UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

"INCIDENCIA DE LAS CINCO PRINCIPALES PATOLOGÍAS BILIARES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO 01 DE ENERO – 30 DE JUNIO 2013"

Tesis previa a la obtención del

Título de Médico General

AUTORA

NATHALY DEL CISNE JIMBO PALADINES

DIRECTOR

DR. JUAN CUENCA APOLO

2013

CERTIFICACIÓN

Doctor

Juan Cuenca

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICO:

Haber revisado el trabajo de investigación sobre el tema: **"INCIDENCIA DE LAS CINCO PRINCIPALES PATOLOGÍAS BILIARES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO: 01 DE ENERO – 30 DE JUNIO 2013"**, el mismo que cumple con los requisitos establecidos en la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el Tribunal de Grado.

Dr. Juan Cuenca
DOCENTE

AUTORÍA

Yo, Nathaly del Cisne Jimbo Paladines, declaro ser autora del presente Trabajo de Tesis, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autora:	Nathaly del Cisne Jimbo Paladines
Firma:	JimboPNathaly
Cédula:	1104081086
Fecha:	05 de Noviembre del 2013
Director:	Dr. Juan Arsenio Cuenca Apolo

CARTA DE AUTORIZACION

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACION ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Nathaly del Cisne Jimbo Paladines, declaro ser autora de la Tesis titulada: **"INCIDENCIA DE LAS CINCO PRINCIPALES PATOLOGÍAS BILIARES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO 01 DE ENERO – 30 DE JUNIO 2013"**; como requisito para optar al grado de Médico, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país, del exterior, con als cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los cinco días del mes de Noviembre del dos mil trece, firma la autora.

Firma: Jimbo Nathaly
Autora: Nathaly del Cisne Jimbo Paladines
Cédula: 1104081086
Dirección: El Rosal, Miguel Unamuno
Correo Electrónico: nathy_jimpal@yahoo.es
Teléfono: 072579872 **Celular:** 0982804403

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Juan Cuenca Apolo
Tribunal de Grado: Dr. Héctor Velepucha
Dra. Lupita Rivera
Dr. Fabián Celi

DEDICATORIA

En primer lugar dedico este trabajo a Dios y a mi Virgencita del Cisne, quienes permitieron que culmine mi carrera universitaria y tenga la oportunidad de servir a las personas que lo necesiten. A mis padres, quienes con sus enseñanzas me hacen crecer día a día y que gracias a su apoyo y confianza incondicional he llegado a ser quien soy. A mi hermano que con su ejemplo de perseverancia hace que cada día luche por lo que quiero. A mis familiares, amigos y compañeros que siempre me han apoyado. Gracias a todos hoy cumplo uno de los sueños más grandes de mi vida, el ser Médico.

Nathaly del Cisne

AGRADECIMIENTO

Al ser maravilloso que existe en todas partes DIOS, al templo del saber que me dio la oportunidad de tenerme en sus aulas, educándome e instruyéndome, mi noble Universidad Nacional de Loja. A mis maestros, que guiaron mi vida universitaria, siendo quienes día a día forman a los nuevos Médicos de la República. Al Dr. Juan Cuenca que con su colaboración como Director de Tesis, no hubiese sido posible alcanzar tan anhelado sueño. Al Hospital Regional Isidro Ayora, por haber facilitado la información para la realización de este trabajo de investigación. A su personal médico que guía con esmero lo que hemos aprendido, al personal administrativo y de servicio. Y en especial a los pacientes quienes día a día nos brindan la oportunidad de poner en práctica con responsabilidad lo aprendido. A las autoridades, personal docente y administrativo del Área de la Salud Humana por estar siempre dispuestos con su ayuda oportuna. A mis padres y hermano porque cada día durante mi vida estudiantil, fueron quienes me brindaron el apoyo incondicional y la fuerza para terminar lo que hoy es una meta en mi vida profesional. A todos mis familiares, amigos, compañeros por el apoyo.

TÍTULO

“INCIDENCIA DE LAS CINCO PRINCIPALES PATOLOGÍAS BILIARES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO 01 DE ENERO – 30 DE JUNIO 2013”

RESUMEN

El presente estudio se realiza con el fin de conocer la Incidencia de las Cinco Principales Patologías Biliares en el Hospital Regional Isidro Ayora en el período: Enero - Junio del 2013, tomando en cuenta que existe una gran incidencia de esta enfermedad según diversos estudios realizados en otros centros hospitalarios a nivel mundial. Es un estudio descriptivo y retrospectivo, recolectando datos de los Archivos mensuales, Historias Clínicas y Epicrisis de pacientes, para determinar la Incidencia de dichas patologías, la más frecuente y el grupo mayoritariamente afectado. Se encontró que la Patología Biliar abarca aproximadamente el 20% de los ingresos en el Servicio de Cirugía, en su mayoría pertenecen al sexo femenino, con una edad entre 31 a 65 años. Además la colelitiasis fue la enfermedad que con mayor frecuencia se presentó, siendo el género femenino más afectado entre 31 a 65 años. Las otras patologías en orden de frecuencia fueron: Colecistitis, Coledocolitiasis, Colangitis y Áscaris en Colédoco.

Palabras clave: Patología Biliar; Colelitiasis; Incidencia.

ABSTRACT

The present study was performed in order to know the impact of the Five Major Bile Pathologies Regional Hospital Isidro Ayora in the period: January to June 2013, taking into account that there is a high incidence of this disease by several studies in other hospitals worldwide. It is a retrospective study, collecting monthly data files, Epicrisis Medical Records and patients, to determine the incidence of these diseases, the most common and mostly affected group. We found that the Biliary Pathology covers about 20 % of revenues in the Department of Surgery; most are female, aged between 31-65 years. Furthermore cholelithiasis was the disease that is most often presented, being the most affected female between 31-65 years. The other conditions in order of frequency were: cholecystitis, choledocholithiasis, cholangitis and Ascaris in Choledochal.

Keywords: Biliary Pathology; cholelithiasis; incidence.

INTRODUCCIÓN

La patología biliar es una de las enfermedades más frecuentes, así lo demuestran algunos estudios realizados en diversos países de todo el mundo. En un gran porcentaje tiene relación con la litiasis biliar que es muy común en los países de occidente donde del 15 al 18 % de los adultos padecen de esta afección, la misma que aumenta con la edad y según algunas estadísticas y en algunos países puede llegar inclusive al 30%. Es menos frecuente en Asia, y en Japón es menos del 5%. En USA la prevalencia es de 10% a 15% de la población. Esta incidencia aumenta con la edad, entre 3 y 5% cada 5 años en mayores de 40 años. Un estudio realizado en la Ciudad de Cuenca indica que en el Ecuador la patología biliar representa la tercera causa de morbilidad femenina con una tasa de 24 por 10.000 habitantes; y en cuando al sexo masculino se ubica en el sexto lugar con una tasa de 8 por 10.000 habitantes. Estos datos nos permiten una idea general de la situación de la enfermedad en nuestro medio, sin embargo no se han realizado estudios en la provincia de Loja, sobre su incidencia.

El estudio de la patología biliar abarca una variedad de entidades patológicas principalmente la colelitiasis, como ya se lo ha mencionado. Esta patología ha adquirido especial importancia como un problema clínico – quirúrgico en nuestro medio, pues el número de personas que la padecen va en aumento cada año. A esto se atribuye factores de riesgo como: alteración en la secreción de lípidos biliares, factores predisponentes que influyen sobre la precipitación de colesterol biliar y agregación de cristales.

En cuanto al sexo, la enfermedad es más frecuente en mujeres, debido al incremento de la saturación biliar por efecto de los estrógenos sobre el

metabolismo hepático del colesterol. Además, la obesidad es una causa importante de la formación de cálculos biliares, debido a que el individuo obeso produce una bilis sobresaturada con colesterol y secreción excesiva por el hígado.

Según los parámetros analizados, es necesario conocer la incidencia de las cinco principales patologías biliares en nuestro medio, principalmente en el "Hospital Regional Isidro Ayora", de la ciudad de Loja, tomando en cuenta recursos como: la recolección de datos en los compendios mensuales y en algunos casos de las historias clínicas y epicrisis de los meses correspondientes al período de enero a junio del 2013.

