



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

- INDICE -

	Página
INTRODUCCION	
RESUMEN	
MATERIAL Y METODOS	1
RESULTADOS	2
ASPECTOS GENERALES	2 - 5
MANIFESTACIONES CLINICAS	5 - 6
EXPLORACION FISICA	6 - 7
EXAMENES DE LABORATORIO	7 - 9
ESTUDIOS RADIOLOGICOS	9 - 10
ULTRASONOGRAFIA	10-12
TRATAMIENTO PREQUIRURGICO	12-13
TRATAMIENTO QUIRURGICO	13-15
TIPO DE INCISION	16
HALLAZGOS QUIRURGICOS	16-17
TECNICA QUIRURGICA	17-18
COLANGIOGRAFIA TRANSOP.	18
COLEDOCOTOMIA	19
SONDA EN T	20-21
DRENAJES (PENROSE)	21-22
TRATAMIENTO POSTQUIRURGICO	22
MORBILIDAD	23-24
MORTALIDAD	25
ESTANCIA POSTOPERATORIA	25
CONCLUSIONES	26-27
BIBLIOGRAFIA	28-30

INTRODUCCION

Desde que en el siglo XVII se inició la Cirugía biliar, con el procedimiento más simple que consistió en practicar colecistostomía para extraer los cálculos de la vesícula biliar hasta nuestros días, el problema sigue vigente pues basta revisar la bibliografía sobre el apasionante tema de la cirugía biliar, para darnos cuenta que todavía hoy, a pesar de los avances que vivimos en esta época y en donde el tema de actualidad es el trasplante de órganos, aún luchamos, día a día, con los problemas de la cirugía biliar. El número de enfermos con patología en la vesícula y las vías biliares es alto, lo que más comúnmente se observa es la litiasis vesicular.

El objeto del presente estudio, es mostrar las estadísticas obtenidas en el ejercicio de la cirugía de vesícula en los procesos inflamatorios litíasicos o no litíasicos, agudos y crónicos, y de etiología traumática en un periodo de tres años, en el Hospital General de Acapulco, Guerrero.

En el presente estudio no es nuestra pretensión el realizar una revisión amplia del tema, perseguimos como objetivo primordial, el que el presente trabajo brinde mejor oportunidad al paciente, en cuanto al manejo quirúrgico de ésta patología y establecer parámetros, es decir, un protocolo de manejo, de acuerdo a nuestra experiencia hospitalaria, para que en lo futuro la experiencia aquí reflejada guíe al médico Residente en formación y que lo oriente por el camino

del buen juicio, con decisiones oportunas, y con bases lo suficientemente firmes para brindar así un me jo r a p o y o m é d i c o / a s i s t e n c i a l a n u e s t r o s p a c i e n t e s , r e d i t u a n d o a s í e n u n a m e j o r p r e p a r a c i o n.

RESUMEN

Se presenta la experiencia quirúrgica de la patología vesicular secundaria a procesos inflamatorios agudos y crónicos, litiásicos y no litiásicos, así como traumáticos en un lapso de tres años, en el Hospital General S.S.A. de Acapulco, Guerrero.

Se analizan brevemente algunos de los diversos factores ligados a la patología vesicular, las principales manifestaciones clínicas, tiempo de la decisión quirúrgica principalmente en los procesos vesiculares agudos y la relación que guarda todo ello con las complicaciones, y finalmente las conclusiones a las que se llegó, de 71 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se elaboró llevando a cabo una revisión de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía en el Hospital General S.S.A. de Acapulco, Guerrero, en un lapso de tres años, comprendido del primero de enero de 1982 hasta el 31 de diciembre de 1984.

Los pacientes con control postcolecistectomía pero que no fueron intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital, fueron excluidos.

Un total de 71 pacientes fueron sometidos a colecistectomía, 67 de los cuales; secundaria a colecistopatía (colecistitis) y los cuatro restantes; secundaria a lesión abdominal traumática, los 71 pacientes constituyen nuestro material, y el método de estudio empleado fué el retrospectivo.

En todos los casos, los datos obtenidos fueron extraídos de los expedientes clínicos.

RESULTADOS

En el lapso comprendido entre el primero de enero de 1982 y el 31 de diciembre de 1984, setenta y un pacientes fueron sometidos a colecistectomía, sesenta y siete pacientes (94.3%) secundaria a colecistitis aguda o crónica, y solo cuatro pacientes (5.6%) secundaria a lesión traumática del abdomen (tabla 1).

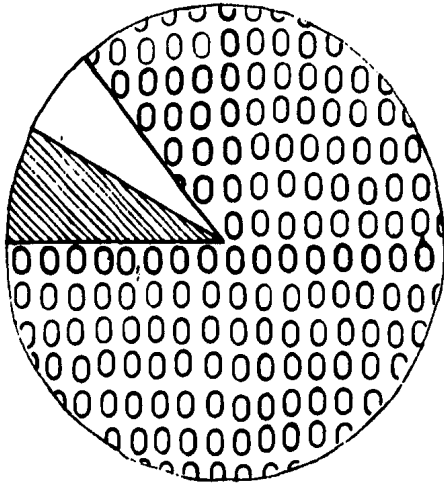
Aunque los procesos vesiculares pueden ocurrir en cualquier edad, la colecistitis ataca actualmente a un número importante de sujetos antes de la mitad del cuarto decenio, las mujeres son afectadas más frecuentemente que los varones, y como la colecistitis suele acompañarse de obesidad, los médicos americanos le llegaron a nombrar la enfermedad de las tres "efes" (en inglés; Female, Fat y Forty).

Lo encontrado por nosotros fué: en lo que respecta al sexo, encontramos que el procedimiento quirúrgico (colecistectomía) se realiza con más frecuencia en pacientes del sexo femenino; siendo en el sexo femenino 62 pacientes (87.3%), y en el sexo masculino 9 pacientes (12.6%) dando una relación de 6.8 : 1 (tabla No. 2).

Las edades de los pacientes comprendieron entre los 19 y los 76 años, con una edad media de 39.4

TABLA No. 1

ETIOLOGIA.- LA PRESENTE GRAPICA
MUESTRA PORCENTAJE Y
CAUSA DE COLECISTECTOMIA, DE LOS
PACIENTES EN ESTUDIO.






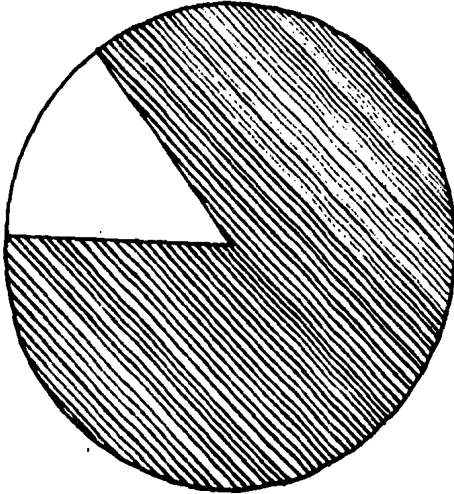
		PACIENTES
	6% POSTRAUMATICA	4
	8% COLECISTITIS ALITIASICA	6
	86% COLECISTITIS LITIASICA	61
	TOTAL	<u>71</u>

TABLA No. 2

SEXO.- RELACION DE LOS PACIENTES
CON COLECISTECTOMIA, Y POR
CENTAJE DE ELLOS, EN CUAN-
TO AL SEXO.





