

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE CIRUJANO GENERAL.

TEMA:

**MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIASICA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES
ARGUELLO DE ENERO 2005- DICIEMBRE 2010.**

AUTOR:

SILVIO RAMÓN SANDOVAL MARTÍNEZ
RESIDENTE DE IV AÑO DE CIRUGÍA GENERAL.

TUTOR:

DR. ERNESTO SALAMANCA.
CIRUJANO GENERAL. MB DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA.

ASESOR: DR. LUÍS ENRIQUE ZAMBRANA.
MPH EPIDEMIOLOGIA

LEÓN, 03 DE MARZO DEL 2011.

INDICE.

Contenido	pagina
1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
3. Justificación	3
4. Planteamiento del Problema	4
5. Objetivos	5
6. Marco teórico	6
7. Material y método	9
8. Resultados	11
9. Discusión de los resultados	20
10. Conclusiones	22
11. Recomendaciones	23
12. Referencias Bibliográficas	24
13. Cronograma de trabajo	25
14. Anexos	26

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a las personas que a lo largo de la vida me han amado sin condición alguna, han creído en mí cuando yo mismo he dudado en seguir y me han dado fortaleza frente a las adversidades; a mi madre, Petrona Martínez y mi esposa Samantha así también a mis hijos Norvin y Natasha, este logro es de ustedes también.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme acompañado durante estos cuatro años y haber guiado mi mente y mis manos.

A mis Maestros quienes no sólo me enseñaron el arte de la Cirugía sino que me enseñaron lo que significa ser CIRUJANO con sus consejos y ejemplo diario.

A mis pacientes en quienes descubrí lo Maravilloso que es Cuerpo Humano y lo frágil que es la Vida.

INTRODUCCIÓN

La Colecistitis Aguda es la complicación más común de los cálculos biliares y una causa frecuente de urgencias abdominales, en especial en mujeres de edad madura y avanzada. Casi el 20% de las 500 000 Colectomías que se practican cada año en Estados Unidos es por Colecistitis Aguda.

La inflamación aguda de la vesícula biliar se relaciona con la obstrucción del conducto cístico, que suele deberse al impacto de un cálculo biliar en el mismo o en el infundíbulo.

Muchos pacientes con Colecistitis Aguda tienen antecedentes de cólico biliar episódico. El dolor relacionado con la inflamación aguda de la vesícula biliar es de inicio y carácter similares al cólico biliar pero persiste más de las 4-6 horas usuales.

Con el tiempo y la progresión de la enfermedad la vesícula biliar se distiende, la inflamación se extiende al peritoneo parietal contiguo y el paciente se queja de un dolor en el cuadrante superior derecho más localizado.

En el mundo contemporáneo existen dos vertientes en el tratamiento de esta entidad están los que prefieren el tratamiento médico y posteriormente la intervención quirúrgica, argumentando que el proceso inflamatorio dificulta el proceder de urgencia, corriendo el riesgo de mayores complicaciones, y el grupo que defiende los criterios intervencionistas donde preconizan que el edema de la pared vesicular por el proceso inflamatorio, ayuda al plano de clivaje para la disección del órgano, disminuyendo de esta forma la estadía y los costos hospitalarios¹.

En nuestro hospital esta entidad constituye una de las enfermedades más comunes en la urgencia es por eso que se tuvieron en cuenta los criterios intervencionistas, mejorando la calidad de vida de estos enfermos. Con este estudio pretendemos mostrar el impacto del cumplimiento de los Criterios Intervencionistas en la Colecistitis Aguda.

ANTECEDENTES

Desde el 15 de Julio de 1882 en que el Doctor Carl Joharnn August Langerbach realiza la primera colecistectomía, muchas publicaciones en la cirugía de vesícula y vías biliares demostraron los avances en su tratamiento tanto médico como quirúrgico.

Las alternativas quirúrgicas en la patología vesicular de curso crónico no fueron muchas, básicamente la colecistectomía convencional con algunas variantes en su técnica operatoria.

La patología biliar inflamatoria como es la colecistitis aguda ocupa el segundo lugar de la cirugía inflamatoria en la emergencia de un hospital general como el nuestro; su importancia en el diagnóstico, tratamiento médico y las alternativas quirúrgicas son motivo de gran controversia sobre todo a partir de la década del 60 en que Essehigh² populariza el tratamiento quirúrgico temprano, años después estas pautas de su manejo fueron mejor encaminadas por múltiples autores y en diferentes medios, como en nuestro hospital a partir de 1975³.

En la actualidad son muy pocos los detractores de la cirugía temprana, convencidos de los beneficios que brinda el tratamiento quirúrgico realizado dentro de las primeras 72 horas de iniciado el cuadro agudo, con el fin de encontrar la inflamación vesicular en fase de edema y la disección se realice con muy poca dificultad, a diferencia de la progresión que pueda tener ésta hacia fases de mayor dificultad quirúrgica como es la fase gangrenosa o la inflamación organizada.

Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica o vídeo cirugía desde 1987 se tuvo a la colecistectomía como la "operación de Oro" de esta nueva técnica; sin embargo, la enfermedad vesicular aguda en un inicio era una contraindicación para ser realizada con ella^{2,4}. El avance en la implementación, tanto de equipos como moderno instrumental, y sobre todo la experiencia quirúrgica en cirugía laparoscópica, hace que esta técnica operatoria sea una nueva alternativa en el tratamiento de la enfermedad vesicular de curso agudo.

En Nicaragua, según datos oficiales del MINSA (2003-2005), la Colecistitis es una patología quirúrgica frecuente en personas mayores de 30 años. Se ha tenido un promedio de egreso anual de 1345 casos, de los cuales fallecen 8 casos al año, lo que representa una morbimortalidad relevante.

En nuestro hospital aún no se conoce la prevalencia de complicaciones posterior a la cirugía de pacientes diagnosticadas con colecistitis aguda aun cuando se está realizando cirugía en las primeras horas después del diagnóstico de la misma, eh ahí la importancia de este estudio considerando el beneficio que tendrían nuestros pacientes y nuestra institución al conocer los riesgos de complicaciones y la mayor permanencia de los mismos en este hospital de acuerdo al tiempo operatorio y el tipo de manejo que en ellos se practique tomando en cuenta las diferentes complicaciones que se presentan.

JUSTIFICACION

En la actualidad la colecistitis aguda litiásica es una de las patologías quirúrgicas inflamatorias más frecuentes en hospitales como el nuestro y constituye la complicación más común de la litiasis biliar.

El comportamiento de dicha enfermedad en nuestro hospital es poco conocido a pesar que se está realizando cotidianamente el manejo de dicha patología basados en los criterios que se han popularizado por todo el mundo con respecto al mejor momento operatorio y cuando se debe manejar de forma medica preparando al paciente a la mejor condición para realizar su abordaje quirúrgico.

Es un problema que afecta sobre todo a la población económicamente activa y de preferencia a las de sexo femenino, lo que es importante conocer para tomar las medidas necesaria en el momento de su diagnóstico y no esperar que aparezcan sus complicaciones que pueden ser devastadoras.

Es en realidad en nuestro hospital una patología bien conocida desde el punto de vista de su fisiopatología pero que en nuestro hospital hasta hoy se carecía de una casuística que se contraste con lo que se hace en el resto del país y el mundo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el manejo de los pacientes diagnosticados con colecistitis aguda litiásica que se presentaron en el servicio de cirugía general del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello durante el período de Enero del 2005 a Diciembre del 2010?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el manejo de la colecistitis aguda litiásica en pacientes diagnosticados con dicha enfermedad en el servicio de cirugía en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello durante el período de Enero del 2005 a Diciembre del 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Caracterizar a la población de estudio sobre la base de las categorías Epidemiológicas.
2. Describir factores asociados a las complicaciones, en los pacientes a estudio.
3. Comparar el tiempo de evolución de acuerdo al tipo de manejo y sus complicaciones.

MARCO TEÓRICO

COLECISTITIS AGUDA

La Colecistitis Aguda es la afección más espectacular y característica de la patología de las vías biliares; es la complicación más frecuente de la colecistitis crónica. Dada la versatilidad de sus síntomas presididos por el dolor es el factor etiológico porcentualmente mayor de abdomen agudo, superado sólo por la apendicitis aguda.

ETIOLOGÍA

La causa principal de la colecistitis aguda es la coletitiasis cuyos cálculos obstruyen el cístico generando el 95%¹ de los casos. En el 5% la colecistitis aguda obedece otras causas como el edema de la mucosa del conducto cístico' este porcentaje comprende a la colecistitis aguda alitiásica para que la concurren otros factores como sepsis, traumatismos, afecciones del colágeno y aun el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y diabetes⁴.

