

Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno

Chronic and acute cholecystitis, review and current status in our environment

Luis Bernardo Enríquez-Sánchez,* José Daniel García-Salas,** Javier Carrillo-Gorena***

Palabras clave:
Colecistitis, litiasis, colecistectomía, laparoscopia, conversión.

Key words:
Cholecystitis, lithiasis, cholecystectomy, laparoscopy, cholelithiasis.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia de la colecistectomía, sus diferentes diagnósticos preoperatorios y el manejo quirúrgico dependiendo de la gravedad y las características de la población que padece colecistitis en el Hospital Central del Estado de Chihuahua. **Material y métodos:** Entre julio de 2016 y julio de 2017 se estudiaron, transversal y retrospectivamente, 355 pacientes internados e intervenidos de colecistectomía tanto electiva como de urgencia en el Servicio de Cirugía del Hospital Central del Estado de Chihuahua. **Resultados:** Durante el periodo de este estudio, 355 pacientes fueron sometidos a colecistectomía: 305 (87.64%) fueron colecistectomías laparoscópicas o de mínima invasión —de éstas, 11 (3.1%) se convirtieron a cirugía abierta— y 43 (12.36%) pacientes fueron intervenidos de colecistectomía abierta de primera intención con técnica tradicional a cielo abierto. Se excluyeron siete pacientes por información incompleta en más del 20% de las variables. El promedio de edad de presentación de la enfermedad fue de 41 años. Del total de pacientes, la mayoría fue del sexo femenino: 280 (80.45%); del sexo masculino fueron 68 pacientes (19.55%). **Conclusiones:** La mayoría de los casos por los cuales se decide el tipo de abordaje quirúrgico reside en la tecnología del material quirúrgico del que se dispone, la experiencia y habilidades de los cirujanos, el grado de complicación de la colecistitis y los posibles beneficios de uno con respecto al otro, lo que individualiza a cada paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of cholecystectomy, the different preoperative diagnoses for surgical excision and the surgical management—depending on the severity and characteristics of the population suffering from cholecystitis—in the Central Hospital of the City of Chihuahua. **Material and methods:** We transversely and retrospectively studied 355 patients who were hospitalized and operated on for either elective or emergency cholecystectomy in the Surgery Service of the Central Hospital of the City of Chihuahua from July 2016 to July 2017. **Results:** During the period of this study, 355 patients underwent a cholecystectomy; 305 (87.64%) were laparoscopic or minimally invasive cholecystectomies—of these, 11 (3.1%) were converted to open surgery—; 43 (12.36%) patients underwent first-intention open cholecystectomy with a traditional open technique; seven patients were excluded due to incomplete information in more than 20% of the variables. The average age of presentation of the disease was 41; the majority of the patients were female, 280 (80.45%), with a minority of male patients, only 68 (19.55%). **Conclusions:** In most of the cases, the selection of the surgical approach lies in the technology of the surgical material available, the experience and skill of the surgeons, the degree of complication of the cholecystitis, and the possible benefits of either technique, effectively individualizing each patient.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía se define como un procedimiento médico quirúrgico que tiene como finalidad la extirpación de la vesícula biliar; consiste en separar de forma segura este órgano de su perfusión, el colédoco y el hígado. La técnica quirúrgica queda en manos de cada cirujano.¹⁻³

En 1990, Gutiérrez y colaboradores ejecutaron la primera colecistectomía laparoscópica

en México,² y desde ese momento, se ha dado una explotación a dicha técnica de forma exponencial.^{4,5} En sus primeros nueve años de experiencia con la cirugía laparoscópica, en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud (hospital de concentración de la Ciudad de México) se realizaron 7,323 colecistectomías; de ellas, únicamente 3,394 se iniciaron con técnica laparoscópica (lo que representa el 46.34%);^{6,7} sin embargo, en un hospital privado como el ABC de la Ciudad de México, el por-

* Jefe del Departamento de Cirugía General del Hospital Central del Estado de Chihuahua.
** Médico Cirujano y Partero, UACH.
*** Jefe de la División Quirúrgica del Hospital Central de Chihuahua.

Hospital Central del Estado de Chihuahua.

