

Colecistostomía con sonda en Colecistitis Aguda: La alternativa menospreciada

Por los Drs. A. Membreño, F.A.C.S.*, 3. Hiza, F.A.C.S.** y S. Mejía Lemus***

La colecistitis aguda debe ser operada en la mayoría de los casos y en ciertos momentos de su historia natural, ya sea: a) de emergencia¹ —en las primeras 12 horas—por alguna razón especial como perforación² o empiema³, con o sin Sepsis; b) tempranamente¹ >^{4,5,6} entre las primeras 24 a 72 horas, después del inicio del cuadro clínico agudo; c) urgentemente¹ al fallar el tratamiento médico conservador instituido al momento de hacer o confirmar el diagnóstico clínico, generalmente después del quinto día de evolución del proceso agudo, y de tomarse la decisión de no operar al paciente; y d) en forma diferida, ya sea tempranamente¹ durante la misma hospitalización, entre la segunda y la cuarta semana de la evolución del proceso agudo y después de observar una evidente mejoría, o tardíamente¹ >⁷ en una subsecuente hospitalización, dos o más meses después.

Prácticamente todos los cirujanos que tratan este tipo de complicación de la colelitiasis —así como también aquellos raros pacientes con colecistitis aguda acalculosa— son de la opinión que en la mayoría de estos casos la operación de elección debe ser la colecistectomía; y es más, algunos —aunque no todos, afortunadamente— creen que ésta operación es la única alternativa quirúrgica, aún en "casos difíciles" por estar complicados o ser de alto riesgo y en los que debe hacerse "algo quirúrgico" urgentemente o de emergencia, para salvarle la vida al paciente. Sin embargo, la realidad es que sí existe otra alternativa quirúrgica para "ciertos casos difíciles" con colecistitis aguda, como ha sido recalcado a través de los años por varios autores^{8,9,10,11,12,13} quienes desafortunadamente, solo han reportado los resultados observados con esa otra alternativa—es decir: la colecistostomía— sin aclarar con certeza, ni enfatizar, sobre las "verdaderas indicaciones" para realizar esta última operación, lo cual evidentemente ha propiciado su olvido y/o menosprecio. Algunos^{8,9,12,22} de estos autores tratan de insinuar "cuando y como" debe hacerse una colecistostomía en ciertos pacientes con colecistitis aguda, pero en realidad no llegan a profundizar en este aspecto lo

* Cirujano General de Guardias del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras.

** Cirujano General de Guardias del Hospital del I.H.S.S de Tegucigalpa, Honduras.

*** Ex-Residente de Cirugía del Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras.

suficiente como para aclararnos estos importantes aspectos del problema.

Con el objeto de aclarar todo lo relacionado con las dudas y/o controversias que existen en relación al uso, resultados e indicaciones de la colecistostomía en pacientes con colecistitis aguda, nosotros decidimos realizar una exhaustiva revisión y análisis de la bibliografía pertinente—por un lado—que nos sirviera de marco teórico previo para una investigación estadística—por otro lado—relacionada esencialmente con las indicaciones y los resultados de la colecistostomía en pacientes operados por colecistitis aguda en los hospitales Escuela, del I.H.S.S. y Viera de Tegucigalpa, Honduras, C.A.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, se revisaron retrospectivamente 12 expedientes de casos con diagnóstico de colecistitis aguda—confirmados definitivamente por patología— que fueron operados en el Bloque Médico-Quirúrgico del Hospital-Escuela, durante el período comprendido entre 1979 y 1986 (8 años), practicándoseles únicamente "colecistostomía" por alguna razón. El objetivo básico de ésta revisión fue el de detectar las indicaciones y la morbi-mortalidad de este procedimiento quirúrgico. Además, se revisaron asimismo en forma retrospectiva, en este hospital y durante el mismo período, 157 expedientes encontrados de casos de colecistitis aguda—también confirmados por patología—que fueron operados y en los que se hizo "colecistectomía", como procedimiento quirúrgico definitivo. El objetivo básico de ésta otra revisión estadística fue también el de detectar la morbi-mortalidad de este otro procedimiento quirúrgico, pero enfatizando en la incidencia de las lesiones intraoperatorias y atrogénicas de la vía biliar.

En segundo lugar, se revisaron—siempre retrospectivamente— 8 expedientes de pacientes operados en el Hospital Viera por colecistitis aguda evidente y confirmada por patología, en los que también se hizo únicamente "colecistostomía" por alguna razón. El objetivo básico de esta investigación fue el mismo de la revisión similar realizada en el Hospital-Escuela y comprendió casos operados durante un período de 14 años, entre 1973 y 1986.

En tercer lugar, se revisaron también retrospectivamente aquellos expedientes encontrados de 30 casos de colecistitis aguda confirmadas por patología, que fueron operados y en los que se hizo colecistectomía—como operación definitiva— en el hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social (I.H.S.S.) de Tegucigalpa, durante el período comprendido entre 1980 y 1986 (7 años). También, el objetivo básico de esta revisión fue el de detectar la morbi-mortalidad de ese procedimiento quirúrgico, siempre enfatizando en la incidencia de lesiones operatorias biliares yatrogénicas.

Conviene aclarar que en el hospital del I.H.S.S. no se realizó ninguna "colecistostomía" por colecistitis aguda—en el período mencionado—y que, además, la mayoría de las colecistostomías hechas en el Hospital-Escuela fueron realizadas en pacientes de uno de nosotros (el Dr. Membreño) por residentes de cirugía general de ese hospital.