El presente estudio investigativo, consta de los siguientes objetivos: General: Determinar la Incidencia de las Cinco Principales Patologías Biliares en los pacientes Hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo 01 de Enero a 30 de Junio del 2013; y como Específicos: Identificar la Principal Patología Biliar más frecuente; Determinar el grupo poblacional principalmente afectado en las cinco Principales Patologías biliares y Elaborar una base de datos en relación a valores porcentuales sobre su incidencia.

REVISION DE LITERATURA

PATOLOGÍA BILIAR

La alta prevalencia de patología biliar en nuestro país hace que ésta sea una causa frecuente de consulta médica por dolor abdominal. El factor común presente en la gran mayoría de las enfermedades es la colelitiasis.

ANATOMÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

Es un receptáculo músculo-membranoso en forma de pera, que mide aproximadamente de 8 a 10 cm de longitud, por 3,5 a 4 cm de diámetro. La vesícula se aloja en la fosilla cística, ubicada en la cara inferior del hígado por fuera del lóbulo cuadrado y en contacto con la pared abdominal a nivel del décimo cartílago costal derecho. Normalmente la vesícula almacena de 30-60 cc de bilis, siendo su capacidad máxima de 200 a 250 cc.

Para su estudio la vesícula se divide en tres porciones:

a) Fondo: que es redondeado y romo, corresponde al borde anterior del hígado. Este borde flota libremente por encima de la masa intestinal y está recubierto totalmente por peritoneo.
b) Cuerpo: que posee dos caras: una superior en contacto con la fosilla cística a la cual se halla unido por tejido conjuntivo y vasos. La cara inferior es libre y convexa, recubierta por peritoneo. Corresponde a la segunda porción del duodeno o del colon transverso.
c) Cuello: tiene una apariencia tortuosa e irregular. En su interior tiene válvulas que delimitan el bacinete vesicular; externamente se observa como una dilatación a la derecha del cuello de la vesícula llamada pouch de Hartmann. El cuello se continúa inmediatamente con el conducto

cístico. El cuello es libre no se adhiere al hígado, pero está suspendido por un meso peritoneal que contiene a la arteria cística, la vena, los linfáticos y los nervios de la vesícula. El cuello de la vesícula corresponde por arriba a la rama derecha de la vena porta; por abajo, descansa sobre la primera porción del duodeno.

HISTOLOGÍA:

La vesícula posee tres capas que son:

a) La mucosa recubierta por epitelio cilíndrico que descansa sobre eminencias que le dan la apariencia de tabiques. Existen glándulas de tipo mucoso llamadas glándulas de Lushka, que abundan en el cuello. Esta mucosa cumple funciones de absorción, elaboración y secreción de sustancias que luego son eliminadas hacia la luz intestinal.
b) Una capa fibromuscular en la que se encuentran los elementos nerviosos.
c) Una serosa que fija la vesícula a la fosilla cística, extendiéndose desde el cuello hasta el fondo.

IRRIGACIÓN.-

La arteria cística, rama de la arteria hepática derecha es la encargada de irrigar la vesícula, ésta se divide en una rama superficial que recorre la cara peritoneal de la vesícula y otra rama profunda que se encuentra entre la vesícula y la cara inferior del hígado. Hay que recordar que es una arteria terminal, por lo tanto, cualquier proceso inflamatorio que interrumpa el flujo hepático puede producir isquemia y necrosis de la vesícula. Ocasionalmente, pueden haber variaciones en la anatomía de la arteria cística, presentándose como una doble arteria cística, u originarse de otras arterias como la arteria hepática izquierda, la

arteria gastroduodenal, la arteria hepática común o del tronco celíaco. Las venas tanto superficiales como profundas drenan hacia la vena porta, mientras que los linfáticos desembocan en el ganglio cístico y en los ganglios del surco transverso.

INERVACIÓN.-

La inervación está dada por el simpático y por los nervios vagos.

FISIOLOGÍA

La bilis es secretada por el hígado en cantidades de 600 y 1200 ml/dl; la misma que cumple las siguientes funciones:

a) Permitir la digestión y absorción de las grasas, puesto que los ácidos biliares las emulsifican y convierten en partículas pequeñas que pueden ser degradadas por la lipasa, y ayudan al transporte y absorción de los productos finales de la digestión.
b) Eliminar productos de desecho como la bilirrubina o el exceso de colesterol.

La bilis es secretada en dos fases hepáticas:

a) La secretada por los hepatocitos que es rica en ácidos biliares y colesterol.
b) Una secreción adicional de bilis de las células epiteliales que recubren los conductillos y conductos hepáticos, constituida por una solución acuosa de iones de sodio y bicarbonato. La secreción hepática de bilis es estimulada principalmente por la secretina por estímulo de las células epiteliales de los conductos biliares que aumentan la secreción de agua y bicarbonato. Otro estímulo importante son los ácidos biliares sanguíneos.

Luego, la bilis es conducida hacia el duodeno o almacenada en la vesícula, donde se concentra entre 5 y 20 veces, debido a la absorción de agua, sodio y cloro incrementado las concentraciones de colesterol, fosfolípidos, ácidos biliares y bilirrubina.

Composición de la bilis.-

- Colesterol.- Es importante saber que su cantidad no está en relación con los niveles séricos. Se lo encuentra en forma libre, no esterificada.
- Fosfolípidos biliares.- Tanto como el 90% de ellos están representados por lecitina, además, hay cantidades menores de lisolecitina (3%), fosfatidiletanolamina (1%). En vista de que se hidrolizan en el intestino no forman parte de la circulación enterohepática. Su excreción y síntesis están en relación directa con los ácidos biliares.
- Ácidos biliares.- Los principales son el cólico (trihidroxilado) y el quenodesoxicólico (dihidroxilado). A través de la acción bacteriana del colon se convierten en los ácidos secundarios queno y desoxicólico, los cuales participan en la circulación enterohepática alrededor de 6 a 10 veces al día, su mecanismo de regulación está probablemente mediado por un mecanismo de retroalimentación negativa.

FACTORES PREDISPONENTES.

Existen factores reconocidos o que predisponen a la formación de cálculos, como son:

a) Herencia.- Existe cierta predisposición genética en algunas familias
b) Sexo.- Es más frecuente en la mujer 4:1 en relación al hombre
c) Edad.- Es más frecuente entre los 30 a 60 años.

d) Embarazo.- Entre más embarazos tenga una mujer aumenta la frecuencia de litiasis
e) Obesidad.- Es otro factor que favorece la aparición de litiasis vesicular.
f) Ayuno prolongado
g) La Nutrición parenteral
h) Algunas enfermedades como la cirrosis.

COLELITIASIS

Enfermedad caracterizada por el depósito de cristales o cálculos de variada conformación en la vesícula biliar. Su origen griego lo ratifica etimológicamente: *chole*: bilis y *lithos;* piedra. Sus manifestaciones clínicas varían desde un florido cuadro doloroso abdominal hasta un hallazgo incidental imagenológico.

Formación de cálculos biliares

Las alteraciones en la composición de la bilis son la base de la génesis de la litiasis, y las anomalías en su drenaje son predisponentes importantes facilitadores de los mismos, sobre todo de su multiplicación y crecimiento. Se han referido cuatro mecanismos en la formación de la bilis litogénica:

1. Hipersecreción biliar de colesterol: Producida por: ingestión de estrógenos (anovulatorios), hipocolesteronémicos (clofibrato gemfibrozid), o disminución de las sales biliares en el íleon (enfermedad de Crohn, ancianos).
2. Formación de micelios defectuosos. Se aumentará el colesterol libre y su cristalización
3. Formación de núcleos. Usualmente de monohidrato de colesterol con agregación posterior de moco y solutos.

4. Presencia de barro biliar. Sustancia densa rica en microcristales (de lecitina y colesterol), producidos por el fenómeno de nucleación y por desequilibrio en la secreción y absorción de moco.

Clínica:

Los síntomas depende del estado de la vesícula biliar pero consiste en dolor localizado en fosa iliaca derecha y epigastrio tipo cólico que generalmente se inicia luego de comidas copiosas o mientras el paciente duerme, se puede irradia a región escapular derecha o área interescapular, generalmente asociado a nauseas, emesis, flatulencias, malestar general.

Al examen físico se puede encontrar taquicardia, fiebre, dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo.