Recibido: 18/10/2017
Aceptado: 26/06/2018

centaje de la exéresis quirúrgica fue de más de 90%.⁸ Para 2005, la colecistectomía abierta seguía siendo un procedimiento habitual (74.8%); en promedio, el cirujano mexicano realizaba 84 colecistectomías al año: 63 de manera abierta y 21 de forma laparoscópica; es decir, siete colecistectomías por mes.⁹ No obstante, para 2009, la colecistitis ya representaba la cuarta causa de ingreso hospitalario de forma general y la cuarta causa de egreso hospitalario de tipo quirúrgico, con 29,866 egresos hospitalarios.¹⁰ En la actualidad, no existe en México un censo exacto de las colecistectomías, pero se sabe que en Estados Unidos se realizan más de 700,000 colecistectomías al año (la mayoría con técnica laparoscópica), lo que representa un costo de 6.5 billones de dólares en dicho periodo.¹¹⁻¹⁸

Aun así, a pesar de ser uno de los padecimientos más frecuentes, existen muchas dudas acerca de la colecistitis, cuya importancia fisiopatogénica y gravedad oscilan desde formas leves hasta muy graves; se sabe que se encuentra estrechamente vinculada a la litiasis vesicular. La recurrencia de nuevos episodios de colecistitis es bastante alta, por lo que el tratamiento de elección en estos casos es la exéresis quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre julio de 2016 y julio de 2017, se estudiaron, transversal y retrospectivamente, 355 pacientes de 16 a 87 años internados y operados de colecistectomías tanto electivas como de urgencia en el Servicio de Cirugía del Hospital Central del Estado de la ciudad de Chihuahua.

Se acudió al departamento de archivo para la revisión manual de los registros de las intervenciones quirúrgicas realizadas entre julio de 2016 y julio de 2017 en el Hospital Central del Estado; se registraron las diferentes variables, tales como nombre, edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio y duración de la cirugía de cada uno de los pacientes. Estos datos se corroboraron con las notas postquirúrgicas en el sistema del SiHO[®] y se estableció una relación de datos en Excel[®]; se clasificaron los datos recabados y se tabularon en cuadros y gráficas para realizar el análisis estadístico de los mismos.

Se excluyeron los casos en los que no había información alguna del paciente, los que tenían

información incompleta en más del 20% de las variables estudiadas y aquéllos en los cuales se suspendió la exéresis quirúrgica.

A todos los pacientes se les efectuó, previa historia clínica detallada, un exhaustivo examen físico, análisis de laboratorio (incluyendo biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático, glucemia) y una ecografía hepatobiliopancreática.

RESULTADOS

Durante el periodo de este estudio, 355 pacientes fueron sometidos a colecistectomía; de ellas, 305 (87.64%) fueron colecistectomías laparoscópicas o de mínima invasión —de éstas, 11 (3.1%) se convirtieron a cirugía abierta (cinco por dificultad para realizar hemostasia, tres ante la duda de la disección completa, dos por múltiples adherencias y una debido a la falla en la exploración de la vía biliar)—; 43 (12.36%) pacientes fueron intervenidos de colecistectomía abierta de primera intención con técnica tradicional a cielo abierto. Se excluyeron siete pacientes por información incompleta en más del 20% de las variables. Por lo tanto, en este estudio se incluyeron un total de 348 pacientes sometidos a colecistectomía.

El promedio de edad fue de 41 años; se obtuvo una moda de 27 años y una mediana de 40 años.

Del total de los participantes, una gran mayoría pertenecía al sexo femenino, 280 (80.45%), y la otra parte, al sexo masculino, 68 pacientes (19.55%).

Se obtuvieron, asimismo, los diferentes diagnósticos postoperatorios, que son mostrados en la *Tabla 1*.

No fue posible establecer una media respecto al tiempo quirúrgico debido a la falta de datos fidedignos en la información recolectada. No se consideraron complicaciones en este estudio.

DISCUSIÓN

Las indicaciones para realizar una colecistectomía consta de una amplia variedad de etiologías, desde un cólico biliar hasta la presentación de cáncer de la vesícula biliar; entre ellas se incluyen todas las manifestaciones de

Tabla 1: Pacientes operados de colecistectomías según su género, grupo de edad, diagnóstico y tratamiento.

Variable	Masculinos	Femeninos	Total
Grupo de edad			
15-25	5	52	57
26-35	9	68	77
36-45	16	71	87
46-55	19	43	62
56-65	10	32	42
66-75	5	8	13
76-85	3	6	9
86-90	0	1	1
Diagnósticos			
Colecistitis aguda	0	9	9
Colecistitis litiásica aguda	3	22	25
Colecistitis litiásica crónica	16	57	73
Colecistitis alitiásica	1	0	1
Colecistolitiasis	26	137	163
Hidrocolecisto	5	17	22
Piocollecisto	11	25	36
Colecistitis necrohemorrágica	1	0	1
Discinesia vesicular	0	2	2
Pólipo vesicular	0	1	1
Coledocolitiasis	3	10	13
Colecistitis enfisematosa	0	1	1
Fístula enterobiliar	1	0	1
Tratamiento			
Colecistectomía laparoscópica	55	250	305
Colecistectomía abierta	12	20	32
Colecistectomía convertida	0	11	11
Total	348		