No debe dejarse de mencionar como propiciadores de la colecistitis aguda, menos frecuentemente, la volvulación de la vesícula biliar, la angulación del sifón vesicular, tumores benignos, quistes, el cáncer vesicular, y aun las anomalías vasculares excepcionalmente.⁵

FISIOPATOGENIA

A consecuencia de la obstrucción cística, la vesícula, sea litiásica o alitiásica, se afecta de un proceso que cursa con etapas biofísicas, bioquímicas, hipertensas y bacteriológicas, que de la inflamación o colecistitis aguda sigue una de estas dos formas clínicas: una es la regresión fisiopatológicaas en un período de 72 horas de promedio que ocurre en el 90 a 95% de los casos, y la otra conducta evolutiva es la persistencia y agravamiento de la afección con complicaciones como el empiema, la perforación, la ruptura y aun puede avanzar a la gangrena vesicular.

La bilis inicia la inflamación química de la mucosa vesicular por liberación de fosfoquinasa que desdobra los fosfolípidos. La presencia de bacterias con virulencia aumentada determinan el factor infeccioso. Se debe a P. Mirizzi el estudio bacteriológico de la colecistitis aguda en 1945,¹³ y a R. Reis la comprobación de que cuando la concentración bacteriana supera 10.000 bacterias/ml se presentan complicaciones en el paciente a partir de 72 horas de iniciado el cuadro.

La producción de moco aumenta la presión intravesicular y genera dolor afectando la circulación venosa y arterial con isquemia de la pared, áreas de infarto, perforación y aun gangrena de la vesícula. La repercusión sistémica dará lugar a bacteriemia, fiebre, leucocitosis e incremento de las transaminasas.

SÍNTOMAS

La colecistitis aguda tiene un complejo sintomático caracterizado por manifestaciones locales en el hipocondrio derecho y manifestaciones sistémicas que comprometen el resto del organismo.⁶

SIGNOS Y SÍNTOMAS LOCALES

1. Dolor: Se localiza en el punto de Murphy bajo el reborde costal en la línea medio cavicular¹⁵ y se irradia hacia el hombro y región escapular homolaterales. Se presenta generalmente después de comidas ricas en grasas o alimentos no tolerados por el hígado, es de gran intensidad y se mantiene por varias horas, generalmente sesenta y dos, constituye de buen indicador del proceso, pues remite si la afección se resuelve, pero aumenta de intensidad cuando aparece una complicación.

2. Masa Dolorosa Palpable: De localización subcostal en la línea medio claviclar. Corresponde al fondo de la vesícula biliar inflamada. Es dolorosa a la palpación. Se presenta del 20 al 33%.

SIGNOS Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS

1. Náuseas y Vómitos: En el 50% de los casos.

2. Fiebre Moderada: 38 a 39°, con frecuencia de 50 a 60%, eventualmente acompañada de escalofríos.

3. Ictericia: Aparece en el 20% de los pacientes, es de ligera intensidad. Se la explica por comprensión de la vía biliar principal por la vesícula tumefacta.

4. Leucocitosis Moderada: De 12.000 a 15.000 leucocitos, causada por la proliferación y virulencia de las bacterias del contenido vesicular y la eventual bacteriemia.

La evolución clínica de la colecistitis aguda es prácticamente periódica. Los síntomas se mantienen por un término de 72 horas en el 90% de los pacientes, remitiendo espontáneamente y normalizándose el paciente en el lapso de ocho a diez días. En cambio, si al contrario el cuadro no remite y se intensifica el dolor, los signos locales, la fiebre, la leucocitosis y se agrava el estado general del paciente, debe admitirse la inminencia o que ya se ha instalado muy probablemente una complicación como empiema, perforación o alguna otra.

Esta es la historia natural de la colecistitis aguda y permite al cirujano una sistemática y estrecha observación del paciente para aplicar el tratamiento médico o quirúrgico oportunamente¹⁷ y apropiadamente, recurriendo a los métodos modernos del diagnóstico, nutrición, antibioterapia, cuidados intensivos y aplicar el principio de la "intervención temprana" para la curación y los beneficios socioeconómicos del paciente.⁷

Estos "principios clásicos" de la relación Historia Natural de la Colecistitis Aguda y tratamiento son producto de la observación y seguimiento, por los cirujanos, de miles de casos a través de los tiempos que sin tener la rigidez de una ecuación matemática, si son un marco referencial -conceptual para el cirujano actual.⁸

COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS AGUDA

Las complicaciones de la colecistitis aguda constituyen graves urgencias en la evolución de las enfermedades presentándose en el 5 al 10% y produciéndose en algunas de ellas hasta el 25 al 30% de muertes, por lo que requieren un tratamiento inmediato y especializado.

La mortalidad total por complicaciones llega al 20%. Se presentan generalmente al término de la primera semana pero hacerlo al segundo o tercer día de diagnosticada la enfermedad por las condiciones gravitativas del paciente y la variedad particular de la complicación. Esta última realidad es el argumento principal para los que protagonizan el tratamiento quirúrgico temprano dentro de las primeras 72 horas.^{9,10,11}

COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS AGUDA Y CLASES DE COLECISTITIS AGUDA.

I. Complicaciones de colecistitis aguda

- a) Perforación
 - 1) Con acción localizada
 - 2) Con peritonitis generalizada
- b) Absceso pericolecístico
- c) Empiema
- d) Ruptura
- e) Gangrena
- f) Fistulización
 - 1) Colecistointestinal
 - a) Colecistoduodenal
 - b) Colecistoyeyunal
 - 2) Colecistocolónica
 - 3) Colecistoduodenocolónica
- g) Íleo Biliar

II. CLASES RARAS DE COLECISTITIS AGUDA

- a) Colecistitis Enfisematosa
- b) Colecistitis Tifoideca
- c) Colecistitis por Torsión
- d) Colecistitis por Neoplasia

I. COMPLICACIONES DE COLECISTITIS AGUDA

a) PERFORACIÓN

La perforación tiene dos modalidades: con acción localizada y con peritonitis generalizada.

1. Perforación con invasión localizada es la localización de la pérdida alrededor de la vesícula. Se produce cuando hay reacción peritoneal con concurrencia del epiplón mayor para confinar el pus y originar un absceso pericolecístico o una peritonitis localizada. Los signos locales y efectos sistémicos se exacerbaban; el dolor se intensifica con reacción peritoneo-parietal de contractura. Los síntomas generales igualmente aumentan: fiebre, escalofríos y leucocitosis de 20.000 o más.^{12,13}

Para el diagnóstico es útil el ecosonograma. El tratamiento: Colecistectomía y evacuación del absceso con drenaje, en la base de antibióticos y bactericidas.

2. Perforación con peritonitis generalizada es la difusión de la biliopus, al resto de la cavidad peritoneal, se da cuando no hay reacción peritoneoepiploica tabicante y se contamina toda la cavidad peritoneal produciendo peritonitis generalizada. Los signos y síntomas son los correspondientes a esta última afección. El diagnóstico es clínico e imagenológico, con punción diagnóstica dirigida que propiciará cultivo y antibiograma del contenido.

El tratamiento es el normativo de peritonitis generalizada con evacuación del derrame y lavado peritoneal; y colecistectomía si el estado general lo permite, pero si el riesgo operativo es alto se hará colecistostomía. La mortalidad alcanza el 15 a 20%.

b) ABSCESO PERICOLECÍSTICO

Es la más frecuente de las complicaciones. Consiste en la colección de pus alrededor del colecisto, proveniente de una perforación de la vesícula, o aun sin perforación o ruptura vesicular por diapédesis de los elementos contaminantes a través de la vesicular. Limitan al absceso tanto el epiplón como la aposición del intestino con producción de fibrina y membranas fibrinoleucocitarias.

El diagnóstico es clínico-imagenológico. El tratamiento: evacuación, lavado y colecistostomía. Si las complicaciones generales del paciente lo permiten se efectuará colecistectomía.

c) EMPIEMA

Es la transformación del contenido de la vesícula en pus. Resulta de la invasión, proliferación e incremento de la virulencia de las bacterias que contaminan el contenido de la vesícula, transformándola en una bolsa de pus a tensión. La sintomatología del empiema corresponde a la infección de la vesícula y sepsis abdominal con todo el complejo local y sistémico de dolor, fiebre, escalofríos y leucocitosis de sobre 20.000. Es lo más común de las complicaciones, alrededor del 50% de ellas, con un índice de mortalidad de un 15%.