DIAGNÓSTICO:

Laboratorios séricos:

- Hemograma generalmente se encuentra leucocitosis y neutrofilia en los casos de colecistitis.
- Bilirrubinas generalmente están en límites normales o ligeramente elevadas hasta 1.5mg/dl
- Transaminasas ALT Y AST, suelen estar normales o ligeramente elevadas (<100U/l)
- Fosfatasa alcalina debe ser normal ósea <150U/l
- Amilasa generalmente normal o ligeramente elevada. El diagnostico de pancreatitis es con tres o más veces el valor normal.

TRATAMIENTO:

El tratamiento definitivo de la litiasis vesicular es la cirugía. Actualmente se cuenta con la cirugía de mínima invasión (Cirugía por Laparoscopia) que se considera el estándar de oro en el tratamiento actual de este problema y que básicamente consiste en la extirpación o resección de la vesícula con una mínima invasión. La cirugía abierta o tradicional es una opción si no se contara con los medios o no hubiera Cirujanos calificados en este procedimiento. Las ventajas de la colecistectomía Laparoscópica sobre la cirugía abierta es que en la Laparoscópica hay menos dolor postoperatorio, la recuperación del paciente es mucho más rápida, así como su reintegración a su vida normal y la cosmética prácticamente no dejan cicatriz o son mínimas.

COLECISTITIS

La Colecistitis Aguda es la afección más espectacular y característica de la patología de las vías biliares; es un proceso inflamatorio que se desarrolla en la pared de la vesícula biliar, siendo la complicación más frecuente de la colecistitis crónica. Constituye uno de los cuadros de urgencia de origen abdominal más frecuentes superado sólo por la apendicitis aguda.

Etiología, incidencia y factores de riesgo:

La causa principal de la colecistitis aguda es la colelitiásis cuyos cálculos obstruyen el cístico generando el 95% de los casos. En el 5% la colecistitis aguda obedece otras causas como el edema de la mucosa del conducto cístico, y este porcentaje comprende a la colecistitis aguda alitiásica para la cual concurren otros factores como sepsis, traumatismos, consumo de alcohol, afecciones del colágeno, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y

diabetes. La colecistitis aguda ocurre con más frecuencia en mujeres que en hombres y se vuelven más comunes con la edad en ambos sexos.

CLASIFICACION ANATOMOCLINICA

Vesícula biliar edematosa:- Donde la pared presenta un grado variable de edema y congestión vascular.

Vesícula biliar supurada:- Existe infiltración celular inflamatoria importante con obstrucción de la mucosa que está en relación con los trastornos vasculares.

Vesícula biliar gangrenosa:- Donde existe infarto hemorrágico agudo con necrosis y la perforación es la etapa sucesiva.

Vesícula biliar Perforada:-La vesícula se presenta tumefacta, edematosa, con serosa hiperémica, con áreas de necrosis y pseudo membrana.

En estadios más avanzados se produce la inflamación e infiltración de los órganos vecinos dando lugar al Plastrón Vesicular donde participan el colon transverso, colon derecho y su meso, epiplón mayor, estómago y duodeno y peritoneo parietal anterior.

Fisiopatogenia

A consecuencia de la obstrucción cística, la vesícula, sea litiásica o alitiásica se afecta por etapas biofísicas, bioquímicas, hipertensas y bacteriológicas, que sigue una de dos formas clínicas: una es la regresión fisiopatológicas en un período de 72 horas de promedio que ocurre en el 90 a 95% de los casos, y la

otra conducta evolutiva es la persistencia y agravamiento de la afección con complicaciones.

La bilis atrapada se concentra y causa la inflamación química de la mucosa vesicular por liberación de fosfoquinasa que desdobla los fosfolípidos y causa acumulación de presión en la vesícula, lo cual puede conducir a la infección bacteriana con virulencia aumentada y perforación. La producción de moco aumenta la presión intra vesicular y genera dolor afectando la circulación venosa y arterial con isquemia de la pared, áreas de infarto, perforación y aun gangrena de la vesícula. La repercusión sistémica dará lugar a bacteriemia, fiebre, leucocitosis e incremento de las transaminasas.

Cuadro Clínico:

La colecistitis aguda tiene un complejo sintomático caracterizado por manifestaciones locales en el hipocondrio derecho y manifestaciones sistémicas que comprometen el resto del organismo.

Signos y Síntomas Locales:

1. **Dolor:** Se localiza en el punto de Murphy bajo el reborde costal en la línea medio clavicular y se irradia hacia el hombro y región escapular homo laterales. Se presenta generalmente después de comidas ricas en grasas o alimentos no tolerados por el hígado, es de gran intensidad y se mantiene por varias horas, generalmente setenta y dos, constituye un buen indicador del proceso, pues remite si la afección se resuelve o aumenta de intensidad cuando aparece alguna complicación.

2. **Masa Dolorosa Palpable**: De localización subcostal en la línea medio clavicular. Corresponde al fondo de la vesícula biliar inflamada. Es dolorosa a la palpación. Se presenta del 20 al 33%.

Signos y Síntomas Sistémicos:

1. **Náuseas y Vómitos:** En el 60% de los casos.
2. **Fiebre Moderada:** 38 a 39º, con frecuencia de 50 a 60%, eventualmente acompañada de escalofríos.
3. **Ictericia:** Aparece en el 20% de los pacientes, es de ligera intensidad. Se la explica por comprensión de la vía biliar principal por la vesícula tumefacta.
4. **Leucocitosis Moderada:** De 12.000 a 15.000 leucocitos, causada por la proliferación y virulencia de las bacterias del contenido vesicular y la eventual bacteriemia.

Exploración Clínica:

1. Hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho, el epigastrio o en ambos sitios.
2. Signo de Murphy: Interrupción de la inspiración durante la palpación profunda del cuadrante superior derecho, no es constante pero si patognomónico cuando se presenta.
3. Se palpa una tumefacción en región vesicular.
4. Ictericia en el 10% de los casos.

La evolución clínica de la colecistitis aguda es prácticamente periódica. Los síntomas se mantienen por un término de 72 horas en el 90% de los pacientes,

remitiendo espontáneamente y normalizándose el paciente en el lapso de ocho a diez días. En cambio, si al contrario el cuadro no remite y se intensifica el dolor, los signos locales, la fiebre, la leucocitosis y se agrava el estado general del paciente, debe admitirse la inminencia o que ya se ha instalado muy probablemente una complicación como empiema, perforación u otra.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Radiografía simple de abdomen:

Aunque es necesaria en el estudio del dolor abdominal, rara vez proporciona evidencias específicas de colecistitis aguda. En el 20 % pueden verse los cálculos, si son radioopacos. En la colecistitis enfisematosa se delineará la silueta de la vesícula.

Ultrasonografia abdominal:

Es la técnica diagnóstica de elección. Es un método seguro, rápido y exacto para establecer el diagnóstico de colecistitis aguda, con una sensibilidad que oscila entre el 90 y el 95 %, y una especificidad entre el 70 y el 90 %. Ésta depende de una serie de criterios que se clasifican en mayores y menores.

Criterios UTS Mayores:

- Litiasis impactada en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico.
- Edema de la pared vesicular mayor de 3 mm.
- Banda intermedia continua y focal hiperecogénica.
- Gas intraluminal con sombra posterior.

- Murphy ecográfico, que consiste en hipersensibilidad vesicular focal bajo el transductor. Aunque es operador dependiente, tiene un valor predicativo positivo del 92 %.
- Marcada irregularidad y un engrosamiento asimétrico dela pared vesicular, presente en la Colecistitis Gangrenosa .

Criterios UTS Menores:

- Presencia de cálculo en la vesícula.
- Liquido peri vesicular en ausencia de Ascitis, que puede implicar una perforación localizada y un absceso.
- Bilis de éxtasis.
- Dilatación de la vesícula y forma esférica.

Gammagrafía:

Utiliza derivados del ácido iminodiacético marcados con 99m Tc. La sensibilidad oscila entre el 95 y el 97 %; y la especificidad, entre el 90 y el 97%. La ausencia de relleno vesicular evidencia la obstrucción del cístico y es la característica distintiva de la colecistitis aguda, mientras que la visualización de una vesícula normal la descarta. Es necesario tomar imágenes tardías, ya que en diversas situaciones, como enfermedad hepática y colédocolitiasis, se puede rellenar la vesícula después de varias horas.

