

COLECISTITIS EN EL GÉNERO MACULINO

Gilberto Morales Meléndez¹
José Oscar Martínez García¹
José Tomás Gaytán Alonso¹

RESUMEN

En el servicio de Cirugía General, del Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General "La Perla" se estudió en pacientes del género masculino la relación de las variables: colecistectomía urgente abierta, los hallazgos en la vesícula durante la operación: (hidrocolecisto, piocolecisto, gangrena de la vesícula y pancreatitis aguda biliar). Las anteriores patologías son complicaciones de procesos inflamatorios severos secundarios a obstrucción de la vesícula por cálculos desarrollados dentro de ella. En otros estudios se han reportado estas complicaciones asociadas al género masculino.

Este estudio es de casos y controles en el que se revisaron los casos acumulados en tres años consecutivos. Nueve casos fueron operados de colecistectomía abierta de manera programada (15%), los cuales integraron los casos control. De la misma forma: 46(85%) colecistectomías de pacientes operados de forma urgente que integraron los casos. Con los datos obtenidos se realizó un análisis de frecuencias en el programa SPSS. Se presentan complicaciones, en general, en 44 (80%) pacientes. La complicación de la vesícula en forma de piocolecisto se registró con más frecuencia. De esta forma observamos dos variables asociadas: cirugía urgente y colecistitis complicada (piocolecisto, hidrocolecisto, gangrena de la vesícula y pancreatitis biliar) relacionada con el género masculino.

Palabras Clave: género masculino, colecistitis complicada, colecistectomía abierta.

Cholecystitis in male gender

ABSTRACT

In general surgery service of the Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General "La Perla" we studied the relationship of the variables in male patients: Urgent open cholecystectomy, gallbladder findings during surgery: (hidrocolecisto, piocolecisto, gangrene of the gallbladder and biliary acute pancreatitis); the above pathologies are complications secondary to bladder obstruction by gallstones which induced severe inflammation. Other studies have reported these complications associated to male patients.

This is a case-control study in which accumulated cases in three consecutive years were reviewed. Nine patients were operated on a scheduled open cholecystectomy (15%), which represent the monitoring cases. Likewise: 46 (85%) patients undergoing urgent cholecystectomy represent the integrated cases. With the data obtained frequency analysis was performed using an SPSS program. General complications were development in 44 patients(80%). Gallbladder complication as piocolecisto occurred more frequently. Thus we observed two associated variables: emergency surgery and complicated cholecystitis (empyema, hydrops or gangrene of the gallbladder and biliary pancreatitis) related to the male gender.

ARTÍCULO RECIBIDO EL 14 OCTUBRE 2014 Y ACEPTADO 27 NOVIEMBRE 2014.

1. Servicio de Cirugía General, Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General "La Perla".
E_mail: gilbertofesz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En el glosario de la enfermedad biliar secundaria a litiasis nos enfrentamos a diferentes términos que describen la patología biliar y sus estructuras anatómicas como: vesícula biliar, conductos biliares, páncreas los cuales están muy relacionados dando nombre a las diferentes etapas de la patología generada por la formación de cálculos biliares. Por ejemplo: los canalículos biliares tienen su salida del hígado para formar la vía biliar extrahepática y reciben el nombre de conductos hepáticos derecho e izquierdo. Ambos se unen para formar el conducto hepático común que posteriormente se prolonga y se identifica con el nombre de colédoco, construyendo un trayecto hacia el tubo digestivo. Así mismo, en el camino del colédoco se une la vesícula mediante el conducto cístico y el páncreas a través del conducto pancreático (Wirsung), formando la vía biliar extrahepática que desemboca en la segunda porción del duodeno (fig. 1).

