Descargado el: 20-09-2025 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización clínico quirúrgica de la colecistitis aguda en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2017- 2019

Clinical-surgical characterization of acute cholecystitis in patients treated in the General Surgery Service. Cienfuegos, 2017-2019

Jorge Luis Estepa Pérez[1] Tahiluma Santana Pedraza[1] Jorge Luis Estepa Ramos[1] José Antonio Feliú Rosa[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Estepa-Pérez J, Santana-Pedraza T, Estepa-Ramos J, Feliú-Rosa J. Caracterización clínico quirúrgica de la colecistitis aguda en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía General. Cienfuegos, 2017- 2019. **Medisur** [revista en Internet]. 2023 [citado 2025 Sep 20]; 21(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5629

Resumen

Fundamento: la colecistitis aguda es una enfermedad inflamatoria, caracterizada por alteraciones agudas de la pared vesicular que pueden ir desde el edema y la congestión hasta la gangrena y perforación. Es una enfermedad con alta incidencia en urgencia quirúrgica.
Objetivo: caracterizar clínica y quirúrgicamente la colecistitis aguda en pacientes del Servicio de Cirugía General.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de pacientes atendidos por colecistitis aguda en el Servicio de Cirugía durante el período del primero de enero de 2017 al treinta y uno de diciembre de 2019. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y los informes operatorios, utilizando un modelo de recolección de datos. Se analizaron las variables edad, sexo, enfermedades asociadas, manifestaciones clínicas, confirmación diagnóstica, tipo de tratamiento, modalidad de tratamiento quirúrgico, evolución, complicaciones, uso de antibiótico, lugar de ingreso y estadía hospitalaria.
Resultados: predominaron los pacientes de 60 años y más del sexo femenino; el dolor abdominal prevaleció en la mayoría de los pacientes, acompañado de vómitos y taquicardia; el diagnóstico se confirmó mediante la clínica; predominó el tratamiento quirúrgico, la colecistectomía convencional abierta fue la técnica de elección; la mayoría evolucionó de forma satisfactoria. La sepsis de la herida quirúrgica fue la complicación más frecuente.
Conclusiones: la colecistitis aguda es más frecuente en ancianos, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno pueden disminuir el porcentaje de complicaciones; el tratamiento quirúrgico es el de elección, combinado con antibióticoterapia.

Palabras clave: colecistitis aguda, indicadores de morbimortalidad, colecistectomía

Abstract

Background: acute cholecystitis is an inflammatory disease, characterized by acute changes in the gallbladder wall that can range from edema and congestion to gangrene and perforation. It is a disease with a high incidence in surgical urgency.
Objective: to clinically and surgically characterize acute cholecystitis in patients of the General Surgery Service.
Methods: a descriptive and prospective study of patients treated for acute cholecystitis in the Surgery Service was carried out from January the 1st, 2017 to December the 31st, 2019. Data were obtained from medical records and operative reports, using a data collection model. The variables age, sex, associated diseases, clinical manifestations, diagnostic confirmation, type of treatment, modality of surgical treatment, evolution, complications, use of antibiotics, place of admission and hospital stay were analyzed.
Results: female patients aged 60 years and over predominated; abdominal pain prevailed in most of the patients, accompanied by vomiting and tachycardia; the diagnosis was confirmed through the clinic; surgical treatment predominated, conventional open cholecystectomy was the technique of choice; most progress satisfactorily. Surgical wound sepsis was the most frequent complication.
Conclusions: acute cholecystitis is more frequent in the elderly, early diagnosis and timely treatment can reduce the percentage of complications; surgical treatment is the treatment of choice, combined with antibiotic therapy.

Key words: cholecystitis acute, indicators of morbidity and mortality, cholecystectomy

Aprobado: 2023-01-30 13:16:46

Correspondencia: Jorge Luis Estepa Pérez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. jorge.estepa@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es la complicación más común de la colelitiasis, representa del 6 al 11 % de los cuadros de abdomen agudo en adultos, con una probabilidad de ser operado de urgencia del 6-8 %. La colecistitis aguda es una enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar, caracterizada por alteraciones agudas de la pared vesicular que pueden ir desde el edema y la congestión hasta la gangrena y perforación.[1]

La colecistitis aguda aumentó en más de 20 % en las últimas tres décadas. Cálculos aproximados muestran que se ejecutan aproximadamente 700.000 colecistectomías anualmente en Estados Unidos, con un costo de 6,5 billones de dólares. Es un problema sanitario a nivel internacional, con respecto al impacto a nivel social, a morbilidad, también a nivel financiero y calidad de vida.[2]