Para evitar esta demora se puede usar sulfato de morfina i.v. en los pacientes sin relleno en 30-60 minutos. Esto aumenta la presión del esfínter de Oddi y favorece el reflujo de bilis hacia la vesícula. Puede haber falsos positivos en la

colecistitis crónica, enfermedad hepática, ayuno prolongado, nutrición parenteral total y enfermos críticos.

Otras técnicas:

La **Colecistografía Oral** no es útil en la colecistitis aguda.

La **CPRE** sólo tiene cabida en los pacientes que tienen además cálculos impactados en el colédoco.

La tomografía axial y la Resonancia Magnética sólo estarán indicadas en el diagnóstico diferencial de casos muy seleccionados.

COLANGITIS

Definición

La Colangitis Aguda (CA) se define como una infección bacteriana que complica la obstrucción de la vía biliar. Esta definición hace referencia a las dos condiciones necesarias para el desarrollo de esta patología.

Etiopatogenia

La literatura revisada es homogénea en referirse a la coledocolitiasis como la principal causa. En trabajos chilenos se describe dicha etiología en 77 a 92% de los casos de CA. La litiasis intermitente de la VB permite el ingreso de bacterias al colédoco y los cálculos actúan como nidos de adhesión y crecimiento bacteriano, favoreciendo el desarrollo del proceso infeccioso. Las neoplasias malignas periampulares constituirían la segunda causa de CA; sin embargo, algunas revisiones refieren que una neoplasia periampular por sí sola rara vez es causa suficiente de colangitis. Más habitualmente se producen CA tras efectuar un procedimiento de instrumentalización de vía biliar en tal

contexto neoplásico. Otras causas menos frecuentes incluyen la colangitis posterior a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), estenosis benignas de VB, colangitis esclerosante primaria, síndrome de Mirizzi, divertículo duodenal, etc.

Fisiopatología

En condiciones normales, la esterilidad de la vía biliar (VB) es mantenida por diversos mecanismos: el Esfínter de Oddi, que actúa como una barrera mecánica; el flujo anterógrado de bilis que expulsa las bacterias que pudieran ingresar a la vía biliar; la actividad bacteriostática de las sales biliares; además de los factores inmunológicos hepáticos, principalmente la función fagocitaria a través de las células de Küpffer presentes en los sinusoides. La obstrucción de la VB favorece la bacterobilia y la alteración de los factores inmunológicos locales, lo que facilita el desarrollo de la infección. La presencia bacteriana en la VB por sí sola no causa colangitis; de hecho, se ha constatado que el 16% de los pacientes sometidos a una cirugía abdominal por causas que no involucran la VB presenta bacterobilia. La flora bacteriana proviene en la mayoría de los casos del intestino delgado, y los pacientes con aclorhidria, con mayor colonización de intestino delgado, están predispuestos a la bacterobilia.

También puede producirse colonización bacteriana por siembra hematógena a partir del sistema venoso portal y linfáticos periductales, pero esta ruta es mucho menos común. El hecho fisiopatológico fundamental en la colangitis aguda, es la elevación de la presión de la VB debido a la obstrucción del colédoco distal. Como consecuencia, la presión se transmite retrógradamente hacia la VB intrahepática y produce disrupción de las uniones intercelulares a nivel hepatocelular, lo cual lleva a la translocación de bacterias y endotoxinas

de la VB hacia el sistema vascular –el llamado reflujo colangio-venoso- generando posteriormente septicemia, sepsis grave, shock refractario, falla multiorgánica y muerte. La hiperbilirrubinemia presente, también altera los factores inmunológicos de la VB.

Cuadro Clínico

Los síntomas y signos clásicos de la CA, están descritos en la Triada de Charcot: fiebre intermitente con calofríos, dolor en cuadrante superior derecho o hipocondrio derecho del abdomen, e ictericia. La frecuencia de enfermos que se presentan con Triada de Charcot varía entre un 15-20% en algunas series, hasta un 50-70%. No obstante, se describe que un 90% de los enfermos presentan fiebre, cerca de 2/3 han presentado calofríos intermitentes y hasta un 60% se presenta con ictericia. Ancianos e inmunocomprometidos pueden padecer un cuadro clínico atípico, con ausencia de fiebre o dolor.

En 1959, Reynolds y Dragan describieron la forma más severa de CA, que se manifiesta con los síntomas típicos de la Triada de Charcot más compromiso de conciencia (confusión aguda) y alteración hemodinámica, lo que se denominó la Péntada de Reynolds. Se ha estudiado que la presencia de confusión mental y compromiso hemodinámico se correlacionan con el aumento de presión intraductal en la VB, lo cual conduce a una mayor carga bacteriana sistémica y mayor grado de sepsis. Esta condición puede llevar al shock séptico refractario y la muerte del paciente en pocas horas, requiriendo la descompresión inmediata de vía biliar.

Cuando la presentación del cuadro es atípica, es fundamental la anamnesis remota, ya que la mayoría de los pacientes tienen historia de litiasis. Además se debe indagar la presencia de un síndrome consuntivo que sugiera patología

maligna, la existencia de enfermedades inmunológicas y el antecedente de instrumentalización previa de vía biliar.

Respecto a la clasificación de CA, la más clásica es la de Longmire, pero es más bien histórica y carece de funcionalidad práctica. En este contexto, el Consenso de Expertos de Tokio (2007) propone una clasificación de CA según la gravedad del paciente, que está orientada al manejo del cuadro. Así, se categoriza la CA en leve, moderada o severa (o grados I, II y III, respectivamente). La severidad del cuadro se determina con 2 criterios: el grado de disfunción orgánica del paciente y su respuesta al tratamiento médico inicial.

Laboratorio

Más del 90% de los pacientes con CA se presentan con hiperbilirrubinemia de predominio directo y elevación de fosfatasa alcalina. Si la causa es coledocolitiasis, la bilirrubinemia en general es menor de 15 mg/dl, ya que la obstrucción es incompleta e intermitente; niveles de bilirrubina más elevados son sugerentes de una causa neoplásica maligna.

En estadios precoces puede encontrarse un aumento desproporcionado de transaminasas, lo que lleva con frecuencia a plantear el diagnóstico inicial de hepatitis aguda. La PCR, el recuento de leucocitos y la VHS se encontrarán elevados en la gran mayoría de los casos, dando cuenta de un proceso inflamatorio agudo. Es necesario documentar además el recuento de plaquetas, nitrógeno ureico, creatinina, protrombina, amilasa y hemocultivos, exámenes que permiten evaluar el grado de disfunción orgánica subyacente.

Imagenología

Los objetivos de los exámenes imagenológicos son principalmente tres: determinar la presencia/ausencia de obstrucción de VB, el nivel de la obstrucción y la causa de ésta.

La Ecografía Abdominal (EA), es un examen no invasivo, sin contraindicaciones y está ampliamente disponible. Presenta una sensibilidad baja para patología de VB -entre 25 y 60%-, pero su especificidad es altísima, llegando al 99-100% en algunas series, por lo que actualmente es el primer examen de apoyo imagenológico recomendado. Dentro de los hallazgos más sugerentes se encuentran la dilatación de VB y la presencia de colelitiasis; frecuentemente la EA omite la presencia de cálculos en colédoco distal. En algunos casos con obstrucción aguda y poco tiempo de evolución, la VB puede no estar dilatada, lo que no descarta una CA.

En general, se recomienda la realización de una tomografía computarizada cuando se sospecha una causa no litiásica de CA, fundamentalmente una neoplasia de páncreas. La TC puede además documentar dilatación de la VB o complicaciones como un absceso hepático; y se ha descrito que la TC multicorte presenta una sensibilidad de 85-97% y especificidad de 88-96% para detectar cálculos en vía biliar.

Bacteriología

Entre un 72 y 100% de los pacientes con CA presentan cultivos de bilis positivos. Se describe además que los pacientes con coledocolitiasis sintomática tienen bilicultivos positivos en un 90% de los casos; y los pacientes con algún factor obstructivo de VB los presentan hasta en un 50% de los casos. En la CA es frecuente la bacteriemia, y se describe entre un 20 y 70% de pacientes con hemocultivos positivos, lo que además se correlaciona con

cuadros más graves, más días de hospitalización, falla renal y mayor mortalidad de los pacientes.

