



Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia

FELIPE CASTRO, MD*, JULIANA GALINDO, MD**, MÓNICA BEJARANO, MD., MSc.***

Palabras clave: colecistitis aguda, colelitiasis, complicaciones, colecistectomía.

Resumen

Introducción: mucho se ha investigado sobre los hallazgos clínicos que permitan llegar a un diagnóstico de colecistitis aguda y sus complicaciones. El objetivo de esta investigación fue caracterizar los pacientes operados de urgencia para identificar los factores asociados a las complicaciones.

Materiales y métodos: se revisaron las historias clínicas de los pacientes operados de urgencia por el grupo de cirujanos generales de la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali (Colombia) entre el 1° de julio y el 31 de diciembre de 2007. Se registraron la edad, el sexo, los días de sintomatología, el número de consultas previas, los síntomas, los hallazgos operatorios y la presencia de complicaciones. Se calcularon las medidas de tendencia central y se realizó análisis de asociación mediante odds ratios (OR) y regresión logística.

Resultados: se incluyeron 108 pacientes operados de colecistectomía, la mayoría, mujeres (66,7%). Se observó que se presentan más complicaciones en hombres (55,5%) entre 61 y 70 años. Se encontró que el dolor es el causante de la consulta en la totalidad de los pacientes, pero el vómito fue el único síntoma asociado estadísticamente con complicaciones. No se encontraron diferencias en la frecuencia de complicaciones de los pacientes que habían consultado en más ocasiones.

Discusión: no se pudo decir que exista relación entre el tiempo de la enfermedad actual ni el número de consultas previas con el hallazgo de complicaciones de colecistitis aguda. Se recomienda que todo paciente sea operado en la primera consulta a urgencias y se debe iniciar manejo antibiótico desde el ingreso por la alta frecuencia de complicaciones en este grupo de pacientes.

Introducción

La colecistitis aguda es sin duda una de las patologías más comunes en el mundo; se considera la segunda causa de abdomen agudo después de la apendicitis. Es frecuente motivo de consulta a diario en los servicios de urgencias.⁽¹⁾ Son múltiples las complicaciones descritas, que incluyen hidrocolecisto y piocolecisto, gangrena y perforación vesicular, absceso y plastrón perivesicular, coledocolitiasis y pancreatitis biliar, fístula e íleo biliar, y

* Médico general, Universidad Libre, Cali.

** Médica general, Universidad Libre, Cali.

*** Cirujana general, Departamento de Urgencias, Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali.

Fecha de recibo: 15 de enero de 2008
Fecha de aprobación: 25 de marzo de 2008

otras más infrecuentes, como carcinoma o torsión vesicular.^(2,3)

Las complicaciones pueden llegar a ser letales si el diagnóstico y el manejo no son oportunos y efectivos.⁽⁴⁾ Se cree que un factor importante en la incidencia de las complicaciones es el tiempo que tarda en consultar un paciente durante su episodio agudo y el número de episodios anteriores, ya que al ser un dolor tipo cólico autolimitado, permite que el paciente se demore más en consultar y acuda a los servicios de salud cuando ya hay una complicación presente.^(3,4)

El objetivo de esta investigación fue caracterizar los pacientes a quienes les realizaron colecistectomía en el Departamento de Urgencias de la Clínica Rafael Uribe Uribe entre el 1° de julio y el 31 de diciembre de 2007, para identificar los factores asociados a las complicaciones de la colecistitis aguda.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, en el que se incluyeron los pacientes que consultaron a la Clínica Rafael Uribe Uribe de Cali, Colombia, y fueron operados por el grupo de cirujanos generales del Departamento de Urgencias entre el 1° de julio y el 31 de diciembre de 2007, quienes se sometieron a colecistectomía.

Se diseñó un formato de recolección de datos, en el que se registró la información obtenida de la historia clínica y la nota de descripción operatoria de cada paciente. Se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, fecha de ingreso, fecha de inicio de los síntomas, número de consultas previas, síntomas (como dolor, náuseas, vómito, fiebre, ictericia y otros), hallazgos operatorios y complicaciones de colecistitis. Se creó una base de datos en Excel y se calcularon las medidas de tendencia central (frecuencias, porcentajes, promedios, mediana y desviación estándar) y de asociación (*odds ratio* –OR– con su intervalo de confianza, χ^2 al cuadrado y p) y se realizó la regresión logística.