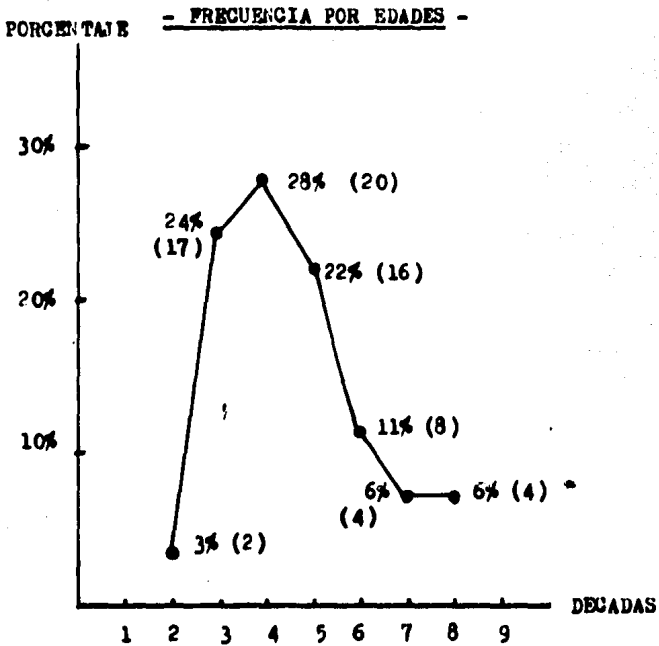
		PACIENTES
	13% MASCULINO	9
	87% FEMENINO	
	TOTAL	$\frac{62}{71}$

TABLA No. 3



() NUMERO DE PACIENTES

LAS EDADES COMPRENDIERON ENTRE LOS 19
Y LOS 76 AÑOS, CON UNA EDAD MEDIA DE
39 AÑOS.

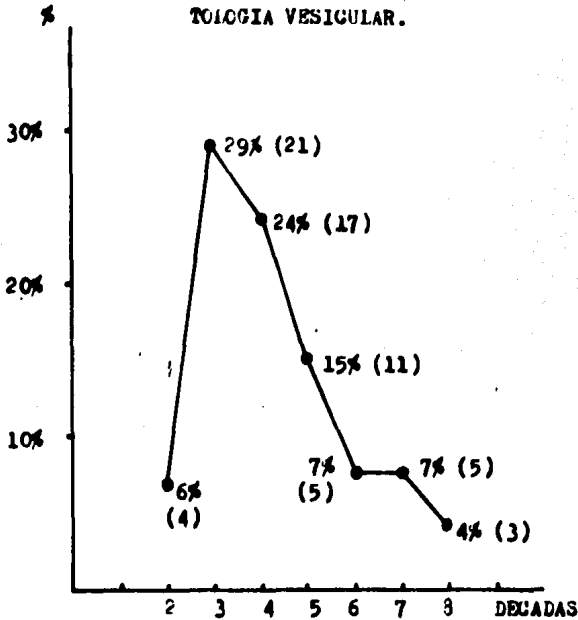
tal como puede apreciarse en la tabla no. 3.

La frecuencia por edad, indica que el procedimiento se realiza con mayor frecuencia en la cuarta década de la vida, lo cual coincide con lo referido por la mayoría de los autores, y es sin duda alguna secundario a los procesos inflamatorios por litiasis. En nuestra estadística el segundo lugar en frecuencia por edad lo ocupa la tercera década de la vida. Los pacientes con sintomatología biliar inician su cuadro de acuerdo a nuestras estadísticas, a partir de la tercera década de la vida (29.5%). Esto nos hace pensar que los pacientes con patología biliar deciden no someterse a tratamiento quirúrgico en sus primeras manifestaciones, en la mayoría de los casos por remitir el cuadro con remedios caseros o tratamiento médico, y que se deciden años después, una vez que la repetición de los cuadros se hacen más energicos o se agudizan (tabla No. 4).

En cuanto a las colecistectomias postraumatis - mo (4), dos de ellas fueron realizadas en pacientes de la segunda década de la vida, realizándose una, en pacientes de la tercera y cuarta décadas de la vida respectivamente (tabla No. 5). El agente causal resultó ser de la siguiente manera: 3 por arma blanca, y en un caso; el proyectil de arma de fuego (tabla No. 7). En cuanto a la lesión vesicular por trauma abierto, en un estudio realizado previamente

TABLA No. 4

**EDAD DE INICIO DE LAS PRIMERAS
MANIFESTACIONES CLINICAS DE PA
TOLOGIA VESICULAR.**



* EN 66 PACIENTES
() NUMERO DE PACIENTES

TABLA No. 5

COLECISTECTOMIA POSTRAUMATISMO (6%)

DECADA	PACIENTES
2a.	2
3a.	1
4a.	1
TOTAL	4

TABLA No. 6

COLECISTECTOMIA POSTRAUMATISMO - SEXO -

SEXO	PACIENTES
MASCULINO	4
FEMENINO	0

TABLA No. 7

**COLECISTECTOMIA POSTRAUMATISMO
AGENTE CAUSAL**

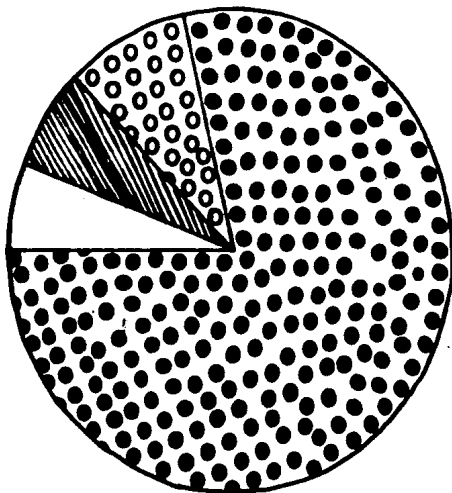
ARMA PUNZOCORTANTE	3
PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO	1

en este hospital, sobre lesionados de abdomen, los adultos jóvenes eran los más afectados, y en su mayoría fueron lesionados con arma blanca, dichos resultados coinciden con los nuestros. Los cuatro pacientes con lesión vesicular postraumática fueron del sexo masculino (tabla No. 6)

Se revisó la existencia de relación entre el número de embarazos y patología vesicular y el resultado fué el siguiente: el 77% de las pacientes con patología vesicular litiásica eran multigestas, no multigestas el 6.5% y sin embarazos o núbiles el 8% (tabla 8). Dicho resultado nos orienta a pensar que la hipercolesterolemia que presentan las pacientes gestantes juega un papel muy importante en la patología vesicular litiásica. Del total de pacientes con proceso inflamatorio por litiasis, solamente tres pacientes (4.4%) tuvieron antecedentes familiares de litiasis vesicular. Nos llamó la atención el hecho de que dos de estos pacientes, la mayoría de los integrantes de su núcleo familiar, hayan tenido manifestaciones de enfermedad vesicular, o bien que hayan sido sometidos a colecistectomía, por lo que no abandonamos la posibilidad de que el factor herencia sea importante en este tipo de pacientes que tienen una predisposición genética a la formación de cálculos principalmente de colesterol; pues en este grupo de pacientes la secreción de colesterol está au -

TABLA No. 8

PORCENTAJE, RELACION NUMERO DE
EMBARAZOS Y LITIASIS VESICULAR



6% NO EMBARAZOS



8% NO MULTIGESTAS



9% COLECISTITIS ALITIASICA (2 PACIEN-
TES NO MULTIGESTAS, 4 PACIENTES
MULTIGESTAS)



77% MULTIGESTAS

mentada y la de sales biliares disminuida. Pese a lo mencionado anteriormente, en el grupo de pacientes en estudio no encontramos relación entre el factor herencia y patología vesicular litiásica.