El diagnóstico es clínico, ecosonográfico y hemático. El tratamiento consiste en colecistectomía de urgencia, o colecistostomía si la flogosis local y el mal estado del paciente requieren un tiempo quirúrgico menor y acción menos traumatizante.^{14,15}

d) RUPTURA DE LA VESÍCULA

Se ha descrito como una de las complicaciones más serias. Confluyen anatomopatológicamente el aumento del contenido vesicular y su acción sobre las paredes de la misma que experimenta el colapso circulatorio venoso arterial con presencia de isquemia e infartos múltiples; el aumento de la tensión intravesicular actuando sobre una pared debilitada produce la ruptura de la misma. La salida violenta del contenido vesicular altamente contaminante produce una reacción peritoneal localizada inicialmente pero que rápidamente se extiende. El diagnóstico es ecosonográfico. El tratamiento es la colecistectomía con drenaje. La mortalidad es elevada, alrededor del 20%.

e) GANGRENA

Es el estado más avanzado de daño de la pared vesicular y clínicamente el más grave. Se produce por isquemia de la pared y necrosis localizada o total, con distensión de la vesícula por un contenido empiematoso; pudiendo contribuir la torsión de la vesícula. Suele presentarse en diabéticos e inmunodeprimidos. En presencia bacteriana predominan anaerobios y clostridios.^{16,17}

La gangrena vesicular puede presentar perforación y ruptura con alivio pasajero del dolor por cese de la distensión que se reactiva por la irritación que produce el contenido extravasado. El diagnóstico se hace por imágenes y el tratamiento es la colecistectomía con saturación antibiótica del paciente.

f) FISTULIZACIÓN

Las fístulas constituyen el 2 al 3% de las complicaciones; las más frecuentes son las colecistoduodenales y las colecistocolónicas constituyendo las primeras el 75% y las segundas el 15% del universo de las fístulas vesiculares. Les siguen en frecuencia las colecistoduodenocolónicas, colecistogástricas y colecistoentéricas.

Las fístulas se originan por la aposición de la vesícula a una víscera hueca vecina cuya pared irrita y al producirse la perforación vesicular compromete la pared de la víscera a que está adherida, circunscribiéndose de adherencias peritoneales.

Clínicamente son difíciles de diagnosticar, y ocasionalmente pueden descubrirse por la tinción de las vías biliares en un estudio radiológico gastroduodenal o colónico. El tratamiento consiste en colescistectomía y rafia del defecto en el tubo digestivo.¹⁸

g) ÍLEO BILIAR

Es la complicación originada por el paso de un cálculo biliar de 2 a 2.5 centímetros por una fístula colecistoentérica, sea en el duodeno o en el yeyuno y el alojamiento o "entrampamiento" del cálculo en el íleon terminal (válvula ileocecal generalmente) por no poder franquearla.

La sintomatología corresponde a un abdomen agudo obstructivo intestinal. La imagen radiológica que proporciona el tránsito gastrointestinal se conoce como de "serpiente con cabeza blanca" por la presencia del medio de contraste en el íleon y la imagen de substracción producida por el cálculo frente a la válvula ileocecal. El tratamiento consiste en la extracción del cálculo y sutura de la incisión. No se efectúa en la misma intervención la reparación de la fístula colecisto entérica.

En la operación debe explorarse todo el intestino delgado para descubrir si hay otro u otros cálculos en el lumen, que si hubieran se los haría progresar hasta el íleon terminal para utilizar incisión y no hacer otra enterotomía para su extracción. El íleo biliar no tratado produce 15% de óbitos.¹⁹

II. CLASES RARAS DE COLECISTITIS AGUDA

a) Colecistitis Aguda Enfisematosa

La colecistitis aguda enfisematosa se caracteriza por la presencia de gas en las paredes y en el interior de la vesícula; este es su signo físico más importante. Además suele encontrarse aire en los conductos biliares.^{20,21}

Es una de las colecistitis agudas más graves ocasionando una mortalidad 10 veces mayor que las otras clases de colecistitis aguda. El 75% afecta a los hombres y el 25% a mujeres. El 30% de los afectados son diabéticos.

Etimológicamente, sobre el 50% de los casos origina el clostridium Welchii y se han cultivado de su contenido: Echerichia Coli, estreptococos anaerobios y bacterioides frágiles. Predominan las bacterias aerógenas formadoras de gas. Comúnmente hay gangrena de la pared vesicular y litiasis en el 70% con obstrucción del c. Cístico.

Fisiopatogénicamente se produce hipersecreción de la pared y producción de gases, por los microorganismos areógenos, que distenderá la vesícula, colapsará la circulación de la pared que se necrosará sumando al enfisema la gangrena y perforación cuyo contenido expulsando causará peritonitis generalizada.

La sintomatología es la que corresponde a una forma grave de colecistitis aguda exacerbada por el aporte tóxico de los clostridios e inmunodepresión de la diabetes cuando está presente en el 40% o de otros factores inmunodepresores. Todo esto lo constituye en la forma más grave de las colecistitis agudas, si se la admite como una variante o de las complicaciones si se la considera como tal.

El diagnóstico es imagenológico. Tanto la radiografía como el ultrasonido y mayormente TAC definen el componente gaseoso. Puede recurrirse a la imagenología contrastada para evitar la duda de que el gas corresponda al de las asas intestinales circundantes. El tratamiento es de colecistomía en la base de antibioterapia específica. El pronóstico está afectado por una mortalidad del 40%.

b) COLECISTITIS AGUDA TIFOÍDICA

Es una forma de colecistitis aguda poco frecuente pero grave que generalmente se complica con perforación. Aparece en el curso de la tercera semana de la tifoidea en las formas clínica o subclínica de la enfermedad. La caracteriza e identifica encontrar *B. De Eberti* en la bilis vesicular de esta colecistitis aguda. Generalmente son vesículas alitiásicas. También se presenta la colecistitis tifoídica en paciente sanos de *Salmonella Typhi*.²²

c. COLECISTITIS AGUDA POR TORSIÓN

Es una forma rara de colecistitis aguda de sintomatología muy severa pues puede evolucionar al infarto hemorrágico del órgano.

Su etiopatogenia obedece a una anomalía anatómica de la vesícula con una de estas dos variables: se trata que no están adosadas al hígado y que penden del conducto cístico y la arteria cística o se trata de vesículas que poseen un meso complaciente de uno a dos centímetros. En ambos casos las vesículas pueden dar una rotación de 180° o más generando el "bloqueo" de cístico y la arteria cística y conduciendo por torsión al infarto hemorrágico. Casi siempre son vesículas litiasicas.

La sintomatología de esta colecistitis aguda es muy intensa y es frecuente palpar semiológicamente la vesícula. El diagnóstico es un imagenológico y el tratamiento es colecistectomía temprana para evitar la necrosis.

d. COLECISTITIS AGUDA POR NEOPLASIAS

La colecistitis aguda puede ser causada por la presencia y acción ponderal de neoplasias benignas (mioblastos de células granulares, o pólipos), o neoplasias malignas (carcinoma) que siendo elementos que ocupan espacio pueden obstruir el infundíbulo vesicular o el conducto cístico creando las condiciones anatomopatológicas y etiopatogénicas que producen la Colecistitis aguda.

Por tanto, no nos referimos a la posibilidad de que la neoplasia maligna en su evolución invada el lumen de la vesícula obstruyéndola, sino a la posibilidad de que como extraño y estructura volumétrica bloquea el infundíbulo o el conducto cístico y el drenaje de la bilis originando la colecistitis aguda. El diagnóstico es ecosonográfico y el tratamiento quirúrgico.²³

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la colecistitis aguda tiene tres modalidades: Clínico, Pruebas de Laboratorio y Por Imágenes.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Se basa en una Historia Clínica minuciosa. El interrogatorio investigará los síntomas subjetivos de la colecistitis aguda tanto locales como sistémicas y establecerá su cronología y características. El examen físico descubrirá la afectación local hipocondrio derecho y el resto del abdomen practicando las destrezas y habilidades semiológicas apropiadas para constatar si corresponden a colecistitis aguda.

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Agrupamos aquí las interconsultas al Patólogo Clínico, consistentes en Biometría Hemática y Bilirrubinemia, básicamente, además algunas pruebas funcionales hepáticas.

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

- 1) Radiografía Simple del Abdomen: Permite observar las características de la vesícula biliar, la existencia de cálculos radiopacos que constituyen 15% en la litiasis vesicular, y la presencia de neumoperitoneo por perforación o ruptura colecística.
- 2) Ecosonograma: Constituye la prueba de elección por la facilidad para obtenerla, no ser invasiva, y tener sensibilidad de 89%, 98% de especificidad y 96% de exactitud en la colecistitis aguda. Proporcionará imagen útil del tamaño, grosor de las paredes y la presencia de cálculos en la vesícula.²⁴
- 3) Gammagrafía (Centellografía, Escintigrafía):

Es producto de las nuevas técnicas de escanografía, con sensibilidad de 100% y especificidad del 95%. El método se basa en la combinación del isótopo radioactivo ^{99m}Tc con ácido imidoacético HIDA o ácido Dimidoácido DIDA que una vez inyectado llega al hepatocito y es excretado por los canalículos biliares llegando a las vías biliares y a la vesícula biliar en 15 a 45 minutos a través del conducto cístico permeable; si la vesícula biliar no se tiñe es porque el cístico está obstruido como ocurre en la colecistitis aguda. La no tinción de la vesícula da el diagnóstico de la enfermedad. Es el método imagenológico más preciso y eficaz para el diagnóstico de la colecistitis aguda.²⁴

4) Tomografía Axial Computada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear:

Son métodos imagenológicos de gran resolución pero no son de primera elección para la investigación que nos ocupa, a menos que se necesite escrutar el hígado y órganos vecinos eventualmente patológicos.²⁵

TRATAMIENTO

El tratamiento de la colecistitis aguda es el punto clave de su estudio. Por tratarse de una acción compleja e ineludible, hay múltiples criterios en cuanto a su secuencia.