Resultados

Entre el 1° de julio y el 31 de diciembre de 2007 se realizaron 124 colecistectomías en la Clínica Rafael Uribe

Uribe. En el presente trabajo de investigación se incluyeron los datos de 108 pacientes a los que se les practicó colecistectomía abierta por el grupo de cirujanos generales del Departamento de Urgencias (87,1% de los pacientes operados en ese periodo). Los 16 pacientes faltantes (12,9%) corresponden a aquéllos cuya historia clínica no se encontró en el archivo de la Clínica Rafael Uribe Uribe.

En la tabla 1 se presentan las características generales de los pacientes operados. Se observa cómo, aunque fue mayor el porcentaje de mujeres operadas de urgencia (66,7%), fue más alto el porcentaje de complicaciones entre los hombres (55,5%), pero la diferencia por sexo no fue significativa ($IC_{95\%}$ 0,23-1,38; $\chi^2=1,86$; $p=0,17$).

El rango de edad fue de 35 a 89 años, con un promedio de edad de 60 años y una desviación estándar de 14,11. El mayor grupo corresponde a los pacientes entre 41 y 60 años de edad (46,3%) y la frecuencia de complicaciones fue mayor en el grupo de 61 a 70 años (73,7%), seguido por el de 71 a 80 años (54,5%) (figura 1). Todos los pacientes presentaron dolor abdominal y casi la mitad, vómito, siendo éste el único síntoma asociado estadísticamente a complicaciones de colecistitis (OR=2,66; $IC_{95\%}$ 1,22-5,82; $\chi^2=6,22$; $p=0,01$).

El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta al servicio de urgencias osciló entre 0 y 90 días, con un promedio de 5 y una desviación estándar de 10 días. La mayoría de los pacientes consultó durante los primeros 5 días del inicio de los síntomas (76,8%) y el porcentaje de complicaciones en este grupo fue de 48,2%, mientras que en el grupo que consultó entre 6 y 10 días, el porcentaje fue mayor (66,7%). Mediante regresión logística no se encontró una relación estadística entre el número de días de enfermedad actual y la presencia de complicaciones de colecistitis.

El número de consultas previas al sistema de salud osciló entre 0 y 6, con un promedio de 1,2 y una desviación estándar de 1,4 veces. Se observó que la mayoría de los pacientes no habían consultado nunca (41,7%) y fue este grupo el que presentó el mayor porcentaje de complicaciones (62,2%) (figura 2).

TABLA 1

*Pacientes operados de colecistectomía, según complicaciones de colecistitis.
Departamento de Urgencias, Clínica Rafael Uribe Uribe, julio a diciembre de 2007 (N=108)*

Variable	Pacientes sin complicación n (%)	Pacientes complicados n (%)	Total n (%)
Sexo masculino	16 (44,4)	20 (55,5)	36 (33,3)
Grupo de edad (años)			
Hasta 40	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (6,5)
41 a 50	16 (66,7)	8 (33,3)	24 (22,2)
51 a 60	15 (57,7)	11 (42,3)	26 (24,1)
61 a 70	5 (26,3)	14 (73,7)	19 (17,6)
71 a 80	10 (45,5)	12 (54,5)	22 (20,4)
Mayores de 80	7 (70)	3 (30)	10 (9,3)
Síntomas			
Dolor abdominal	58 (53,7)	50 (46,3)	108 (100)
Náuseas	26 (52)	24 (48)	50 (46,3)
Vómito	22 (41,5)	31 (58,5)	53 (49,1)
Fiebre	11 (50)	11 (50)	22 (20,3)
Ictericia	10 (47,6)	11 (52,4)	21 (19,4)
Otros	14 (46,7)	16 (53,3)	30 (27,8)
Tiempo (días)			
Hasta 5	43 (51,8)	40 (48,2)	83 (76,8)
6 a 10	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (8,3)
11 a 15	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (8,3)
16 a 30	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (5,5)
Mas de 30	1 (100)	0	1 (0,9)
Consultas			
0	17 (37,8)	28 (62,2)	45 (41,7)
1-2	27 (62,8)	16 (37,2)	43 (39,8)
3-4	12 (70,6)	5 (29,4)	17 (15,7)
5-6	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (2,8)
Total	58 (53,7)	50 (46,3)	108