Los gérmenes más frecuentemente encontrados en cultivos son: *Echerichia coli* (25-50%), *Klebsiella pneumoniae* (15-20%), *Enterobacter* (5-10%) y *Enterococcus* (10-20%).

También es frecuente encontrar gérmenes anaerobios en bilicultivos, del género *Bacteroides* y *Clostridium*, que habitualmente se presentan en infecciones polimicrobianas. Los pacientes ancianos y portadores de una coledocoyeyunostomía son más susceptibles a infecciones por anaerobios, y presentan cuadros más severos. En pacientes con CA postoperatorias, portadores de prótesis biliar o de causas malignas se encuentran con mayor frecuencia gérmenes intrahospitalarios como *SAMR, ERV4* y *Pseudomona aeruginosa*.

Tratamiento

Los objetivos del enfrentamiento inicial son: estabilizar el paciente, iniciar tratamiento antibiótico y definir el momento de la intervención para el drenaje de la vía biliar. El tratamiento médico inicial consiste en rehidratación, corrección de alteraciones hidroelectrolíticas, corrección de coagulopatías, monitorización de signos vitales y diuresis, inicio de tratamiento antibiótico y reevaluación permanente. Cerca del 80% de los pacientes responden a estas medidas y se les puede ofrecer una descompresión semi-electiva de vía biliar en las siguientes 24, 48 o incluso 72 horas. Los restantes pacientes, que no responden a medidas de manejo inicial y/o presentan repercusión multiorgánica corresponden al grupo con colangitis moderada y severa, por lo que requerirían

medidas de soporte vital avanzadas, apoyo ventilatorio y circulatorio, y descompresión biliar lo antes posible.

Terapia Antibiótica

El objetivo del tratamiento antibiótico es tratar la sepsis y no esterilizar la bilis.

Los esquemas antibióticos recomendados incluyen como primera opción: Ampicilina/Sulbactam, Piperacilina/Tazobactam, Cefalosporinas de tercera o cuarta generación, Quinolonas, Carbapenémicos. Se sugiere agregar cobertura para anaerobios en los esquemas que incluyen cefalosporinas o quinolonas, en los pacientes con CA grave y en grupos de riesgo ya descritos. Todos los esquemas antibióticos se deben ajustar según el resultado de cultivos. No está demostrado que los antibióticos con mayor grado de penetración a VB tengan mejores resultados.

En cuanto a la duración del tratamiento, en general se acepta un mínimo de 5 a 7 días. En pacientes con hemocultivos positivos, algunos sugieren mantener el tratamiento antibiótico por 10 a 14 días. Se ha demostrado que en colangitis no grave, el uso de esquemas abreviados de antibióticos de 3 días sería igualmente efectivo en presencia de una drenaje biliar adecuado.

Drenaje de la Vía Biliar

La resolución de la CA requiere la eliminación de la obstrucción de la VB. Por consiguiente, el drenaje constituye la base del tratamiento. La VB puede ser drenada mediante tres procedimientos: por vía endoscópica –CPRE-, de forma percutánea –drenaje biliar percutáneo transhepático (DBPT)- y por vía quirúrgica tradicional. Existe amplio consenso respecto al uso de la CPRE como la primera opción de tratamiento.

La CPRE define la anatomía de la VB, identifica otras patologías simultáneas, permite tomar cultivos y muestras de tejidos y el tratamiento definitivo en la mayoría de los casos. El objetivo del procedimiento es lograr una canulación adecuada del colédoco que permita la descompresión, además de establecer un método de drenaje de la vía biliar. Para un mejor acceso al lavado y extracción de cálculos de la VB, se puede realizar la esfinterotomía endoscópica (ETE), sin embargo, este procedimiento no es indispensable en lo agudo y puede causar hemorragia digestiva en los pacientes más críticos, que habitualmente presentan coagulopatía concomitante. Para establecer el drenaje de la VB se dispone de dos elementos: la prótesis biliar o stent y la sonda nasobiliar (SNB). Aunque ambos métodos son efectivos y seguros, está más difundido el uso del stent, ya que la SNB habitualmente es molesta para el paciente, tiene el riesgo de ocluirse, y puede causar alteraciones hidroelectrolíticas por la pérdida externa de fluidos. Se recomienda el uso de la SNB sólo para pacientes más críticos que requieren lavado con aspiración activa de vía biliar y monitoreo de drenaje biliar.

El drenaje de VB mediante la cirugía abierta sólo está aceptado en el caso de pacientes que no puedan ser sometidos a los dos procedimientos anteriores por contraindicaciones anatómicas –portadores de coledocoyeyunoanastomosis en Y de Roux-, cuando hayan fracasado o no estén disponibles. Se han reportado tasas de mortalidad de hasta 50% en los pacientes sometidos a cirugía. En cuanto a la técnica quirúrgica, hay amplio consenso en recomendar un procedimiento simple que permita la inserción de un Tubo-T para el drenaje de la VB. Todos los pacientes que han sufrido una CA deben someterse a colecistectomía electiva posterior.

COLEDOCOLITIASIS

Definiciones

Se define coledocolitiasis como la presencia de cálculos biliares en el conducto Colédoco y/o en conducto hepático común.

Epidemiología

Según datos internacionales los cálculos biliares se encuentran en el 12% de los hombres y el 24% de las mujeres. La prevalencia aumenta con la edad. Más de un 10% de pacientes portadores de colelitiasis presentan coledocolitiasis. La presencia de cálculos biliares en la población chilena es muy frecuente. Datos nacionales establecen que el 13,2% de la población chilena es portadora de litiasis biliar (aprox. 2 millones).

Alcanza una frecuencia proporcionalmente mayor en el sexo femenino, presentándose en un 51% de las mujeres menores de 50 años y en más del 55% de aquellas tienen más de 50 años. En el sexo masculino se presentan aproximadamente en un 19,2%. De todos éstos, el 14% están asintomáticos y el 86% tiene algún tipo de síntoma. En aproximadamente el 5 al 10% de los pacientes con litiasis sintomática, coexisten cálculos en la vía biliar que generalmente migran de ésta. La mortalidad asociada se encuentra entre un 2 a un 4% en mayores de 60 años. Se establece que el tamaño de los cálculos tendría valor pronóstico: mayor de 3 cms. se asocia a cuadro vesiculares agudos y cáncer; mientras que aquellos menores a 3 cms. se asocian a coledocolitiasis y pancreatitis aguda.

Litiasis coledociana

La mayoría de los cálculos coledocianos se originan de la vesícula biliar, de hecho su forma y composición son similares a la de los cálculos vesiculares

creciendo en el colédoco por aposición de colesterol; simultáneamente se produce una dilatación gradual de la vía biliar que con los años puede llegar a un diámetro de 2 cms. o más.

Con menor frecuencia los cálculos coledocianos se originan en la misma vía biliar, ello se observa en casos de estenosis del hepático común o el colédoco en los que se desarrollan cálculos mixtos o de bilirrubinato de calcio. Este fenómeno desaparece si se corrige la estrechez (dilatación endoscópica) o se deriva la vía biliar dilatada al duodeno o yeyuno.

En un paciente colecistectomizado puede detectarse coledocolitiasis en el postoperatorio alejado, lo cual se debe a que durante la operación no se sospechó ni se diagnosticó una coledocolitiasis concomitante. En este caso hablamos de Coledocolitiasis residual cerrada. Cuando se detecta la coledocolitiasis en el postoperatorio de un paciente sometido a una colecistectomía y además coledocostomía y por lo tanto, portando una sonda T situada en el colédoco, hablamos de Coledocolitiasis residual abierta. Cuando han pasado varios años después de realizada la colecistectomía en un paciente y se detecta coledocolitiasis, hablamos de coledocolitiasis cerrada de neoformación.

Factores de riesgo

Existen factores de riesgo que se han asociado a la formación de cálculos a nivel de la vesícula biliar y vías biliares, se dividen en:

1. Factores de riesgo no modificables: Edad, sexo femenino y factores genéticoraciales.
2. Factores de riesgo modificables: obesidad, embarazo, lípidos séricos, factores dietéticos, diabetes, drogas hipolipemiantes.