La escuela europea era partidaria del tratamiento médico y no de la intervención quirúrgica inicial por la resolución espontánea del 95% de los casos casi siempre en el término de 72 horas, lo que permite diferir la operación y solo acometerla inicialmente en las complicaciones. Por su parte la escuela americana fue siempre más intervencionista y propugnaba realizar el tratamiento quirúrgico de entrada.

Al presente se admite que la meta es la solución del problema extirpando la vesícula biliar, pero siguiendo una secuencia metodológica que tienen dos etapas o momentos: el tratamiento básico inicial y la intervención quirúrgica oportuna y definitiva, es decir la colecistectomía. Estos dos momentos son concordantes y en la práctica se complementan y aun se superponen.

TRATAMIENTO BÁSICO O INICIAL

El objetivo es lograr la restauración del paciente combatiendo el dolor, la infección, el desequilibrio hidroelectrolítico y atendiendo la nutrición para la estabilización del paciente y la curación de la colecistitis aguda. Habrá por tanto que administrar analgésicos, antibióticos, restablecer el balance hidroelectrolítico y dar alimentación de apoyo vía parenteral o enteral según el caso. Estas medidas requieren la observación y atención permanente del paciente en el área de emergencias. Si en el curso de los tres primeros días los síntomas se acentúan debe intervenir al paciente para evitar alguna complicación. Esta conducta es atinente a la colecistitis aguda simple, no complicada, y menos a las formas graves de colecistitis como la tifoidea o enfisematosa cuyos tratamientos específicos se tratan en el párrafo aparte.

En conclusión este tratamiento básico inicial puede constituirse en definitivo o en la primera fase del tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se acepta que el tratamiento indicado para la colecistitis aguda es la colecistectomía, sin embargo las condiciones del paciente de alto riesgo pueden adquirir otras técnicas como la colecistostomía percutánea transhepática o la colecistostomía clásica.

COLECISTECTOMÍA

Se discute sólo la oportunidad de su ejecución en función de las particularidades de los pacientes, y puede ser

a. Operación de Urgencia:

Le obligan la gravedad de la colecistitis aguda ante la inminencia de complicaciones o mayormente si ya se han presentado. Juega papel apremiante la edad superior a 50 años, grupo sanguíneo difícil y la inmunodeficiencia.

Felizmente se impone esta urgencia en solo el 5% de los pacientes que tienen un mal riesgo quirúrgico. Se opera tan pronto se estabiliza al paciente.²⁶

b. Operación Diferida u Obligadamente Pospuesta:

Comprende a los pacientes cuya colecistitis aguda tienen caracteres moderados, son semejantes a los del grupo anterior pero con la gravante de tener enfermedades crónicas que incrementan el riesgo quirúrgico y que obligan a tratar al paciente mejorándolo de su enfermedad para operarlo en un tiempo prudencial para evitar que sobrevenga otro episodio de colecistitis, antes estimaba seis semanas, pero hoy lo determina la recuperación del paciente. Acceden a esta cronología del 15% de los pacientes.²⁷

En conclusión, esta jerarquización de los pacientes tiene doble ventaja de aplicar un tratamiento correcto y oportuno, y hacer menos onerosos los valores socioeconómicos del tratamiento.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

Estudio descriptivo serie de casos donde se revisaron los expedientes de los pacientes ingresados al departamento de cirugía del HEODRA con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica, que fueron sometidos a colecistectomía abierta o manejo conservador durante el período de Enero del 2005 a Diciembre del 2010.

Sujetos de estudio:

Paciente con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica que fueron ingresados con este diagnóstico al servicio de cirugía general del HEODRA durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2010.

Criterios de inclusión:

Pacientes ingresados al servicio de cirugía general del HEODRA con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica

Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda alitiásica.

Fuente de recolección de la información

La información se obtuvo a través de una fuente secundaria, a partir de la revisión de expedientes clínicos de los pacientes ingresados a esta unidad de salud en el periodo señalado almacenados en admisión de este hospital.

Recolección de la información

La información se recolectó por el investigador a partir de los expedientes clínicos de los pacientes en estudio almacenados en el departamento de admisión de esta unidad.

Inicialmente se pidió el debido permiso a la subdirección de este hospital la cual fue dada por escrito luego en el departamento de estadística se proporcionó el listado de números de expediente con el diagnóstico a estudio en el periodo correspondiente y se recolectó la información con un instrumento de recolección de la información.

El Instrumento de recolección de la información usado fue un formulario estandarizado, el cual contiene preguntas abiertas y cerradas elaboradas previamente, el cual se validó por medio de una prueba piloto con 10 expedientes de igual diagnóstico, los cuales formaron parte del estudio; después de hacer las correcciones necesarias se procedió a recolectar la información.

Análisis de la información

Se realizó la creación de una base de datos por medio del programa Acces 2007, para luego introducir la información en la misma. Posterior a la limpieza de la base de datos se procedió a los análisis estadísticos por medio del programa Epi-Info 3.5.1.

Se realizaron análisis descriptivo utilizando frecuencias y cruces de variables, para luego ser presentadas en gráficos y tablas.

Se realizó un análisis de supervivencia con la finalidad de describir el tiempo de estancia hospitalaria en los dos tipos de manejos evaluados.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Escala
Edad.	Tiempo en años desde el nacimiento al momento de su ingreso.	<input type="checkbox"/> 21 - 30 años. <input type="checkbox"/> 31 - 40 años. <input type="checkbox"/> 41 - 50 años. <input type="checkbox"/> 51 - 60 años. <input type="checkbox"/> 61 - 70 años. <input type="checkbox"/> Mayor de 70 años
Sexo <input type="checkbox"/>	Características fenotípicas que diferencia al hombre de la mujer.	FEMENINO MASCULINO
Hallazgos clínicos.	Presencia de los signos y síntomas <input type="checkbox"/> considerados desde el inicio de la enfermedad.	Signos y síntomas presentes desde inicio de la <input type="checkbox"/> enfermedad.
Medios Diagnósticos.	Pruebas de laboratorio e imagenología realizadas para establecer el diagnóstico.	<input type="checkbox"/> Bilirrubinas. <input type="checkbox"/> Biometría. <input type="checkbox"/> Ultrasonido. <input type="checkbox"/> TAC
Complicaciones	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con <input type="checkbox"/> u <input type="checkbox"/> a patología intercurrente, que aparece espontáneamente.	<input type="checkbox"/> Médicas. <input type="checkbox"/> Quirúrgicas
Tipo de Manejo	Aplicación de <input type="checkbox"/> medidas realizadas por el personal médico encaminadas a la recuperación de la salud.	<input type="checkbox"/> Médicas. <input type="checkbox"/> Quirúrgicas
Tipo de Egreso	Con <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> ión de salida del paciente al salir del hospital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta. ▪ Defunción

RESULTADOS

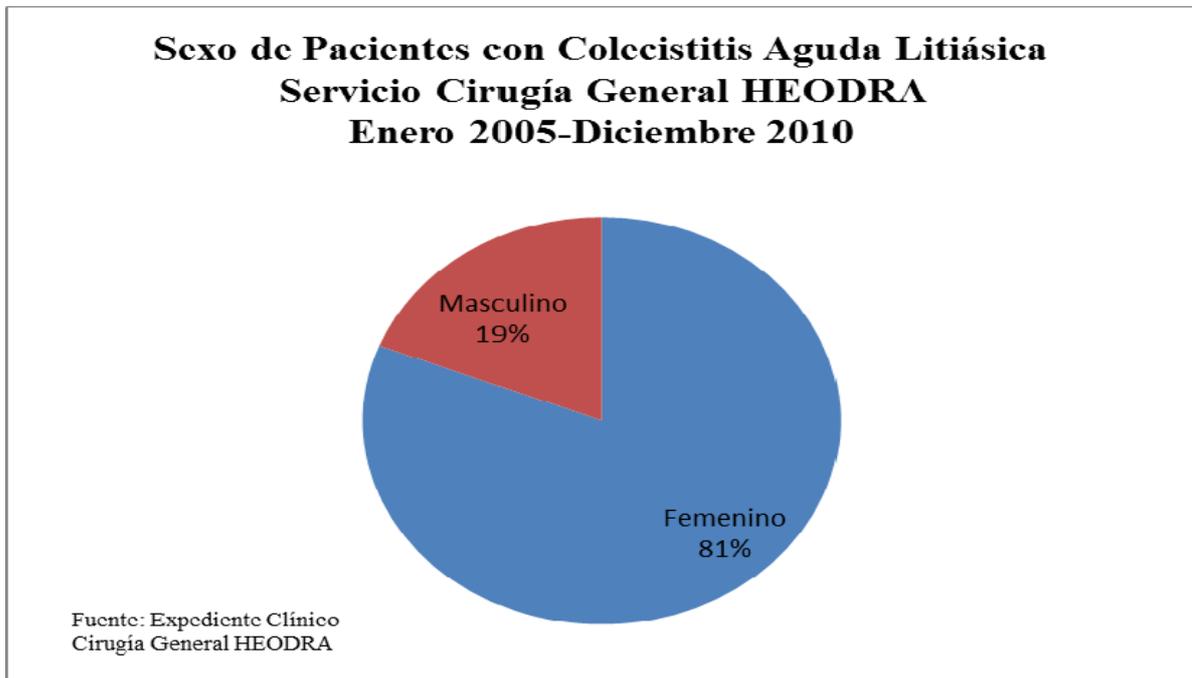
Se obtuvo un total de 58 casos, todos ellos diagnosticados como colecistitis aguda litiásica durante el periodo comprendido de enero del 2005 a diciembre del 2010 e ingresados al servicio de cirugía general del HEODRA.

