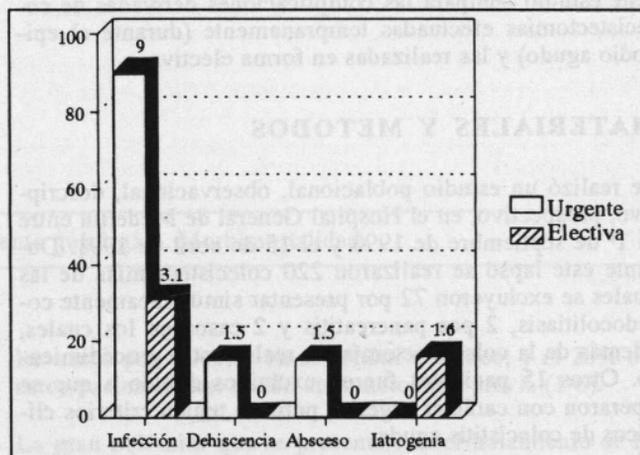


Fig. 4. Morbilidad en pacientes con colecistectomía.

Un paciente de 57 años con colecistitis destructiva aguda, perforación vesicular libre y peritonitis, presentó una cadena de complicaciones cuya secuencia fue, infección de la herida, dehiscencia de la misma, evisceración y colección purulenta intraabdominal, que le causaron finalmente la muerte al enfermo, siendo la única del estudio, para una mortalidad del 0.8%.

El 37% de las colecistectomías electivas y el 27.2% de las urgentes requirieron al menos una hospitalización previa motivada por su enfermedad vesicular.

El promedio de estancias hospitalarias posoperatorias fue de 2.1 días para el grupo de pacientes operados electivamente y de 2.2 para los intervenidos con carácter urgente.

DISCUSION

Tradicionalmente se ha dicho que la enfermedad litiasica vesicular se presenta más frecuentemente en mujeres multiparas, mayores de 40 años y obesas (1,2). En los últimos años hemos notado en nuestro medio que este patrón de incidencia ha venido variando sin que hasta la fecha exista algún estudio que confirme o refute esta observación. La presente investigación demostró una mayor incidencia de la enfermedad en mujeres mayores de 40 años y con paridad menor de 3.

En cuanto al sexo, continúa observándose un predominio de las mujeres en una relación de 9:1.

La historia clínica de la colecistitis aguda se manifiesta inicialmente como dolor cólico en hipocondrio derecho y/o epigastrio acompañado de vómito y algunas veces fiebre; al examen físico se encuentra el signo de Murphy, masa palpable y dolorosa en hipocondrio derecho (20%) y

en algunas ocasiones, ictericia (10 a 20%) (1). En nuestro estudio el hallazgo de masa fue superior a lo esperado (39%).

Aunque esta investigación no mostró aumento de la morbilidad en pacientes diabéticos e hipertensos operados por colecistitis aguda debido posiblemente al escaso número de casos, informes recientes recomiendan tratamiento quirúrgico temprano en ellos a causa de una alta incidencia de perforación, a pesar de tener mayor índice de infección de la herida quirúrgica en el posoperatorio (24).

Hay trabajos que demuestran que la morbilidad posoperatoria de la colecistectomía en pacientes mayores de 70 años es mayor (18, 22); nosotros no encontramos diferencias en cuanto a grupo de edad, aunque fue un número pequeño de pacientes.

El hallazgo operatorio más importante para el diagnóstico de colecistitis aguda es el edema vesicular, el cual puede desaparecer cuando el espécimen macroscópico es fijado en formol (1), lo cual quedó demostrado en este estudio al encontrar que a 42 de las muestras no se les encontró edema a pesar de evidenciarse en cirugía.

La presencia de perforación vesicular en colecistitis aguda, más frecuente en pacientes mayores de 60 años, fue del 10%, distribuida así: perforación con absceso perivesicular 50%; perforación libre 30%; y fístula 20% (2, 4, 5); curiosamente el 66.6% de las 3 perforaciones encontradas por nosotros fueron libres, una de ellas en un paciente mayor de 60 años.

La infección de la herida quirúrgica no fue consecuencia directa de la edad o la utilización de drenes; además, no hubo diferencia estadística entre las infecciones del grupo de pacientes con colecistitis aguda y crónica. Se observó un alto índice de infección en heridas limpias (3.9%) cuando mundialmente lo aceptado es por debajo del 2% (3).

La mortalidad posoperatoria fue baja (0.8%), la cual ocurrió en un paciente que llegó en muy malas condiciones, con colecistitis destructiva y presentó en el posoperatorio complicaciones severas de origen séptico, relacionadas con su enfermedad.

No hubo diferencias en cuanto a la estancia hospitalaria posoperatoria entre los dos grupos de pacientes; sin embargo, a algunos de ellos (el 37% de los crónicos y el 27% de los agudos) se les pudo haber disminuido el tiempo de la enfermedad y los costos hospitalarios si se hubieran operado durante el episodio agudo inicial.

Concluimos que los pacientes con colecistitis aguda se deben operar durante el episodio agudo con el fin de disminuirles el sufrimiento y el tiempo y costo de la enfermedad con una morbilidad posoperatoria comparable con la del procedimiento electivo.