RESULTADOS

En aquellos pacientes del Bloque Médico-Quirúrgico del Hospital-Escuela que se practicó únicamente "colecistostomías" por colecistitis aguda, nosotros encontramos que las "razones" por las que se tomó la decisión de solo drenar la vesícula biliar—con o sin extracción de cálculo(s) — fueron: 1) "empiema agudo" en 4 casos; 2) "colecistitis aguda gangrenosa supurada" en 6 casos; y 3) "demasiado edema en el porta hepatis" en 2 casos. Vale la pena aclarar que de las 12 colecistostomías, en 2 de ellas no se encontraron cálculos por lo que estos casos pueden ser catalogados como "colecistitis agudas acalculosas". La evolución postoperatoria de todos estos pacientes fue satisfactoria, a excepción de un joven de 17 años que ingresó con un abdomen agudo evidente—como complicación de una Sepsis por o con endocarditis bacteriana aguda y absceso cerebral—que lo llevó a un choque séptico, pero aún así tuvo que ser explorado en esas condiciones—como un último recurso para tratar de salvarlo—encontrándose una peritonitis aguda generalizada causada por una colecistitis aguda supurada/grangrenada y perforada, por lo cual el cirujano tratante decidió hacerle solo una colecistostomía y drenajes, pero falleció por choque séptico irreversible en recuperación. El resto de los pacientes no presentó ninguna complicación y fueron

dados de alta en un período no mayor de 12 días, luego de realizar en todos ellos una "Colecistocolangiografía" de control, por la sonda de la coleístostomía, las que demostraron que no había(n) quedado cálculo(s) residual(es)—ya sea en la vesícula o en la vía biliar— a excepción de un paciente en el que sí se demostró "calculosis residual" en la vesícula biliar, por lo que fue re-explorado 2 semanas después de la colecistostomía—durante la misma hospitalización— logrando hacerle una colecistectomía sin problemas técnicos, por cuanto ya se había enfriado el proceso infeccioso-inflamatorio agudo. Por otro lado, en los otros pacientes —es decir: en 10 casos— no se ha logrado hacer la "colecistectomía diferida" pertinente porque la mayoría de ellos no han regresado a control postoperatorio y otros se sienten tan bien que han rehusado ser reoperados.

En los pacientes del Hospital Viera encontramos que en todos ellos, la razón por la cual el cirujano tratante decidió hacer solamente una "colecistostomía" fue el "excesivo edema inflamatorio" en el porta hepatis, que dificultaba la disección—aún después de intentarla en algunos casos— de los elementos vitales de esa enrucijada biliar. Además, en todos estos pacientes la evolución postoperatoria fue satisfactoria —sin complicaciones ni mortalidad— y los colecistocolangiogramas realizados en todos ellos unos 10 a 14 días después, por regla general, fueron negativos por calculosis residual en la vesícula o en la vía biliar; pero aún así, en todos ellos se practicó—siguiendo el consejo del cirujano tratante respectivo— la colecistectomía diferida, sin problema alguno.

Ahora bien, al revisar y analizar los 157 expedientes de pacientes del Hospital-Escuela y los 30 del hospital del I.H.S.S., en los que se hizo colecistectomías urgentes —o de emergencia— en cualquier momento de la historia natural de la colecistitis aguda, o en forma temprana en las primeras 72 a 96 horas (3 a 5 días) como es aconsejado por muchos autores, encontramos que la morbi-mortalidad global de esta operación (Tabla No. 1) fue de 1.1 o/o y 1.60/0 respectivamente, es decir 2 y 3 casos en el total de 187 pacientes operados en ambos hospitales. Vale la pena recalcar —por un lado— que de los 5 pacientes que contribuyeron a esos bajos porcentajes de morbi-mortalidad postopera-

TABLA No. 1
MORBI-MORTALIDAD OBSERVADA EN
COLECISTECTOMIAS POR COLECISTITIS AGUDA

HOSPITAL	NUMERO PACIENTES	YATROGENIA No. CASOS/PORCIENTO	MORTALIDAD No. CASOS/PORCIENTO
ESCUELA	157	2/1.3o/o	2/1.3o/o
I.H.S.S.	30	0/0o/o	1/3.3o/o
TOTALES:	187	2/1.1o/o	3/1.6o/o

toria, 4 fueron operados en el Hospital-Escuela; y en especial —por otro lado— que las dos lesiones yatrogénicas encontradas fueron hechas por residentes del Hospital Escuela. En el hospital del I.H.S.S. no hubo morbilidad operatoria relacionada con lesiones yatrogénicas de la vía biliar —lo cual es de alabar— pero el número de casos es bajo y además, pocas colecistectomías son hechas por residentes, por lo que este dato es poco significativo.

CASOS ILUSTRATIVOS

Para enfatizar la bondad de la colecistostomía, como procedimiento paliativo conservador en ciertos pacientes difíciles con colecistitis aguda pura, se resumen a continuación los siguientes casos: No. 1) M.E.E.M., del sexo femenino y de 77 años, con expediente No. 294717 del Hospital-Escuela, ingresó el 6-V-80 con cuadro clínico y radiológico evidente de "colecistitis aguda" de más de 72 horas de evolución por lo cual fue manejada inicialmente en forma conservadora pero, ante la persistencia de la fiebre y de un plastrón en el C.S.D., se decidió operarla 5 días después encontrándosele una "colecistitis supurada y gangrenada", con "excesivo edema inflamatorio" en el porta hepatis, por lo cual el cirujano tratante decidió hacerle solamente una "colecistostomía con sonda", extrayendo además cálculos múltiples de la vesícula biliar. Pos operatoriamente se hizo —9 días después de ser intervenida— una "colecistocolangiografía" por la sonda de la colecistostomía que fue reportada (Figura No. 1) como negativa por calculosis residual en la vía biliar y demostró excelente paso del material de contraste al duodeno. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria, retirándosele la sonda de Foley el mismo día que se



FIGURA No. 1

le hizo la colédocolangiografía y los tírenos al día siguiente. Desde entonces ha permanecido asintomático hasta las primeras consultas de control, pero no ha vuelto a regresar a la Consulta Externa.