Del total de pacientes ingresados, el grupo de edad que prevaleció fue de 20 a 39 años de edad para un 43.1% seguido de las edades comprendidas entre 40 y 59 años de edad con un 32.8%.

Grupo Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
20-39	25	43.1
40-59	19	32.8
60-79	12	20.7
80-99	2	3.4
Total	58	100.0

Fuente: Expediente Clínico Departamento Cirugía HEODRA.

Grafico 1



En el caso de la distribución del sexo, el sexo femenino prevaleció en un 81% frente a un 19% en el sexo masculino.

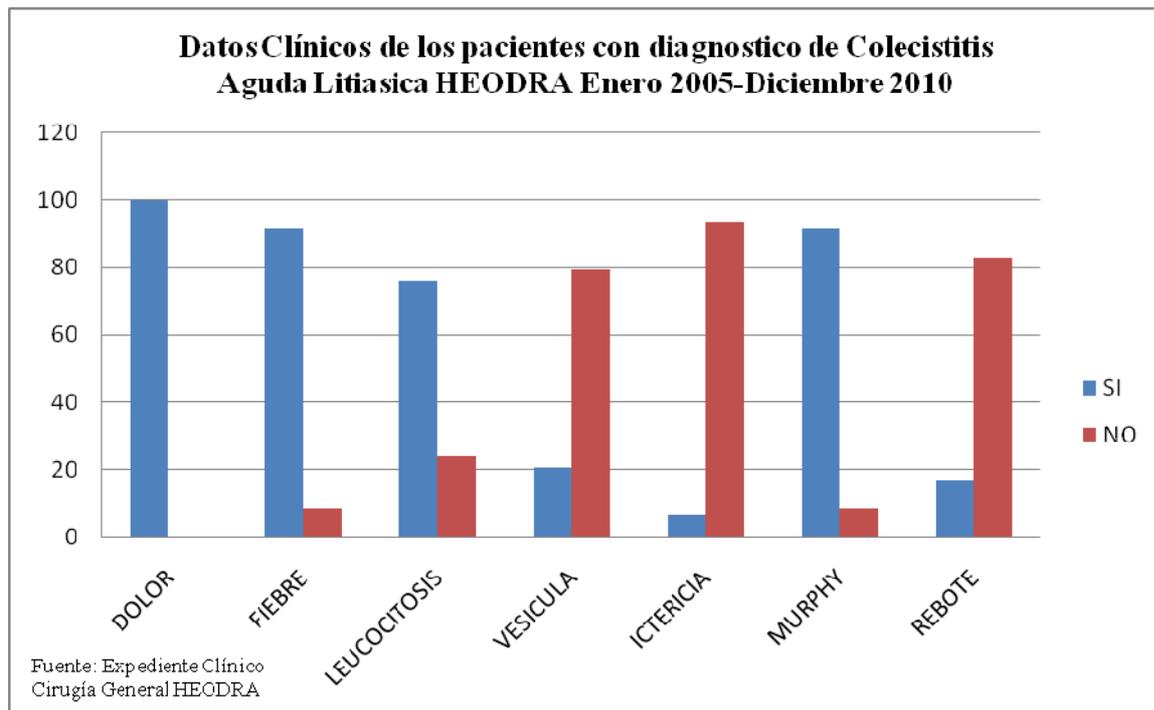
Distribución por Edad y Sexo Pacientes con Colecistitis Aguda Litiásica servicio Cirugía General HEODRA Enero 2005-Diciembre 2010					
Grupo Edad	Sexo				Total
	Femenino		Masculino		
	Si	%	Si	%	
20-39 años	24	51	1	9.1	25
40-59 años	14	29.8	5	45.5	19
60-79 años	7	14.9	5	45.5	12
80-99 años	2	4.3	0	0	2
Total	47	100	11	100	58

Fuente: Expediente Clínico Departamento Cirugía HEODRA

De acuerdo al grupo etario frente a los grupos de edad la mayoría de los casos del sexo femenino se presentó en el grupo de edad entre 20 y 39 años para un 51.1%, en cambio en el grupo de los masculino la mayor incidencia de casos se dio en los grupos de edad entre 40 – 59 años y el grupo de 60-79 años de edad en un 45.5% para ambos casos.

SIGNOS CLINICOS

GRAFICO#1

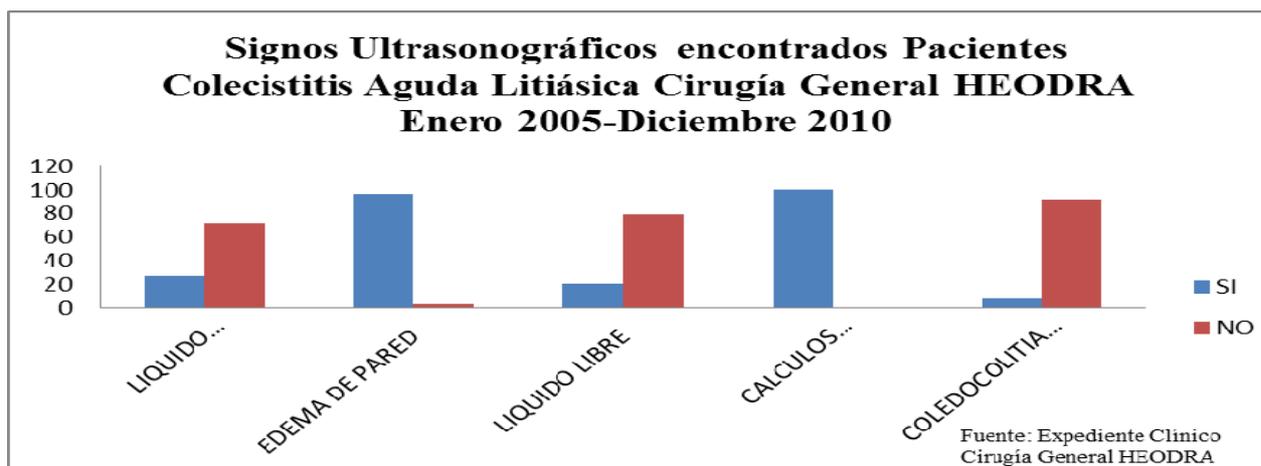


Respecto a los signos clínicos en los pacientes que fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica en el departamento de cirugía del HEODRA en el periodo de estudio el dolor se presentó en el 100% de los casos, la temperatura mayor de 39 C se presentó en 91.4% de todos los casos y en el 8.6% no se presentó este dato. Respecto a la leucocitosis mayor e igual a 12000 células blancas en el 75.9% de los casos se presentó este signo y no así en el 24.1% restante de los casos. Solo en 20.7% de los casos se pudo palpar la vesícula en el momento de su ingreso en el resto que corresponde a un 79.3% no se encontró este signo.

La ictericia se presentó en el 6.9% de los casos y en el 93.1% de los casos no se presentó en momento de su ingreso. El signo de Murphy se encontró positivo en el 91.4% de todos los casos y solo el 8.6% de los casos no presento este signo. El signo de rebote se presentó en el 17.2% de todos los casos únicamente.

DATOS ULTRASONOGRAFICOS

GRAFICO#2



De los casos que se estudiaron con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica en el departamento de cirugía general del HEODRA durante el periodo de enero 2005 a diciembre 2010 a todos los casos se les realizó ultrasonido en el que el 27.6% de los casos reporto liquido peri vesicular, el edema de la pared de la vesícula se reportó en el 96.6% de todos los casos, la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal se encontró en el 20.7% de los casos. Todos los casos incluidos en esta serie de casos se encontró en el ultrasonido la presencia de sombras acústicas que sugerían cálculos dentro de la vesícula biliar y en solo el 8.6% de los casos se detectó la presencia coledocolitiasis, a los que se le exploró el colédoco mediante coledocotomía y se manejaron con tubo en T con extracción de los cálculos solo en 3 de los casos de 5 en total.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Antecedentes Personales Patológicos Pacientes con Colecistitis Aguda Litiásica Cirugía General HEODRA Enero 2005- Diciembre 2010		
Patologías	Frecuencia	Porcentaje (%)
Diabetes	7	12.90
Enf. Cardiaca	4	6.90
EPOC	3	5.20
Obesidad	22	37.90
Total	36	62.9

Fuente: Expediente Clínico Departamento Cirugía HEODRA

De los pacientes admitidos a esta unidad de salud con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica durante el periodo enero 2005 a diciembre del 2010 el 12.1% presentó como comorbilidad la diabetes. La enfermedad cardíaca se presentó en el 6.9% y la enfermedad pulmonar representada por diferentes grados de EPOC solo se presentó en el 5.2% de todos los casos estudiados. En el 37.9% de los casos estuvo presente la obesidad como comorbilidad en el momento de ingreso de los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica.