La literatura reporta la presencia de cálculos en la población en un 20% a 30%. Sin embargo, no en todos los casos de litiasis vesicular se desarrolla inflamación y edema de la vesícula o colecistitis. Así mismo, en más del 90% la colecistitis es por obstrucción de la vesícula secundaria a un cálculo formado en su interior. Su principal manifestación es el dolor abdominal que dura unas horas y se clasifica clínicamente como cólico biliar. De la misma forma, si el dolor persiste más de 24 horas se establece una colecistitis aguda que remite con tratamiento médico. También se presenta con exacerbaciones y remisiones en diferentes días con evolución crónica incluso por años. En otras ocasiones desarrolla un proceso inflamatorio severo con infección en la vesícula, y esta etapa se clasifica como colecistitis con piocolecisto. En las mismas condiciones de obstrucción puede haber reabsorción de las sales biliares y el contenido

vesicular es de un aspecto mucoso; por lo consiguiente, se crea un aumento importante del volumen de la vesícula y se diagnostica como un hidrocolecisto. Otro proceso inflamatorio severo con infartos de la pared es la gangrena vesicular; se desarrolla con menor frecuencia que las anteriores patologías.

La vesícula y la vía biliar extrahepática están anatomopatológicamente relacionadas. De esta manera, cuando un cálculo pasa de la vesícula al cístico y después al colédoco, el paciente tendrá una enfermedad que se llama coledocolitiasis. Así mismo, por el mismo camino biliar, los cálculos avanzan y pueden obstruir el conducto pancreático y, en consecuencia, originar pancreatitis biliar. Otras Complicaciones poco frecuentes derivadas de la colecistitis son las comunicaciones de la vía biliar al tubo digestivo, principalmente al duodeno y estómago; se llaman fistulas biliodigestivas,¹⁻⁶ las cuales dan paso a cálculos gigantes que producen obstrucción intestinal como el íleo biliar.

La colecistitis es uno de los padecimientos que se encuentran dentro de las primeras causas de cirugía general y es motivo de internamientos repetitivos en los servicios de urgencias. El padecimiento predomina en el género femenino sobre el masculino con una relación de 3 a 1.^{7,8} La inflamación aguda de la vesícula se manifiesta principalmente con dolor en el cuadrante superior derecho,^{9,10} por lo que se trata con analgésicos y medidas no quirúrgicas. De tal manera que la operación se programa en las siguientes semanas. Sin embargo, en algunos casos continúa su evolución clínica sin mejoría; desarrolla infección, gangrena, coledocolitiasis, pancreatitis o alguna otra complicación en la vesícula biliar.¹¹

