



Cirugía de la Vesícula y Vías Biliares

Su evaluación en el Hospital de Caldas

Autor: E. MULETT, MD.

Tutores: L. A. ARANGO, MD, SCC; A. ANGEL, MD, SCC.

Palabras claves: Colecistitis aguda y crónica, Colédoco, Colectomía, Coledocotomía, Esfinterotomía, Derivación biliodigestiva.

En el Servicio de Cirugía General del Hospital de Caldas, se operaron en un período de 3 años (1988, 89 y 90) 366 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda o crónica. Se encontró predominio femenino en una relación de 4.2:1.

La distribución por edades fue del 19.6% entre 30 y 39 años, siendo éstas últimas las de mayor incidencia en la serie. El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue el de colecistitis crónica, observado en el 60.5% de los pacientes; en el 33.7% de los casos fue necesario realizar procedimientos quirúrgicos sobre el colédoco, tales como sonda en T en el 55.9% o derivación biliodigestiva en el 42.6%.

Se encontraron entre 1 y 4 cálculos coledocianos en el 41.4% de los pacientes. La mortalidad general fue del 4.3% y el 31.2% tenía algún tipo de carcinomatosis asociada; el 12.5%, cirrosis hepática; el 18.7%, alteraciones cardiopulmonares, y pancreatitis en el 6.2%. La incidencia de coledocolitiasis residual fue del 3.8%.

Se concluye que la colectomía es un procedimiento seguro pero no libre de complicaciones que derivan principalmente de la patología asociada.

INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda y crónica comienza en 1667 cuando Stalpert Von Der Weil informó la evacuación de cálculos al abrir un absceso de la pared abdominal (1). En 1867, la primera colecistostomía fue hecha en Estados Unidos por John Bobbs de Indianápolis

Autor: Doctor Edelberto Mulett Vásquez, R-II de Cirugía General.

Tutores: Doctores Lázaro Arango y Alberto Angel, Docentes de la Univ. de Caldas, Hospital de Caldas, Manizales, Colombia.

(1). Después de este y otros casos, Tate y otros cirujanos proponen la colecistostomía como el procedimiento de elección para el tratamiento de la colecistitis aguda y crónica. La primera colectomía fue hecha por Carl Johan Langebuch de Berlín, en 1882 (1, 2). A principios de los años 1900's la colectomía se convierte en la operación de elección de la colecistitis.

Los estudios de Glenn y McSherry indican que la morbilidad general de la colectomía es de 4 a 6% con una mortalidad operatoria de menos del 1%; ésta se aumenta a medida que avanza la edad (mayor de 65 años) y es más frecuente para la colecistitis aguda que para la crónica (1). Los métodos percutáneos para el estudio y tratamiento de la patología biliar se reservan para algunos pacientes en malas condiciones o cuando la terapéutica quirúrgica está contraindicada (3); aunque la esfinterotomía endoscópica seguida de la extracción de cálculos es ahora el tratamiento estándar para la coledocolitiasis (4).

Se han diseñado algunos índices con el propósito de identificar pacientes de alto riesgo de mortalidad, los cuales sugieren un tratamiento individual según el nivel donde aquellos se encuentren (5).

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas del servicio de estadística con patología de la vesícula y vías biliares, desde enero de 1988 a diciembre de 1990; se excluyeron los casos en los que la historia clínica no estaba completa. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, diámetro del colédoco y número de cálculos, complicaciones y mortalidad.