No. 2) T.F.O.P., del sexo femenino y de 49 años, con expediente No. 536789, ingresó al Hospital-Escuela el 2-11-84 con evidente cuadro clínico y radiológico de colecistitis aguda que se decidió operar 12 días después —selectivamente— encontrándosele una colecistitis aguda severa residual con "excesivo edema inflamatorio" en el porta hepatis, por lo cual el cirujano tratante decidió hacer únicamente una colecistostomía con sonda después de extraer de la vesícula biliar un cálculo único. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y a los 10 días se le hizo una colédocolangiografía, que también fue reportada (Figura No. 2)



FIGURA No. 2

como negativa por calculosis biliar residual y demostró fácil paso del medio de contraste al duodeno, por lo que la sonda de Foley se retiró ese mismo día, con los drenos, para darle de alta al día siguiente. Desde entonces ha permanecido asintomática, pero rehusa ser reoperada.

No. 3) O.E., del sexo masculino y de 60 años de edad, ingresó al Hospital Viera el 20-5-79 con evidente cuadro clínico y radiológico de colecistitis aguda, por lo que fue operado al día siguiente —teniendo entonces 5 días de evolución— encontrándosele "demasiado edema inflamatorio" en el porta hepatis por lo cual el cirujano tratante (el Dr. Membreño) decidió hacer solamente una colecistostomía con sonda, luego de extraer múltiples cálculos de la vesícula biliar. La evolución fue satisfactoria en el postoperatorio, por lo que fue dado de alta a los 6 días. Se le practicó después —a las 2 semanas— una colédocolangiografía por la sonda de colecistostomía que también fue reportada (Figura No. 3) como negativa por cálcu-

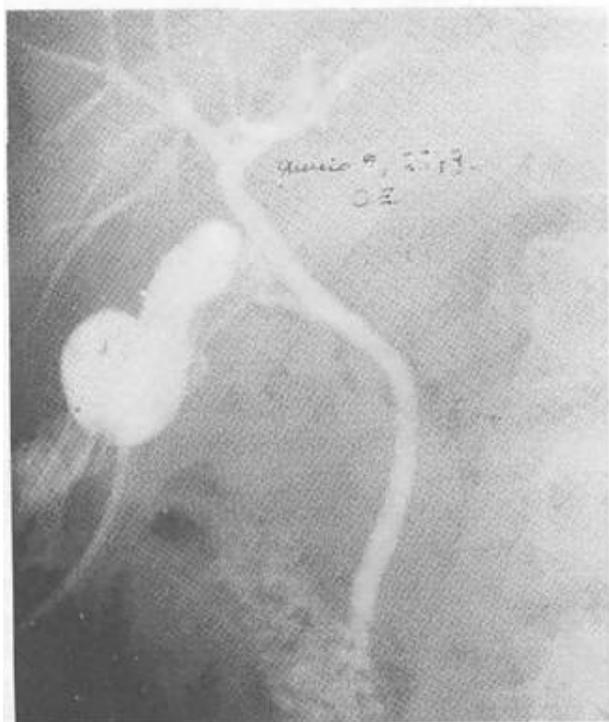


FIGURA No. 3

los biliares residuales y demostró buen paso del medio de contraste al duodeno, por lo que se le retiró la sonda de Foley ese mismo día. Tres meses después y sin problemas, una colecistectomía diferida fue realizada.

No. 4) R.Z., de 54 años de edad y del sexo masculino, ingresó al Hospital Viera el 30-11-83 también con cuadro clínico y radiológico evidentes de una colecistitis aguda por lo que fue operado 2 días después —ya teniendo casi una semana de evolución y sin mejorar con el tratamiento conservador, a base de antibióticos —encontrándosele efectivamente una colecistitis aguda con "demasiado edema inflamatorio" en el porta hepatis, por lo cual el cirujano tratante (el Dr. Membreño) decidió solo hacerle una colecistostomía con sonda y extracción de múltiples cálculos. La evolución postoperatoria fue también satisfactoria, por lo que fue dado de alta 5 días después. Se le practicó 3 semanas después un segundo colecistocolangiograma —ya que el primero no fue satisfactorio— que resultó esta vez (Figura No. 4) negativo por calculosis biliar residual y además demostró buen paso del medio