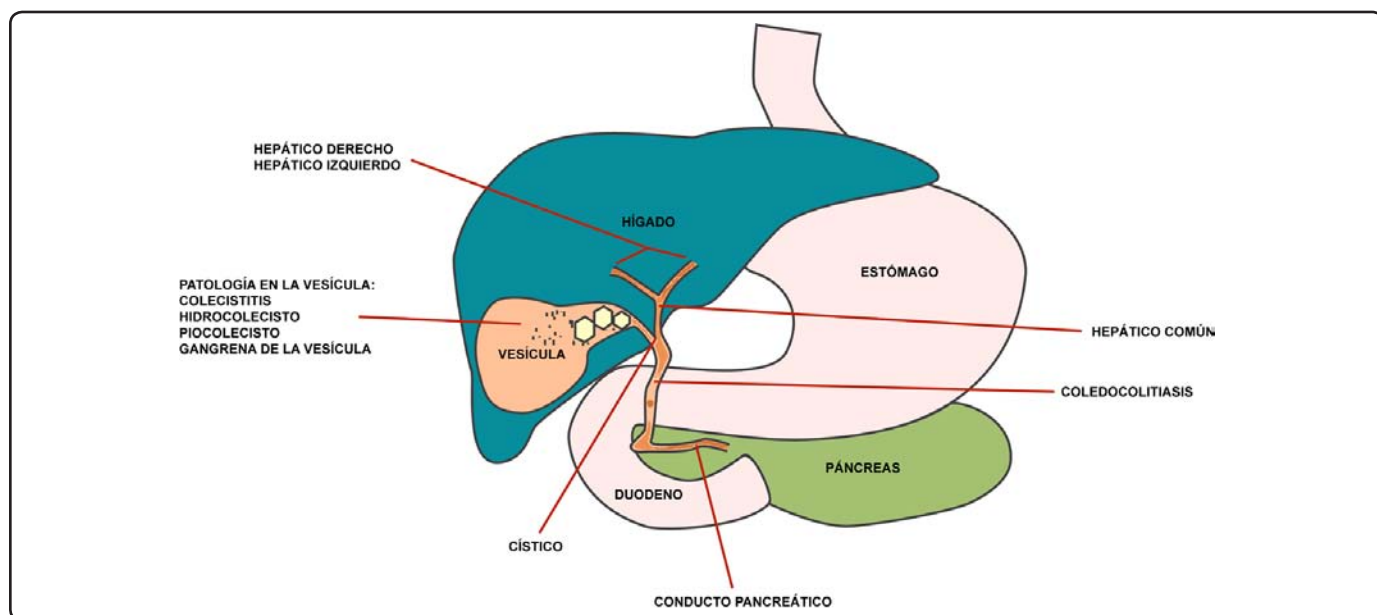


Figura 1. Estructura anatómica biliar.

Hay estudios que reportan el género masculino asociado a colecistitis aguda complicada.^{12,13,14} En otros artículos médicos lo describen como factor de riesgo para colecistitis aguda.^{15,16} Así mismo, mencionan que la colecistitis en el género masculino es de diagnóstico clínico difícil, como la obstrucción intestinal causada por un cálculo que se desarrolló en la vesícula biliar. Por consiguiente, el género masculino es de diagnóstico complicado y de tratamiento difícil.^{17,18}

En operaciones de la vesícula, constituye un factor de riesgo para convertir una cirugía laparoscópica a cirugía abierta;¹⁹ como consecuencia de colecistitis complicada que obliga a realizar una colecistectomía tradicional o cirugía abierta, la cual tiene menor frecuencia de conversión en el género femenino.^{20, 21,22}

OBJETIVO

Observar la frecuencia de las variables: colecistectomía urgente de forma tradicional o abierta asociada a complicaciones de las colecistitis (hidrocolecisto, piocolecisto, gangrena de la vesícula y pancreatitis biliar) asociadas en el género masculino.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de tipo retrolectivo de casos (colecistectomía urgente) y controles (colecistectomía programada). Se revisaron 55 expedientes de pacientes del género masculinos que se registraron en el archivo clínico en el Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General “La Perla” en un periodo de tres años, con diagnóstico de colecistitis litiasica, a quienes se les realizó colecistectomía abierta. La cirugía fue programada para los casos de colecistitis crónica y de forma urgente para los enfermos de colecistitis aguda complicada. Fueron evaluadas las variables colecistectomía urgente, colecistectomía programada, complicaciones (piocolecisto, hidrocolecisto, gangrena vesicular y pancreatitis biliar), variable género masculino. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V.10, se realizó un análisis de frecuencias.

RESULTADOS

En el análisis de los datos de 55 pacientes del género masculino, con diagnóstico de colecistitis, fueron sometidos a cirugía abierta (cuadro 1), se realizó cirugía de urgencia en 46 casos (85%) y cirugía programada en 9 (15%). Los hallazgos reportados para colecistitis complicada fueron en 44 casos (80%) (cuadro 2). La edad promedio de los pacientes masculinos operados fue 38 años.

Urgente	46 (85%)
Programada	9 (15%)
Total de cirugías	55
Fuente: Servicio de Cirugía General del Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General “La Perla”.	

Cuadro 1. Colecistectomía en el género masculino.

Piocolecisto	20 (47%)
Hidrocolecisto	11 (27%)
Gangrena vesicular	7 (18%)
Pancreatitis aguda	6 (18%)
Total de pacientes	44
Fuente: Servicio de Cirugía General del Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General “La Perla”.	

Cuadro 2. Colecistitis complicada en el género masculino.

DISCUSIÓN

En los resultados de este estudio fue evidente que la frecuencia de la cirugía de urgencia se realizó en la mayoría de los casos. Así mismo, en los hallazgos operatorios se especificó el proceso inflamatorio severo que presentó la vesícula (piocolecisto, hidrocolecisto, gangrena de la vesícula o pancreatitis aguda), lo cual integró en general la complicación de la colecistitis. Es notoria la frecuencia de las complicaciones en los casos.

