

Enfermedad vesicular: Diagnóstico, complicaciones y mortalidad en el Hospital Universitario del Valle

Olga Lucía Rojas, M. D.¹, Armando González M., M. D.² y Jorge Salazar, M. D.³

RESUMEN

Se analizan las historias clínicas de 448 pacientes operados con diagnóstico de enfermedad vesicular entre 1975 y 1979 en el Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali, Colombia.

De los pacientes 54.5% eran mayores de 40 años y la proporción de mujeres a hombres fue 5:1.

El 90% de los enfermos refería como antecedente dolor abdominal tipo cólico. Los síntomas más comunes fueron dolor abdominal, vómito e intolerancia a los alimentos con grasas y los signos más frecuentes defensa en el cuadrante superior derecho, signo de Murphy positivo y fiebre. En 10% de los casos hubo ictericia demostrada por laboratorio; sólo se hizo colecistografía oral a 50% de los pacientes.

El 46.7% de los pacientes tenía colecistitis crónica y el 46.2% colecistitis aguda. El íleo biliar se presentó en 0.9% de los pacientes e igual frecuencia se encontró para el carcinoma de la vesícula.

Se le practicó colecistectomía a 99.6% de los pacientes y no se les dejó drenaje a 86.2%. Los gérmenes aislados más frecuentes fueron: *Escherichia coli*, *estreptococos* y *Klebsiella spp.*

Las complicaciones postoperatorias fueron mínimas y la mortalidad fue 0.9%.

Las enfermedades de las vías biliares se encuentran entre las afecciones más comunes y son una causa importante de morbilidad, hospitalización y costo de la asistencia médica. La frecuencia de enfermedades biliares aumenta con la edad pues entre los 50 y 65 años más del 20% de las mujeres y 5% de los hombres las sufren.

Los objetivos del presente estudio fueron: identificar los síntomas y signos de los pacientes con enfermedad de la vesícula operados en el Hospital Universitario del Valle (HUV) en Cali, Colombia, entre 1975-1979; analizar los métodos diagnósticos utilizados, de laboratorio y rayos X; estudiar los hallazgos quirúrgicos para correlacionarlos con los resultados del examen anatomopatológico; evaluar las operaciones realizadas y el uso de drenes e identificar las complicaciones postoperatorias y la mortalidad.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron los registros del Departamento de Anestesiología del HUV entre 1975-1979 y se seleccionaron 448 pacientes intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de enfermedad vesicular. En un formulario se consignaron los datos más importantes y se hizo análisis manual.

RESULTADOS

Edad y sexo. El Cuadro I informa la composición por grupos de edad y por sexo. Se aprecia que un poco más de la mitad, 54.5%, eran mayores de 40 años y que se intervino a 5 mujeres por cada varón.

Tiempo transcurrido entre la iniciación de la enfermedad, la consulta y la operación. El tiempo entre la iniciación de la enfermedad, la consulta y la operación fue variable. En efecto, 205 (45.8%) pacientes acudieron al hospital durante las primeras 48 horas de haber presentado el último episodio de cólico biliar y 295 (65.8%) fueron operados en las primeras 48 horas de haber consultado al hospital.

1. Docente Adjunto, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Titular, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Médico General, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Cuadro 1
Enfermedad Vesicular. Distribución por Grupos de Edad y Sexo. HUV, 1975-1979.

Grupos de edad	Sexo		Total	%
	M	F		
0- 9	4	—	4	0.9
10-19	3	10	13	2.9
20-29	7	79	86	19.2
30-39	11	90	101	22.5
40-49	19	78	97	21.7
50-59	22	63	85	19.0
60-69	6	34	40	8.9
70-79	2	15	17	3.8
80 y más	—	3	3	0.7
Sin dato	—	2	2	0.4
Total	74	374	448	100.0

Cuadro 2
Enfermedad Vesicular. Síntomas, HUV, 1975-1979

Síntomas	Si	No	Positi- vidad	
			Sin dato	%
Dolor abdominal en hipocondrio derecho (cólico biliar)	423	9	16	94.4
Vómito	421	20	7	93.9
Intolerancia a las grasas	354	76	18	79.0
Dolor irradiado a la espalda	334	96	18	74.6
Anorexia	203	227	18	45.3
Fiebre	154	276	18	34.4
Dolor irradiado al hombro	77	353	18	17.3
Escalofríos	73	358	17	16.4
Coluria	38	390	20	8.0
Ictericia	30	400	18	6.5
Anemia	21	409	18	4.7
Acolia	4	424	20	8.9

Antecedentes. Los más comunes fueron: cólico biliar, 404 (90.1%); intolerancia a los alimentos con grasas, 326 (72.8%); y episodios de ictericia, 27 (6.0%).