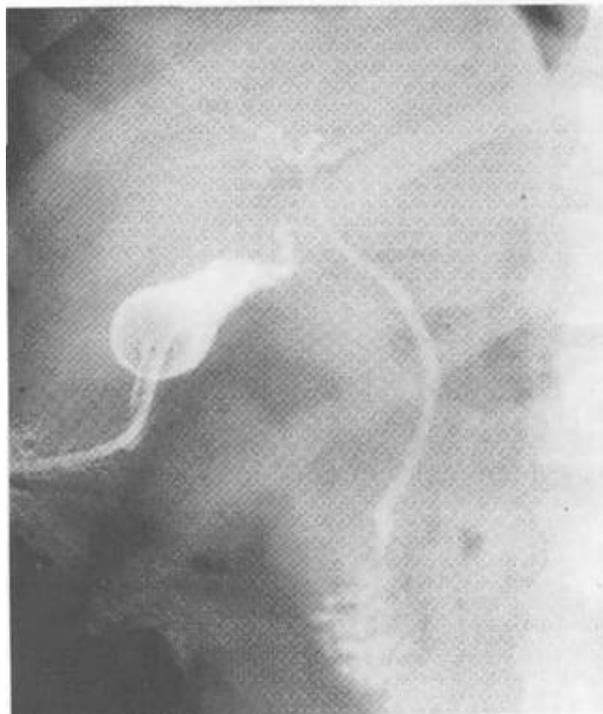


FIGURA No.4

de contraste al duodeno, retirándosele ese mismo día la sonda de Foley usada para la colecistostomía. Tres meses después se le hizo una colecistectomía diferida sin problemas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La frecuencia de la colecistitis aguda —como complicación de la colelitiasis— va de un 15o/o, en una serie grande¹⁴ de 28621 colecistectomías en pacientes de todas edades, hasta casi un 20o/o en otra serie¹⁵ de 12200 colecistectomías, en la cual se enfatiza sobre la importancia del manejo operatorio —es decir: colecistectomía temprana vrs. solo colecistostomía— en aquellos pacientes de 65 o más años de edad. Ahora bien, ¿cuál es la mortalidad de la colecistostomía —como alternativa quirúrgica— en el manejo de los "casos difíciles" de colecistitis aguda? Al revisar y analizar la bibliografía pertinente recolectada, nos encontramos con cifras variables de porcentajes de mortalidad postoperatoria (Tabla No. 2) que oscilan entre 0 y 28o/o, lo cual sitúa a esta operación —la colecistostomía— en una posición difícil, controversial

TABLA No. 2
MORTALIDADES REALES DE LA
COLECISTOSTOMIA EN COLECISTITIS AGUDA

AUTORES	AÑOS	No. DE CASOS	MUERTOS	PORCENTAJES MORTALIDAD
GINGRICH ⁸	1969	91	19	21o/o
CAFFERATA ⁹	1969	49	14	28o/o
WELCH ¹⁰	1972	77	18	23o/o
FREY ¹⁰	1975	16	0	0o/o
HAVARD ¹¹	1976	30	0	0o/o
MOORE ¹²	1979	18	2	11o/o
GLENN ¹⁵	1980	359	39	11o/o
HINSHAW ¹³	1980	88	5	6o/o
MEMBREÑO	1987	20	1	5o/o
TOTALES:		748	98	±13o/o

y conflictiva ya que dos autores^{10,11} no reportan mortalidad en 46 casos pero los tres primeros^{8,9,16} reportaron porcentajes muy altos e inaceptables y además, Glenn¹⁵ reporta 39 muertes —para un porcentaje de 11%, todavía alto pero intermedio y casi aceptable— en un número mayor de 359 colecistostomías. Si a los números de casos reportados por estos autores, en esa excelente revisión bibliográfica, agregamos los 20 nuestros —con un solo muerto: para un aceptable y bajo porcentaje de apenas 5o/o— y los de otros^{12,13} autores, el porcentaje global de mortalidad (Tabla No. 2) para este procedimiento resultó de ± 13 o/o ¿Será esta cifra aceptable como para competir con las reportadas en varias series de colecistectomías en casos de colecistitis aguda? La aparente respuesta es que pareciera que no —aunque en realidad si lo es— pero, habría que analizar el por qué de ello.

Al revisar la bibliografía consultada, nos encontramos sorpresivamente con cifras de porcentajes de mortalidad postoperatoria de la colecistectomía en pacientes con colecistitis aguda también realmente variables, que oscilan entre 0% en casos de colecistitis aguda perforada¹⁷ y 15% en casos de empiema vesicular³ —es decir: en "casos realmente difíciles"— o entre 0 y 1% o 3 y 4% cuando la colecistectomía es hecha^{1,15,6,5} tempranamente; de tal manera que todo dependerá de la interpretación que cada quien le de a la bibliografía usada para justificar el hacer solamente colecistectomías

TABLA No. 3
MORBI-MORTALIDAD OBSERVADA EN 471
PACIENTES OPERADOS POR COLECISTITIS AGUDA
SEGUN EL TIEMPO DE LA COLECISTECTOMIA (1)

TIPO DE OPERACION	No. de CASOS	PORCENTAJES	
		MORBI-MORTALIDAD	
EMERGENCIA (0-12 hrs.)	18	33o/o	22o/o
TEMPRANA (24-72 hrs.)	81	4o/o	0o/o
URGENTE (5-25 días)	52	25o/o	17o/o
DIFERIDA TEMPRANA (8-28 días)	119	12o/o	2.5o/o
DIFERIDA TARDIA (2-3 meses)	201	4.4o/o	0.9o/o

en todos los casos de colecistitis aguda o, mejor dicho, para justificar hacerlas en forma rutinaria. Por ejemplo, si analizamos los datos reportados¹ por el Dr. Sianesi y sus colaboradores —de la Universidad de Parma, Italia— en forma honesta y justa, en realidad tendríamos que decir que la mortalidad postoperatoria de la colecistectomía (Tabla No. 3) en colecistitis aguda es: a) alta —«entre 17

y 22%— en "casos difíciles" operados de emergencia en las primeras 12 horas o urgentemente, al no responder al tratamiento médico conservador o empeorar entre la primera y la cuarta semana, respectivamente; y b) por el contrario, nula en "casos fáciles" y/o no complicados operados en forma temprana, entre las primeras 24 y 72 horas de evolución del proceso agudo. Habría que preguntarse, entonces "Si algunos de los casos difíciles hubieran sido manejados operatoriamente solamente con una colecistostomía: ¿cuál habría sido la mortalidad postoperatoria? ¡Nosotros creemos que hubiera sido menor! Como conclusión, la realidad es que todos los casos en los que se hace "colecistostomía" por colecistitis aguda, son pacientes en mal estado general —por alguna otra enfermedad asociada complicada o complicante— o en sepsis, ya sean ancianos o no —es decir: los

"casos realmente difíciles"— lo cual afecta el resultado final de la operación y por lo tanto empobrece los porcentajes de la mortalidad postoperatoria de este procedimiento quirúrgico; mientras que, los grupos de casos en los que se hacen "colecistectomías" están constituidos esencialmente por pacientes con colecistitis aguda no complicada —es decir: los "casos fáciles"— y ante todo jóvenes.