De algún modo existió una asociación entre urgencia quirúrgica y complicación en la vesícula. Cabe mencionar que la cirugía de urgencia de la vesícula se realiza en el género femenino por las mismas condiciones; sin embargo, en estos casos la cirugía se programa con más frecuencia y es menor la de urgencia.

Por otro lado, la cirugía de urgencia y las complicaciones de la colecistitis son dos variables que en general van de la mano una de otra en esta revisión.

Es indudable que si un padecimiento quirúrgico, cuando se complica, tiene que ser operado en la mayoría de los casos de forma urgente, o bien, tiene que ser llevado a cirugía prontamente para evitar complicaciones. Esto quizá no tiene nada en particular. Así mismo, somos concientes y el sentido común, junto con la experiencia clínica médica, nos advierten que ante cualquier enfermedad, y no solo quirúrgica, debemos actuar con prontitud para un adecuado tratamiento.

Ahora bien, el paciente con colecistitis y dolor abdominal acude a los servicios de urgencias, se inicia tratamiento médico para el momento agudo de la colecistitis, se logra que cedan los síntomas en gran parte de los casos: es decir, no presentan quizá datos de complicación de la colecistitis. Por lo tanto, puede programarse semanas después su tratamiento quirúrgico. Sin embargo, hay casos en los cuales no remiten los síntomas y el proceso inflamatorio severo persiste con riesgo de desarrollar una complicación como las halladas en el 80% de los enfermos de esta revisión. Por lo consiguiente, la resolución quirúrgica fue de urgencia en el 85% de los casos, comparada con la cirugía programada que se realizó en un 15%

de los casos. Estos porcentajes llamaron la atención, por lo que denominamos la variable cirugía de urgencia, la variable colecistitis complicada (hidrocolecisto, piocolecisto, gangrena de vesícula y pancreatitis biliar), las cuales, por motivos que no conocemos, las encontramos asociadas en el género masculino.

El trabajo incluye los casos operados en el servicio de Cirugía General del Instituto de Salud del Estado de México, Hospital General "La Perla" en un periodo de tres años, en donde la colecistectomía programada se realizó con menor frecuencia en relación con la cirugía de urgencia.

La mayoría de enfermos posiblemente no mejoró con el tratamiento médico inicial, por lo que se tuvo que realizar una cirugía de urgencia en 46 casos (85%). Así mismo, el padecimiento evolucionó en gran parte con alguna variedad de la colecistitis complicada y se obtuvo en 44 casos (80%).

En los hallazgos de complicación sobresale la infección o piocolecisto junto con el hidrocolecisto. La gangrena de la vesícula y pancreatitis biliar aguda, aunque en menor porcentaje son complicaciones más severas, sobre todo la repercusión sistémica que tiene el páncreas sin dejar de mencionar las locales (psudoquiste pancreático, necrosis pancreática) que aumentan la morbilidad y estancia hospitalaria prolongada.

CONCLUSIÓN

Observamos que la cirugía de urgencia se realiza con mayor frecuencia en el género masculino y es menor la cirugía programada. Las complicaciones en la vesícula fueron hallazgos frecuentes en los reportes quirúrgicos. De esta forma obtuvimos una relación entre ambas variables (urgencia y complicación). Del mismo modo denominamos el género masculino como una tercera variable. Finalmente, nos llevó a pensar que hay una asociación importante entre las tres variables: cirugía de urgencia, complicación, género masculino, en pacientes con colecistitis aguda.