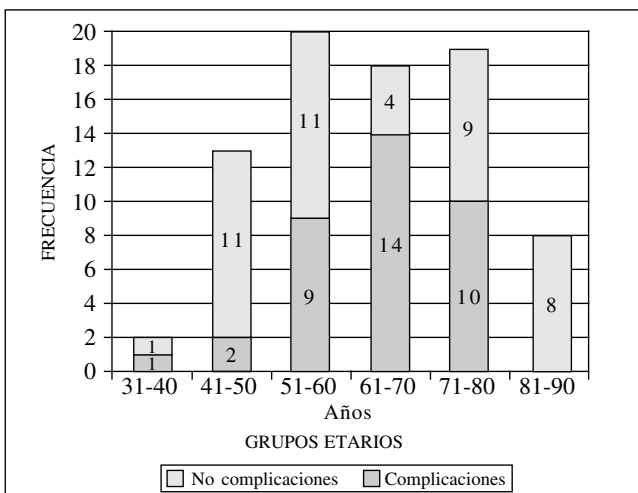


FIGURA 1. Hallazgo de complicaciones de colecistitis según grupos etarios en pacientes operados de colecistectomía por urgencias, Clínica Rafael Uribe Uribe, julio a diciembre de 2007.

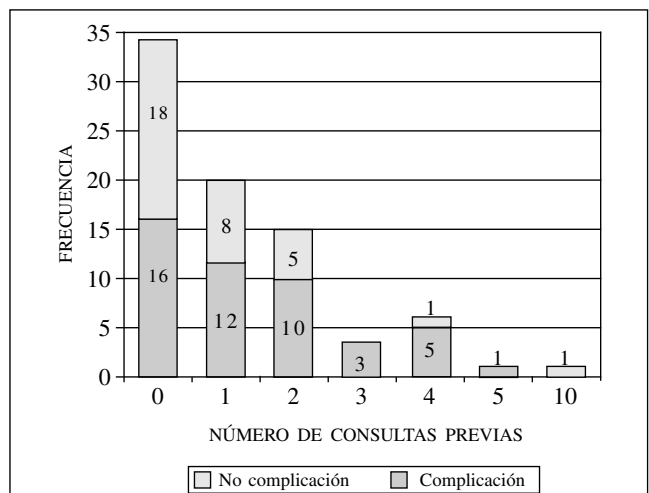


FIGURA 2. Hallazgo de complicaciones de colecistitis según número de consultas previas en pacientes operados de colecistectomía por urgencias, Clínica Rafael Uribe Uribe, julio a diciembre de 2007.

Entre los pacientes a los que se les practicó colecistectomía de urgencia el hallazgo operatorio más frecuente fue la presencia de cálculos en el interior de la vesícula (87%), seguido por el engrosamiento de las paredes vesiculares (78,7%), el plastrón perivesicular (20,3%) y las adherencias (11,1%).

Las complicaciones de colecistitis se describieron en 50 pacientes (46,3% de los operados); las más frecuentes fueron hidrocolecisto (22%), pirocolecisto (20,4%) y gangrena vesicular (12%), y las menos frecuentes, perforación vesicular (2,8%), absceso perivesicular (2,8%), fístula biliar (0,9%) y pancreatitis biliar (0,9%).

Discusión

La colecistitis aguda es la complicación más frecuente de la colelitiasis y su tratamiento se realiza básicamente con la colecistectomía. No existe la menor duda de que la colecistitis es una entidad muy común en nuestro medio, causante de numerosas consultas a los servicios de urgencias.⁽³⁾

La colecistitis aguda calculosa es más frecuente en mujeres que en hombres (con una relación de 3 a 1 hasta los 50 años y luego es de 1,5 a 1, aproximadamente)^(4, 5); sin embargo, como se había descrito previamente, es mayor la frecuencia de complicaciones en los hombres,^(3, 6) Respecto a la edad, los pacientes identificados son similares a los de otros autores^(5, 7, 8), pero no se encontró relación con la presencia de complicaciones como en otros casos.^(3, 6, 9)

La mayoría de los pacientes tienen síntomas atribuibles a la vesícula biliar antes de las manifestaciones de la colecistitis aguda, aunque 20% a 40% de las personas con colelitiasis son asintomáticas.⁽⁴⁾ Quienes consultan, generalmente, refieren cuadros de cólico biliar e intolerancia a las comidas grasas. Entre 50% y 70% pueden presentar vómito, diarrea o fiebre.^(1, 9) En el presente estudio todos los pacientes refirieron dolor abdominal, convirtiéndose en el principal motivo de consulta, pero sólo se encontró asociación estadística de complicaciones de colecistitis con el vómito.