Por otro lado, en la mayor parte de los trabajos —sino en todos— que se relacionan con los resultados de la colecistectomía en casos de colecistitis aguda, no se hace mención de la incidencia de las posibles lesiones yatrogénicas de la vía biliar que se sabe pueden ocurrir al disecar una encrucijada biliar muy edematosa, como ha sucedido en muchos casos de pacientes con colecistitis aguda severa en los que se hizo esta operación.

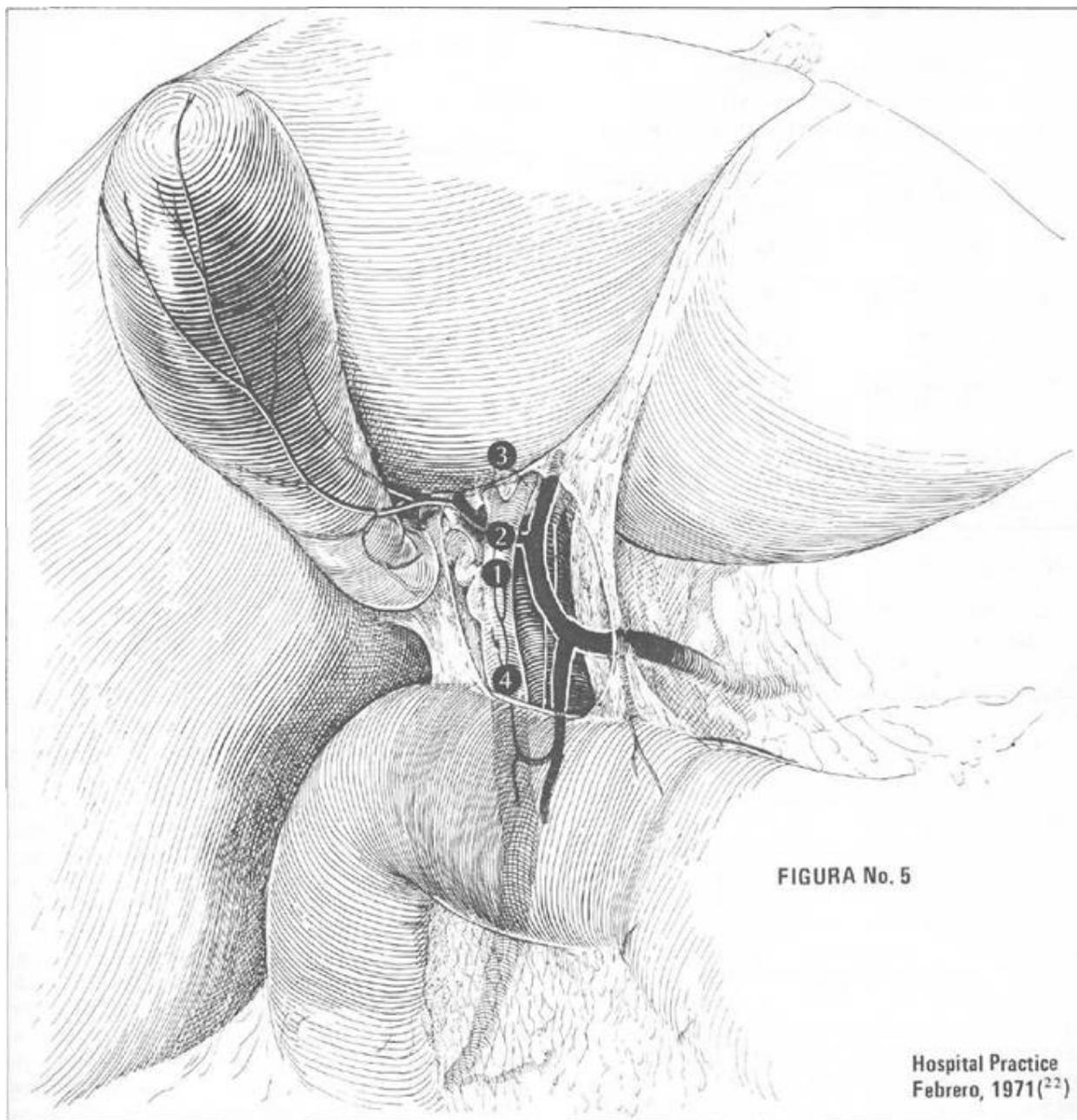
Y para demostrarlo, al revisar la bibliografía relacionada con esa temida complicación de la cirugía biliar, nosotros nos encontramos con que la incidencia real de las lesiones biliares yatrogénicas operatorias (Tabla No. 4) es paradójicamente más alta —de aproximadamente un 67%— en las colecistectomías "aparentemente fáciles" y/o selectivas que en aquellas hechas por colecistitis aguda— es decir: en las "colecistectomías difíciles" —ya que en éstas últimas la incidencia es de más o menos un 33o/o de las lesiones reportadas; lo cual significa, sin embargo y claramente, que una de cada 3 lesiones biliares operatorias yatrogénicas se producirá durante una colecistectomía hecha en un paciente cualquiera por una colecistitis aguda. Estas lesiones pueden producirse accidentalmente en cualquiera de los sitios anatómicos recalcados por el Dr. Warren —de la Clínica Lahey de Boston, Mass., E.U. de A.— en su excelente trabajo²² sobre este tema, y magníficamente ilustrados en la Figura No. 5, pero efectivamente pueden prevenirse haciendo "ocasionalmente" una colecistostomía en vez de una colecistectomía. Entonces, ¿por qué no hacerla en ciertos casos difíciles de colecistitis aguda? Si ya demostramos, con nuestra exhaustiva revisión y análisis (Tablas No. 2 y 3) de la bibliografía pertinente, que no existe una verdadera diferencia en los porcentajes de mortalidad postoperatoria entre éste procedimiento y la colecistectomía —en casos de colecistitis aguda— y que también es posible lesionar la vía biliar durante esta última operación