En los países desarrollados, cerca del 5 a 10 % tienen mayor prevalencia de colelitiasis en la población adulta. Así también se enfatiza que las etnias más perjudicadas pertenecen a latinos con antepasados indígenas, con mayor incidencia en la etnia Mapuche en Chile. Sin embargo, el índice de prevalencia es más disminuido en las localidades africanas y asiáticas.[2]

En Bolivia, Estados Unidos, México, España y Japón, la prevalencia de colelitiasis se calcula que es aproximadamente de 15,7 %; 10-15 %; 14,3 %; 9,7 % y 7 %, respectivamente. Así mismo, se estimó que la colecistitis litiásica aguda es tres veces más habitual en personas de sexo femenino que en sexo masculino antes de los cincuenta años; posteriormente a los cincuenta años, es únicamente 1,5 veces más habitual. Otros factores de riesgo mencionan obesidad, dietas altas en lípidos, resección ileal terminal, algunos medicamentos (fibratos, anticonceptivos, ceftriaxona) y la gestación.[2]

En América Latina se informa que entre el 5 y el 15 % de los habitantes presentan litiasis vesicular, y existen poblaciones y etnias con mayor prevalencia, como la caucásica, la hispánica o los nativos americanos. Países como Estados Unidos, Chile, Bolivia se encuentran entre los de mayor número de personas afectadas por esta enfermedad.[3]

La colecistitis aguda es un cuadro clínico-quirúrgico, caracterizado por un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar, que clínicamente se presenta con dolor abdominal y defensa en hipocondrio derecho, acompañado de fiebre y leucocitosis. Constituye un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Guardia y representa el 20 a 25 % de la afección quirúrgica de urgencia. Predomina más en mujeres que en hombres con una proporción de 3/2 y en la edad media de la vida. Entre un 12 a 15 % de los pacientes con litiasis biliar tienen en su evolución un cuadro de colecistitis aguda.[3,4]

En 90-95 % de los casos, corresponde a una complicación de la colelitiasis (colecistitis litiásica), generalmente, por obstrucción del conducto cístico, con distensión e inflamación, además de infección bacteriana secundaria.[3] El 5-10 % restante presenta una colecistitis sin litiasis demostrada (colecistitis alitiásica), cuya etiología suele ser multifactorial, pero que se caracteriza por una susceptibilidad aumentada a la colonización bacteriana en una bilis estática, muchas veces dentro del contexto de pacientes con afecciones sistémicas agudas.[4]

El diagnóstico se basa en la clínica, hallazgos de laboratorio y estudios imagenológicos. La clínica de la colecistitis aguda se caracteriza por dolor abdominal del cuadrante superior derecho persistente, con hipersensibilidad y resistencia a la palpación. Clásicamente, se describe el signo de Murphy en el examen físico, es decir, detención de la inspiración con la palpación profunda de la zona subcostal. También pueden agregarse otros síntomas como anorexia, náuseas, vómitos y fiebre. El estudio imagenológico inicial es la ecografía abdominal, la cual basa su diagnóstico en visualizar las paredes de la vesícula.[1,2,5]

En pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica, las cifras elevadas de forma conjunta de la PCR, el espesor de la pared vesicular y los leucocitos se correlacionan con estados clínicos e histologías vesiculares más desfavorables, lo que conlleva una mayor necesidad de tratamiento quirúrgico urgente.[6]

El tratamiento de los pacientes con colecistitis aguda grave debe orientarse hacia la remoción temprana de su órgano enfermo y los esfuerzos para esto deben conducir una oportuna e integral atención quirúrgica, lo cual está claramente demostrado, especialmente en mayores de 70 años, quienes presentan una mayor morbilidad, generada en gran parte por sus enfermedades asociadas.[6,7]

La mortalidad en Centro América depende de la condición médica subyacente, variando desde el 90 % en pacientes críticamente enfermos, hasta el 10 % en pacientes ambulatorios. Los principales factores en CAA son cirugía mayor, uso de opioides, vasopresores, traumatismo, ventilación mecánica, deshidratación, quemaduras, choque, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, transfusiones múltiples y ayuno prolongado.[8]

La colecistectomía, en cualquiera de sus vías de abordaje, es el tratamiento quirúrgico de elección de la colecistitis aguda. La colecistectomía laparoscópica realizada por cirujanos experimentados es segura y eficaz en los casos de colecistitis aguda, reportando rangos de conversión entre 0 % a 40 % y una morbilidad de 4 % a 28 %. Los pacientes con colecistitis aguda que se tratan dentro de las 48 horas del cuadro agudo franco, poseen un bajo índice de conversión, disminución del tiempo quirúrgico y de hospitalización, de igual manera logra bajos índices de morbilidad y mortalidad a diferencia de los pacientes que se intervienen después de las 48 a 72 horas.[9,10]