La presentación clínica puede variar y el diagnóstico clínico de las diferentes presentaciones no siempre es específico.⁽⁸⁾ Se ha descrito que no hay signos clínicos o

hallazgos de laboratorio de suficiente peso para establecer o excluir el diagnóstico de colecistitis aguda, aunque las posibles excepciones son el signo de Murphy (*likelihood ratio* –LR– positivo de 2,8) y el dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen (LR negativo de 0,4).⁽¹⁰⁾ Sin embargo, la combinación de signos y síntomas y de exámenes de laboratorio aumenta la probabilidad de detectar que un paciente presenta colecistitis aguda.

En teoría, el grado de obstrucción del cístico y el tiempo de duración de la misma son los dos factores que determinan la gravedad del cuadro clínico.⁽¹¹⁻¹³⁾ Si la obstrucción no desaparece, la inflamación y la distensión comprometen la irrigación sanguínea, lo cual ocasiona isquemia, necrosis y perforación vesicular en menos de 5% de los pacientes.^(1, 2) Por el contrario, en el estudio no se encontró una relación significativa entre el número de días de síntomas, según el relato del paciente de su enfermedad actual, con el hallazgo de complicaciones de colecistitis.

Durante muchos años se recomendó la conducta de hospitalizar al paciente, tratarlo médicamente para disminuir la reacción inflamatoria y darle de alta, para que retornara seis o diez semanas después para la cirugía electiva. A finales de los años 70 se confirmó mediante estudios que la morbilidad para los pacientes operados dentro de los cuatro días siguientes al inicio del cuadro agudo no era diferente a la de los pacientes con cirugía tardía^(6, 7, 13, 14), y con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, a partir de 1990 aumentó la frecuencia de este procedimiento^(4, 5, 8, 15), puesto que ha mostrado ventajas en la reducción de morbilidad operatoria, estancia hospitalaria y costos.

Hoy en día, 15% a 20% de todas las colecistectomías se realizan por colecistitis aguda.⁽¹⁾ Una tercera parte de todos los pacientes tienen evidencia clínica o patológica de colecistitis previas. Cerca del 90% de las vesículas biliares extirpadas durante un cuadro agudo presentan hallazgos histológicos de inflamación crónica.⁽⁸⁾

Al analizar los hallazgos operatorios en este grupo de pacientes, se encontró, como se esperaba, que el más frecuente fue la presencia de cálculos en el interior de la vesícula, únicos o múltiples, ya que es un hecho conocido que la principal etiología de la colecistitis son los cálculos. La complicación más frecuente fue el hidrocolecisto, seguido por el pirocolecisto, que concuer-

da con otras publicaciones^(5,7), y sigue siendo frecuente la gangrena vesicular.^(6, 8, 14) El bajo porcentaje de pancreatitis en este grupo (menos de 1%) se explica por los protocolos seguidos en la Clínica Rafael Uribe Uribe, en el cual los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda son hospitalizados para ser operados posteriormente de manera electiva (antes del egreso del paciente) una vez se haya resuelto la pancreatitis. No se registraron muertes, mientras en otras publicaciones se han descrito en 15% a 20% de los pacientes con complicaciones.^(3, 14)

Estos hallazgos nos llevan a recomendar que en la red de salud pública de Cali todos los pacientes que consulten a los servicios de urgencias sean tratados desde el ingreso con antibioticoterapia y se les practique la colecistectomía en su primera consulta, puesto que casi la mitad presentan complicaciones de colecistitis desde que ingresan por primera vez, y no se demostró que las complicaciones sean más frecuentes al aumentar los días de la enfermedad actual ni el número de consultas previas al sistema de salud.