TABLA No. 4
FRECUENCIA REAL DE LESIONES YATROGENICAS DE LA VIA BILIAR EN COLECISTECTOMIAS HECHAS SEGUN EL TIPO DE PATOLOGIA PREOPERATORIA

AUTORES	AÑOS	COLECISTITIS AGUDA		COLELITIASIS	
		No. CASOS	PORCIENTO	No. CASOS	PORCIENTO
BARTLETT ¹⁹	1956	17	27o/o	45	73o/o
CATTELL ¹⁷	1959	8	15o/o	34	85o/o
CASTRINI ²⁰	1981	40	60o/o	26	40o/o
SANDBERG ²¹	1984	12	20o/o	46	80o/o
TOTALES:		75	33o/o	151	67o/o

(Tabla No. 4), solo será posible argumentar en contra de la colecistostomía el hecho real de que el costo hospitalario —en gastos y honorarios profesionales— en realidad se duplica, o hasta triplica. Pero, ¿no vale el bienestar postoperatorio y/o la vida de un paciente este sacrificio? Y decimos que solo este irrefutable —pero cuestionable— argumento les queda a aquellos que menosprecian a la colecistostomía como alternativa quirúrgica en ciertos casos difíciles de colecistitis aguda, porque el otro argumento que se ha utilizado en contra del uso ocasional de esta operación ha sido —y todavía sigue siéndolo— el "mito" de que las "colecistectomías diferidas" que se hacen después de colecistostomías tienen una mayor morbilidad postoperatoria —esencialmente: más sangrado— que aquellas que se hacen selectivamente, es también refutable si se toma en cuenta un excelente trabajo recientemente publicado²³ en el cual se comparan (Tabla No. 5) los resultados de dos grupos similares de pacientes en los que se hizo colecistectomías, uno de 50 casos —grupo A— en el que estaban las colecistectomías diferidas, hechas de 2 a 3 meses después de colecistostomías; y otro —el grupo B— también de 50 casos, constituido por pacientes en los que se hizo colecistectomías selectivas: en primer lugar, no hubo mortalidad postoperatoria en ninguno de los dos grupos y, en segundo lugar, las mínimas diferencias de morbilidad observadas entre los dos grupos fueron insignificantes.

Por lo tanto, nosotros creemos que ésta operación puede ser salvadora en ciertos casos difíciles de colecistitis aguda, sean ancianos o jóvenes los pacientes, y que solo queda por aclarar cuales son en realidad esos casos difíciles. Ante todo, vale la pena aclarar que un paciente anciano no necesariamente



se convertirá en un candidato —o en una de las indicaciones— para colecistostomía, ya que muchos de ellos están casi tan sanos —por supuesto que relativamente— como un paciente joven y son, por lo tanto, capaces de tolerar una colecistectomía

sin problemas. Empero, nosotros si creemos que cualquier paciente —sea joven o viejo— que esté tóxico y/o séptico, o que simplemente tenga un "empiema vesicular agudo severo" y/o una evidente "colecistitis aguda gangrenosa" con "excesivo

TABLA No. 5

MORBILIDAD OBSERVADA
EN DOS GRUPOS DE PACIENTES
CON COLECISTECTOMIAS DIFERIDAS TARDIAS (23)

COMPLICACIONES	Grupo A	Grupo B
NINGUNA	40/50	37/50
INFECCION HERIDA	2/50	2/50
SANGRADO	2/50	0/50
INFECCION TRAYECTO DEL DRENO	2/50	1/50
ILEO PARALITICO	2/50	1/50
ABSCESO SUBFRENICO	1/50	1/50

edema inflamatorio" local —en especial en el área del triángulo de Calot— que dificulte o impida una disección segura de los elementos anatómicos de la encrucijada duodeno-porta-biliar, pero en especial de los conductos hepáticos y el colédoco, como para realizar correctamente las ligaduras y cortes de la arteria cística y del conducto cístico "viendo" bien los otros conductos mencionados—imprescindibles etapas técnicas de una colecistectomía bien hecha— puede, o mejor debe, ser manejado operatoriamente con una colecistostomía. Finalmente, en ocasiones, algunos de estos pacientes con colecistitis aguda son catalogados como de "alto riesgo anestésico" por alguna razón, esencialmente por la presencia de una enfermedad asociada complicada o complicante, y por lo tanto pueden ameritar un procedimiento quirúrgico como la colecistostomía para evitar una mayor o más prolongada anestesia general —necesaria si se hace una colecistostomía— o se puede resolver el problema con una colecistostomía con anestesia local, como lo aconsejan muchos y ha sido enfatizado recientemente²⁴ en Canadá. Dentro de este grupo de pacientes, hay que considerar en forma especial al paciente cirrótico grave y/o avanzado, que —como lo afirman algunas^{26,27,28} AUTORES— es, en general, un mal paciente o candidato para cualquier cirugía y por lo

TABLA No. 6

INDICACIONES* PARA
COLECISTOSTOMIA
EN COLECISTITIS AGUDA

- 1.- IDEMASIADO EDEMA!
- 2.- CIRROSIS AVANZADA
- 3.- TOXEMIA Y/O SEPSIS
- 4.- ALTO RIESGO ANESTESICO
- 5.- ¿EMPIEMA VESICULAR?

