



## Litiasis Biliar en el Sexo Masculino

### Reto Diagnóstico y Terapéutico

A. PALMIERI, MD, SCC; P. PIANETA, INT.

**Palabras clave:** Patología biliar, Colelitiasis, Colectistitis, Colangitis, Coledocolitiasis, Fístula biliodigestiva, Colectistomía.

*Se realiza un estudio prospectivo descriptivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios de Magangué (Bolívar), con pacientes adultos que consultaron por patología biliar y que fueron llevados a cirugía, durante un período de 1 año. Se llama la atención sobre aspectos interesantes, tales como la consulta tardía en la mayoría de estos pacientes varones, atendida generalmente por el Servicio de Urgencias, dadas las complicaciones de la patología biliar.*

*En total se intervinieron quirúrgicamente 66 pacientes de los cuales 24 eran varones (36.3%), con predominio del sexo femenino sobre el masculino de 2:1, con 1 muerte postoperatoria por sepsis (fístula colecistocolónica + peritonitis generalizada) (4.1%). Estancia hospitalaria promedio de 5 días; sangrado intraoperatorio aproximadamente de 600 mL; complicaciones posquirúrgicas tardías en 4 pacientes, de las cuales en 2 hubo necesidad de reintervenir por sangrado del lecho vesicular hepático en 1, y drenaje de un absceso subhepático en otro paciente.*

*Sorprende la alta morbimortalidad registrada en estos pacientes del sexo masculino con una entidad benigna vista a diario en nuestros servicios hospitalarios. Se incentiva al personal médico al diagnóstico temprano para prevenir la catástrofe dada por las complicaciones de la patología biliar.*

### INTRODUCCION

La patología biliar es una entidad muy frecuente, que reporta aproximadamente 800.000 casos nuevos al año en los EE.UU. (1); según las estadísticas conocidas de antaño, una

de sus características es la alta incidencia en el sexo femenino, correlacionada con la sigla de las 4F (Femenino, *Fat* (obeso), fertilidad y *Forty* (40 años de edad), con muy baja incidencia en el sexo masculino (2-4); la proporción en nuestro medio mujer-varón es, 9:1 (3) y 20: 1(4); y en los EE.UU., 4:1.

Según el triángulo de Admirand-Small y sus modificaciones, no han encontrado la relación con el factor hormonal como inductor o alterador del metabolismo en la génesis de la litiasis biliar (5); por el contrario, se demostró en animales que una dieta litogénica asociada a andrógenos alteraba la relación y propiciaba la formación de cálculos de colesterol, sin definir el mecanismo de acción de la metiltestosterona. Sin embargo, la dieta rica en aceite de pescado sí ha demostrado su efecto antilitogénico que retarda la fase de nucleación en animales machos de experimentación (6), al igual que con la cafeína (que inhibe la absorción vesicular), la aspirina, la amilorida y los ácidos biliares por vía oral (7). El alto predominio de la predisposición familiar (de primer grado) está demostrado en el sexo femenino más no en el masculino (8).

No hay informes en la literatura que expresen la experiencia dada en la litiasis biliar del paciente varón en cuanto a la consulta oportuna o tardía y el enfoque diagnóstico inicial; conocido por todos es el hecho de la presentación clínica atípica, que en ocasiones induce a tratamientos para entidades no relacionadas con la enfermedad (antiparasitarios, antiulcerosos, antiespasmódicos para litiasis renal, etc.); además, por su estructura anatómica hacen a aquel de especial interés en las dificultades técnicas durante la intervención quirúrgica, en las complicaciones tempranas y tardías de la entidad nosológica misma o en los procedimientos quirúrgicos, por lo que se incentiva al personal médico a realizar el diagnóstico y tratamiento en forma temprana, evitando así la alta morbimortalidad de la patología biliar y sus complicaciones.

*Doctor Alfonso Palmieri Luna, Cirujano General, Jefe del Servicio de Cirugía; Paola Pianeta Pérez, Int. Rotat., Hospital San Juan de Dios de Magangué (Bolívar), Colombia.*