MANEJO INICIAL

Todos los casos diagnosticados como colecistitis aguda litiásica en el HEODRA en el periodo de enero 2005 a diciembre del 2010 fueron manejados en sala de cirugía general en el momento del ingreso.

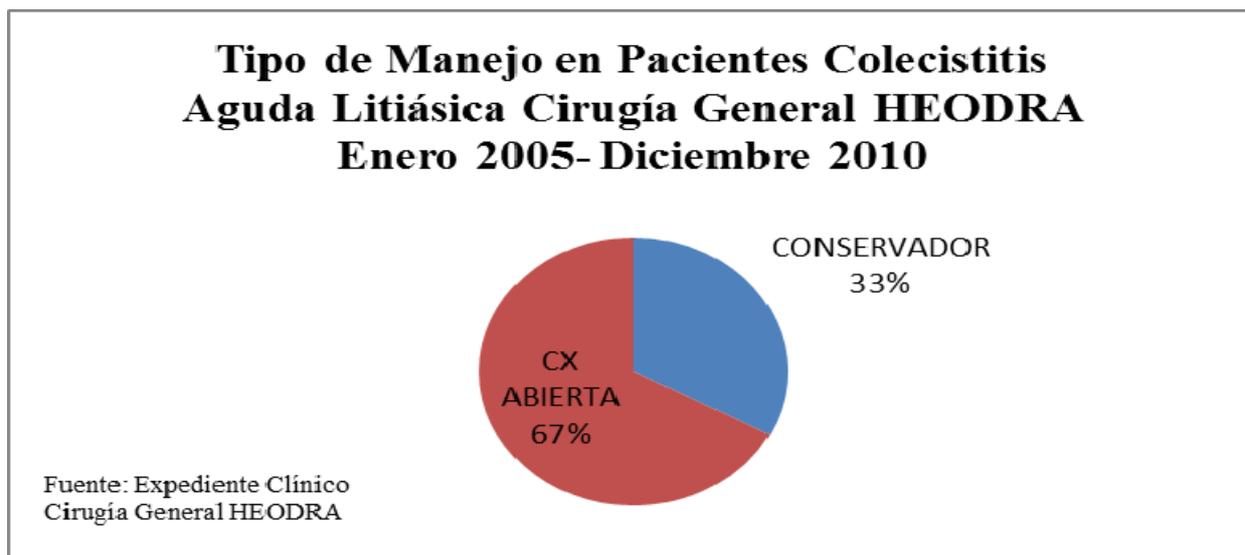
HALLAZGOS OPERATORIOS

De los 40 pacientes que fueron intervenidos en el HEODRA con el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica en el periodo de enero 2005 a diciembre del 2010 en el departamento de cirugía general solo en 1 caso (2.5%) se encontró la presencia de absceso perivesicular, en el 30% de todos los casos se produjo contaminación de la cavidad abdominal ya sea con material purulento, cálculos, material biliar o sangre. Se encontró además en el 5% de los casos la presencia de vesícula gangrenosa en el momento de la cirugía abierta, en el 2.5% de los casos se encontró que la vesícula estaba perforada y en el 23.8% de los casos se evidenció la presencia de pícolocisto. En el 2.5% de los casos también se logró encontrar la presencia de plastrón vesicular.

En todos los casos se encontró el hallazgo de edema de la pared de la vesícula biliar. En el 12.5% de los casos se encontró coledocolitiasis los cuales fueron sometidos además de colecistectomía, a exploración de las vías biliares y colocación de un tubo de keher con colangiograma posterior en el mismo momento de la cirugía. Estos colédocos que estaban dilatados tenían un diámetro de 10, 12, 15, 18 y 20 mm.

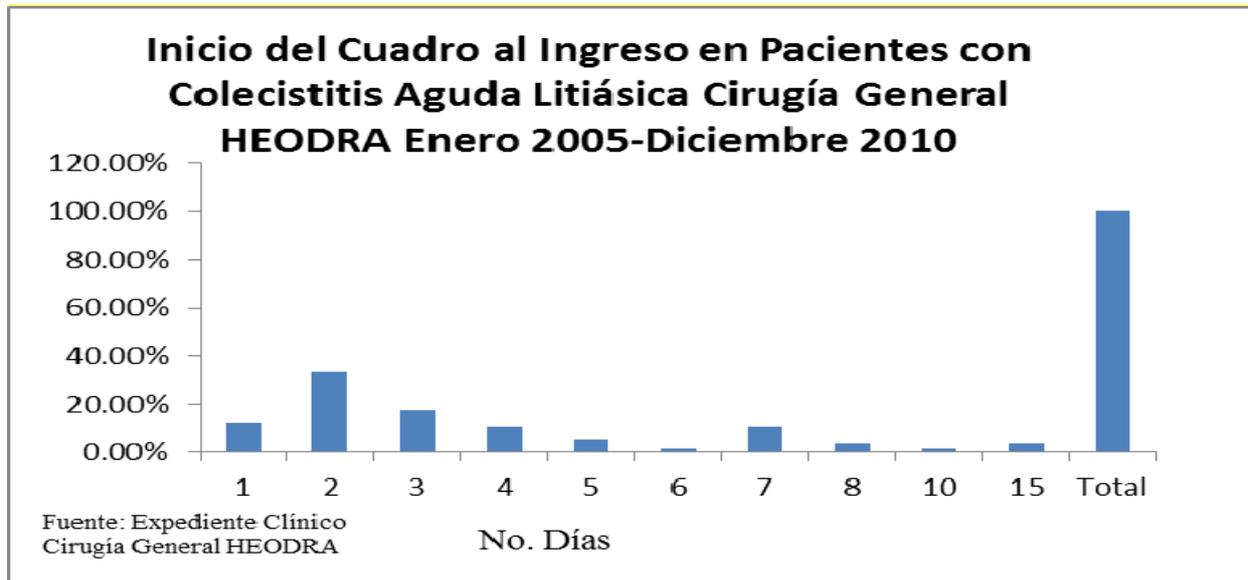
TIPO DE MANEJO

GRAFICO#3.



Los pacientes que se ingresaron con el diagnóstico de colecistitis aguda litiasica en el servicio de cirugía general del HEODRA en el periodo de enero 2005 a diciembre 2010 el 68.9% de los casos se manejaron con cirugía abierta en cambio solo el 31.1% de todos los casos se manejó de forma conservadora.

GRAFICO#4.



De todos los casos que se diagnosticaron con colecistitis aguda se encontró que el periodo de inicio de dolor se encontraba entre 1 y 15 días de evolución del dolor predominando aquellos con 2 días de inicio correspondiendo al 34.5% y los que tenían 3 días para un porcentaje de 17.2% y los que tenían 4 y 7 días alcanzaron hasta el 10.3% de los casos

De los casos que llevaron a sala de operaciones el 35% tenía 2 días de haber iniciado el cuadro de dolor abdominal y el 27.5% tenía 3 días de iniciado el cuadro otros caso tenían más de tres días de iniciado el cuadro de colecistitis aguda 15% tenía 4 días de dolor, 7.5% tenía 3 días de inicio, 2.5% tenían 8 días y hasta 27 días de haber iniciado la enfermedad.

Tiempo Transquirurgico Pacientes con Colecistitis Aguda Litiásica Servicio Cirugía General HEODRA Enero 2005- Diciembre 2010		
Tiempo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menor de 1 Hora	4	10
1-2 Horas	30	75
Mayor 2 Horas	6	15
Total	40	100

Fuente: Expediente Clínico Departamento Cirugía HEODRA

Con respecto al tiempo transquirurgico de los pacientes que se llevaron a sala de operaciones diagnosticados como colecistitis aguda litiásica en el departamento de cirugía general del HEODRA en el periodo de enero 2005 a diciembre del 2010 el 75% de las cirugías duro de 1-2 horas, el 10% menos de 1 hora y el 15% duro más de 2 horas.

De los pacientes que se llevaron a sala de operaciones la mayoría tenía 2 días de iniciado el cuadro de colecistitis aguda litiásica correspondiendo al 47.5% de los casos y los que tenían 3 días fueron el 20% de los casos. En el caso de los pacientes que se manejó de forma médica la mayoría 27.7% se ingresó cuando la evolución de la patología biliar tenía 7 días, y en otros casos la evolución era de 3, 4 y 5 días para un porcentaje de 11.11% respectivamente.