* Personal de los Autores

tanto —a la vez— un formidable reto para el cirujano ya que fácilmente se complicará —y puede hasta tener una alta mortalidad postoperatoria— si se le hace una colecistectomía por colecistitis aguda.

De tal manera que, en resumen, podemos decir que si conocemos bien las verdaderas y reales indicaciones (Tabla No. 6) de la colecistostomía en colecistitis aguda pura no complicada —o en algunos casos de empiema vesicular— sabremos cuando emplear ocasionalmente este procedimiento en estos casos. Vale la pena aclarar, sin embargo, que solamente estamos hablando de casos de "colecistitis aguda pura", ya que con frecuencia se confunde a la "colangitis aguda" —sea pura o asociada a una colecistitis aguda— como una de las indicaciones para realizar una colecistostomía, lo cual no es correcto. Y, es más, muchos autores incluyen erróneamente en sus series de colecistostomías, casos de pacientes con colangitis aguda asociada y/o complicando a una colecistitis aguda que fueron manejados —definitivamente en forma equivocada— con una colecistostomía, ya sea sola o con drenaje del colédoco, lo cual empobrece las estadísticas de esta operación. En la revisión bibliográfica que hicimos —lo confesamos paladinamente— se eliminaron de las series reportadas —al analizar cada trabajo— los casos de colecistitis aguda complicados con colangitis aguda que fueron manejados

operatoriamente con colecistostomía, afectara esto o no a los resultados finales. Por cierto que nosotros no hicimos ninguna colecistostomía en pacientes con colangitis asociada o no a colecistitis aguda, ya que en estos casos acostumbramos hacerles ante todo una exploración y/o drenaje del colédoco —con o sin colecistectomía— de tal manera que toda nuestra casuística está basada en casos de colecistitis aguda sin colangitis asociada.

En conclusión, nosotros creemos firmemente que ésta operación no debe ser menospreciada —y mucho menos olvidada— ya que sigue siendo una excelente alternativa quirúrgica en el manejo operatorio de ciertos casos difíciles —aunque no necesariamente todos— de colecistitis aguda pura y severa, incluyendo la rara "colecistitis aguda acalculosa" de más de 48 hrs. de evolución, según lo expresó muy bien un autor²⁹ recientemente.

Es más,..en la actualidad hay cierta tendencia a ser todavía más conservador con este tipo de pacientes ya que, últimamente parece estar usándose mucho la llamada "colecistostomía percutánea"^{30,31,32} dirigida por ultrasonografía —y por cierto con muy buenos resultados— en "casos difíciles" de colecistitis aguda severa. Aclaremos que, la decisión de solo hacer una colecistostomía debe tomarse antes de explorar al paciente en aquellos casos considerados en el preoperatorio —por alguna razón— como de "alto riesgo", tanto anestésico como quirúrgico, o durante el mismo acto quirúrgico al encontrar una colecistitis aguda gangrenosa y/o supurada con "demasiado edema" en la encrucijada biliar. Posiblemente esta última indicación para realizar una colecistostomía sea la más controversial, ya que siempre existirán aquellos cirujanos de "gran experiencia" —según ellos— que no creen que sea posible que otros cirujanos —talvez tan experimentados como ellos— no puedan quitar siempre una vesícula inflamada, en todos sus casos de colecistitis aguda, como ellos. Para rebatir esta opinión, vale la pena reproducir textualmente lo que dicen respectivamente los doctores Praderi³³ de Uruguay, Maingot³⁴ de Inglaterra y Glenn³⁵ de los E.U. de A. —todos expertos cirujanos de la vía biliar— a continuación: "en agudo se corta el colédoco cuando se hace la ligadura del cístico en un campo mal expuesto por pedículos infiltrados, en los que no se identifican elementos; "....." en algu-

nos casos de colecistitis aguda calculosa en los que los conductos y el hilio biliar están oscurecidos por adherencias densas, el cirujano debe ser muy bien aconsejado para que haga una colecistostomía y él no debe considerar ese consejo y su decisión como una demostración de su inadecuada habilidad, sino que como una indicación de su buen criterio o juicio quirúrgico"; y también:..... "la colecistostomía se aconseja en pacientes inestables o que tienen patología asociada significativa, porque el mayor tiempo operatorio que requiere la colecistectomía se convierte en un riesgo para el paciente".