Síntomas y signos. Los Cuadros 2 y 3 respectivamente, presentan estos datos en orden de más común a más raro. Vale la pena mencionar que 43 (9.6%) pacientes tuvieron un abdomen negativo.

Exámenes de laboratorio. Se informan en el Cuadro 4.

Rayos X. De los 448 casos se hizo radiografía simple de abdomen en 54 (12.1%). Se encontraron cálculos radioopacos en 15 (27.8%); la vesícula era visible en 4 (7.4%); había signos compatibles con obstrucción intestinal en 2 (3.7%) pacientes y 33 (61.1%) no mostraban anomalías en la radiografía simple.

Cuadro 3
Enfermedad Vesicular. Signos. HUV, 1975-1979

Signos	Si	No	Positi- vidad	
			Sin dato	(%)
Hipocondrio derecho defendido	370	63	15	82.6
Signo de Murphy positivo	181	252	15	40.4
Fiebre	128	305	15	28.6
Taquicardia	120	314	15	26.5
Vesícula palpable dolorosa	88	345	15	19.5
Hipotensión	55	378	15	12.3
Ictericia	45	388	15	9.7
Abdomen negativo	43	398	15	9.6
Hepatomegalia	14	419	15	3.1
Plastrón en hipocondrio derecho	10	423	15	2.2
Defensa abdominal generalizada	10	423	15	2.2

Cuadro 4
Enfermedad Vesicular. Resultados de Laboratorio. HUV, 1975 - 1979.

Examen	N°	%
Hemoglobina igual o mayor 10 g%	404	90.2
Leucocitosis	183	40.9
Neutrofilia	222	49.6
Bilirrubinas elevadas	44	9.8
Fosfatasa alcalinas elevadas	40	8.9
Transaminasas oxaloacéticas elevadas	24	5.4
Tiempo de protrombina alterado	16	3.6
Urobilinógeno elevado	7	1.6
Colesterol elevado	2	0.4

Se practicó colecistografía oral a 223 (49.8%) pacientes y se encontraron cálculos en 123 (55.1%); había exclusión en 88 (39.5%); colecistosis en 6 (2.7%); vaciamiento retardado en 4 (1.8%); además, 2 (0.9%) sujetos fueron colecistectomizados aunque mostraban una vesícula normal según este examen.

Se hizo colangiografía intravenosa a 50 (11.1%) enfermos, de los cuales 25 (50%) tenían vesícula excluida; en 14 (28%) se visualizaron cálculos; 2 (4%) tenían las vías biliares dilatadas; en 5 (10%) no se dibujaron y la vesícula fue normal en 4 (8%) personas.

Se tomó radiografía de tórax a 127 (28.4%) pacientes; se encontraron alteraciones en 44 (34.6%) y fue normal en 83 (65.3%).

Gammagrafía hepática. Presentaron anomalías 5 (1.1%) casos y fue normal en 1 (0.2%).

Antibióticos. Recibieron un antibiótico o una combinación de antibióticos antes de la intervención 136 (30.4%) perso-

Cuadro 5
Enfermedad Vesicular. Hallazgos y su Comprobación por Examen Anatomopatológico. HUV, 1975-1979

Hallazgos			Nº de	
	Si	No	casos	%
Vesícula normal	—	2	2	0.4
Cálculos en vesícula sin inflamación de la pared vesicular	23	—	23	5.1
Colecistitis crónica	195	14	209	46.7
Colecistitis aguda	112	20	132	29.5
Piocollecisto	53	10	63	14.1
Vesícula con absceso o gangrenada	5	2	7	1.5
Vesícula perforada	4	1	5	1.1
Ileo biliar	3	—	3	0.7
Carcinoma de vesícula	4 ^a	—	4	0.9
Totales	399	49	448	100.0

^a 2 tenían inflamación vesicular.