En Cuba esta afección es muy frecuente. En los servicios de cirugía general, ocupa el segundo lugar como causa de intervenciones en cirugía electiva. Es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, en la proporción, eso se observa en los pacientes con cálculos de colesterina; en los pigmentados la proporción es igual en ambos sexos. En Cienfuegos ha disminuido esta afección y ha sido operada en sus episodios asintomáticos por vía laparoscópica; no obstante, siempre se opera en la urgencia cuando llegan con su cuadro sintomático.[11]

En el Servicio de Cirugía General, se ha investigado sobre la colecistitis aguda, pero son insuficientes los estudios realizados que aborden directamente esta temática en el Hospital General Universitario de Cienfuegos. Esta entidad, en la práctica, ha demostrado que puede presentar dificultades en el flujo diagnóstico-terapéutico, con retraso en el diagnóstico así como demora en el tiempo transcurrido entre este y la intervención quirúrgica; que favorece la aparición de complicaciones o muertes.

El análisis integral de la situación polémica permitió la caracterización clínico quirúrgico de la colecistitis aguda y adecuar el manejo de la misma. Por tal motivo se realizó la presente investigación con el objetivo de caracterizar clínica y quirúrgicamente la colecistitis aguda en pacientes del Servicio de Cirugía General.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, prospectiva, con el objetivo de caracterizar a todos los pacientes que fueron ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda, en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en el período comprendido del primero de enero del 2017 al treinta y uno de diciembre de 2019.

El universo quedó constituido por todos los pacientes que fueron ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda, incluyendo los que se intervinieron quirúrgicamente, como una cirugía mayor urgente.

La información se obtuvo del expediente clínico, del que se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, enfermedades asociadas, manifestaciones clínicas, confirmación diagnóstica, tipo de tratamiento, modalidad de tratamiento quirúrgico, evolución, complicaciones, uso de antibiótico, lugar de ingreso y estadía hospitalaria.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS versión 21 y los resultados se muestran en números absolutos y porcentaje, mediante tablas, diseñadas mediante programas de Microsoft Office.

La investigación fue aprobada por el consejo científico de la institución.

RESULTADOS

Al realizar una caracterización general de los pacientes según variables sociodemográficas se encontró que el mayor porcentaje de pacientes estudiados pertenecían al grupo de edad de 60 años y más, con 96 pacientes (41,4 %); seguido del grupo etáreo de 50-59 años con 54 pacientes (23,3 %). Predominó el sexo femenino, con 133 pacientes que representan el 57,3 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda, según grupos de edades y sexo. Años- 2017- 2019

Grupo de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 20 años	1	1,0	4	3,0	**5**	**2,2**
20 a 29 años	2	2,0	9	6,8	**11**	**4,7**
30 a 39 años	8	8,1	18	13,5	**26**	**11,2**
40 a 49 años	15	15,2	25	18,8	**40**	**17,2**
50 a 59 años	26	26,3	28	21,1	**54**	**23,3**
60 años y más	47	47,5	49	36,8	**96**	**41,4**
Total	**99**	**42,7**	**133**	**57,3**	**232**	**100**

Fuente: expediente clínico.

Al analizar la distribución de enfermedades asociadas en pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda se pudo comprobar que la hipertensión arterial, presente en 63 pacientes, mostró el mayor porcentaje (27,2 %), seguida de la diabetes mellitus presente en 29 pacientes (12,5 %), cardiopatía isquémica con 8,2 %; asma bronquial con 7,3 % y la gastritis crónica con 6,0 %. (Tabla 2).

Tabla 2. Enfermedades asociadas en los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda en Cirugía General. Años 2017- 2019

Enfermedades asociadas	No.	%
HTA	63	27,2
Diabetes Mellitus	29	12,5
Cardiopatía isquémica	19	8,2
Asma Bronquial	17	7,3
Gastritis	14	6,0
Cáncer	6	2,6
Artrosis	4	1,7
Demencia Senil	4	1,7
EPOC	2	0,9

Fuente: expediente clínico. N=232

La distribución de las manifestaciones clínicas ante la colecistitis aguda mostró predominio del dolor abdominal en 213 pacientes (91,8 %), seguido de 119 pacientes con vómitos (51,3 %); otros signos relevantes observados fueron la taquicardia en el 40,5 % de los casos y la fiebre en el 38,8 % de ellos. (Tabla 3).