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sianesi M., Ghirarduzzi A., Pereudani M. and Dell'Anna B.: "Cholecystectomy for acute cholecystitis: timing of operation, bacteriologic aspects and post-operative course"; Am. J. Surg., 148:609,1984.
2. Felice P.R., Trowbridge P.E. and Ferrara J.J.: "Evolving changes in the pathogenesis and treatment of the perforated gallbladder: a combined hospital study" Am. J. Surg., 149:466,1985.
- 3.- Fry D.E., Cox R.A. and Harbrechi P.J.: "Empyema of the gallbladder: a complication in the natural history of acute cholecystitis"; Am. J. Surg., 141:366 1981.
- 4.- Glenn F. and Thorbjarnarson B.: "The surgical treatment of acute cholecystitis"; Surg. Gyn. Obst 116-61,1963.
- 5.- Rosoff L. and Robbins F.G.: "Operative treatment of acute cholecystitis"; Surg. Clin. N.A., 53/5:1079 1973.
- 6.- Van Der Linden W. and Edlund G.: "Early versus delayed cholecystectomy: the effect of a change in management"; Br. J. Surg., 68:753,1981.
- 7.- Du Plessis D.J. and Jersky J.: "The management of acute cholecystitis"; Surg. Clin. N.A. 53/5: 1071 1973.
- 8.- Gingrich R.A., Awe W.C., Boyden A. M. and Peterson C.G.: "Cholecystostomy in acute cholecystitis: factor influencing morbidity and mortality". Am. J Surg 116:310,1968.
- 9.- Cafferata H.T., Stallone R. J. and Mathewson C.W.: "Acute cholecystitis in a municipal hospital: the rote and results of cholecystostomy"; Arch Surg 98:435,1969.

- 10 - Gagic N. and Frey Ch. F.: "The results of cholecystectomy for the treatment of acute cholecystitis"; *Surg. Gyn. Obst.*, 140:255,1975.
- 11.- Havard C. and Parry D.: "Cholecystostomy"; *Brit. J. Surg.*, 63:631,1976.
- 12.- Moore E.E., Kelly G.L., Driver T. and Eiseman B.: "Reassessment of simple cholecystostomy"; *Aren. Surg.*, 114:515,1979.
- 13.- Skillings J.C., Kumal C. and Hinshaw J.R.: "Cholecystostomy: a place in modern biliary surgery?"; *Am.J. Surg.*, 139:865,1980..
- 14 - American College of Surgeons Ohio Chapter of the Gallbladder Survey Committee: "Results of a survey of 28621 cholecystectomies in Ohio"; *Am. J. Surg.*, 119/6: 714,1970.
- 15.- Glenn F.: "Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years of age and older"; *Am. J. Surg.*, 119/6:714,1970.
- 16- Welch J.J. and Malt R.: "Outcome of cholecystostomy"; *Surg. Gyn Obst.* 135:717,1972.
- 17.- Abu-Dalu J. and Urca I.: "Acute cholecystitis with perforation into the peritoneal cavity"; *Arch. Surg* ; 102:108,1971.
- 18.- Donaldson G.A., Ailen A.W. and Bartlett M.K.: "Postoperative bile-duct strictures: their etiology and treatment", *New Eng. J. Med.*, 254/2:50, 1956.
- 19.- Cattell R.B. and Braasch J.W.: "General considerations in the management of benign strictures of the bile ducts"; *New Eng. J. Med.*, 261/19:929,1959.
- 20.- Castrini G. and Pappalardo G.: "Iatrogenic strictures of the bile ducts: our experience with 66 cases"; *World J. Surg.*, 5:753,1981.
- 21.- Sandberg A.A., Alinder G. and Bengmark S.: "Accidental lesions of the common bile duct at cholecystectomy: pre and perioperative factors of importance"; *Ann.Surg.*, 201/3:328,1985.
- 22.- Warren K. W. and Whitcomb F.F.: "Diagnosis and treatment of benign biliary tract stricture", *Hospital Practice*, Feb: 62,1971.
- 23.- Weigelt J.A., Norcross J.F. and Aurbakken C.M.: "Cholecystectomy after tube cholecystostomy"; *Am. J.Surg.*, 146:723,1983.
- 24.- Burhenne H.J. and Stoller J.L.: "Minicholecystostomy and radiologic stone extraction in high-risk cholelithiasis patients: preliminary experience"; *Am. J. Surg.*, 149:632,1985.
- 25.- Schwartz S.I.: "Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical Combination"; *Surgery*, 90:577,1981.
- 26.- Aranha G.V., Sontag S.J. and Greenlee H.B.: "Cholecystectomy in cirrhotic patients: a formidable operation"; *Am. J. Surg.*, 143:55,1982.
- 27.- Kogut K., Aragoni T. and Ackerman N.B.: "Cholecystectomy in patients with mild cirrhosis"; *Arch. Surg.*, 120:1310,1985.
- 28.- Dunnington G., Sampliner R., Kogan F., Alfrey E. and Putnan C.: "Natural history of cholelithiasis in patients with alcoholic cirrhosis (Cholelithiasis in cirrhotic patients)"; *Ann. Surg.*, 205/3:226, 1986.
- 29.- Johnson L.B.: "The importance of early diagnosis of acute acalculous cholecystitis"; *Surg. Gyn. Obst.*, 164/3:197,1987.
- 30.- Pearse D.M., Hawkins I.F., Shaver R. and Vogel S.: "Percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis and common duct obstruction"; *Radiology*, 152/2:365,1984.
- 31.- Eggermont A. M., Lameris S. S. and Jeckel J.: "Ultrasound-guided percutaneous transhepatic cholecystostomy for acute acalculous cholecystitis"; *Arch. Surg.*, 120: 1354,1985.
- 32.- Klinberg S., Hawkins I. and Vogel S.B.: "Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high risk patients"; *Am. J. Surg.*, 153: 125,1987.
- 33.- Pradery R.: "Lesiones por el acto operatorio en la colecistectomía" *Pren. Med. Arg.* 52: 1989,1965.
- 34.- Maingot R.: "The causes and prevention of postoperative strictures of the bile ducts"; *Brit. J. Clin. Pract.*, 26/2:53,1972.
- 35.- Glenn F.: "Cholecystostomy in the high risk patient with biliary tract disease"; *Ann. Surg.*, 185/2: 185, 1977.