Cuadro 6
Enfermedad Vesicular. Complicaciones Postoperatorias. HUV, 1975-1979.

Nombre de la complicación	Nº	%
Bronconeumonía	4	21.0
Infección de la herida	3	15.8
Litiasis residual del colédoco	3	15.8
Bilirragia	3	15.8
Absceso subfrénico	2	10.5
Sepsis	1	5.3
Hemobilia	1	5.3
Insuficiencia renal aguda	1	5.3
Infección urinaria	1	5.3
Total	19	100.0

nas; se suministraron antibióticos después de la cirugía a 184 (41.1%) y a 108 (24.1%) tanto pre como postoperatorios. La combinación de antibióticos que más se utilizó fue penicilina con gentamicina, en 53 individuos y el antibiótico solo más usado fue ampicilina en 20.

Hallazgos operatorios y comprobación patológica. Los 448 pacientes se clasificaron en 9 grupos y para cada uno se analizó si había o no cálculos (Cuadro 5), además tenían colesterosis 23 (5.1%) pacientes; adenomiosis 3 (0.7%); pancreatitis 4 (0.9%) y fístula biliodigestiva 4; 3 de estos últimos tenían íleo biliar.

Operaciones realizadas. Fueron colecistectomizados 446 (99.6%) pacientes y a los 2 restantes sólo se les practicó enterotomía para extraer el cálculo que producía la obstrucción del intestino. De los 3 enfermos con íleo biliar apenas a uno se le hizo colecistectomía más enterotomía. Las enterotomías se efectuaron 2 a nivel de íleo terminal y una en el yeyuno.

Uso de drenes. A 386 (86.2%) pacientes no se les dejó drenaje y 1 (0.26%) presentó infección de la herida. A 62 (13.8%) se les dejó drenaje y a 2 (3.2%) se les infectó la herida.

A 165 pacientes con inflamación vesicular aguda no se les dejó drenaje, 1 (0.6%) presentó absceso intraabdominal y ninguno tuvo infección de la herida. A 42 pacientes con inflamación vesicular aguda se les dejó un drenaje y 2 (4.8%) presentaron infección de la herida y ninguno absceso intraabdominal.

Cultivo de bilis. Se les tomó muestra para cultivo de bilis a 39 (8.7%) pacientes y fueron positivos 35 (89.7%). Se aislaron *Escherichia coli*, 17 (40.5%); estreptococos, 7 (16.7%); *Klebsiella*, 3 (7.1%); enterococos, 2 (4.8%), y otros gérmenes, 12 (30.9%).

Cirujano. Fueron realizadas por el residente 261 (58.3%) operaciones; por profesores 41% y otros cirujanos 0.7%.

Duración de la operación. Duraron menos de 2 horas 371 (82.8%) operaciones; más de 2 horas 72 (16.1%) y en 5 (1.1%) no se encontró el dato.

Complicaciones postoperatorias. De 448 pacientes 19 (4.2%) presentaron complicaciones. El enfermo con hemobilia fue reintervenido quirúrgicamente y se encontró un aneurisma de la arteria hepática fistulizado al colédoco. Se le practicó como tratamiento ligadura de la arteria hepática (Cuadro 6).

Controles postoperatorios. Se controlaron durante el primer año de la operación 112 (25.0%) pacientes. Sólo 7 (1.6%) asistieron a controles después de un año de operados. El resto, 329, no fueron controlados después del retiro de los puntos.

Mortalidad. Después de ser intervenidos por enfermedad vesicular, fallecieron 4 (0.9%) pacientes: el primer paciente era una mujer de 38 años de edad y se intervino con diagnóstico de ictericia obstructiva pero no se encontró patología biliar. Al abrir el colédoco se le lesionó y se le practicó anastomosis terminoterminal; 4 años más tarde fue intervenida con diagnóstico de colangitis. Los hallazgos a la laparotomía fueron: colecistitis crónica, hipertensión portal y cirrosis. Se le hizo colecistectomía y biopsia hepática y falleció al tercer día postoperatorio en coma hepático. El informe de patología reveló colecistitis crónica y cirrosis.