Servicio de Cirugía del Hospital Central del Estado de la ciudad de Chihuahua, de julio de 2016 a julio de 2017.

litiasis vesicular sintomáticas, como aparición de ictericia, colecistitis litiásica aguda, colecistitis litiásica crónica agudizada, colecistolitiasis, coledocolitiasis, pancreatitis biliar. También se engloban todas las causas no litiásicas, que ocupan la minoría del total de colecistectomías: pólipo vesicular, discinesia vesicular, colecistitis alitiásica.^{2,19-21}

Cerca del 95% de las enfermedades de la vía biliar se relacionan con los cálculos biliares, entidad que representa la primera causa por

la que se realizan colecistectomías. En México se carece de estadísticas globales fidedignas que indiquen la incidencia de la colelitiasis, su presentación clínica y los resultados de los diferentes tratamientos.²² Las estadísticas informadas por las instituciones del sector salud revelan que la prevalencia de esta entidad es de 14.3%;²³ sin duda, dependiente de la edad, sexo, factores raciales y los hábitos de vida. En este país es una enfermedad frecuente, con una relación de tres mujeres por cada hombre y con edad promedio de 37 años. Al menos 25% de las mujeres y 20% de los hombres tendrán cálculos biliares en algún momento de su vida.²²

De la totalidad de las colecistectomías realizadas de forma electiva, sólo 5% se convierten en una cirugía a cielo abierto. No obstante, en los procedimientos de urgencia, este porcentaje se duplica hasta cinco veces, mostrando una tasa de conversión del 10 al 30%.^{3,24-27} Esta decisión se debe hacer puntualmente para proteger al paciente contra una lesión operatoria seria y deberá considerarse como juicio quirúrgico sano —y por lo tanto, no como un fracaso—.

La mayoría de los casos por los cuales se decide el tipo de abordaje quirúrgico reside en la tecnología del material quirúrgico del que se dispone, la experiencia y habilidades de los cirujanos, el grado de complicación de la colecistitis y los posibles beneficios de uno con respecto al otro, lo que individualiza a cada paciente.

En nuestro medio, de la población atendida en el Hospital Central del Estado, un gran porcentaje (46.83%) fue debido a colecistolitiasis: 20.97% por colecistitis litiásica crónica, 10.34% por piocollecisto, 7.18% por colecistitis litiásica aguda, 6.32% por hidrocolecisto, 3.73% por coledocolitiasis, y el resto, por causas descritas anteriormente en la *Tabla 1*.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los casos por los cuales se decide el tipo de abordaje quirúrgico reside en la tecnología del material quirúrgico del que se dispone, la experiencia y habilidades de los cirujanos, el grado de complicación de la colecistitis y los posibles beneficios de uno con respecto al otro, lo que individualiza a cada paciente.

Nuestra tendencia es a prevenir las etapas más graves de la enfermedad, (hidro- o piocolecisto), tratando de realizarlas en su mayoría por cirugía de mínima invasión, lo que repercute en una recuperación rápida y favorable, menos días de estancia intrahospitalaria, disminución en la morbilidad y, no menos importante, reducción significativa de los costos totales a la institución. Sin embargo, aún existen pacientes que se salen de este ideal, por lo que es importante seguir insistiendo en la atención temprana, prevenir los factores de riesgo, evitar la automedicación y acudir con el personal médico adecuado y certificado para su diagnóstico y atención.