Entre los 366 casos estudiados, la más alta incidencia se presentó entre 30 y 39 años de edad (19.6%) (Fig. 1), siendo el sexo femenino el más afectado con el 80.8% (Fig. 2). El diagnóstico más común fue el de colecistitis aguda. En el 33.7% de estos casos se encontraron cálculos en la vía biliar y el procedimiento más usado fue la exploración

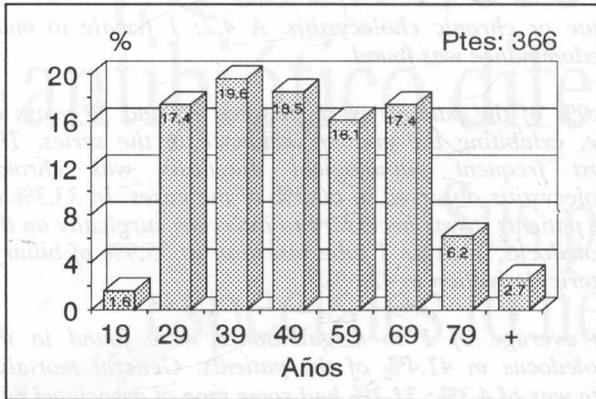


Fig. 1. Incidencia de la patología de las vías biliares tratada quirúrgicamente, según la edad del paciente.

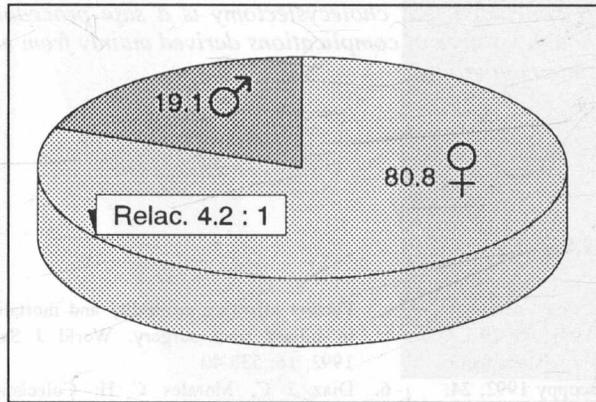


Fig. 2. Incidencia de la patología biliar tratada quirúrgicamente, según el sexo.

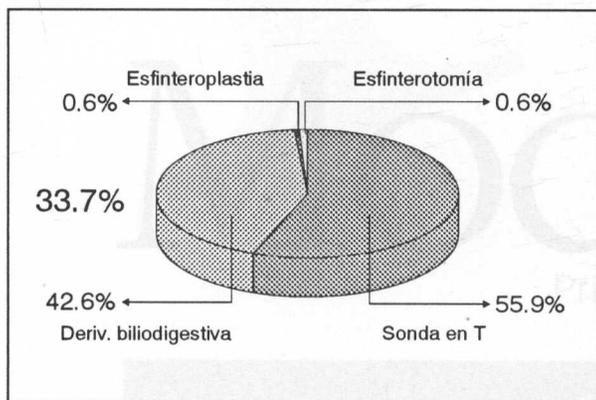


Fig. 3. Incidencia de la colecistectomía y del tratamiento del colédoco.

de ésta, con inserción de la sonda o tubo en T en el 55.9% de los pacientes, y derivación biliodigestiva en el 42.6% de los mismos (Fig. 3). En los pacientes en quienes se utilizó sonda en T, el diámetro del colédoco estuvo entre 15 y 19 mm en un porcentaje del 32.9%; en el 41.4% de

los casos se encontraron entre 1 y 4 cálculos; en el 25.4% de los pacientes a quienes se les realizó derivación biliodigestiva el colédoco tenía entre 25 y 29 mm de diámetro. Las complicaciones observadas fueron: cardiopulmonares en el 3.8%; coledocolitiasis residual en el 3.6% de los pacientes; en el 33% de estos últimos se habían encontrado entre 1 y 4 cálculos en la primera intervención; se hizo exploración de la vía biliar en el 66% de los casos y colecistectomía solamente en el 25% de los pacientes. En la reintervención, el colédoco se observó con un diámetro mayor de 20 mm en el 36.3% de los pacientes, el cual contenía entre 1 y 4 cálculos residuales en el 63.6%. En el 72.7% se practicó colédocoduodenostomía y se colocó sonda o tubo en T en el 18.1% de los pacientes. La morbimortalidad se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1. Porcentajes de complicaciones y mortalidad en la cirugía biliar.