El segundo paciente era una mujer de 61 años de edad que se intervino quirúrgicamente con diagnóstico de colecistitis aguda. A la laparotomía se le encontró la colecistitis aguda pero además tenía un hígado lleno de nodulaciones. Se le efectuó colecistectomía; en el postoperatorio presentó neumonía y falla hepática.

El tercer paciente, un hombre de 55 años de edad, fue operado después de acudir en varias oportunidades al servicio de urgencias del HUV. A la laparotomía se encontró gangrena en la vesícula, con perforación y peritonitis localizada. En el postoperatorio presentó insuficiencia renal aguda y broncoaspiración. La última paciente tenía 74 años de edad y se operó con diagnóstico de colecistitis y enfermedad cardíaca concomitante. A la laparotomía se encontró piocollecisto y vesícula

perforada. En el postoperatorio hizo septicemia, shock séptico e insuficiencia cardíaca congestiva.

DISCUSION

La enfermedad vesicular se debe, en la mayor parte de los casos, a cálculos biliares. En este estudio, 89.1% de los pacientes tenían cálculos.

Los episodios recurrentes de obstrucción del conducto cístico por cálculos biliares causan cólicos intermitentes que son el síntoma más característico. El episodio cólico puede durar unos minutos o varias horas. Clásicamente es precipitado por alimentos grasosos, pero en algunos casos no guarda relación con las comidas. Los pacientes con colecistitis aguda, en general presentan dolor abdominal en el hipocondrio derecho, náuseas y vómito. El dolor se irradia con frecuencia a la región infraescapular derecha. Adicionalmente estos síntomas se acompañan con fiebre, leucocitosis, hipersensibilidad, rigidez y con frecuencia una masa palpable en la región subcostal derecha.

Se encontró masa palpable en 88 (19.5%) enfermos de los 448 operados con enfermedad vesicular; si se excluyen los pacientes sin inflamación aguda (241) se obtiene una proporción de 42.5% con masa palpable.

En personas con colecistitis aguda las concentraciones de bilirrubina, fosfatasa alcalina, transaminasa glutamicooxalacética del suero y amilasas séricas son normales o están ligeramente elevadas. En ausencia de coledocolitiasis hay ictericia en 10 a 20% de los enfermos, con valores de bilirrubina tan altos como 5 mg%¹. En el presente estudio casi 10% de los pacientes tenían ictericia demostrada por laboratorio y 5% transaminasas elevadas. Lo anterior está de acuerdo con que es posible encontrar ictericia en 10 a 20% de los enfermos con colecistitis aguda. Si se asume que sólo tenían ictericia los pacientes con inflamación aguda de la vesícula la frecuencia de ictericia en este estudio fue 21.3% (44/207).

En los años del estudio (1975-1979) no había en Cali las técnicas modernas para diagnóstico de enfermedad vesicular (ultrasonido imágenes con radionucleidos, tomografía axial computadorizada). Por tanto la gran mayoría de los diagnósticos se hizo clínicamente y con exámenes comunes de laboratorio. La colecistografía oral que constituía en ese entonces el método diagnóstico más efectivo, en ausencia de vómito, sólo se practicó en 50% de los enfermos.

Otros estudios radiológicos como la placa simple de abdomen y la colangiografía intravenosa apenas se realizaron a 12% y 11% respectivamente.

Durante 30 años fue bien aceptado que la colecistografía oral era una prueba extremadamente sensible que revelaba hasta 98% de los cálculos biliares y casi nunca daba falsos positivos. Muchos de estos estudios en los que se basaron estas conclusiones carecían de vigilancia adecuada sobre los pacientes o de corroboración de un estudio negativo. En fecha reciente el ultrasonido se ha constituido en una prueba útil para la valoración de la vesícula biliar y los estudios en que se utilizan ambas técnicas indican que la sensibilidad de la colecistografía oral para el descubrimiento de cálculos es de 85% a 90%. En la actualidad el valor de la colangiografía intravenosa es

dudoso. En un estudio de 128 colangiografías la mitad resultaron subóptimas y no diagnósticas y en las que se juzgaron adecuadas hubo 40% de error.