Tabla 3. Manifestaciones clínicas presentes en los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda en Cirugía General. Años 2017- 2019

Manifestaciones clínicas	No.	%
Dolor abdominal	192	82,8
Vómitos	119	51,3
Taquicardia	94	40,5
Fiebre	90	38,8
Tumor abdominal palpable	54	23,3
Escalofrío	25	10,8
Ictericia	11	4,7
Anorexia	7	3,0
Náuseas	2	0 ,9

Fuente: expediente clínico. N=232

Prevaleció el diagnóstico clínico, utilizado en 215 pacientes (92,7 %); el ultrasonido abdominal fue empleado en 114 pacientes (64,0 %); la tomografía axial computarizada abdominal solo se utilizó en 11 pacientes (4, 7 %) para la confirmación del diagnóstico.

El tipo de tratamiento más empleado fue el quirúrgico, realizado en 149 pacientes (64,2 %), el tratamiento médico se reservó en 83 pacientes que representan el 35,8 %.

El tipo de tratamiento quirúrgico empleado evidenció un predominio de la colecistectomía convencional, realizada a 138 pacientes (92,6 %); el 6 % de los pacientes requirió colecistectomía y colocación de sonda en T de Kehr. En el 1,3 % se realizó colecistostomía. La colecistectomía laparoscópica no se realizó, por no contar con esta vía de abordaje, en el Servicio de Urgencia. (Tabla 4).

Tabla 4. Tipo de tratamiento quirúrgico empleado en los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda en Cirugía General. Años 2017- 2019

Tratamiento Quirúrgico	No.	%
Colecistectomía convencional abierta	138	92,6
Colecistectomía y colocación de sonda en T de Kehr	9	6,0
Colecistostomía	2	1,3

Fuente: expediente clínico. N=149

Predominó la evolución satisfactoria en 178 pacientes (76,7 %) sobre la no satisfactoria, presente en 40 pacientes para un 17,2 %. Fallecieron 14 pacientes (6,1 %). (Tabla 5).

Tabla 5. Evolución de los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda en Cirugía General. Años 2017- 2019

Evolución	No.	%
Satisfactoria	178	76,7
No satisfactoria	40	17,2
Fallecido	14	6,1
Total	**232**	**100,0**

Fuente: expediente clínico.

Se registró un total de 54 pacientes complicados en el transcurso de tres años, que significó el 36,3 % del total de operados. El mayor porcentaje de complicación estuvo en la sepsis de la herida quirúrgica, observada en el 51,8 % del total de complicados, seguido de la salida de bilis por drenaje con 18,5 %; lo que pudo condicionar una fuga, reintervención o fistula. (Tabla 6).

Tabla 6. Complicaciones presentes en los pacientes operados de colecistitis aguda en Cirugía General. Años 2017- 2019

Complicaciones postoperatorias	No.	% complicados n-54	% operados n-149
Sepsis de la herida quirúrgica	28	51,8	12,1
Salida de bilis por drenaje	10	18,5	4,3
Colección en el lecho vesicular	5	9,2	2,1
Complicaciones respiratorias	4	7,4	1,7
Complicaciones cardiovasculares	3	5,5	1,3
Otras	4	7,4	1,7
Total	**54**	**36,2**	**64,2**

Fuente: expediente clínico. N=149

El lugar de ingreso de los pacientes con el diagnóstico de colecistitis aguda está en estrecha relación con el estado al ingreso y la evolución satisfactoria; por ello el mayor porcentaje ingresó en sala abierta de Cirugía General, con 180 pacientes (77,6 %), el resto de los pacientes requirieron de salas de cuidados intensivos quirúrgicos, polivalentes y clínicos respectivamente. (Tabla 7).

Tabla 7. Lugar de ingreso de los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda en Cirugía General. Años 2017-2019

Lugar del ingreso	No.	%
Sala de Cirugía General	180	77,6
UCI Quirúrgica	33	13,8
UCI Polivalente	11	4,7
UCI Clínica	8	3,4
Total	**232**	**100,0**

Fuente: expediente clínico.

Se utilizó antibiótico en la totalidad de los pacientes ya fuera operado o no, empleando monoterapia o terapia combinada; las cefalosporinas fueron las de mayor utilización, especialmente la ceftriaxona en casi la mitad de los casos (45,3 %). El antibiótico utilizado, muchas veces, dependía de la disponibilidad hospitalaria. (Tabla 8).

Tabla 8. Uso de antibiótico en los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda en Cirugía General. Años 2017-2019

Medicamentos utilizados	No.	%
Ceftriaxona	105	45,3
Cefazolina	91	39,2
Metronidazol	46	19,8
Cefuroxima	12	5,2
Gentamicina	15	6,5
Meropenem	4	1,7
Penicilina	3	1,3

Fuente: expediente clínico. N=232

Hubo predominio de la estadía de tres a cinco días en 172 pacientes (74,1 %), seguida de la estadía menor de tres días en 24 pacientes (10,3 %). (Tabla 9).