REFERENCIAS

1. Eldar S, Sabo E, Nash E, Abrahamson J, Matter I: Laparoscopic versus open cholecystectomy in acute cholecystitis. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7 (5):407-14.
2. Eldar S, Sabo E, Nash E, Abrahamson J, Matter I: Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial. *World J Surg* 1997; 21(5):540-5.
3. Angrisani L, Corcione F, Tartaliglia A, Tricarico A, Rendano F, Vicenti R, et al. Cholecystoenteric fistula (CF) is not a contraindication for laparoscopic surgery. *Surg-Endosc* 2001; 15(9): 1038-41.
4. Gurleyik G, Gurleyik F: Gallstone ileus: demographic and clinical criteria supporting preoperative diagnosis. *Ulus- Travma-Derg* 2001; 7 (1):32-4.

5. Hempfling W, Rust C, Sackmann M, Müller-Lisse GU, Arbogast H, Jüngst D, Göke B: 75-jährige Patientin mit persistierenden abdominalen Beschwerden und Erbrechen während einer Kreuzfahrt. *Med Klin* 2001; 96(12): 735-739.
6. Soto DJ, Evan SJ, Kavic MS: Laparoscopic management of gallstone ileus. *JSLs* 2001; 5(3):279-85.
7. Everhart JE: Gallstones and ethnicity in the Americas. *J Assoc Acad Minor Phys.* 2001; 12 (3):137-43.
8. Ruhl CE, Everhart JE: Relationship of serum leptin concentration and other measures of adiposity with gallbladder disease. *Hepatology*.2001; 34 (5): 877-83.
9. Abou-Saif A, Al-Kawas FH: Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 (2): 249-54.
10. Estes NC, Mc Elhinney C, Estes MA, Opie H, Johnson M: Acute cholecystitis treated urgently by nonselective laparoscopic cholecystectomy. *Am Surg* 1996; 62 (7): 598-601.
11. Bedirli A, Sakrak O, Sözüer EM, Kerek M, Güler I: Factors effecting the complications in the natural history of acute cholecystitis. *Hepatogastroenterology* 2001; 48 (41):1275-8.
12. Cameron IC, Chadwick C, Phillips J, Johnson AG: Acute cholecystitis--room for improvement? *Ann R Coll Surg Engl* 2002; 84(1):10-13.
13. Bickel A, Rappaport A, Kanievski V, Vaksman I, Haj M, Geron N, Eitan A: Laparoscopic Management of acute cholecystitis. Prognostic factors for success. *Surg Endosc* 1996; 10(11):1045-9.
14. Eldar S, Sabo E, Nash E, Abrahamson J, Matter I: Laparoscopic cholecystectomy for the various types of gallbladder inflammation: a prospective trial. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8 (3): 200-7.
15. Tocchi A, Costa G, Lepre L, Liotta G, Mazzoni G, Miccini M: Cholelithiasis in men. Observations on a case series of surgically treated 3,047 patients]. *G Chir* 1999; 20 (11-12):474-8.
16. Rusell JC, Walsh SJ, Reed-Fourquet L, Mattie A, Lynch J: Symptomatic cholelithiasis: a different disease in men? *Connecticut Laparoscopic Cholesystectomy Registry. Ann Surg* 1998; 227 (2):195-200.
17. Teebken OE, Bartels M, Fangmann J, Nagel E, Klempnauer J: [Chronic cholecystitis simulating gallbladder tumor with liver abscess. Case report]. *Swiss Surg* 2001; 7 (1):28-31.
18. Madriñan- González M, Fraquela- Mariña J, Acea- Nebril B, Taboada- Filgueira, Blanco- Freire MN, Fernández- Blanco C, et al: [Emphysematous Cholecystitis. Diagnosis, clinical course, and

VERTIENTES

treatment]. *Rev Esp Enferm Dig* 1999; 91 (12):853-6.

19. Shapiro AJ, Costello C, Harkabus M, North JH Jr.: Predicting conversion of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *JSLs* 1999; 3 (2):127-30.

20. Golden WE, Cleves MA, Johnston JC: Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44 (11): 1380-3.

21. Rosen M, Brody F, Ponsky J: Predictive factor for conversion of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 2002; 184(3):254-58.

22. Kama NA, Doganay M, Dolapci M, Reis E, Atli M, Kologlu M: Risk factor resulting in conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery. *Surg Endosc* 2001; 15(9):965-8.