MANIFESTACIONES CLINICAS

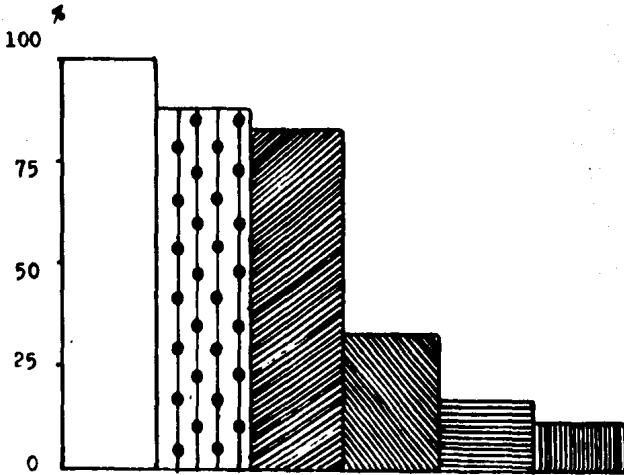
Los cálculos biliares pueden no causar síntomas, pero si se presentan, dependen generalmente de la migración de un cálculo al interior del conducto cístico y la iniciación de alteraciones inflamatorias en la vesícula biliar, siendo semejante la sintomatología en los procesos no litiásicos.








A continuación mencionamos lo encontrado en el grupo de pacientes en estudio.

DOLOR.- todos los pacientes lo manifestaron en el cuadrante superior derecho, manifestándolo de tipo cólico en su mayoría, irradiación a la región infraescapular o en hemicinturón, continuo, intenso, que disminuía o cedía con analgésicos y antiespasmódicos, y solamente en 50 pacientes (74.6%) refirieron que se relacionó posterior a la ingesta de alimentos, principalmente colecistoquinéticos. Se menciona que en cerca del 5% de los casos se produce dolor en el lado izquierdo, en los pacientes en es-

TABLA No. 9

MANIFESTACIONES CLINICAS (67)



-  100% (67) DOLCER EN C.S.D.
-  * 75% (50) POSTPRANDIAL
-  86% (58) NAUSEA
-  82% (55) VOMITO
-  30% (20) HIPERTERMIA
-  12% (9) ICTERICIA
-  7% (5) DIARREA

tudio; no se refirió dolor del lado izquierdo.

NAUSEA.- estuvo presente en 58 pacientes ((86.5%)),

VOMITO.- en 55 pacientes ((82%)), de contenido alimentario o "gastrobiliar".

HEFEMENCIA.- en 20 pacientes ((29.5%)) desafortunadamente no fué cuantificada, y que estuvo en relación con la intensidad y severidad del cuadro vesicular y principalmente con los cambios de tipo inflamatorio de la pared vesicular.

ICTERICIA.- en solo 9 pacientes ((11.9%)) con estrecha relación con los procesos obstructivos de vías biliares y finalmente:

DIARREA.- en cinco pacientes ((7.4%)) tal y como se muestra en la tabla 9 ..

Todo lo anterior, en cuanto a los datos aportados por el propio paciente. Estos síntomas no son diagnósticos y muchos pacientes con una historia de este tipo han perdido su vesícula en manos del Cirujano y algunas ocasiones sin que desaparecieran los síntomas.

EXPLORACION FISICA

En lo tocante a los datos encontrados a la exploración física podemos mencionar los siguientes:

EL SIGNO DE MURPHY fué posible detectarlo en 52 pa-

tudio; no se refirió dolor del lato izquierdo.

NAUSEA.- estuvo presente en 58 pacientes ((86.5%)),

VOMITO.- en 55 pacientes ((82%)), de contenido alimentario o "gastrobiliar".

HIEPOTENSIÓN.- en 20 pacientes ((29.3%)) desafortunadamente no fué cuantificada, y que estuvo en relación con la intensidad y severidad del cuadro vesicular y principalmente con los cambios de tipo inflamatorio de la pared vesicular.

ICTERICIA.- en solo 9 pacientes ((11.9%)) con estrecha relación con los procesos obstructivos de vías biliares y finalmente:

DIARREA.- en cinco pacientes ((7.4%)) tal y como se muestra en la tabla 9 ..

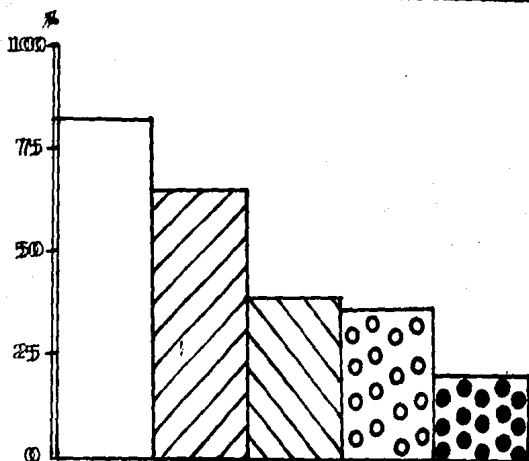
Todo lo anterior, en cuanto a los datos aportados por el propio paciente. Estos síntomas no son diagnósticos y muchos pacientes con una historia de este tipo han perdido su vesícula en manos del Cirujano y algunas ocasiones sin que desaparecan los síntomas.

EXPLORACION FISICA

En lo tocante a los datos encontrados a la exploración física podemos mencionar los siguientes:

EL SIGNO DE MURPHY fué posible detectarlo en 52 pa-

TABLA No. 10
MANIFESTACIONES CLINICAS
EXPLORACION FISICA (67)








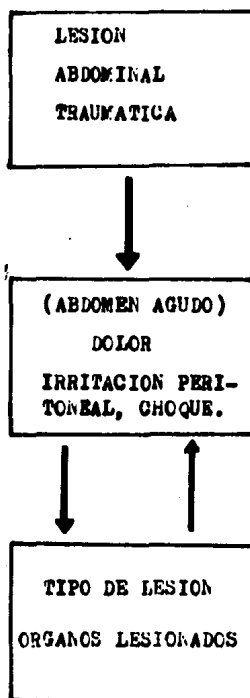
-  78% (52) **SIGNO DE MURPHY**
-  63% (42) **OBESIDAD**
-  37% (25) **ICTERICIA**
-  36% (24) **VESICULA PALPABLE**
-  21% (14) **IRRITACION PERITONEAL**

TABLA No. 11

MANIFESTACIONES CLINICAS

EN TRAUMATISMO ABIERTO.



cientes (77.6%), dicho signo se obtiene cuando se despierta dolor repentino, localizado, y se detiene la inspiración al aplicar una presión suave sobre el área de la vesícula biliar mientras el paciente inspira profundamente. 42 pacientes (62.6%) presentaban obesidad. Ictericia en 25 pacientes (37.3%). Vesícula palpable en 24 pacientes (35.8%) y por último datos de Irritación peritoneal (hiperestesia, hiperbaralgia, Blumberg etc. etc.) en 14 pacientes (20.8%) según se muestra en la tabla 10.

En cuanto a los pacientes con traumatismo abierto nuestros cuatro pacientes ingresaron con datos de abdomen agudo, y las manifestaciones clínicas dependieron de el tipo de lesión y órganos lesionados, siendo los principales: Dolor, Irritación peritoneal y estado de choque (tabla 11).

EXAMENES DE LABORATORIO

El laboratorio brindó los siguientes resultados: el 81.5% de los pacientes presentaron hematocrito por arriba de 35 mm/dl. y el 18.4% por abajo de esa cifra. Leucocitosis en el 53.8%, considerando como leucocitosis las cifras por arriba de 10 000 leucocitos, encontrando que las cifras a partir de 12 000 son significativas y se encuentran en relación con empiema, gangrena, perforación o peritonitis localizada en el 78.2% de los casos, el restante 21.7% se

encuentra ligado con participación pancreática y colangitis. Aquí es justo mencionar que el 10.4% de los pacientes no presentó leucocitosis pese a que los hallazgos transoperatorios fueron de franco proceso inflamatorio. En el 43% de los pacientes, el número de leucocitos se encontró dentro de límites normales. Se encontró neutrofilia en el 50.8% de los casos. Eosinofilia en el 27.6% , no coincidiendo la eosinofilia con los tres casos de ascariasis errática que encontramos en el estudio. Finalmente bandemia en el 21.5%.