Tabla 9. Estadía hospitalaria de los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda en Cirugía General. Año-2017- 2019

Estadía	No.	%
Menor de 3 días	24	10,3
De 3 a 5 días	172	74,1
De 5 a 7 días	19	8,1
Más de 7 días	17	7,3
Total	**232**	**100,0**

Fuente: expediente clínico.

DISCUSIÓN

La colecistitis aguda es una enfermedad que requiere de una constante investigación y análisis para el mejor manejo diagnóstico y terapéutico. La presente investigación muestra predominio de pacientes en el grupo de 60 y más años, lo cual coincide con lo citado en la literatura donde se establece que esta enfermedad aparece en mayores de 40 años y aumenta con la edad avanzada. En relación con el sexo, son las femeninas las más afectadas, en coincidencia con otras investigaciones.

Datos similares se obtienen en la investigación de Ramos Loza y colaboradores, donde la población estudiada estuvo constituida por 222 pacientes que ingresaron con síntomas de colecistitis aguda en los servicios de cirugía y emergencias; evidenciando que la edad promedio fue 40 ± 10 años y el 86 % fueron mujeres (Grado I: 89,6 %; Grado II: 9,4 %, Grado III: 0 %).[1]

La prevalencia de litiasis biliar de colesterol va en aumento con el paso de los años, por lo tanto, es más habitual en edad avanzada, como resultado del incremento en la secreción biliar de colesterol, disminución de la capacidad de la reserva de ácidos biliares y disminución de la secreción de sales biliares. De forma más extensa, los litos empiezan a aparecer entre las edades de 20 a 30 años y cuando se cumplen los 40 años se establece punto de partida para la incidencia de cálculos en la vesícula, que es mayor respecto a edades previas. El género femenino tiene una asociación más convincente con la enfermedad de cálculos biliares, especialmente durante las edades fértiles; las mujeres tienen casi el doble de probabilidades que los hombres de formarlos. La brecha se estrecha después de la menopausia.[2]

Otras investigaciones coinciden con la edad mayor de 40 años y el sexo femenino; Enríquez Sánchez et al. en su análisis evidenciaron que el promedio de edad de presentación de la enfermedad fue de 41 años y del total de pacientes, la mayoría fue del sexo femenino: 280 (80, 45 %).[9]

La distribución de enfermedades asociadas, en pacientes con colecistitis aguda, muestra a la hipertensión arterial, seguida de la diabetes mellitus y de la cardiopatía isquémica como las fundamentales y está en relación con el grupo etario en que se presentan; aunque no influyen en la enfermedad. La obesidad e hiperlipidemia son enfermedades asociadas que incrementan la secreción biliar de colesterol relacionado con un incremento de dinamismo de HMG CoA reductasa; estos datos no se encontraron en la muestra analizada.[2]

Una investigación que analiza los antecedentes patológicos obtuvo que el 49,1 % no tenía comorbilidades y la presencia de diabetes mellitus estuvo presente en la mayoría de los pacientes (25, 9 %), HTA (9, 3 %), además, estos pacientes se asociaban al sobrepeso (37 %) con colecistitis aguda.[3] Alrededor del 50 % de los pacientes que presentan colecistitis, padecen diabetes mellitus o presentan algún tipo de enfermedad ateroesclerótica periférica subyacente.[3]

El aumento en la frecuencia y la gravedad de la infección está directamente relacionado con el estado metabólico. La mayor propensión a la infección en los pacientes diabéticos mal controlados, es atribuible a la presencia de hiperglucemia y acidosis, que resultan en una reducción de la movilidad de los fagocitos en las áreas de infección y, también, de la actividad antimicrobiana. Además, se han postulado alteraciones del sistema inmunitario, incluyendo reducción de la población total de linfocitos T, así como concentraciones más bajas de inmunoglobulinas.[7]

Se ha propuesto que las afecciones que alteran la vascularización de la vesícula, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, pueden ser consideradas como factores de riesgo para el desarrollo de colecistitis aguda; no obstante, contrastando esta propuesta, otras publicaciones no han identificado la relación directa entre diabetes y colecistitis aguda.[8]

La distribución de las manifestaciones clínicas ante la colecistitis mostró predominio del dolor abdominal seguido de vómitos además de otros signos relevantes como son taquicardia y la fiebre; siendo estos datos similares a otras investigaciones.