Cuadro clínico

La coledocolitiasis, como parte del conjunto de patologías que engloba la litiasis biliar, puede producir obstrucción del colédoco con impedimento parcial o total del paso normal de bilis desde hígado al duodeno, dando lugar al denominado Síndrome de Ictericia Obstructiva.

La mayoría de estos pacientes tienen antecedentes biliares, ya sea de cólicos biliares en reacción a ingestión de alimentos grasos, colelitiasis asociada o demostrada antecedentes de colecistectomía.

Es característico, en el síndrome obstructivo por cálculos, la presencia de dolor abdominal de tipo cólico ubicado en epigastrio o hipocondrio derecho, que precede a la aparición de coluria e ictericia de piel y escleras. Posteriormente, puede aparecer hipocolia. Se asocia a estado nauseoso y vómitos rebeldes. Puede prolongarse durante varias horas, y si se alivia con antiespasmódicos tiende a desaparecer precozmente. La ictericia es fluctante, debido al mecanismo valvular que determina la obstrucción de la vía biliar por él o los cálculos flotantes que se desplazan y eventualmente se impactan y se desimpactan sucesivamente dentro de ella. Se le puede confundir con un cólico ureteral derecho; es útil tener presente en este caso que el paciente se encuentra muy inquieto, mientras que si el dolor es de origen biliar, tiende a permanecer postrado en la cama.

La coluria precede a la ictericia y el paciente ictérico orienta a etiología obstructiva extrahepática, ya que esta se produce debido a que se elimina bilirrubina directa o conjugada a través de la orina.

La ictericia puede ser fugaz o subclínica, manifestándose solo por una coluria transitoria. En otros casos, el enclavamiento de un cálculo en la Ampolla de

Vater da origen a una ictericia prolongada, que en los enfermos ancianos puede complicarse con una enfermedad tubular aguda.

A estos síntomas y signos se le agrega prurito, por depósitos de sales biliares en la piel. En los pacientes seniles, la coledocolitiasis suele ser causa de anorexia y pérdida de peso.

Estudios de Laboratorio

Además de una historia y un examen físico compatible debemos solicitar algunos exámenes de laboratorio que permitan confirmar el diagnóstico:

1. *Hemograma y VHS*: en el contexto de un síndrome de obstrucción litiásica la leucocitosis con desviación izquierda, se puede sospechar una infección de la vía biliar; en casos de sepsis graves podemos encontrar leucopenia. La VHS también aumenta en la infección de la vía biliar.
2. *Sedimento de orina*: aumento de excresión de urobilinógenos. El urobilinógeno se incrementa en la orina (originando orinas colúricas) y los pigmentos biliares disminuyen o desaparecen en las heces (originando heces hipocólicas o acólicas).
3. *Glicemia*: Importante pensar y precisar en el paciente diabético, donde éstos cuadros son de evolución generalmente más grave.
4. *Pruebas de función hepática*: Constituyen el examen de laboratorio fundamental en estos casos. Revelan patrón obstructivo que se caracteriza por:
5. hiperbilirrubinemia total con predominio de bilirrubina directa o conjugada y aumento de las fosfatasas alcalinas. Las transaminasas están normales o poco aumentadas en casos de más larga duración.

Las fosfatasas alcalinas son un examen muy sensible y eficiente para diagnosticar obstrucción de la vía biliar principal en forma precoz, ya que se elevarán rápidamente en estos casos.

6. *Protrombinemia*: la protrombina suele estar disminuida en su concentración plasmática en los casos de ictericia obstructiva.
7. *Pruebas de función pancreática*: especialmente evaluación de amilasemia, amilasuria y lipasemia.

Estudio complementario con imágenes

- *Ecografía:* La ecotomografía de hígado y de vías biliares se emplea como primer método de examen complementario para la evaluación de una posible colelitiasis. Ofrece signos directos (cálculos) e indirectos (tamaño de la vía). Se considera normal en pacientes con vesícula sana un diámetro igual o inferior a 6 mm. de diámetro (que se incrementa con la edad y si el paciente esta colecistectomizado). Sirve más que nada para evidenciar dilatación de la vía biliar, pero es mala para detectar cálculos del colédoco. La sensibilidad de la ECO es muy dependiente del explorador y se dan cifras de 19% al 55%. Según actuales avances tecnológicos, se estaría logrando un 70% de diagnóstico de la presencia de cálculos. La presencia de un signo indirecto, más de 7 mm. de diámetro se correlaciona muy estrechamente con coledocolitiasis.
- *Colangioresonancia:* Ofrece muy buena precisión diagnóstica frente a la ECO hasta obtenerse cifras en torno al 90%. Sin embargo, en cálculos de pequeño tamaño se disminuye mucho su sensibilidad. Es el método imagenológico de elección.

- *Tomografía computarizada:* Mejora la precisión diagnóstica frente a la ECO hasta dar cifras de 75 - 80%. Puede identificar y diferenciar los tumores de cabeza de páncreas y de la vía biliar distal. Identifica cálculos intrahepáticos.
- *Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica:* Es el "gold estándar" por su precisión diagnóstica de prácticamente el 100%, pero es una prueba invasiva. Se debe seleccionar a los pacientes para esta prueba ya que pueden presentarse complicaciones potencialmente graves: pancreatitis, colangitis, perforación duodenal y hemorragia. Se estima su mortalidad sería un 0,7%. Puede ser una prueba terapéutica, realizándose esfinterotomía endoscópica y extracción de cálculos. En estas circunstancias se elevan las cifras de mortalidad de un 4 a un 10%.
- *Ecoendoscopía:* tiene una alta precisión diagnóstica en la vía intrapancreática especialmente es una prueba invasiva. Puede diferenciar las lesiones ampulares, de cabeza de páncreas y de vía biliar distal. Tiene disponibilidad limitada en nuestro medio.
- *Colangiografía intravenosa:* Resurgió con la aparición de Cirugía laparoscópica. Tiene problemas de falsos negativos, aunque mejora su precisión diagnóstica añadida a la tomografía. Presenta la limitación de que el contraste no se excreta si hay obstrucción completa de la vía.
- *Colangiografía Transparietohepática:* Precisa de una vía biliar intrahepática dilatada y coagulación normal. Es una prueba invasiva y de riesgo (Hemorragia y coleperitoneo). Puede ser una prueba terapéutica y debe estar reservada a casos seleccionados y a grupos entrenados.

- *Colangiografía intraoperatoria:* Es el “gold estándar” para el diagnóstico intraoperatorio. Hay controversia en su utilización rutinaria o selectiva. Puede poner de manifiesto cálculos insospechados.
- *Ecografía por Laparoscopía:* Es una opción para el diagnóstico intraoperatorio su exactitud diagnóstica es comparable a CIO. Es una prueba inocua y rápida y es capaz de detectar pequeños cálculos y lesiones hepáticas y pancreáticas asociadas. Si se efectúa junto a una CIO alcanzan cifras de un 100% de exactitud diagnóstica.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es extraer los cálculos y la forma como esto se realice dependerá de las condiciones del paciente por un lado, como de los recursos técnicos disponibles en cada centro asistencial.

Si el paciente presenta coledocolitiasis asociada a colelitiasis y la presencia de cálculos coledocianos ha sido establecida previamente a la intervención quirúrgica, el procedimiento más aceptado hoy día es intentar la extracción de los cálculos vía endoscópica (CPER asociada a Papilotomía y extracción endoscópica de cálculos), para luego proceder con una colecistectomía laparoscópica.

Si el diagnóstico de coledocolitiasis ha sido establecido durante la realización de una colecistectomía (mediante colangiografía intraoperatoria), se puede programar una extracción diferida de cálculos coledocianos por vía endoscópica. En algunos centros se realiza ambos procedimientos en un solo tiempo en forma intraoperatoria.