En lo que respecta a la glucosa sanguínea, amilasa sérica y pruebas de funcionamiento hepático, desafortunadamente no todos los pacientes contaron con estos estudios, sin embargo en los pacientes en quienes los encontramos reportados, salen a la luz los siguientes resultados:

Glucosa sanguínea en límites normales en el 80.3% de los pacientes, y el 19.6 % con cifras de hiperglicemia. En el 58.3% la amilasa sérica se encontró dentro de la normalidad y en el 41.6% se encontró elevada. De el perfil hepático el dato más importante fué que en el 79% de los pacientes la fosfatasa alcalina se encontró elevada, bilirrubina directa aumentada en el 34.8% , y clínicamente en relación con los procesos obstructivos. La bilirrubina indirecta se elevó en el 16.2%. La TGP se encontró elevada en el 16.2% y la TGO en el 13.9% de los pacien-

TABLA No. 12

EXAMENES DE LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA.-

HEMATOCRITO ↑ 35 ml./100 ml.	82%
HEMATOCRITO ↓ 35 ml./100 ml.	18%
LEUCOCITOSIS	54%
* NO LEUCOCITOSIS	43%
NEUTROFILIA	51%
EOSINOFILIA	28%
BANDEMIA	22%

QUIMICA SANGUINEA.-

GLUCOSA NORMAL	80%
HIPERGLUCENIA	20%
AMILASA NORMAL	58%
AMILASA ↑	42%

P.F.H.-

POSFATASA ALCALINA ↑	79%
BILIRRUBINA DIRECTA ↑	35%
BILIRRUBINA INDIRECTA ↑	16%
T.G.P. ↑	16%
T.G.O. ↑	14%

* EL 10% DE LOS PACIENTES, PESE A PRESENTAR PROCESO INFLAMATORIO FRANGO, NO PRESENTO LEUCOCITOSIS.

tes. (tabla No. 12)

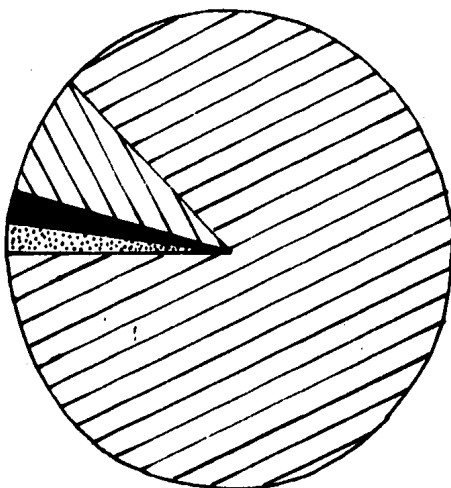
Uno de los aspectos importantes de la Cirugía biliar es la toma de muestra de bilis para cultivo y antibiograma, pero, desafortunadamente en muchas ocasiones se carece de material para tal efecto, por lo que en el presente estudio no contamos con resultados de este tipo.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS

En nuestra unidad Hospitalaria, una vez detectado un paciente con manifestaciones clínicas de colecistitis, el primer estudio radiológico que se solicita es una placa simple de abdomen ya que en el 15% de los pacientes con patología biliar litiásica puede diagnosticarse radiológicamente de esta manera, sin embargo en nuestro estudio; solo un paciente (2.2%) fué detectado como portador de patología vesicular litiásica con la placa simple de abdomen. Posterior al estudio antes mencionado se solicita una colecistografía oral, y si al cabo de la primera placa no existe conclusión diagnóstica, se realiza una colangiografía I.V.. En nuestros pacientes en estudio se encontró que la colecistocolangiografía I.V. fué sugestiva de patología vesicular en un 88.6%, y se reportó como Normal (falsa negativa) en el 6.8%. La colecistografía oral es el método más difundido

TABLA No. 13

ESTUDIOS RADIOLOGICOS (44)



39% COLECISTO-COLANGIOGRAFIA SUGESTIVA



7% NORMAL (FALSA NEGATIVA)



2% COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA



2% PLACA SIMPLE DE ABDOMEN

en el diagnóstico de litiásis vesicular y otros padecimientos de las vías biliares. Algunos autores señalan que la colangiografía por perfusión ofrece ventajas en el estudio de vías biliares, con menor frecuencia de efectos tóxicos, mayor contraste, opacificación prolongada del árbol biliar. En nuestros pacientes en estudio no se sometió a ninguno con este método.

La colecistografía y la colangiografía no están indicadas en la etapa aguda de la enfermedad, pero son de utilidad una vez pasado el acceso. Tanto la colecistografía por vía bucal, como la colangiografía I.V., son de poco valor en presencia de ictericia. En estos pacientes se puede obtener en ocasiones información inyectando medio de contraste directamente en el hígado (colangiografía percutánea). El procedimiento no carece de peligro y debe efectuarse solo en pacientes preparados para laparotomía.

En solo un paciente se realizó colangiografía percutánea con aguja de Chiba, la que demostró cole-docolitiásis. (tabla No. 13).

ULTRASONOGRAFIA

En la actualidad el estudio sonográfico está bien situado en la evaluación de la vesícula biliar y vías biliares intra y extrahepáticas, y los cálculos pueden ser fácilmente identificados en la cavi-

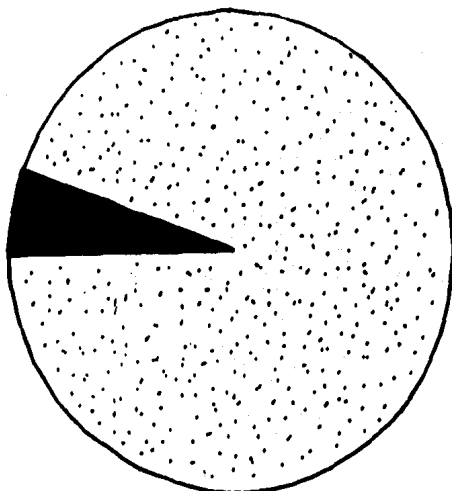
dad y luz de éstos, incluso algunas autoridades en la materia lo han propuesto como el método primario diagnóstico de la patología biliar, sobre todo en pacientes con insuficiencia hepática o en aquellos en los que no se pueden exponer a radiación como en el caso de las mujeres embarazadas, o bien reacciones de hipersensibilidad al material de contraste, además de ser un método diagnóstico inocuo, no invasivo y que no amerita una preparación especial del paciente.

En nuestro hospital dicho estudio es solicitado en forma privada, lo que representa para la mayoría de ellos una merma importante en su economía, por eso es solicitado a aquellos pacientes con suficientes recursos económicos, de los pacientes en estudio, a solo 18 les fué realizado, con los siguientes resultados: el estudio fué compatible con patología biliar litiásica o alitiásica en 17 pacientes (94.4%), y sin patología biliar un solo paciente (5.5%) habiéndose reportado como masa tumoral de la cabeza del páncreas. Con estos resultados observamos que el estudio ultrasonográfico es de una especificidad superior al 90% (17/18).

Es importante que en el estudio sonográfico, se preste suma atención a los datos clínicos y relacionarlos con los hallazgos del estudio, ya que la colecistitis gangrenosa es una complicación mayor y está asociada con una alta morbimortalidad, buscando mem-

TABLA No. 14

ESTUDIO ULTRASONOGRAFICO (18)



● 6% NEGATIVO

⊙ 94% POSITIVO

branas intraluminales, o irregularidades marcadas en la pared vesicular, lo que indica hemorragia intramural, necrosis y formación de microabscesos y si ocurre perforación puede haber abscesos pericolecísticos o peritonitis biliar difusa, como ocurrió en uno de nuestros casos. (tabla No. 14).