Complications of acute cholecystitis in patients undergoing emergency operation

Abstract

Introduction: *Acute cholecystitis is the second cause of acute abdomen worldwide, and multiple studies have been conducted on the clinical findings pertinent to its prompt diagnosis and the prevention of complications. Our objective was the categorization of patients that underwent emergency operation towards identifying factors associated with complications.*

Materials and methods. *Clinical records of patients operated on at Clínica Rafael Uribe (Cali, Colombia) in the period July 1 and December 31, 2007, were studied. Age, gender, days of symptomatology, number of previous medical consultations, symptoms, operative findings, and complications were recorded. Statistical analysis included central trends, analysis of association by odds ratio and logistic regression.*

Results. *The population study included 108 patients that underwent emergency operation, the majority women (66.7%). More complications developed in men (55.5%) in the age group 61 to 70 years. Pain was the reason for consultation in all patients, and vomiting appeared as the only symptom statistically associated with complications. No relationship was found between the rate of complications and the greater number of previous consultations.*

Discussion. *We cannot state that there is relationship between the time period of the present illness, neither with the number of previous consultations and the risk of developing complications of acute cholecystitis. It is recommended that all patients be operated on at the first emergency service visit, and that antibiotic therapy be started on admission because of the high rate of complications in this group of patients.*

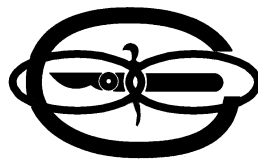
Key words: *cholecystitis acute, cholelithiasis, complications, cholecystectomy.*

Referencias

1. PATIÑO JF. Colecistitis aguda. p. 732-5. Disponible en: http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_Gastrointestinales/Colecistitis_aguda.pdf Fecha de descarga: 9 de marzo de 2008.
2. Formas clínicas y tratamiento. Colecistitis "aguda". Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Guias/viaBiliar/IV-formas3> Fecha de descarga: 9 de marzo de 2008.

3. SERRANO M, CADENA H, CONTRERAS L, VILLAR L, REYES W. Abdomen agudo. En: ASCOFAME. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Bogotá: Editorial Carrera Séptima; 1998.
4. URBACH D, STUKEL T. Rate of elective cholecystectomy and the incidence of severe gallstone disease. CMAJ 2005; 172:1015-9.
5. The southern surgeons club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. N Eng J Med. 1991; 324:1073-8.
6. BEJARANO M. ¿Podemos predecir la necrosis vesicular? Rev Colom Cir. 2003; 18:203-10.
7. ROSLIN, JOEL y SINNER, MICHAEL. Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. Tomo II. cap. 29 págs. 1409-1441. En: Schwartz Seymour; Shires, Tom y Spencer, Frank. Principios de cirugía. 6ª edición. México: Interamericana - McGraw-Hill. 1995.
8. LAM CM, YUEN A, CHIK B, WAI A, FAN S. Variations in the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Arch Surg. 2005; 140:1084-8.
9. BEJARANO M. Utilidad de los factores predictores de coledocolitiasis en pacientes operados en la Clínica Rafael Uribe Uribe. Rev Colom Cir. 2003; 18:73-83.
10. TROWBRIDGE R, RUTKOWSKI N, SHOJANIA K. Does this patient have acute cholecystitis? JAMA. 2003; 289:80-6.
11. McSHERRY C. Cholecystectomy: the gold standard. Am J Surg. 1989; 158:174-8.
12. MULLET E. Cirugía de la vesícula y vías biliares: su evaluación en el hospital de Caldas. Rev Colom Cir. 1994; 9:26-8.
13. PIMENTEL A, PALMIERI A, MENDOZA L, ZURITA N. Colecistectomía ambulatoria por minilaparotomía. Rev Colom Cir. 1995; 10:163-6.
14. GADACZ T. Colelitiasis y colecistitis. En: Shackelford ZG, editor. Cirugía del aparato digestivo. Tercera edición. Buenos Aires: Panamericana; 1993. p. 209-21.
15. LEGORRETA A, SILBER J, CONSTANTINO G, KOBYLINSKI R, ZATS S. Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. JAMA. 1993; 270:1429-32.

Correspondencia:
MÓNICA BEJARANO, MD., MSc.
Correo electrónico: monicirugia@telesat.com.co
Cali, Colombia



Revista Colombiana de Cirugía

Sitio en la Red: www.ascolcirugia.org/revista

www.encolombia.com/rcirugia.htm

www.imbiomed.com/index3.html