De los pacientes sometidos a cirugía abierta el índice de complicaciones fue de 7.5% sobresaliendo cada una con un 2.5% la lesión de vías biliares, lesión de víscera hueca y lesión de la arteria hepática derecha.

COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS

De los pacientes diagnosticados con colecistitis aguda litiásica en el servicio de cirugía general del HEODRA en el periodo de enero 2005- diciembre 2010 solo se presentaron durante el posquirúrgico un 4.8% de los casos las que correspondieron a absceso intraabdominal en 2.4% de los casos y en el 2.4% de los casos correspondió a ictericia la que se resolvió espontáneamente.

COMPLICACIONES EN EL TRANSQUIRURGICO DE LOS PACIENTES QUE SE OPERARON CON EL DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS AGUDA LITIASICA DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2010.

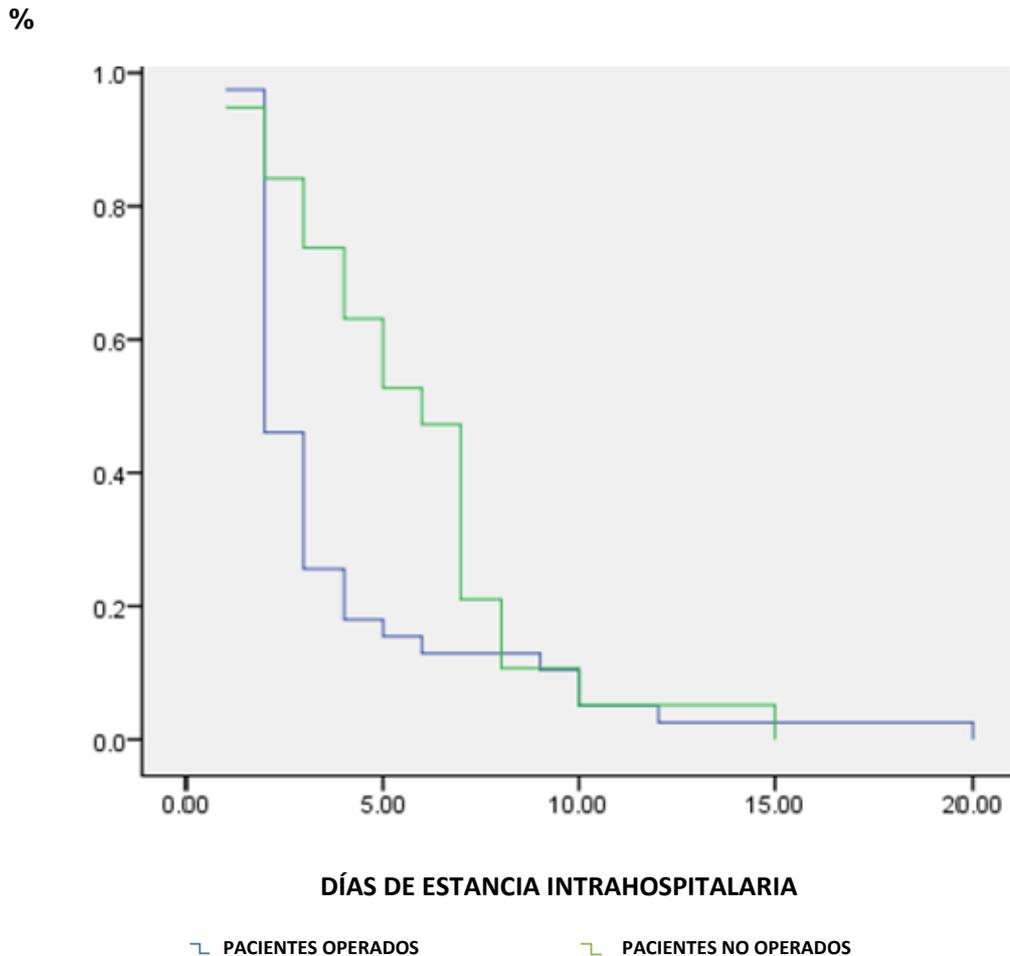
TIPO DE LESION	SI		NO	
	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA
VIAS BILIARES	2.4%	1	97.6%	39
VISCERA HUECA	2.4%	1	97.6%	39
LESION VASCULAR	2.4%	1	97.6%	39
TOTAL	7.2%	3	92.8%	37

COMPLICACIONES EN EL POSQUIRURGICO DE LOS PACIENTES QUE SE OPERARON CON EL DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS AGUDA LITIASICA DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2010.

TIPO DE LESION	SI		NO	
	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA
ABSCESO INTRAABDOMINAL	2.4%	1	97.6%	39
ICTERICIA	2.4%	1	97.6%	39
TOTAL	4.8%	2	95.2%	38

MODO DE EGRESO EN DÍAS

CURVA DE SUPERVIVENCIA:



Todos los pacientes se egresaron de la unidad de salud con resolución de la colecistitis aguda litiasica como alta los que en su mayoría (36.2%) se le dio su alta al 4 días de su hospitalización, otro porcentaje relevante se fue a su casa al 3 día de hospitalización en un 17.2% de los casos el resto de los casos en proporción menor duro hospitalizado desde 2 días hasta 49 día. Según la curva de supervivencia se encontró que la mayoría de los pacientes, cerca del 50%, que fueron operados se les dio alta al tercer día no así aquellos que se manejaron conservadoramente que alcanzaron este mismo porcentaje hasta el día siete.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Dentro de los hallazgos del estudio se encontró que los principales grupos de edades afectadas con mayor proporción con colecistitis aguda litiásica en nuestro medio son personas jóvenes en comparación de lo que se aprecia en la literatura internacional donde se hace referencia que la enfermedad litiásica es de predominio en personas de más de 40 años.

Las personas más afectadas como en otros estudios fueron las del sexo femenino⁷.

Los casos se presentaron afectando principalmente a las mujeres y de ellas las más afectadas son aquellas de las edades más jóvenes incluidas en el estudio. En cambio en el grupo de los masculinos los dos grupos atareos más afectados fueron los que superaron los 40 y los 60 años de edad haciéndose más frecuente esta patología en los varones a medida que avanza la edad⁷.

En cuanto a los signos clínicos de la colecistitis aguda estos en su mayoría fueron inconstante a excepción del dolor abdominal que se cree es el principal argumento de los pacientes para buscar asistencia médica, refiriendo la literatura que la ausencia del dolor excluye prácticamente el diagnóstico²⁸.

El ultrasonido fue el único método de imagen para diagnóstico por su accesibilidad y bajo costo y además de no ser un método invasivo pero con hallazgos operador dependiente que limitan a veces el diagnóstico exacto de la patología con variabilidad de datos que aporta, cuyos datos no fueron constante pero que sobresale en capacidad para detectar litiasis en la vesícula biliar donde se obtuvo el 100% de los casos.

En cuanto a los pacientes que se ingresaron todos fueron manejados en el servicio de sala general del hospital donde se preparó condiciones para su tratamiento más idóneo basado en los criterios intervencionistas ya bien establecidos. En todos los casos se encontró que la pared de la vesícula biliar estaba con proceso inflamatorio durante el transquirúrgico, además se encontraron una serie de datos que estaban en curso de la fisiopatología biliar encaminada a un proceso cada vez más catastrófico pudiendo en casi todos estos casos hacer una intervención oportuna del caso basados siempre en los criterios que rigen al cirujano^{1,28}.

También se encontró coledocolitiasis acompañando el cuadro de colecistitis aguda que ya está descrito en la literatura.⁶

De acuerdo a las características clínicas del paciente y el periodo de evolución de su enfermedad se valoró y se aplicó en consenso el tipo de manejo que más convenía basado en criterios internacionales logrando aplicar tratamiento quirúrgico a la mayoría de los casos de esta serie de casos.

La gran mayoría de los casos acudieron en los primeros días de iniciado el dolor no obstante otros se retrasaron al acudir asumiendo que en algunos casos se auto medicaron diversos fármacos con lo que se atenuó un poco la sintomatología entre otras causas de retrasar el ingreso e inicio del manejo

intrahospitalario.

En la mayor parte de los casos se realizó la cirugía como lo contemplan los consensos internacionales en las primeras 72 hrs de iniciado el cuadro pero también basado en estos consensos intervencionistas se llevaron a cabo cirugías fuera de este periodo considerado como optimo pero también ajustados al mismo consenso intervencionista^{29,30}.

El tiempo operatorio no fue distinto de muchos estudios donde la cirugía en su mayoría dura entre 1 y 2 horas de tiempo transoperatorio que en varios estudios así lo reportan en el caso de la cirugía antes de las 72 horas de iniciado el cuadro.

Las complicaciones posquirúrgicas anduvieron ajustadas a lo que la literatura internacional encuentra en los diferentes estudios (5%-10%) que se han planteado.