TRATAMIENTO MEDICO PREQUIRURGICO

Una vez establecido el diagnóstico, procedemos a iniciar un tratamiento, siendo en los casos agudos el que a continuación describimos:

A todos los pacientes se les somete a ayuno total, soluciones parenterales tomando en consideración los requerimientos mínimos diarios empleando soluciones glucosadas al 5% y solución Hartmann con un total diario de líquidos I.V. de 3000 ml.. Cloruro de potasio 90 mEq diarios (30 mEq por cada 1000 ml. de solución I.V.), sonda de Levin para aspiración gástrica con el objeto de extraer ácido, evitar el contacto con el duodeno y eliminar la liberación de colecistoquinina que estimule la vesícula, agregamos al manejo habitualmente un antiespasmódico tipo butilioscina y un analgésico tipo dipirona, con buenos resultados, evitamos los opiáceos y anticolinérgicos y no empleamos antiácidos. Si el cuadro clínico del paciente es severo y presenta fiebre, añadimos Ampicilina y cuando el cuadro es severo y existe sepsis

lo combinamos con Gentamicina.

El control de ingresos y egresos es también importante.

En cuanto a los pacientes con traumatismo abdominal abierto, el tipo de manejo empleado es prácticamente semejante, con protección antitetánica, manejo del estado de choque, llevándose a Cirugía tan pronto es captado y estudiado intrahospitalariamente.

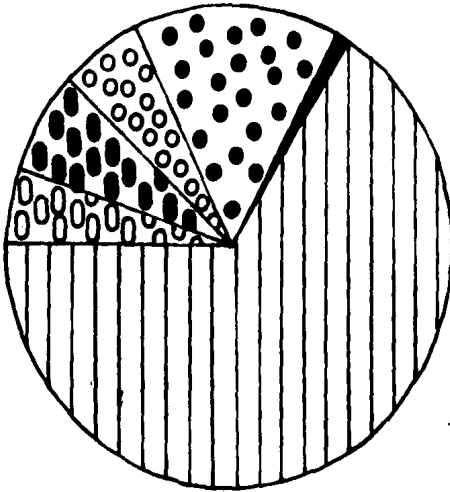
TRATAMIENTO QUIRURGICO







Con el objeto de entender la indicación del tratamiento quirúrgico temprano o electivo, principalmente en la forma aguda de las colecistitis, nos hemos atrevido a hacer una modificación a la clasificación hecha por el Dr. Cristobal Pera, ya que a nuestro juicio representa el foco de atención del presente estudio. (tabla No. 15).

Con respecto al tratamiento quirúrgico existe divergencia de opiniones, muchos autores aconsejan el tratamiento conservador o no operatorio de la colecistitis aguda, para la mayor parte de los casos diagnosticados como tales. Los defensores del tratamiento conservador de la colecistitis aguda subrayan que incluso un proceso inflamatorio grave tiende a ceder en forma espontánea; que la perforación es rara y, si se presenta, tiende a persistir localizada más que a ocasionar una peritonitis generalizada, y

TABLA No. 15

TRATAMIENTO QUIRURGICO



	INMEDIATO	5%	
	20 - 50 DIA	7%	} PRECOZ
	60 - 100 DIA	6%	
	110. - 200. DIA	15%		} TARDIO
	210 - 300 DIA	1%	
	ELECTIVO	66%	

que los riesgos admitidos de la colecistectomía elec
tiva están aumentados en la cirugía de urgencia.

Muchos Cirujanos, aconsejan una técnica más a-
gresiva en el tratamiento de la colecistitis aguda y
sus argumentos son los siguientes: La perforación
puede no ser una complicación muy frecuente de la co-
lecistitis aguda, pero, si ocurre, aunque sus efec-
tos permanezcan localizados, origina una morbimorta-
lidad elevada. En la práctica, la extirpación de una
vesícula inflamada de forma aguda rara vez es más di
fícil que en la operación electiva y los riesgos no
son mayores, siempre que la realice un cirujano ex-
perimentado.

El tratamiento operatorio de urgencia ofrece,
en general, la ventaja de resolver de una vez por
todas una afección crónica agudizada. Si se adopta
un manejo no quirúrgico, aunque dé buen resultado,
ésto ocasiona un retraso antes de efectuar la opera-
ción electiva.

Las indicaciones de la operación se definen
después de un período de observación durante el cual
pueden emplearse métodos diagnósticos especializados
y efectuarse una adecuada reanimación. Sin duda, es
ideal operar antes que transcurran dos días desde el
comienzo del ataque agudo. La mayor parte de los en-
fermos con un cólico biliar simple empiezan a mejo-
rar dentro de este plazo con un adecuado tratamien-
to médico.

En algunos casos de colecistitis, el comienzo es primero gradual y después se produce una exacerbación brusca de los síntomas con signos clínicos que indican con claridad que la operación es necesaria.

De los cirujanos que están a favor del tratamiento quirúrgico inmediato, mencionan que los pacientes operados de urgencia se restablecen con rapidez. Se evita la permanencia en cama hasta que cede la colecistitis aguda y también un ingreso posterior para colecistectomía electiva, y que también constituye un error imaginar que la colecistectomía electiva posterior será más fácil, porque con frecuencia es técnicamente difícil.

A continuación, mencionamos el tipo de tratamiento quirúrgico a que fueron sometidos los pacientes en estudio: se intervinieron en forma inmediata (dentro de las primeras 24 horas) un total de 3 pacientes (4.4%) por colecistitis. En forma precoz (del 2o. al 5o. día) cinco pacientes (7.4%), del 6o. al 10o. día; fueron cuatro pacientes (5.9%). En forma tardía del 11o. al 20o. día, un total de diez pacientes (14.9%), del 21o. al 30o. día, un solo paciente (1.4%), y en forma electiva fueron intervenidos un total de 44 pacientes (65.6%). Los cuatro pacientes con lesión traumática fueron también intervenidos dentro de las primeras 24 horas. (tabla No. 24).

TIPO DE INCISION

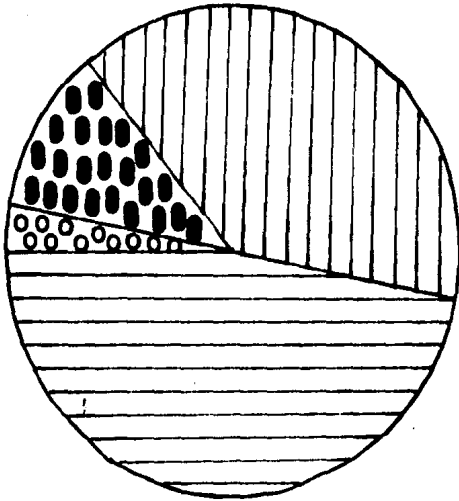
La incisión para colecistectomía dependerá de la preferencia del cirujano y las características anatómicas del paciente, sin embargo se utilizan dos tipos de incisión por lo regular, la vertical o paramedia y la subcostal oblicua o de Kocher, y se utiliza una incisión media si otro tipo de alteración requiere tratamiento quirúrgico. Se menciona que la incisión de Kocher proporciona un acceso directo y cuando la vesícula está perforada evita la necesidad de trabajar a través del peritoneo limpio, lo cual habría que hacer si se empleara una incisión paramedia derecha (tabla No. 16). De los datos encontrados en los expedientes, se realizaron en nuestros pacientes 33 incisiones subcostales (46.4%), incisiones paramedias en 28 pacientes (39.4%), ignoramos el tipo de incisión en 8 pacientes (11.2%) y finalmente incisión media en dos pacientes (2.8%).