**MATERIALES Y METODOS**

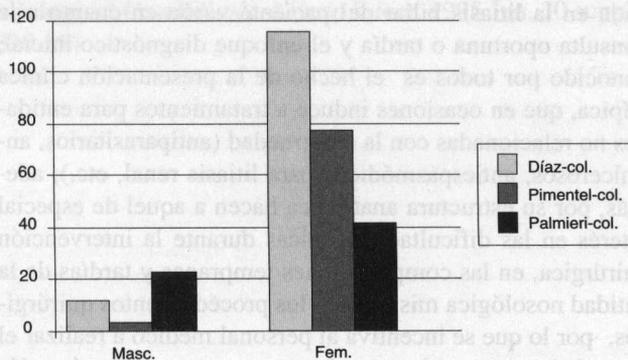
Estudio prospectivo descriptivo de todos los pacientes llevados a cirugía (colecistectomizados) en el Servicio de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios de Magangué desde el 1 de marzo de 1995 hasta el 28 de febrero de 1996 (1 año). Este es un Hospital Regional de Nivel II, a orillas del río Magdalena; cuenta con 106 camas, centro de referencia al sur de los departamentos de Bolívar, Magdalena, Sucre y Antioquia; atiende una población alrededor de 100.000 habitantes en el casco urbano. Se diseñó un formato con los datos de identificación del paciente, ingreso por urgencias o electivo, motivo de consulta, tiempo de evolución, diagnóstico, estancia hospitalaria, dificultades técnicas quirúrgicas, tiempo quirúrgico y complicaciones. Se excluyeron todos los pacientes con signos y síntomas de patología biliar no sometidos a cirugía.

Para el análisis estadístico se utilizaron tablas de distribución de frecuencias, promedios máximos y mínimos, gráficas por computador IBM Power Point.

**RESULTADOS**

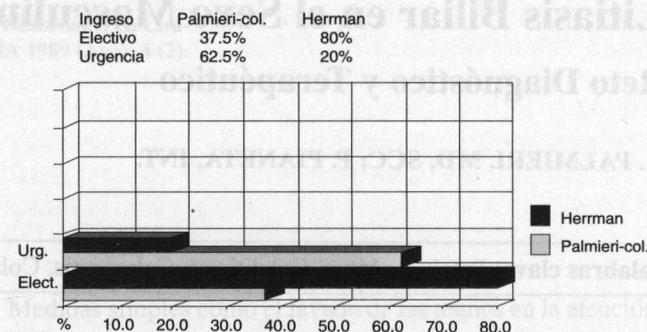
Durante el lapso anotado de 1 año, fueron llevados a cirugía por patología biliar, 66 pacientes, 42 mujeres (63.6%), y **24 varones (36.3%)**, (Figura 1), en proporción de 2:1. Se analizó el resultado en los pacientes varones: edad promedio, 48 años con rango entre 25 y 73 años; tiempo de evolución promedio, 7 días, con rango 5-18 días; 15 consultaron por el Servicio de Urgencias (62.5%) (Figura 2), de los cuales 12 presentaban su primera manifestación clínica con cuadros de colecistitis aguda en 7 (29%) (Tabla 1), piocolecisto en 1 (4.1%), coledocolitiasis en 4 (16.6%), colecistitis subaguda en 1, (4.1%), colangitis aguda en 1 (4.1%) y abdomen agudo por perforación vesicular y fístula biliodigestiva en 1 (4.1%) (Tabla 1).

	Masc.	Fem.
Díaz-col.	13	116
Pimentel-col.	4	78
Palmieri-col.	24	42



**Figura 1.** Litiasis biliar correlacionada con el sexo en tres series colombianas.

Pacientes programados electivos 9 (37.5%), de los cuales 1 se reintervino 1 semana después por el servicio de urgencias con diagnóstico de hemoperitoneo masivo secundario o sangrado del lecho vesicular hepático.



**Figura 2.** Muestra el tipo de ingreso al hospital de los pacientes con patología biliar, según el estado clínico.

**Tabla 1.** Tipos de hospitalización e indicaciones quirúrgicas en pacientes del sexo masculino con litiasis biliar.

Indic. quirúrgica	Núm. ptes.	%
Urgencias	15	62.5
Colecistitis aguda	7	29.0
Coledocolitiasis	4	16.6
Colangitis aguda	3	12.3
Perforación vesicular	1	4.1
Electivas	9	37.5

Se encontraron, además, enfermedades o condiciones asociadas que retardaron aún más el diagnóstico y por lo tanto la terapéutica, tales como obesidad morbosa en 10 pacientes (41.6%); eventración en el área de colostomía anterior localizada en el hipocondrio derecho, en 1 (4.1%); laparotomía anterior por trauma, en 1; espondilitis anquilosante en 1 (4.1%); insuficiencia cardíaca congestiva + hiperplasia prostática benigna en 1 (4.1%) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Enfermedades o condiciones asociadas en pacientes con litiasis biliar que retardaron el diagnóstico y, por lo tanto, la terapéutica.