Morbimortalidad	%
Cardiopulmonar	3.8
Coledocolitiasis residual	3.8
Sepsis	2.7
Fístulas	2.4
Muerte	4.3

El 31.2% de los pacientes fallecidos tenía algún tipo de carcinomatosis, y el 40% de los que murieron por sepsis presentó coledocolitiasis residual.

La estancia hospitalaria fue entre 5 y 9 días en el 31.6% de los pacientes.

DISCUSION

Revisada la casuística de cirugía de la vesícula y vías biliares del Hospital de Caldas, se encontró que la incidencia de la enfermedad biliar es más frecuente entre los 30 y 49 años, edades un tanto menores que las informadas en otras series que oscilan entre 45 y 58 años; además, la relación entre el sexo femenino y masculino en nuestro medio es de 4.2:1, comparado con la relación de 9:1 (6) en otras ciudades.

El diagnóstico de colecistitis crónica en series distintas se establece con una frecuencia del 80% (1), mientras que entre nosotros fue sólo del 44.4%. Encontramos en nuestro medio una incidencia de cálculos coledocianos del 33.7%, comparado con el 10 a 15% en otros informes (2).

Por otra parte, en esta revisión la incidencia de cálculos residuales fue del 3.8% frente al 5% aproximadamente (2) de otras series donde se informa una mortalidad del 4% (2) en pacientes que van a reexploración, comparada con un 12.5% en nuestro estudio. Se han visto que en pacientes con algún tipo de neoplasia se aumenta la mortalidad hasta alcanzar en algunas series el 10%.

CONCLUSIONES

La enfermedad de las vías biliares es más frecuente en mujeres que en hombres.

La colecistectomía abierta es el procedimiento comparable con otros métodos laparoscópicos o endoscópicos.

La presencia de litiasis residual del colédoco o de neoplasia, ensombrecen el pronóstico.

Se están cumpliendo con más frecuencia protocolos de manejo endoscópico percutáneo y laparoscópico para el estudio y tratamiento de la patología biliar. Es importante en nuestro medio implantar estos protocolos en el adiestramiento quirúrgico.

ABSTRACT

At the General Surgical Service of the Caldas University Hospital, a total of 366 patients were operated during a 3 year period between 1988 and 1990, with the diagnosis of

acute or chronic cholecystitis. A 4.2: 1 female to male predominance was found.

19.9% of the patients were between 30 and 39 years of age, exhibiting the greater incidence in the series. The most frequent pathological diagnosis was chronic cholecystitis observed in 60.5% of the cases. In 33.3% of the patients it was necessary to intervene surgically on the choledocus, such as T tube insertion in 55.9% of biliary-enteric derivation in 42.6%.

An average of 1 to 4 gall-stones were found in the choledocus in 41.4% of the patients. General mortality rate was of 4.3%; 31.2% had some type of associated carcinoma; 12.5% cirrhosis; 18.7% cardio-pulmonary disorders and 8.2% pancreatitis. The incidence or residual choledocal stones was 3.8%.

It is concluded that cholecystectomy is a safe procedure although not free of complications derived mainly from associated pathology.

REFERENCIAS

1. Hermann R E: Surgery for acute and chronic cholecystitis. *Surg Clin North Am* 1990; 70: 1.263-75
2. Maingot R: *Abdominal Operations*, 7 ed, Appleton-Century- Crofts, 1980
3. Pekdj J, Sivori J et al: Procedimientos percutáneos terapéuticos en patología biliar, *Rev Argent Cirug* 1991; 60: 20
4. Slivka A, Carr-Locke D L: Therapeutic Biliary Endoscopy. *Endoscopy* 1992; 24: 100-19
5. Cheng-Hsi S, Fang-Ku P, Wing-Yiu L: Factors affecting morbidity and mortality in biliary tract surgery. *World J Surg* 1992; 16: 536-40
6. Díaz J C, Morales C H: Colecistitis Aguda y Crónica. *Momento Quirúrgico. Rev Col Cirug* 1992; 7 (2): 64-8