HALLAZGOS QUIRURGICOS

Los hallazgos quirúrgicos fueron los siguientes: En un 53.7% se encontró colecistitis en forma aislada, siendo lo más frecuente, y secundaria a litiasis, posteriormente, el segundo lugar lo ocupó el plastrón vesicular con 19.4%, caracterizado por adherencias

TABLA No. 16

TIPC DE INCISION (71)



3% MEDIA (2)



11% SE IGNORA (8)



39% PARAMEDIA (28)



47% KOCHER (33)

TABLA No. 17

HALLAZGOS QUIRURGICOS

COLECISTITIS AISLADA	54%
PLASTRON VESICULAR	19%
PANCREATITIS	16%
COLEDOCOLITIASIS	15%
COLECISTITIS ALITIASICA	9%
ASCARIDIASIS DE V. B.	4%
PERFORACION LIBRE	4%
EMBARAZO	3%
SE IGNORA	3%
ABSCESO SUBFRENICO	1%
CISTADENOMA	1%
GARCINOMA INDIF. DE V. B.	1%

TABLA No. 18
HALLAZGOS QUIRURGICOS
POR TRAUMA ABIERTO (4)

LESION VESICULAR	.....	(4)
BILIPERITONEO	.....	(4)
LESION HEPATICA	.....	(3)
HEMOPERITONEO	.....	(3)
LESION DE COLON	.....	(1)
LESION DE ILEON	.....	(1)

laxas, adherencias firmes y epiplón limitante. Pan -
creatitis en 16.4%, coledocolitiasis en el 14.9%,
Ascaridiasis errática (las vías biliares ocupan el 50.
lugar de las localizaciones en el aparato digestivo)
la encontramos en el 4.4%, el mismo porcentaje (4.4%)
se encontró perforación libre, utero gestante en el
2.9%, Cistadenoma en el 1.4% y carcinoma de vesícula
biliar en el 1.4%.

La forma alitiásica de colecistitis se encontró
en un 8.9%, lo que de acuerdo a la mayoría de los au-
tores (mencionan de 2 a 5%), resulta poco elevado.
(tabla No. 17).

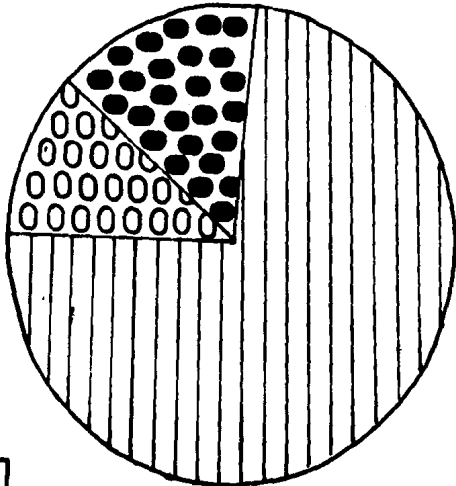
De los cuatro pacientes con traumatismo abierto
los hallazgos fueron: Lesión vesicular en los cuatro
pacientes, lesión hepática en tres, biliperitoneo en
los cuatro pacientes siendo éste de 50 ml. hasta 1500
ml., hemoperitoneo en tres pacientes de 200 ml. a 800
ml., finalmente lesión de intestino delgado y colon
en un paciente. En ninguno de los pacientes se encon-
tró litiasis vesicular. (tabla No. 18)

TECNICA

En cuanto a la técnica de colecistectomía toman-
do en consideración de no extirpar la vesícula hasta
identificar los elementos de la triada biliar, los
resultados son los siguientes: Se realizaron 52 cole-

TABLA No. 19

COLECISTECTOMIA - TECNICA (71)



11% (8) ANTEROGRADA



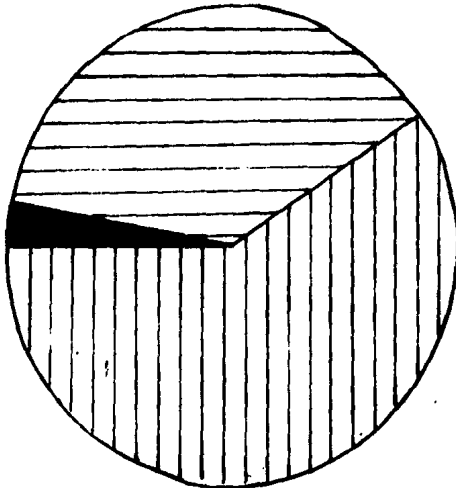
16% (11) SE IGNORA



73% (52) RETROGRADA

TABLA No. 20

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS (71)



3% (2) COLECISTOSTOMIA



38% (27) COLECISTECTOMIA + COLEDOGOTOMIA



59% (42) COLECISTECTOMIA SIMPLE

cistectomías en forma retrograda (73.2%), en ocho pacientes (11.2%) se realizó en forma anterograda, no encontrando reporte de la técnica en 11 pacientes. (tabla No. 19).

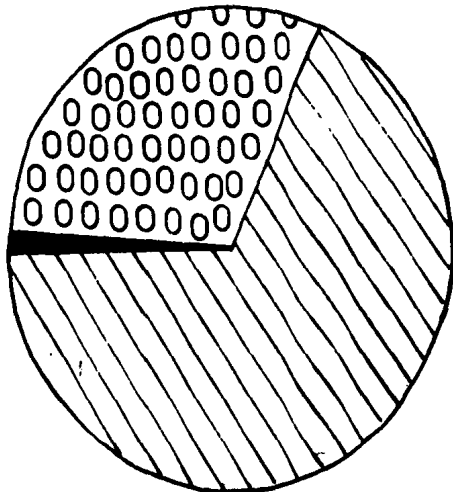
En cuanto al procedimiento quirúrgico se realizaron 42 colecistectomías simples (59.1%), colecistectomía más coledocotomía y colocación de sonda en T; en 27 pacientes (38%), en dos pacientes se realizó como procedimiento inicial colecistostomía (2.8%), posteriormente se les realizó colecistectomía (tabla No.20)

COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA

En todo paciente que se interviene de la vesícula biliar principalmente por litiasis, se recomienda que se realice durante el transoperatorio, una colangiografía. Esto tiene por objeto determinar si existen otras alteraciones en las vías biliares que no fueron detectadas previamente. En nuestro estudio, se realizó colangiografía transoperatoria en 48 pacientes (67.6%), en 22 pacientes (30.9%) no se realizó colangiografía y en un paciente ignoramos si fue realizada (tabla No. 21).

TABLA No. 21

COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA (71)



1% (1) SE IGNORA



31% (22) S/COLANGIO TRANSOP.



68% (48) COLANGIO TRANSOP.

COLEDOCOTOMIA

La indicación para la coledocotomía y exploración del colédoco, resulta de descubrir, por palpación o mediante colangiografía, la presencia de un cálculo. Otros hallazgos que anteriormente se consideraban quirúrgicos (cálculos pequeños en vesícula, engrosamiento y dilatación del colédoco) han perdido validez actualmente. Sin embargo se continúa realizando este procedimiento además de una colecistectomía. Las indicaciones para coledocotomía actualmente se han resumido en cinco y son:

- 1) Cálculo palpable en el colédoco
- 2) Colangiografía transoperatoria positiva.
- 3) Ictericia con valores de bilirrubina mayores de 5 mg./100 ml.
- 4) Presencia de colangitis
- 5) Demostración preoperatoria de cálculos en el colédoco por radiografías o ultrasonografía.