Patol. asociada	Núm. ptes.	%
• Obesidad morbosa	10	41.6
• Eventr. hipoc. der.	1	4.1
• Laparotomía previa	1	4.1
• Espondilitis anquil.	1	4.1
• I.C.C.	1	4.1

El acceso quirúrgico se realizó a través de una incisión subcostal derecha (Kocher) en 21 pacientes con anestesia peri-

dural, y por la línea media en 3 pacientes con anestesia general (tomando la determinación según el cuadro abdominal generalizado).

El tiempo quirúrgico en promedio fue de 80 min. con rango entre 40 min. y 4 horas; la dificultad en la técnica operatoria se presentó por la obesidad morbosa, en 10 pacientes (41.6%), y por el gran grosor de la pared muscular, en 9 pacientes (37.5%). El promedio de sangrado intraoperatorio fue de 600 mL (Tabla 3). La estancia hospitalaria promedio fue de 5, 7 días con rango de 2-16 días.

**Tabla 3.** Muestra las dificultades técnicas en los pacientes colecistectomizados del sexo masculino y, por ende, el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria variables.

• Tiempo quirúrgico prom.	80 min.
• Obesidad morbosa	10 ptes.
• Grosor pared muscular	9 ptes.
• Sangrado intraoperatorio	600 mL
• Estancia hospitalaria prom.	5, 7 días

Se presentaron 4 complicaciones postoperatorias tardías: sangrado del lecho vesicular hepático en 1 paciente, y absceso subhepático en otro, lo que indicó la reintervención quirúrgica de urgencia en ambos casos; síndrome poscolecistectomía a los 34 meses posquirúrgicos, en 1 paciente (4.1%), y muerte en otro por sepsis (4.1%) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Muestra la morbilidad tardía en los pacientes del sexo masculino colecistectomizados.

Tipo de morbilidad	Núm. ptes.	%
• Sangrado del lecho hepático	1	4.1
• Absceso subhepático	1	4.1
• Síndrome poscolecistectomía	1	4.1
• Neuritis en la cicatriz quirúrgica	1	4.1

## DISCUSION

Desde la primera colecistectomía realizada por el alemán Carl Johann Langenbuch en 1882, donde lanza su premisa de extirpar la vesícula biliar como evidencia de ser el órgano productor de cálculos (2), sigue siendo hasta nuestros días el *gold standard* en el manejo de la litiasis vesicular; el advenimiento de la tecnología, modernización de la técnica quirúrgica, antibiotioterapia y estancias hospitalarias mínimas, se garantiza como un procedimiento seguro y confiable en manos expertas (2-4).

La presentación clásica de los pacientes con patología biliar está dada por colecistitis crónica en el 80% de los casos (4),

con crisis recurrentes o intermitentes de dolor en el hipocondrio derecho, asociado a ingesta de comidas copiosas y grasosas; siendo el ultrasonido el estudio que confirma en primera instancia el diagnóstico, llama la atención en nuestros pacientes **varones** la alta incidencia de consulta por el servicio de urgencias (62.5%); en parte, esto se debe a que tales pacientes no acuden a consulta temprana (¿mayor temor que las mujeres?). La orientación del diagnóstico inicial por su sintomatología fue, enfermedad ulceropéptica, amebiasis intestinal, duodenitis, reflujo gastroesofágico (RGE), absceso hepático amebiano (Tabla 5), en asocio de condiciones tales como la obesidad morbosa, cicatrices por laparotomías o eventración en el sitio de colostomía en el hipocondrio derecho; retardando así la objetividad del cuadro clínico de 5 a 18 días y, por ende, la terapéutica, hasta su consulta en salas de emergencia al encontrar un paciente complicado, deshidratado y un estado toxiinfeccioso moderado en unos casos y severo en otros; como ocurrió con los pacientes de esta serie (piocolecisto, colangitis aguda y abdomen agudo por perforación vesicular).

**Tabla 5.** Diagnósticos de ingreso al servicio de urgencias en pacientes del sexo masculino con litiasis biliar, que retardan el tratamiento definitivo adecuado.

Diag. inicial	Núm. ptes.	%
• Enfermedad ulceropéptica	6	24.6
• Absceso hepático	4	14.4
• Amebiasis intestinal	1	4.1
• Ulcera péptica perforada	1	4.1
• RGE + duodenitis parasit.	1	4.1

Es importante recalcar el mayor grosor de la pared muscular en el paciente varón, como también la presencia de la obesidad morbosa, que dificultan técnicamente la intervención quirúrgica, como ocurrió en nuestros pacientes, incrementando el tiempo operatorio y la mayor incapacidad postoperatoria por queja de dolor severo.