En el estudio, la aplicación de la guía de Tokio en colecistitis aguda litiásica, encontró que la manifestación clínica más importante para el diagnóstico de colecistitis aguda es el dolor abdominal presente en hipocondrio derecho y epigastrio (72 para 93 %), seguido en frecuencia por náusea y vómito. No existen estudios de laboratorio específicos; sin embargo, el diagnóstico se sustenta en la elevación de la cifra de leucocitos mayores a 10,000/U. Además, la PCR mayor a 3 mg/dl, y alteraciones leves en perfil hepático. Las bilirrubinas totales pueden elevarse hasta 4mg/dl en ausencia de complicaciones.[1]

Ramos Loza, en su análisis sobre la aplicación de la Guía de Tokio en colecistitis aguda encontró como signo predominante de colecistitis aguda el dolor en hipocondrio derecho, presente en el 96 % de los pacientes, seguido del signo de Murphy en 61 %.[1] La característica clínica más frecuentemente presentada por los pacientes estudiados por otros autores fue el signo de Murphy en 88 pacientes (81,5 %), de forma similar se presentó en 76 pacientes (70, 4 %) masa/dolor/sensibilidad en el cuadrante superior derecho. Encontraron la presencia de náuseas en 100 pacientes (92, 6 %) mientras que los vómitos se presentaron en 87 (80, 6 %).[1,14]

La investigación de Cárdenas Quirós,[15] describe que en un 65 % de los casos existe fiebre mayor de 38°C, el dolor está presente en la mayoría de los casos, localizado en el hipocondrio derecho en un 70 % y difuso en un 30 % de los pacientes, pueden asociar distensión abdominal, ausencia o disminución de ruidos peristálticos, náuseas, vómitos y anorexia. A la exploración física se puede encontrar signo de Murphy positivo o dudoso, hipersensibilidad del área y presencia de masa en cuadrante superior y en cerca de la mitad de los casos puede existir defensa involuntaria.[15]

La confirmación del diagnóstico ante pacientes con colecistitis aguda se realiza mediante la clínica y el ultrasonido abdominal; requiriendo tomografía axial computarizada solo un mínimo de casos. Las investigaciones consultadas toman estos parámetros para definir, según Tokio 2018, la confirmación o sospecha de la colecistitis.

La investigación de Ramos Loza[1] plantea que para el diagnóstico de colecistitis aguda la combinación del signo de Murphy ultrasonográfico con PCR elevada tiene una sensibilidad de 95 %, especificidad de 76 % y valor predictivo positivo de 96 %; y que el ultrasonido es el primer estudio a solicitar, tiene una sensibilidad de 50-88 % y una especificidad de 80-88 %.[1]

El método de imagen preferido para el diagnóstico de la afección biliar es el ultrasonido (UTS), con una sensibilidad y especificidad de 96 % y 95 % respectivamente. Los siguientes hallazgos son fundamentales para su diagnóstico: engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (> 3 mm), sobredistensión de la luz de la vesícula biliar (diámetro AP > 4 cm y longitud > 10 cm), cálculo impactado en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico, líquido

perivesicular, signo de Murphy ecográfico positivo y vesícula hiperémica a la exploración con Doppler color.[16,17]

El tipo de tratamiento empleado con los pacientes ingresados con colecistitis aguda en el servicio de Cirugía General en el periodo 2017-2019, fue quirúrgico en el 64,2 % de los casos; requiriendo de tratamiento médico no quirúrgico el 35,8 %. El tipo de tratamiento quirúrgico empleado en 138 pacientes que representa el (92,6 %) fue la colecistectomía convencional y (6,1 %) requirió de la realización de la colecistectomía, coledocotomía, y colocación de Sonda en T de Kehr. En un 1,3 % de los pacientes se realizó colecistostomía, no se pudo realizar colecistectomía laparoscópica por no contar con esta vía de abordaje en el servicio de Urgencia.

A los pacientes colecistectomizados según técnica quirúrgica en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2016, analizados por Tapia Acosta, [16] se le realizan colecistectomía laparoscópica a 86 pacientes, mientras que 71 se operan por vía convencional; con un mayor grupo de complicaciones en la cirugía convencional en relación con la laparoscópica con 21 y 3 pacientes respectivamente. [16]

Se ha puesto de manifesto que la cirugía urgente, incluso en los tres días posteriores al inicio de la clínica, conlleva una menor morbilidad, estancia hospitalaria y costo, con cifras similares de complicaciones posoperatorias, como se demuestra en varias investigaciones.[1,6,7]

En cuanto a la evolución de los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda, esta fue satisfactoria en el mayor porcentaje, con un mínimo de fallecidos del 6,1 %; destacándose que solo un cuarto de los no satisfactorio, fallecieron.

Un abordaje laparoscópico previene complicaciones como evidenció Tapia Acosta;[16] con 29 pacientes (18,5 %) que presentaron complicaciones, fundamentalmente la infección del sitio operatorio superficial o profundo con el 82,7 % de los complicados.