En nuestros pacientes, 27 en total (38%) se les exploró el colédoco por los siguientes motivos:

- 1.- Múltiples cálculos pequeños en vesícula
- 2.- Colédoco dilatado
- 3.- Coledocolitiásis
- 4.- Ictericia
- 5.- Pancreatitis
- 6.- Bilis espesa o Litogenica

TABLA No. 22

COLEDOCOTOMIA 38% (27)

<u>INDICACION</u>	<u>PACIENTES</u>
MULTIPLES CALCULOS EN VESICULA	14
COLEDOCO DILATADO	11
COLEDOCOLITIASIS	9
IGTERICIA	9
PANCREATITIS	8
BILIS ESPESA (PROB. LITOGENICA)	4

SONDA EN T

La sonda en T es el dren que se usa con más frecuencia en el árbol biliar. Es común que el Cirujano después de la colecistectomía habiendo explorado las vías biliares, deje una sonda en T en el hepático común o colédoco, que drena al exterior, aconsejándose que para su colocación la coledocotomía se realice lo más proximal al duodeno, ya que en caso de complicaciones que requieran anastomosis biliodigestivas, ésta se pueda realizar con menor dificultad técnica.

Una ventaja clara de las sondas en T, es que se pueden efectuar colangiografías para control trans - y postoperatorio. Del objetivo de la sonda depende el tiempo que se deje colocada. La sonda que se usa para lograr alivio sintomático en presencia de enfermedad maligna debe dejarse hasta que se ocluya, y a continuación substituirse. Para el tratamiento de las estrecheces biliares, la sonda debe dejarse colocada por lo menos durante seis meses; se dejará durante seis semanas cuando se requiere un trayecto adecuado para la manipulación instrumentada de las vías biliares, o durante siete a diez días después de la exploración sistemática del colédoco. Cuando se van a dejar sondas colocadas durante más de cuatro semanas, se necesitan cuidados especiales. Las sondas con una rama exterior deben lavarse todos los días con 5 a 10

mililitros de solución salina isotónica estéril para eliminar la precipitación de pigmentos biliares y prolongar su permeabilidad. Deben limpiarse todos los días la piel y el sitio de salida del dren con una solución desinfectante para disminuir la reacción inflamatoria local y la formación de tejido de granulación. En general, los pacientes pueden efectuar estos cuidados ellos mismos, y deben recibir instrucciones sobre estas técnicas antes de ser dados de alta del hospital.

En nuestros pacientes, la exploración del códoco implicó colocación de sonda en T. Dichas sondas en el presente estudio fueron retiradas previo control radiológico y en ausencia de sintomatología en los pacientes; desde la segunda hasta la cuarta semanas del postoperatorio, permaneciendo en aquellos con complicaciones postoperatorias (litiasis residual), o sintomatología persistente (básicamente dolor postprandial) durante un lapso mayor de tiempo.

DRENAJES (PENROSE)

Los drenajes se colocan de manera profiláctica, para darse cuenta del escurrimiento de bilis o de sangre, procedentes del conducto cístico, de la arteria cística o del lecho vesicular. En la mayor parte de los pacientes no drenan, pero si llegan a hacerlo,

es o sucede en las primeras 24 o 36 horas, con lo que los drenes habrán cumplido su cometido. El procedimiento más aceptado en Cirugía de vesícula biliar, ha sido dejar los drenajes durante cinco días, después torcerlos y extraerlos lentamente.

En nuestra estadística, el drenaje se usó en todos los pacientes, y éste drenaje se retiró entre el primero y el décimo días de postoperatorio, con un promedio de 4.63 días, lo que es semejante a lo que refieren algunos autores.

TRATAMIENTO MEDICO POSTOPERATORIO

El tratamiento médico postoperatorio, básicamente no tiene mucha diferencia con el manejo preoperatorio en los pacientes con colecistitis, sólo en ocasiones se añade al tratamiento; Cimetidina, sobre todo en pacientes con stress postoperatorio y sangrado de tubo digestivo alto, Metronidazol, utilizado para los procesos infecciosos por anaerobios y como en nuestra estadística, empleado en el paciente con lesión de colon, finalmente Mebendazol, en los casos de ascariidiasis en colédoco. Cuando el paciente es sensible a penicilina, se ha utilizado cloramfenicol, con buenos resultados.

MORBILIDAD

De los 71 pacientes en estudio, 16 de ellos (22.5%) presentaron complicaciones, enlistada de la siguiente manera:

Litiasis residual en 8 pacientes (11.2%).

La dehiscencia de la herida quirúrgica en 4 pacientes (5.6%).

Fístula biliar externa en 3 pacientes (4.2%), Neumonía en 2 pacientes (2.8%) y con un paciente cada una de las siguientes: Fístula biliar interna, Síndrome postcolecistectomía, Absceso en herida quirúrgica, Hematoma y Seroma en la herida quirúrgica. Dentro de las complicaciones postoperatorias nos llama la atención el porcentaje de litiasis residual, siendo 8 pacientes, de los cuales cinco fueron intervenidos en forma electiva y tres de urgencia, de estos, solamente un paciente intervenido en forma tardía (NO electiva) no fué sometido a colangiografía transoperatoria, habiéndose realizado en los otros siete pacientes. La segunda causa de morbilidad son las del sitio quirúrgico, la dehiscencia se encontró en cuatro pacientes, tres de ellos habiéndoseles realizado incisión paramedia y solo un paciente con incisión de Kocher, el resto se adjudica a la técnica operatoria (hematoma, seroma, absceso).

De las dos pacientes sometidas a colecistosto -

TABLA No. 23

MORBILIDAD (16)

LITIASIS RESIDUAL	(8)
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	(4)
PISTULA BILIAR EXTERNA	(3)
NEUMONIA	(2)
PISTULA BILIAR INTERNA	(1)
SIND. POSTCOLECISTECTOMIA	(1)
ABSCESO EN HERIDA QUIRURGICA	(1)
HEMATOMA	(1)
SEROMA	(1)

mía como procedimiento inicial, las dos presentaron complicaciones principalmente fístulas biliares (vease tabla 23).

Las complicaciones que encontramos con respecto al tipo de tratamiento quirúrgico fué de la siguiente manera:

De los pacientes sometidos a tratamiento inmediato, ningun paciente presentó complicaciones 0/3, al tratamiento precoz; dos pacientes 2/5 (40%), al tratamiento tardío cuatro pacientes 4/10 (40%) y al electivo un total de nueve pacientes 9/44 (20.4%) (tabla No. 24).

De los pacientes con lesión traumática solo un paciente presentó complicación (25%):

Aparentemente el tratamiento quirúrgico electivo nos da un porcentaje alto de complicaciones, mas si se compara con el resto de los pacientes sometidos a tratamiento inmediato, precoz o tardío se verá que en relación con el número de pacientes sometidos a cada tipo de tratamiento quirúrgico, el porcentaje de complicaciones para cada grupo, es semejante en los de tratamiento inmediato y electivo (si reuniésemos a los pacientes con tratamiento inmediato y los traumáticos, el porcentaje de complicaciones sería de 14.2% 1/7), encontrando un alto porcentaje de complicaciones en los grupos de tratamiento precoz y tardío, como puede apreciarse en la gráfica correspondiente.

TABLA No. 24

COLECISTITIS

MORBILIDAD DE ACUERDO AL TIPO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO.

<u>TIPO</u>	<u>RELACION</u>	<u>% COMPLICADOS</u>
INMEDIATO	0/3	0%
2o - 5o DIA (PRECOZ)	2/5	40%
11o - 20o DIA (TARDIO)	4/10	40%
ELECTIVO	9/44	20%

MORTALIDAD

La mortalidad en el presente estudio, fué de dos pacientes, siendo un porcentaje de 2.8% , lo que coincide con otros estudios, siendo la patología litiásica y traumática las causas, los factores determinantes fueron el proceso intraabdominal existente, el grado de sepsis y el estado de choque. Lógicamente que en la etiología traumática otro factor determinante es el hecho de que otros órganos lesionados como el colon por ejemplo incrementan potencialmente la mortalidad.

ESTANCIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA

Para tener una mejor idea o panorama del tiempo de estancia postoperatoria tomamos en cuenta a los pacientes que no presentaron complicación, y excluimos a los pacientes que la presentaron. En general la estancia hospitalaria varió desde tres días hasta veintidos días, teniendo un promedio de estancia hospitalaria postoperatoria de 8.3 días, lógicamente los pacientes que presentan complicaciones tienen una estancia hospitalaria superior a los nueve días.

CONCLUSIONES

El número de enfermos con patología en la vesícula y vías biliares es alto, la que más frecuentemente se observa es la litiasis vesicular. Un bajo porcentaje es secundario a colecistitis alitiásica. Continúa siendo preferentemente patología del sexo femenino, y de la cuarta década de la vida, pese a que la mayoría de las pacientes inician su sintomatología en la tercera década. Tiene relación con el número de embarazos mas no encontramos relación con los factores hereditarios a pesar de que se ha ligado a ello. El cuadro clínico incluye dolor en el cuadrante superior derecho en el 100% de los casos, la mayoría de las ocasiones ligado a colecistoquinéticos (75%),nausea, vómitos e hipertermia, Murphy positivo, obesidad, ictericia y vesícula palpable, en el laboratorio los datos más importantes son: Leucocitosis; encontrando estrecha relación con empiema, gangrena o perforación cuando las cifras de leucocitos rebasa la cifra de 12000. La amilasa y la glucosa en sangre habitualmente son normales a menos que exista compromiso pancreático. La fosfatasa alcalina se encuentra elevada en la mayor parte. En el tipo de hospitales como el nuestro (2o. Nivel), el estudio radiológico primordial para el diagnóstico de patología biliar litiasica continúa siendo la colecisto-colangiografía I.V., sin embargo el ultrasonido tiene una especificidad más alta.

Los pacientes con cuadros de colecistitis aguda deben de someterse a tratamiento quirúrgico inmediato en caso de no ceder la sintomatología en las primeras 24-48 horas de manejo médico intrahospitalario adecuado, en caso de mejoría, pensar en tratamiento quirúrgico electivo, ya que las complicaciones postoperatorias guardan relación con el tipo de manejo quirúrgico. Deberá contarse siempre que sea posible con colangiografía transoperatoria. La exploración del colédoco será de acuerdo con los hallazgos transoperatorios, o a la demostración de cálculos en colédoco radiológicamente, antes de la cirugía. Es conveniente dejar drenes en forma profiláctica. Las complicaciones más frecuentes son: litiásis residual y las locales de la herida quirúrgica. La mortalidad es determinada por el proceso intraabdominal existente y el grado de sepsis. La estancia hospitalaria postoperatoria es de 8.3 días en pacientes no complicados.

En los pacientes con colecistectomía postraumática, el sexo masculino y adultos jóvenes son los más afectados, el agente causal: el arma blanca. El cuadro clínico depende de el tipo de lesión y órganos lesionados, principalmente se caracteriza por dolor, irritación peritoneal y estado de choque. Habitualmente se asocia con lesión hepática, hemo y biliperitoneo. La morbimortalidad dependerá de el proceso intraabdominal existente, grado de sepsis, órganos lesionados y estado de choque.

BIBLIOGRAFIA

- Conn, J.H., Chávez, C.M., Fair, W.R.: Bile Peritonitis, Am. Surg., 36:219, 1970.
- Dunphy, J.E., Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos, Tercera Edición, El Manual Moderno, México, 1982.
- Du Plessis, D.J., Jersky, J., The Management of Acute Cholecystitis, Surg. Clin. North Am. 53:1071, 1973.
- Edlund, Y., Eldh, J., Kock, N.G.: Acute Cholecystitis, Timing of Cholecystectomy in non Emergency Cases. Acta Chir.Scand. 138:176, 1972.
- Glenn, F., Retained Calculi within the Biliary Ductal System. Ann. Surg. 179:528, 1974.
- Glenn, F., Thorbjarnarson, B.: Surgical Treatment of Acute Cholecystitis, Surg.Gynecol.Obstet. 116:61, 1963.
- Glenn, F., Cholecystectomy, Surg.Clin. North Am. 46:1129, 1966.
- Artz, C.P., Hardy, J.D., Complicaciones en Cirugía y su tratamiento. Tercera Edición. Nueva Editorial Interamericana, México. 1978.
- Henry, M.L., Carey, L.C.: Complicaciones de la Colectomía, Clin.Quir.Norte Am. 6:1189, 1983.
- Hermann, R.E., A Plea for a Safer Technique of Cholecystectomy. Surgery, 79:609, 1976.
- Inguanzo, M., Colangiografía endovenosa y Colangiografía por perfusión. Rev.Med.ISSSTE Vol. 5, No.2 Mar-Abr. 1970.
- Ferrucci, J.T., Fordtran, J.S. y Cols. The Radiological Diagnosis of Gallbladder Disease, Radiology 141:49 Oct. 1981.

Järvinen, H.J., Hästabaeka, J., Early Cholecystectomy for Acute Cholecystitis. Ann. Surg. 191:501, 1980.

Jeffrey, R.B., Leung, F.C. y cols. Gangrenous Cholecystitis: Diagnosis by Ultrasound. Radiology 148:219, 1983.

Jones, P.F., Cirugía Abdominal de Urgencia, Salvat Editores, 1978.

Lygidakis, N.J.: Operative Risk Factors of Cholecystectomy, Choledochotomy in the Elderly. Surg. Gynecol. Obst. 157:15, 1983.

Matolo, N.M., La Morte, W.W., Wolfe, B.M., Colecistitis aguda y crónica, Clin. Quir. Norte Am. 4:857, 1981.

Mc Sherry, C.K., Glenn, F., The Incidence and Causes of Death Following Surgery for non Malignant Biliary Tract Disease. Ann. Surg., 191:271, 1980.

McArthur, P., Cuschieri, A., Sells, R.A.: Controlled Clinical trial Comparing Early with Interval Cholecystectomy of acute Cholecystitis. Brit. J. Surg. 62:850, 1975.

Moreno, C., Zamudio, A. y cols. Lesiones Traumáticas de la Vesícula Biliar. Cir. y Med. Urg. 5:9, 1980.

Pera, C.: Avances en Cirugía Abdomen Agudo, Salvat Editores. 1979.

Raptopoulos, V., Moss, L. y cols. Comparison of Real-Time and Gray-Scale Static Ultrasonic Cholecystography Radiology 140:153, 1981.

Rosenquist, C.J., Radiología del árbol Biliar, Clin. Q. Norte Am. 4:759, 1981.

Reid, M.H., Phillips, H.E., Papel de las Imágenes por Tomografía Computarizada y Ultrasonido en las Enfermedades de las Vías Biliares. Clin. Quir. Norte Am. 4:771, 1981.

Rossi, R., Gordon, M., Braasch, J.W.; Técnicas de intubación en Cirugía de Vías Biliares, Clin. Q. N. Am. 2:293, 1980.

Shepherd, J.A., Urgencias Quirúrgicas Abdominales, Salvat Editores, 1979.

Sullivan, D.M., Biliary tract Surgery in the Elderly Am. J. Surg., 143:218, 1972.

Schwartz, S.I., Principles of Surgery, Third Edition McGraw-Hill, 1979.

Sabiston, D.C., Tratado de Patología Quirúrgica, Undécima Edición. Nueva Editorial Interamericana, 1980.

Van Der Linden, W., Sunzel, H., Early Versus Delayed Operation for Acute Cholecystitis. A Controlled Clinical Trial. Am. J. Surg. 120:7, 1970.

Zollinger, R.M., Zollinger, R.M. Jr., Atlas de Cirugía Cuarta Edición, Interamericana, 1979.