ABSTRACT

Presentation of a descriptive prospective study of 129 patients with gallbladder inflammatory disease treated with cholecystectomy at the Hospital General de Medellín, during an eight-month period (September 1990 to April 1991). Sixty-six procedures were carried out in patients with acute cholecystitis; 63 were elective operations. Half of the patients were under 40 years of age and 61.6% were females with parity of less than 3. There were no significant differences between the groups in terms of age, sex, parity, personal background and surgical technique.

Morbidity between the groups was comparable. The following complications occurred in patients operated during the acute episodes:

Wound infection, 9%; wound dehiscence, 1.5%; intra-abdominal collection, 1.5%. Among patients undergoing elective surgery, there were: wound infections in 3.1%; and iatrogenic lesion in 1.6%. The only patient who died belonged to the group operated during the acute episode.

There were no deaths in the patients undergoing elective surgery, and the mortality rate among the acute cases was 1.5%. The average hospital stay after surgery was the same for both groups: 2.1 days.

We conclude that emergency cholecystectomy is a safe procedure and should be performed done in patients with acute cholecystitis. There is less suffering, the duration of illness is shortened and hospital costs are reduced.

REFERENCIAS

- Herman R E: Acute and Chronic Cholecystitis. In: Cameron J L: Current Surgical Therapy. St Louis, B. C. Decker, 1986, pp. 95-8
- Way L, Pellegrini C A: Surgery of Gallbladder and Bileducts, Cholelithiasis and Chronic Cholecystitis. Saunders 1987; 231-64
- Schwartz S I: Principles of Surgery. Gallbladder and Extrahepatic Biliar System. 4 ed. Mc Graw Hill, 1983 pp. 1308-43
- Gadacz T R: Cholelithiasis and Cholecystitis. Surg Aliment Tract, 2 Ed. Saunders, vol 4; 1983, pp. 208-24
- Berk J E: Colecistitis Aguda, Gastroenterología. Bockus, 4 Ed. Salvat, vol 5; 1987; pp. 3.919: 82
- Jiwgnard L, Thornell E, Svanvik J: Pathophysiology of acute obstructive Cholecystitis. Br J Surg 1987; 12: 1084-6
- Lund J: Surgical indication in Cholelithiasis. Prophylactic Cholecystectomy elucidated on the basis of long-term follow-up on 526 non operated cases. Ann Surg 1960; 151: 153-62

8. Wenckert A, Robertzon B: The natural course of Gallstone disease. Eleven years review of 781 non operated cases. *Gastroenterology* 1960; 50: 376-81
9. Mc Sherry C K: The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann Surg* 1985; 202: 59-63
10. Harrison: Principles of Internal Medicine. Disease of the Gallbladder and bileducts. 11 Ed. 1987; pp. 1358-68
11. Edlund Y, Olson O: Acute Cholecystitis, its etiology and course, with especial reference to the timing of Cholecystectomy. *Act Chir Scand* 1961; 120: 479-94
12. Van Der Linden, Wand Sunzel H: Early versus delayed operation for Acute Cholecystitis: a controlled clinical trial. *Am J Surg* 1970; 120: 7
13. Mc Arthur P: Controlled clinical trial comparing early with interval Cholecystectomy for Acute Cholecystitis. *Br J Surg* 1975; 62: 850
14. Lahtien I, Auke S: Acute Cholecystitis treated by early and delayed surgery. A controlled clinical trial. *Scand J Gastroenterol* 1978; 13: 673
15. Jarwinen H J, Hastback J: Early Cholecystectomy for Acute Cholecystitis. A prospective randomized study. *Ann Surg* 1980; 191: 501
16. Jenkinson L R: Early elective Cholecystectomy - an alternative to early Cholecystectomy in Acute Cholecystitis ? *Ann R Coll Surg Engl* 1985; 67: 162-3
17. Jarwinen H J, Hastback: Early Cholecystectomy for Acute Cholecystitis. A prospective randomized study. *Ann Surg* 1980; 191: 501-5
18. Houghton P W J, Jerkinson L R, Donaldson L A: Cholecystectomy in the silderly. A prospective study
19. Addison N V, Finon T J: Urgent and early Cholecystectomy for acute gallbladder disease. *Br J Surg* 1988; 75: 141-3
20. Cathow C E, Glenn F: Sequelas attributed to delayed surgical treatment of gallstones. *Ann Surg* 1965; 161: 21-6
21. Paterson B S, Chan S T: Early versus delayed Cholecystectomy for Acute Cholecystitis.
22. Edlund G, Ljungdahal M; Acute Cholecystitis in the elderly. *Am J Surg* 1990 Apr; 159 (4): 414-6
23. Hidalgo L A et al: The influence of age on early Surgical treatment of Acute Cholecystitis. *Surg Gynecol Obstet* 1989 Nov; 169 (5): 393-6
24. Hickman M S, Schwesinger W H, Page C P: Acute Cholecystitis in the diabetic. *Arch Surg* 1988 Apr; 123 (4): 409-11
25. Hermann R E: Surgery for acute and Chronic Cholecystitis. *Surg Clin North Am* 1990 Dec; 70 (6): 1.263-73
26. Van Der Linden W, Edlund G: Early versus delayed Cholecystectomy. The effect of change in management. *Br J Surg* 1982; 68: 752
27. Alinder G, Herlin P, Lindgren B, Halmin T: The cost efectiveness of early and delayed surgery in Acute Cholecystitis. *World J Surg* 1985; 9: 329-34