Hay varios argumentos para explicar el hecho de no haberle practicado a 50% de los pacientes colecistografía oral:

a. En 46% de los casos había un cuadro clínico de colecistitis aguda.

b. En 42% de los pacientes con colecistitis aguda se palpó una masa en el hipocondrio derecho y en el tiempo de realización del presente trabajo era indicación, casi absoluta, de laparotomía sin más estudios.

c. La conducta establecida en la sección de cirugía general era realizar cirugía temprana cuando se hacía diagnóstico clínico de colecistitis aguda.

d. La poca disponibilidad de equipos de rayos X.

La controversia existente en relación con cirugía temprana durante la misma admisión vs. diferir la cirugía 2 a 4 meses se ha definido en favor de la cirugía temprana²⁻⁹ dentro de los primeros 7 días del comienzo de los síntomas agudos, ojalá en las primeras 48 horas en que se haya logrado establecer el diagnóstico. Se debe recomendar la intervención como una urgencia extrema cuando no haya señales de mejoría: mayor dolor, aumento de los signos generales de inflamación, masa que crece o cuando la masa no es móvil sino fija e irregular, o cuando hay rigidez involuntaria en el hipocondrio derecho.

El ultrasonido es el primer examen de elección para el árbol biliar, preferible sobre la tomografía computadorizada, por su facilidad para practicarlo en múltiples planos, la disponibilidad y el costo. La sensibilidad y especificidad del ultrasonido, cuando se comparan con la colecistografía oral, son ligeramente mayores^{10,11}.

En quienes se sospecha colecistitis aguda y no se ha logrado comprobar el diagnóstico por otros métodos es útil la centelleografía biliar con HIDA que es una prueba de predicción confiable, segura y sencilla¹²⁻¹⁵. Actualmente este estudio es el de elección cuando se sospecha colecistitis aguda, pues tiene una exactitud de 98%. Se considera el estudio positivo si después de 2 horas de haber inyectado el isótopo por vía intravenosa se observa imagen hepática, se visualizan el colédoco y el duodeno y no se observa la vesícula. Estos hallazgos indican obstrucción del conducto cístico.

A todos los pacientes del estudio se les practicó colecistectomía excepto a dos a quienes se les hizo enterotomía para extracción de cálculos.

El íleo biliar es la obstrucción intestinal mecánica causada por impactación de uno o más cálculos biliares en la luz del intestino. Este padecimiento es tan raro que la mayoría de los cirujanos tiene una experiencia muy limitada. El diagnóstico es muy difícil de hacer antes de operar. Cuando se interviene el paciente se recomienda la enterolitotomía para desplazar el cálculo manualmente en dirección proximal hacia una porción intestinal no afectada; la incisión debe ser longitudinal y el cierre transversal. Si el cálculo está impactado en el intestino y no se puede desplazar fácilmente puede ser necesario reseca un segmento intestinal. Se deben buscar otros cálculos en el intestino delgado y en el colon. Se debe exami-

nar la vesícula y buscar signos de escape biliar o intestinal, absceso o gangrena inminente de la vesícula u otros cálculos vesiculares.

En los últimos años muchos cirujanos han recomendado reparar el íleo por calculosis biliar en una única etapa donde se combinan la colecistectomía y la reparación de la fístula colecistoentérica con la enterolitotomía. No se ha observado aumento de morbilidad o mortalidad con esta técnica en comparación con la enterolitotomía sola. Se contraindica la operación en una etapa y apenas se suprime la obstrucción intestinal cuando los pacientes tienen alto riesgo.

Sólo a 13.8% de los pacientes se les dejó drenaje y en este grupo se presentó una frecuencia mayor de infección de herida que a quienes no se les dejó drenaje.

El bajo seguimiento de los pacientes no fue estudiado para analizar sus causas pero son probables las siguientes:

- a. El convaleciente no asiste a control cuando se siente bien.
- b. Bajo nivel económico que les impide desplazarse de sus hogares.
- c. Las políticas de regionalización que le facilitan al paciente atención en los puestos y centros de salud cercanos a su vivienda.
- d. Congestión de pacientes en el HUV que dificulta la obtención de las citas.