Si no se cuenta con CPER o el paciente tiene contraindicación para cirugía laparoscópica, se puede resolver ambas situaciones con una cirugía clásica,

realizando una *coledocostomía intraoperatoria* para extraer los cálculos. Esta alternativa requiere dejar en la vía biliar un drenaje (sonda T) para evitar una complicación post operatoria (biliperitoneo). Si el paciente tiene una coledocolitiasis, pero no tiene vesícula biliar in situ (colecistectomía previa), la forma más conveniente de extraer los cálculos de la vía biliar es por vía endoscópica (CPER + papilotomía y extracción de cálculos). Si no es posible extraer los cálculos por CPER (cálculos muy grandes, limitaciones técnicas, etc.) o no se dispone de esta técnica en el centro respectivo, deberá procederse a una cirugía clásica abierta. Si no existe la evidencia clínica de infección no se recomienda el uso de antibióticos profilácticos previo a CPER.

Complicaciones

La complicación más importante de la coledocolitiasis es la colangitis (infección de la vía biliar), luego la pancreatitis, abcesos hepáticos y cirrosis biliar secundaria.

ASCARIS EN COLÉDOCO

Ascaris lumbicoides es el helminto más común en el tracto gastrointestinal humano; la prevalencia más alta se ha encontrado en países tropicales y subtropicales del tercer mundo. La infestación toma lugar posterior a la ingestión de huevos. La mayor parte de los casos sigue un curso benigno y asintomático, sin embargo, los parásitos adultos pueden invadir los conductos biliares y causar obstrucción de la vía biliar, colecistitis, colangitis, pancreatitis, pileflebitis y abscesos hepáticos. Cuando hay colangitis secundaria a obstrucción de la vía biliar por parásitos de este tipo, la clásica triada de fiebre, ictericia y dolor en cuadrante superior derecho se presenta de manera poco constante, con frecuencia de 5 30% de los pacientes.

El ciclo de vida de los áscaris inicia con la ingestión de los huevecillos, posteriormente la larva penetra la pared intestinal en el ciego, para entrar a la circulación portal, y de los vasos linfáticos migra a través de hígado y hacia el corazón por las venas suprahepaticas, cavidades derechas y arteria pulmonar hasta el parénquima, en donde se aloja dentro de los alveolos, para posteriormente migrar a la traquea y sofago, reotrnando una vez más al intestino a los dos o tres meses de la infección inicial, donde el parasito adulto se desarrolla e inicia la producción de los huevecillos.

Con la migración de los gusanos adultos a la vía biliar, la irritación causada por el helminto o sus excretas puede resultar en cólico biliar y espasmo del esfínter de Odd, con obstrucción biliar parcial. La presencia de áscaris lumbricoides o sus residuos, junto con infecciones bacterianas, pueden llevar a una respuesta inflamatoria intensa que provoca necrosis ductal, calcificaciones, litiasis, estenosis, fibrosis, colecistitis acalculosa, colangitis o abscesos hepáticos. La actividad elevada de glucuronidasa de los parásitos y de las bacterias coliformes desconjuga la bilirrubina y ayuda a la formación de litos de pigmento.

La ascaridiasis biliar se ha encontrado mayor predisposición de las mujeres con relación 7:3 respecto a los hombres, probablemente en relación a hormonas con actividad relajante del musculo liso. La edad media de presentación es de 35 años. El cuadro clínico de la ascaridiasis biliar se caracteriza por evacuación de helmintos por heces o a través de la boca, y una historia de vómito y dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho o epigastrio. Si el cuadro se complica con colangitis o absceso hepático, los síntomas clásicos de cada patología se hacen evidentes. A la exploración física es común encontrar

signos clínicos de desnutrición, postración, distención abdominal, hepatomegalia e ictericia. La fiebre suele estar presente en casos complicados. Por laboratorio suele encontrarse leucocitosis, elevación de bilirrubinas y eosinofilia que es mayor cuando la larva migra o cuando los huevos son depositados en el tejido hepático. El ultrasonido es más útil, en donde se observa el lugar exacto donde se encuentra, además la colangiografía es un método diagnóstico y a la vez terapéutico.

La ascaridiasis biliar no complicada debe ser tratada conservadoramente pues la eliminación espontanea ocurre hasta en un 80% de los casos. El manejo consiste en el uso de fármacos antihelmínticos como el mebendazol, palmoato de pirantel y albendazol, así como los antiespasmódicos y antibióticos en el caso de colangitis. La colangiopancreatografía es el estudio que se debe realizar cuando se sospecha de una complicación en la eliminación espontanea de los helmintos (una semana después del inicio del tratamiento del fármaco, debe ser efectuada tan pronto como sea posible en un intento por drenar la vía biliar de parásitos y sus desechos. La cirugía está indicada cuando falla el tratamiento médico o a la colangiografía retrograda endoscópica, o cuando se presenta deterioro clínico, aumento del volumen vesicular o colecciones perivesiculares secundarias a colecistitis aguda.

MATERIALES Y METODOS

1.1. Tipo de estudio

Este proyecto es de tipo descriptivo y retrospectivo.

1.2. Universo

Se tomó como universo a todos los pacientes mayores de 15 años, de ambos géneros que han sido ingresados al Servicio de Cirugía por Patología Biliar en el Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo 01 de Enero a 30 de Junio del 2013, con un total 142 pacientes.

1.3. Muestra: 140 pacientes

1.4. Criterios de Inclusión y Exclusión:

Inclusión:

Pacientes de ambos sexos Ingresados en el Servicio de Cirugía por Patología Biliar en el Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo 01 de Enero a 30 de Junio del 2013.

Pacientes de 15 años y más.

Exclusión:

Pacientes menores de 15 años

Pacientes que presentan Patología Biliar que no es su principal diagnóstico.

Pacientes con Diagnóstico de Patología Biliar que no se encuentre entre las 5 principales.

1.5. Técnicas e Instrumentos.

Se utilizó las tablas de recolección, en base a los Archivos estadísticos mensuales, Historias Clínicas y Epicrisis de los pacientes.

1.6. Operacionalización de variables

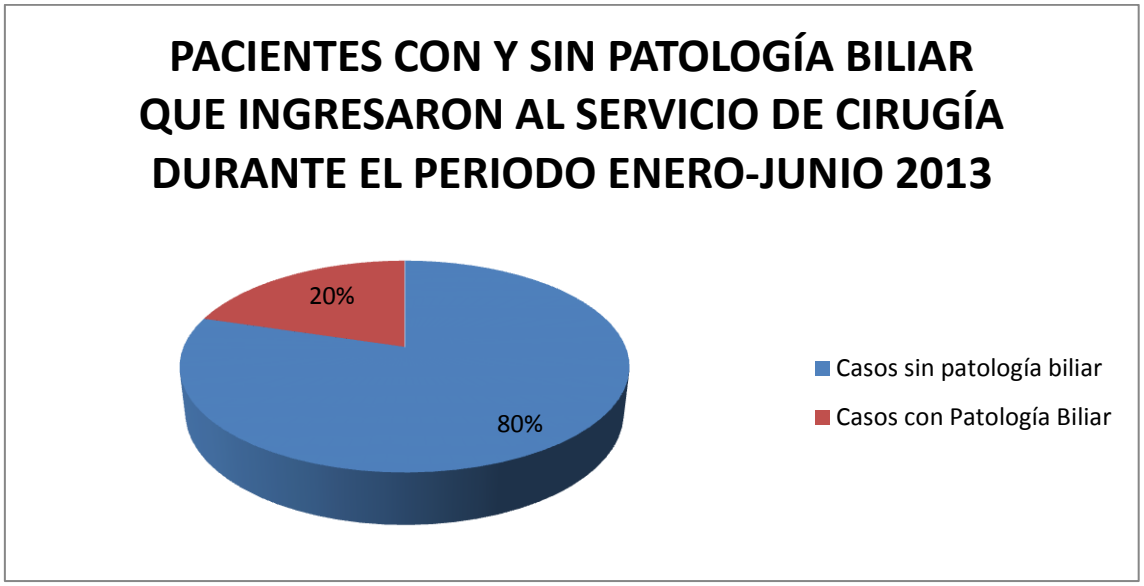
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
Variables	**Definición**	**Dimensiones**	**Indicadores**	**Técnicas**	**Instrumentos**
Independiente: Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Cirugía	Persona que sufre dolor o malestar y que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención.	Paciente hospitalizado en el Servicio de Cirugía durante el periodo enero - junio 2013	Compendios mensuales de pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía durante el periodo enero - junio 2013	Revisión de Compendios Mensuales	Compendios Mensuales
Dependiente: Incidencia de Enfermedad Biliar	Número de casos nuevos de Enfermedad Biliar en una población determinada y en un periodo determinado.	Número de casos de enfermedad biliar en los pacientes atendidos durante el periodo enero - junio 2013	Compendios mensuales de pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía por enfermedad biliar durante el periodo enero - junio 2013	Revisión de Compendios Mensuales	Compendios Mensuales