No son desconocidos los informes publicados en la literatura mundial donde es un factor predictivo de conversión, en la colecistectomía laparoscópica, el sexo masculino (9, 10), lo mismo que las múltiples publicaciones de complicaciones de pacientes llevados a cirugía por patología biliar (11, 13); uno de los pacientes en el programa de colecistectomía ambulatoria por minilaparotomía que no pudo salir por intolerancia a la vía oral y retención urinaria, era del sexo masculino (4); la única mortalidad en la literatura nacional era varón (3), lo mismo que en el caso nuestro.

## ABSTRACT

*A descriptive and prospective study of biliary lithiasis in patients of the male gender was conducted at the general surgical service of the San Juan de Dios Hospital of Magangué (State of Bolívar, Colombia), covering adult males that presented with biliary pathology and that were operated on, in the course of 1 year. We call attention over some interesting features, such as delay in consultation in the majority of this subset of male patients, who usually came to the Emergency Service because of the complicated nature of their biliary pathology.*

*A total of 66 patients were operated on, of which 44 were males (36.3%), representing a female: male ratio of 2:1.*

*One male patient died of sepsis (cholecystocolic fistula and generalized peritonitis). Average hospital stay was 5 days; intraoperative blood loss averaged 600 ml; late postsurgical complications, occurred in 4 patients, and two required reoperation because of bleeding at the gallbladder bed; drainage of a subhepatic abscess was necessary in one patient.*

*It appears somewhat surprising to register this high morbimortality in the subset of adult male patients in the care of a recognized benign entity that is so frequently seen in our hospital services. We call attention to the importance of an early diagnosis in order to prevent the catastrophic complications of biliary pathology.*

## REFERENCIAS

1. Saunders K, Cates J, Roslyn J: Patogénesis de los Cálculos Biliares. *Surg Clin North Am* 1990; 70 (6): 1205-25
2. Herman R: Operaciones quirúrgicas para la Colecistitis aguda y crónica. *Surg Clin North Am.* 1990; 70 (6): 1277-89
3. Díaz JC, Morales CH: Colecistitis aguda y crónica. *Momento Quirúrgico. Rev Col CIRUGIA* 1992; 7 (2): 64-8
4. Pimentel RA, Palmieri LA, Zurita MN, Mendoza LE, Herrera Sáenz F: Colecistectomía Ambulatoria por Minilaparotomía. *Rev Col CIRUGIA* 1995; 10 (3): 163-6
5. Ayyad N, Cohen BY, Mosbach EH et al: Hormonal control cholesterol cholelithiasis in the female hamster. *J Lipid Res* 1995 Jul; 36 (7): 1483-8
6. Magnuson T H, Lillemoe K D, Pitt Henry A: Dietary fish oil inhibits cholesterol monohydrate crystal nucleation and gallstone formation in the prairie dog. *Surgery* 1995 sep; 118 (3): 517-23
7. Lillemoe Keith D, Pitt Henry A et al: Caffeine prevents cholesterol gallstone formation. *Surgery* 1989 Aug; 106 (2): 400-7
8. Sarin SK, Negi VS, Sasan S et al: High Familial prevalence of Gallstones in the first-degree relative of gallstone patients. *Hepatology* 1995 Jul; 22 (1): 138-41
9. Sikora SS, Kumar A, Saxena R et al: Laparoscopic cholecystectomy... can conversion be predicted? *World J Surg* 1995; 19 (6): 858-60
10. Hutchinson CH, Traverso LW, Lee FT: Laparoscopic cholecystectomy. Do preoperative factors predict the need to convert to open? *Surg Endosc* 1994 Aug; 8 (8): 875-80
11. Mason JC, Babs C, Lee SH, Connolly MJ: Spontaneous biloma in an elderly patient. *Postgrad-Med J* 1993; 69 (8): 740-2
12. Ramos-Rodríguez JL, Moreno AM et al: Massive lithiasis of the intra and extrahepatic bile ducts. Clinical case. *Rev Esp Enferm Dig* 1991 oct; 80 (4): 278-81
13. Neumeyer DA, Locicero J, Pinkston P: Complex pleural effusion associated with a subphrenic gallstone phlegmon. *Chest* 1996 Jan; 109 (1): 284-6
14. Hofman AF: Primary and Secondary prevention of Gallstone Disease: Implications for patient management and research priorities. *Am J Surg* 1993 Apr; 165 (4): 541-8
15. Friedman GD: Natural History of Asymptomatic and Sintomatic Gallstones. *Am J Surg* 1993 Apr; 165: 339-402
16. Lipset PA, Pitt HA: Colangitis Aguda. *Surg Clin North Am* 1990; 70 (6): 1311-27
17. Carey MC: Pathogenesis of Gallstones. *Am J Surg* 1993; 165: 410-19.

### Correspondencia:

*Alfonso Palmieri Luna. Hospital San Juan de Dios. (Magangué).*