Se presentaron complicaciones postoperatorias en 4.2% de los pacientes y la mortalidad global fue 0.9%.

La mortalidad operatoria en una serie¹⁶ de 7 413 pacientes con colecistitis crónica fue 0.5%. En otro grupo menor de pacientes¹⁷ la mortalidad quirúrgica fue 1.87%.

SUMMARY

An analysis is made of the case histories of 448 patients operated upon with diagnosis of gallbladder disease from 1975-1979 at the Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Of the patients 54.5% were over 40 years old and the female/male ratio was 5:1. Practically 90% of patients had previous episodes of colical abdominal pain. The most frequent symptoms were abdominal pain, vomiting and fat food intolerance. The most frequent signs were RVQ, tenderness, Murphy's sign and fever.

In 10% of cases there was jaundice confirmed by laboratory studies; oral cholecystogram was performed in 50% of patients.

Of patients 46.7% had chronic cholecystitis and 46.2% had acute cholecystitis. Gallstone ileus was present in 0.9% of patients and same percentage was found for gallbladder carcinoma.

Cholecystectomy was performed in 99.6% of patients. No drainage was done in 86.2% of the cases. The most frequently isolated bacteria were *Escherichia coli*, streptococci and *Klebsiella* species.

The postoperative complications were minimal and the mortality was 0.9%.

REFERENCIAS

1. Matolo, N., LaMorte, W. y Wolfe, B.: Colecistitis aguda y crónica. *Clin Quirur NA 4*: 857-865, 1981.
2. Rosenquist, J.: Radiología del árbol biliar. *Clin Quirur NA 4*: 759-770, 1981.
3. Jarvinen, H. y Hostbacka, J.: Early cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg 191*: 501-505, 1980.
4. Mitchell, A. y Morris, P.: Trends in management of acute cholecystitis. *Br Med J 284*: 27-30, 1982.
5. Fowkes, F. G. R. y Gusin, A. A.: The management of acute cholecystitis and its hospital cost. *Br J Surg 67*: 613-617, 1980.
6. Halasz, N. A.: Counterfeit cholecystitis. A common diagnostic dilemma. *Am J Surg 130*: 189-193, 1975.
7. Linden, W. y Sunzel, H.: Early versus delayed operation for acute cholecystitis. *Am J Surg 120*: 7-13, 1970.
8. Plesis, D. y Jersky, J.: Tratamiento de la colecistitis aguda. *Clin Quirur NA*: 1071-1078, 1973.
9. Rosoff, L. y Robbins, G.: Tratamiento operatorio de la colecistitis aguda. *Clin Quirur NA*: 1079-1088, 1973.
10. Reid, M. y Phillips, H.: Papel de las imágenes por tomografía computarizada y ultrasonido en las enfermedades de las vías biliares. *Clin Quirur NA 4*: 771-808, 1981.
11. Cooperberg, P. L. y Burhenne, H. J.: Real-time ultrasonography diagnostic technique of choice in calculous gallbladder disease. *N Engl J Med 302*: 1277-1279, 1980.
12. Staldnik, R. y Matolo, N.: Imagen con radionucleidos del árbol biliar. *Clin Quirur NA 4*: 809-824, 1981.
13. Down, R. H. L.: Comparison of accuracy of 99m TC-pyridoxylidene glutamate scanning with oral cholecystography and ultrasonography in diagnosis of acute cholecystitis. *Lancet 2*: 1094-1097, 1979.
14. Suárez, N.: The role of HIDA/PIPIDA scanning in diagnosing cystic duct obstruction. *Ann Surg 191*: 391-396, 1980.
15. Van Lindingham, S. y Broders, C.: Ileo por calculosis biliar. *Clin Quirur NA 2*: 247-252, 1982.
16. McSherry, C. y Glenn, F.: The incidence and causes of death following surgery for non malignant biliary tract disease. *Ann Surg 191*: 271-275, 1980.
17. Kasulke, R., Schein, C. y Gledman, M.: Fatal complications in surgery for biliary calculi. *Am Surg 47*: 470-473, 1981.