En la investigación de Sánchez León se encontró una mortalidad del 3 %; estas fueron en colecistitis severas y como complicación la lesión de la vía biliar en el 0,66 %.[10]

Las complicaciones posoperatorias de los pacientes operados de colecistitis aguda en el Servicio de Cirugía General, aparecen en 54 pacientes complicados en el transcurso de tres años. Existen estudios que demuestran un mayor número de complicaciones intra y postoperatorias, así como una mayor tasa de conversión a laparotomía, junto con un mayor riesgo de reingresos hospitalarios por recidiva de la clínica en los pacientes que no se les realiza tratamiento quirúrgico de urgencia y solo se la trata mèdicamente.[6]

El tratamiento de los pacientes con colecistitis aguda grave debe orientarse hacia la remoción temprana de su órgano enfermo y los esfuerzos para esto deben conducir a una oportuna e integral atención quirúrgica.[7]

El lugar de ingreso de los pacientes con el diagnóstico de colecistitis aguda está en estrecha relación con el estado al ingreso y la evolución satisfactoria; por ello el mayor porcentaje ingresa en sala abierta de Cirugía General, con 180 pacientes que representan el 77,6 %; el resto de los pacientes requirieron de salas de cuidados intensivos quirúrgicos, polivalentes y clínicos respectivamente. No se encontró ningún estudio que analice esta variable u otra similar.

La utilización de antibiótico en los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda evidencia su uso en la totalidad de los pacientes ya sea operado o no, empleando monoterapia o terapia combinada; siendo las cefalosporinas las de mayor utilización especialmente la ceftriaxona en casi la mitad de los casos (45,3 %). En antibiótico utilizado, muchas veces, dependía de la disponibilidad hospitalaria.

Cruz Trejos[18] y colaboradores analizaron el uso de ceftriaxona 1g, por vía intravenosa, en pacientes de 20-60 años ingresados en área de cirugía general que presentaron apendicitis y colecistitis en el Hospital Alemán Nicaragüense, julio - diciembre 2016. Demuestra que el uso de ceftriaxona en la colecistitis complicada se debe a que estas conllevan al paciente a complicaciones mortales, como es la septicemia, por tanto el tratamiento debe incluir antibióticos de uso más prolongado como es ceftriaxona por un periodo de hasta cinco días.[18]

La estadía hospitalaria de los pacientes ingresados con colecistitis aguda en Cirugía General en el período 2017- 2019, mostró

predominio de la estadía de 3 a 5 días. En el análisis de Tapia Acosta, que analiza la colecistitis aguda en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Rámiro Prialé Prialé en el periodo 2016 determinó que existe diferencia significativa en el tiempo hospitalario y el costo hospitalario según técnica quirúrgica.[16]

Conflicto de intereses

Los autores plantean que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Jorge Luis Estepa Pérez , Tahiluma Santana Pedraza, Jorge Luis Estepa Ramos.

Curación de datos: Jorge Luis Estepa Pérez , Tahiluma Santana Pedraza, Jorge Luis Estepa Ramos, José Antonio Feliú Rosa.

Análisis formal: Jorge Luis Estepa Pérez , Tahiluma Santana Pedraza, Jorge Luis Estepa Ramos, José Antonio Feliú Rosa.

Investigación: Jorge Luis Estepa Pérez , Tahiluma Santana Pedraza, Jorge Luis Estepa Ramos.

Metodología: Jorge Luis Estepa Pérez , Tahiluma Santana Pedraza, Jorge Luis Estepa Ramos.

Visualización: Antonio Feliú Rosa.

Redacción del borrador original: Jorge Luis Estepa Pérez , Tahiluma Santana Pedraza, Jorge Luis Estepa Ramos.

Redacción, revisión y edición: Jorge Luis Estepa Pérez.

Financiación

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos Loza CM, Mendoza López Videla JN, Ponce Morales JA. Aplicación de la guía de Tokio en colecistitis aguda litiásica. Rev Med La Paz [revista en Internet]. 2018 [cited 29 Nov 2020] ; 24 (1): [aprox. 16p]. Available from: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-961365.

2. Téllez Yáñez KM. Prevalencia de colecistitis aguda en pacientes del Servicio de Cirugía en el hospital Vitarte de enero a junio del 2018 [Tesis]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. [cited 29 Nov 2020] Available from: https://renati.sunedu.gob.pe/browse?type=author&value=Tellez Yañez Katia Miluska.

3. Chocán Guerrero LP. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con colecistitis aguda atendidos en hospital de la amistad Perú-Corea II - Santa Rosa, enero - diciembre 2018 [Tesis]. Piura: Universidad Nacional de Piura. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Humana; 2019. [cited 29 Nov 2020] Available from: http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1631.

4. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 ; 25 (1): 41-54.

5. Ordoñez Cumbe JC, Calle Crespo AP, Vázquez Verdugo MP, Vicuña Yumbla AM, Sarmiento Franco VA, et al. Colecistitis aguda y sus complicaciones locales en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Arch Venez Farmacol Terapéut [revista en Internet]. 2019 [cited 20 Nov 2020] ; 38 (1): [aprox. 4p]. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=559593790 08.

6. Menéndez Sánchez P, León Salinas C, Amo Salas M, Méndez Cea B, García-Carranza A. Asociación de parámetros analíticos y radiológicos en el diagnóstico de la colecistitis aguda. Revista de Gastroenterología de México [revista en Internet]. 2019 [cited 18 Nov 2020] ; 84 (4): [aprox. 12p]. Available from: http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-asociacion-parametros-analiticos-radiologicos-el-articulo-S037509061830171X_DOI:10.1016/j.rgmx.2018.09.001.

7. Escobar F, Vega NV, Valbuena EI. Colecistitis enfisematosa, revisión bibliográfica y presentación de tres casos. Rev Colomb Cir [revista en Internet]. 2015 [cited 29 Nov 2020] ; 30 (2): [aprox. 11p]. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355540058006.

8. Arias PM, Albornoz PD, Roque Cervetti M, Pasarín MA. Factores predictivos de colecistitis aguda gangrenosa. Rev Chil Cir [revista en Internet]. 2017 [cited 27 Sep 2020] ; 23: [aprox. 9p]. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-factores-predictivos-colecistitis-aguda-gangrenosa-S0379389316301375_DOI: 10.1016/j.rchic.2016.09.011.

9. Enríquez Sánchez LB, García Salas JD, Carrillo Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. Cirujano General [revista en Internet]. 2018 [cited 20 Sep 2020] ; 40 (3): [aprox. 8p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000300175&lng=es&nrm=iso.

10. Sánchez León JA. Colecistitis aguda severa según criterios de Tokio y factores asociados en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017 [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2019. [cited 12 Sep 2020] Available from: http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31959.

11. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 2019 [Internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019. [cited 16 Oct 2020] Available from: https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electronico-Español-2019-ed-2020.pdf.

12. Soria Aledo V, Galindo Iñiguez L, Flores Funes D, Carrasco Prats M, Aguayo Albasini JL. Es la colecistectomía el tratamiento de elección en la colecistitis aguda alitiásica?. Revisión sistemática de la literatura. Rev Esp Enferm Dig [revista en Internet]. 2017 [cited 20 Sep 2020] ; 109 (10): [aprox. 10p]. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v109n10/es_original6.pdf.

13. Rosas González G, Carreño Vásquez KW, Ramírez Onofre CA. Colecistitis aguda alitiásica: a propósito de un caso en paciente adolescente. Salud y Administración (México) [revista en Internet]. 2017 [cited 20 Sep 2020] ; 4 (11): [aprox. 5p]. Available from: https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/28.

14. Villalva Salazar F. Criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro [Internet]. Ambato: Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2019. [cited 23 Dic 2020] Available from: https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/10158/1/PIUAMED018-2019.pdf.

15. Cárdenas Quirós MF. Colecistitis aguda alitiásica. Revista Médica Sinergia [revista en Internet]. 2018 [cited 20 Nov 2020] ; 3 (6): [aprox. 5p]. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms186a.pdf.

16. Tapia Acosta LP. Colecistitis aguda en el hospital nacional Ramiro Priale Priale en el periodo 2016 [Tesis]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes. Facultad de Medicina Humana; 2017. [cited 11 Oct 2020] Available from: http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/165.

17. Aleán Argueta LF, Ramírez Toncel SM, Cifuentes Sandoval SF, Izquierdo Gracia DF, Vergara Gómez JM. Complicaciones secundarias a colelitiasis y su manejo: Puntos fundamentales para el diagnóstico. Rev Colomb Radiol [revista en Internet]. 2017 [cited 20 Sep 2020] ; 28 (3): [aprox. 7p]. Available from: http://contenido.acronline.org/Publicaciones/RCR/RCR28-3/03_Complicaciones.pdf.

18. Cruz Trejos FY, Flores López IL, Ortega Martínez AS. Uso de ceftriaxona 1g IV en pacientes de 20-60 años ingresados en área de Cirugía General que presentan apendicitis y colecistitis en el Hospital Alemán Nicaragüense, julio - diciembre 2016 [Tesis]. Managua: Facultad de Ciencias e Ingenierías. Departamento de Química; 2018. [cited 21 Sep 2020] Available from: https://repositorio.unan.edu.ni/10438/.