REFERENCIAS

- McAneny D. Colecistectomía abierta. *Surg Clin N Am*. 2008; 88: 1273-1294.
- García-Ruiz A, Gutiérrez-Rodríguez L, Cueto-García J. Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Rev Mex Cir Endoscop*. 2016; 17: 93-106.
- Reddick EJ. Historia de la colecistectomía laparoscópica. De dónde venimos, dónde estamos, y hacia dónde vamos. *Rev Mex Cir Endoscop*. 2001; 2: 36-39.
- Chousleb E, Chousleb A, Shuchleib S. Estado actual de la colecistectomía laparoscópica. *Rev Gastroenterol Mex*. 2004; 69: 28-35.
- González-Ruiz RV, Marengo CA, Chávez GA, González DS, Montalvo JE. Colecistectomía laparoscópica: resultados de la experiencia del Hospital General de México a nueve años de implementada. *Rev Mex Cir Endosc*. 2002; 13: 71-73.
- Archivo Clínico Hospital ABC. México, DF, a 1 de marzo de 2003. Número de colecistectomías laparoscópicas entre enero de 1997-febrero 2003.
- Torres CJ, Torres LE, Weber SA, Ballesteros LH, Azcoitia MF, Montalvo JE. Entrenamiento y curva de aprendizaje en colecistectomía laparoscópica y abierta. Resultados de la encuesta nacional de lesiones de la vía biliar. *Cir Gen*. 2007; 29: 100-108.
- Sistema Nacional de Información en Salud. [Sitio web]. Egresos hospitalarios de instituciones públicas 2009. México: SINAIS; 2009. [Actualización 2 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/egresoshospitalarios/basesdedatoseh.html>
- Salinas-Escudero C, Zurita-Saldaña VR, Hernández-Garduño AG, Padilla-Zárate MP, Gutiérrez-Vega R, Sastré N, et al. Costos directos de colecistectomías abiertas y laparoscópicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011; 49: 353-360.
- Shaffer EA. Gallstone disease: epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006; 20: 981-996.
- Alcocer TR, Tort MA, Olvera HH, Ugalde VF, Hernández ZJ. Papel de la colecistectomía subtotal laparoscópica en colecistitis aguda complicada. *Rev Mex Cir Endoscop*. 2016; 17: 146-150.
- Hussain A. Difficult laparoscopic cholecystectomy: current evidence and strategies of management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2011; 21: 211-217.
- Granados-Romero JJ, Cabal-Jiménez KE, Martínez-Carballo G, Nieva-Kehoe R, Londaiz-Gómez R. Colecistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 60 años. Experiencia de un hospital de tercer nivel. *Cir Cir*. 2001; 69: 271-275.
- Álvarez LF, Rivera D, Esmeral M, García MC, Toro DF, Rojas OL. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. *Rev Colomb Cir*. 2013; 28: 186-195.
- Mazón RJ, Moreno PM, Magos VF, Rojano RM, Palacios RJ, Herrera EJ. Cirugía endoscópica ambulatoria. *Rev Fac Med UNAM*. 2004; 47: 141-144.
- Stokes C, Krawczyk M, Lammert F. Gallstones: environment, lifestyle and genes. *Dig Dis*. 2011; 29: 191-201.
- Jackson PC, Steven RT. Sistema biliar. En: Townsend C, Beauchamp R, Mark B, Mattox K. *Sabiston tratado de cirugía*. 19.ª ed. Elsevier; 2013, pp. 1476-514.
- Halldestam I, Kullman E, Borch K. Defined indications for elective cholecystectomy for gallstone disease. *Br J Surg*. 2008; 95: 620-626.
- Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; IMSS-237-09, 2009.
- Takada T, Strasberg S, Solomkin J, Pitt H, Gomi H, Yoshida M, et al. TG13: Updated Tokyo guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013; 20: 1-7.
- Guzmán-Valdivia Gómez G. Colecistitis aguda y crónica. En: Asociación Mexicana de Cirugía General, AC y Consejo Mexicano de Cirugía General, AC. *Tratado de cirugía general*. México, DF: Manual Moderno; 2008.
- Gutiérrez C, Zaldívar F, Reyes N, Hurtado L, Gutiérrez C. Identificación de flora bacteriana en cultivos de bilis de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2003; 76: 60-64.
- Oddsóttir M, Pham TH, Hunter JG. Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. En: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE. *Schwartz: Principios de cirugía*. 9.ª ed. México, DF: McGraw-Hill; 2011. pp. 1151-1152.
- Livingston EH, Rege RV. A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Am J Surg*. 2004; 188: 205-211.
- Araiza-Hernández R, Salazar-Gutiérrez JH, Dávila-Flores S, Tijerina-González RB, Bess-Oberto MC, et al. Frecuencia de conversión de colecistectomía laparoscópica en un hospital universitario. *Rev Mex Cir Endoscop*. 2016; 17: 78-81.
- Sakpal S, Singh S, Chamberlain R. Laparoscopic cholecystectomy conversion rates two decades later. *JSLs*. 2010; 14: 476-483.
- Thompson MH, Bengel JR. Cholecystectomy, conversion and complications. *HPB Surg*. 2000; 11: 373-378.

Correspondencia:

Luis Bernardo Enriquez Sánchez

Calle Antonio Rosales Núm. 3302,
Col. Obrera, 31350, Chihuahua, Chih., México.
Tel: (614) 1 800 800

E-mail: investigacionhcu@gmail.com