Los pacientes que más permanecen en nuestras unidades hospitalarias son aquellos que se manejan de forma conservadora en cambio los pacientes que se manejan de inicio en forma quirúrgica está demostrado que duran menos tiempo dentro de estas instituciones hospitalarias disminuyendo los costos de estadía y más importante que eso disminuye las complicaciones asociadas al retraso de la colecistectomía.

CONCLUSIONES

1. El comportamiento de la patología biliar en este caso la colecistitis aguda litiásica en nuestro medio, afecta comúnmente a las personas jóvenes y continúan siendo las mujeres las más afectadas con esta patología.
2. Se están aplicando los criterios internacionales de intervención en el manejo de los pacientes diagnosticados con colecistitis aguda litiásica en nuestro hospital basado en los criterios de cirugía de urgencia, cirugía diferida y cirugía temprana, con buena selección de los pacientes en cada manejo.
3. Los porcentajes de morbilidad (7.2%) están en los rangos que los estudios internacionales (5-10%) encuentran en su casuística.
4. Se prefiere la realización de cirugía temprana por la reducción en los costos de internación y en la morbilidad.

RECOMENDACIONES

1. Protocolizar en nuestros centros la conducta ante los pacientes con colecistitis aguda litiásica.
2. Continuar profundizando en el estudio y comportamiento de la enfermedad teniendo en cuenta la alta incidencia de la misma en Nicaragua.
3. Se debe mejorar en el sistema de verificación y almacenamiento de la información en las bases de datos estadísticas de nuestras unidades.
4. La realización de la cirugía debe ser cuidadosa, debido a que no debemos olvidar, que las principales causas de iatrogenia son exceso de confianza y falta de experiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. *Colecistitis Aguda: Actuales bases etiológicas, diagnósticas y terapéuticas.* V. Artigas, M. Cohen et al. *TRIBUNA MÉDICA*, 1992
2. *Gingrich R. A., Awe W.C. Acute Colecystitis.* *AM J. SURG.* 2:85-90, 1968
3. *M. Irizzi, Pl. A Study of the bacteriology of the hepatic segments of the biliar tract.* *Ann Surg* 116, 1942
4. *Reis R., Elías HIV A. Deutsch A., Septic Complications and Bile Culture in 800 consecutives Cholecystectomies,* *Workd J. Surg* 6:1972
5. *Mald C., Grimm G. Diagnosis of Gallbladder perforation in acute acalculos cholecystitis in critically ill patients.* *Care Medical*, 1992
6. *Schein C.J.: Acute Cholecystitis in the Diabetic* *AM. J. Gast.* 51:511, 1969
7. *Polk, H.C. Jr. Carcinoma in the Calcified Gallbladder,* *Gastroenterology*, 1966
8. *Sayoca P.E., et al: The incrising prevalence of acalculous cholecystitis in the ourpatientes. Result of a 7 year study.* *Sann Sueg.* 1990
9. *Acute Cholecystitis,* *Surg. Clin. North An.* 1988
10. *Finlayson. N, Cholecystectomy for gall stones.* *Brit Med.* 1989
11. *Hunaldo Lima de Menezes, Incidencia de Noeplasia da Vesícula Biliar em Colecistite Aguda e crónica.* *An. Pau. Med. Cir.,* 1995
12. *Savoca, P.E. et al. The incrasing prevalence of acalculous colecistitis in out patientes.* *Ann. Surg.* 1990
13. *Chetlin Sh., Elliott. W.D.: Biliary bactriemia.* *Arch. Surg.* 1971
14. *MC. Sherry, C.K. et al; The natural history of a diagnosed gallstone disease in symptomatic and asyntomatic patients.* *Ann Surg.* 1985
15. *Schein, C.J. Acute Cholecstitis.* *N.Y. Harper & Row,* 1972
16. *Gracie, W.A. ransohoff, D.F: The Natural History of Silent gall Stones. The innocent Gallstones is not a myth.* *N. Enf. J. Med.* 1982
17. *Sackman, M. Et al: The Munich Gallbladder Lithotripsy Study. Result of Five Years with 711 Patientes.* *Ann Int. Med* 1991

18. Johnston, D.E. Kaplan, M.M.: *Medical Progress: Pathogenesis and treatment of gallstones. Eng. J. Med* 1993
19. Meyers, W.C.: *A prospective analysis of 1518 Laparoscopic Cholecystectomies. N. Engl J. Med.* 1991
20. Yap. L. et al: *Acalculous Biliary Pain: Cholecystectomy alleviates Symptoms inpatients with adnormal cholescintigraphy. Gastroenterology* 101:786 1991
21. Klimberg S. Hawkins I,: *Percuta Neous Cholecytestomy for Acute Cholecistitis in Hight-Risk Patient Am. J. Surg.* 1987
22. Thompson J.M. et al: *Acute Cholecystitis Complicating Operations for other diseases. Am H. Surg.* 1976
23. Cumsile E.: *Consideraciones sobre algunas causas de muerte en cirugía biliar. Arch, Soc. Cir. Chile* 1955
24. Norrby, S. Et al: *Early or Delayed Cholecystectomy in Acute Cholecysitits? A clinical trial. Br. J. Surg.* 1983.
25. Criterios intervencionistas en la colecistitis aguda. Un reto para el cirujano Dr. Yandy Rodríguez Acosta monografías.com
26. Rev. Gastroent. Perú 1997; 17(3): 237-241 Colecistitis Aguda: Estudio Comparativo de 3 alternativas Médico – Quirúrgicas Mario Del Castillo*, Ramón Alvarado**.
27. RATTNER D. FERGUNSON C. Factors Associated with Success Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis. *Ann of Surg.* 1993, 217: 233-236.
28. BARBOZA BESADA EDUARDO. Colecistitis Aguda de Intervención Temprana; Tesis Doctoral. U. P.C. H. 1976.
29. PERISSAT J. COLLET D, BELLIARD R. GALLSTONES. Laparoscopic Treatment - Cholecystectomy, Cholecystostomy and Lithotripsy. *Surg. Endosc.* 1990, 4: 1-5.
30. Consideraciones diagnosticas de la enfermedad hepática .byersw.shaw(h), rakesh sindhiriy thomas g. heffron.cap.91.el dominio de la cirugia.mastery of surgery.
31. Colecistitis aguda.david I .narhwold,m.d.cap 1. patologia quirurgica xv edicion tomo II.

ANEXOS

Ficha de Recolección de datos

Nombre:

N° de expediente:

Edad:

Sexo:

Datos clínicos y analíticos:

a) Dolor: Si _____ No _____

b) Fiebre superior a 39°C: Si _____ No _____

c) Leucocitosis \geq 12.000/ml: Si _____ No _____

d) Vesícula palpable: Si _____ No _____

e) ictericia: Si _____ No _____

f) Sg de Murphy: Si _____ No _____

Datos ultrasonográficos:

a) Líquido peri vesicular: Si _____ No _____

b) Gas en pared o luz vesicular: Si _____ No _____

c) Edema de pared vesicular: Si _____ No _____

d) Líquido libre abdominal: Si _____ No _____

e) cálculos en la vesícula biliar: Si _____ No _____

f) coledocolitiasis: Si _____ No _____

Antecedentes Personales Patológicos:

Diabetes: SI _____ NO _____

Enfermedad Cardíaca: SI _____ NO _____

Enfermedad Pulmonar: SI _____ NO _____

Discrasias Sanguíneas: SI _____ NO _____

Obesidad por IMC mayor 25: SI _____ NO _____

Manejo inicial

- Manejo en UCI: SI _____ NO _____
- Manejo en sala general: SI _____ NO _____

Hallazgos Operatorios:

- Vesicula edematosa: SI _____ NO _____
- Plastron vesicular: SI _____ NO _____
- Absceso perivesicular: SI _____ NO _____
- Piocolocisto: SI _____ NO _____
- Gangrenosa: SI _____ NO _____
- Perforada: SI _____ NO _____
- Contaminación de cavidad con bilis/ cálculos: SI _____ NO _____
- Otros: _____

-Colédoco:

- Normal: SI _____ NO _____
- Dilatado: SI _____ NO _____
- mm: _____

TIPO DE MANEJO:

- Conservador: SI _____ NO _____
- Cirugía abierta: SI _____ NO _____

Días de estancia intrahospitalaria:

- Inicio del cuadro al ingreso: _____
- Inicio del cuadro a la cirugía: _____
- Tiempo transoperatorio: _____

COMPLICACIONES

Complicaciones Transquirúrgicas:

-Lesión de víscera hueca: SI__ NO__

-Lesión de víscera sólida: SI__ NO__

-Perforación vesícula: SI__ NO__

-Lesión de vía biliar: SI__ NO__

-Otras: _____

Complicaciones Posquirúrgicas:

Ictericia: SI__ NO__

Lesión de vías biliares: SI__ NO__

Embolia pulmonar: SI__ NO__

Sepsis de herida quirúrgica: SI__ NO__

Absceso intra abdominal: SI__ NO__

Modo de Egreso en días:

a. Alta ____

b. Abandono _____

c. Fuga: ____

d. Fallecidos: _____