RESULTADOS

TABLA NRO 1

PACIENTES CON Y SIN PATOLOGÍA BILIAR QUE INGRESARON AL SERVICIO DE CIRUGÍA DURANTE EL PERIODO ENERO-JUNIO 2013		
PACIENTES	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
Pacientes sin patología biliar	565	80%
Pacientes con Patología Biliar	142	20%
Total de Pacientes	707	100%

FUENTE: Archivos Estadísticos Mensuales, Historias Clínicas y Epicrisis de los Pacientes.
AUTORA: Nathaly Jimbo Paladines



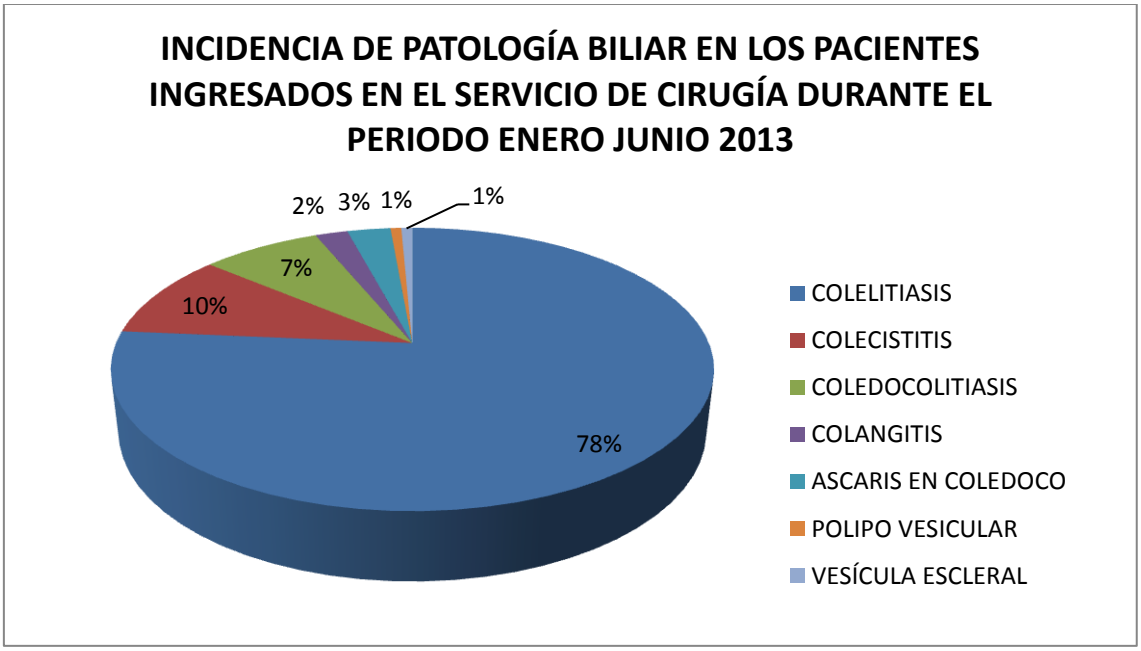
ANÁLISIS:

Del 100% de pacientes hospitalizados que corresponde a 707, el 20% equivalente 142 pacientes, presentan Patología Biliar.

TABLA NRO 2

INCIDENCIA DE PATOLOGÍA BILIAR EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DURANTE EL PERIODO ENERO JUNIO 2013	
TIPO DE PATOLOGÍA BILIAR	**FRECUENCIA**
COLELITIASIS	110
COLECISTITIS	14
COLEDOCOLITIASIS	11
ASCARIS EN COLEDOCO	2
COLANGITIS	3
POLIPO VESICULAR	1
VESÍCULA ESCLERAL	1
TOTAL DE CASOS	142

FUENTE: Archivos Estadísticos Mensuales, Historias Clínicas y Epicrisis de los Pacientes.
AUTORA: Nathaly Jimbo Paladines



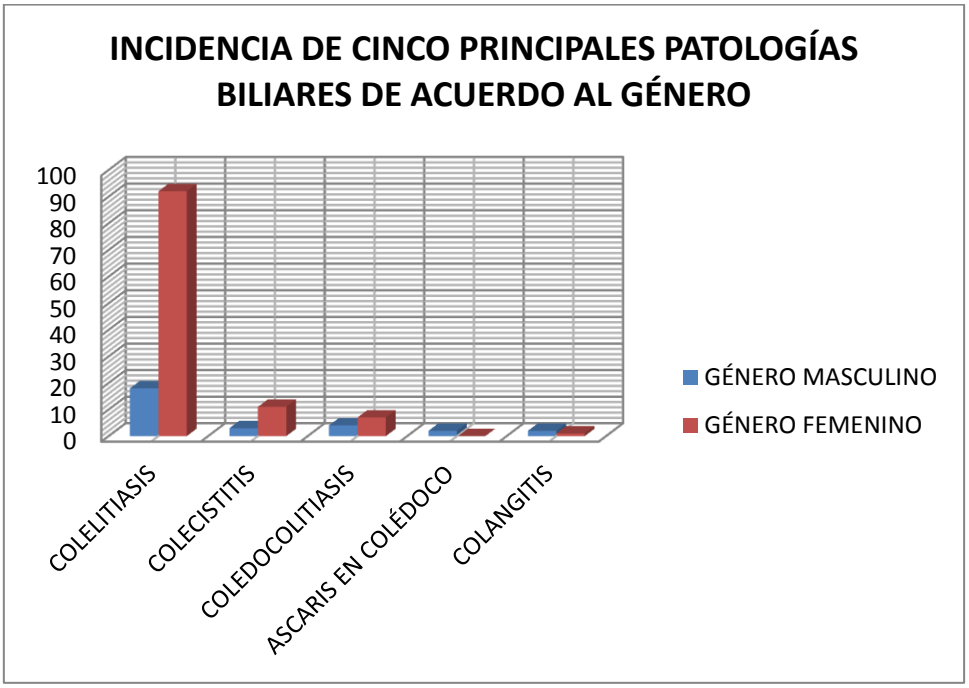
ANÁLISIS:

Del 100% de pacientes con Patología Biliar que corresponde a 142 casos, el 78% equivalente a 110 casos presentan Colelitiasis, el 10% equivalente a 14 casos presentan Colecistitis, el 7% equivalente a 11 casos presentan Coledocolitiasis, el 2% equivalente a 3 casos presentan Colangitis, el 1% restante equivale 2 casos presentan Áscaris en Colédoco, el restante Pólipo Vesicular y Vesícula Escleral con un caso y un 1% cada una.

TABLA NRO 3

INCIDENCIA DE CINCO PRINCIPALES PATOLOGÍAS BILIARES DE ACUERDO AL GÉNERO					
PATOLOGÍA BILIAR	**GÉNERO**				**TOTAL**
	MASCULINO		**FEMENINO**		
COLELITIASIS	18	16%	92	84%	110
COLECISTITIS	3	79%	11	21%	14
COLEDOCOLITIASIS	4	64%	7	36%	11
COLANGITIS	2	67%	1	33%	3
ASCARIS EN COLÉDOCO	2	100%	0	0%	2
TOTAL	29		121		140

FUENTE: Archivos Estadísticos Mensuales, Historias Clínicas y Epicrisis de los Pacientes.
AUTORA: Nathaly Jimbo Paladines



ANÁLISIS:

Del 100% de pacientes con Colelitiasis, que corresponde a 110 casos, el 84% equivalente a 92 casos son de sexo femenino, mientras que el 16% que corresponde a 18 casos son de sexo masculino.

Del 100% de pacientes con Colecistitis, que corresponde a 13 casos, el 79% equivalente a 11 casos son de sexo femenino, mientras que el 21% que corresponde a 3 casos son de sexo masculino.

Del 100% de pacientes con Coledocolitiasis, que corresponde a 11 casos, el 64% equivalente a 7 casos son de sexo femenino, mientras que el 36% que corresponde a 4 casos son de sexo masculino.

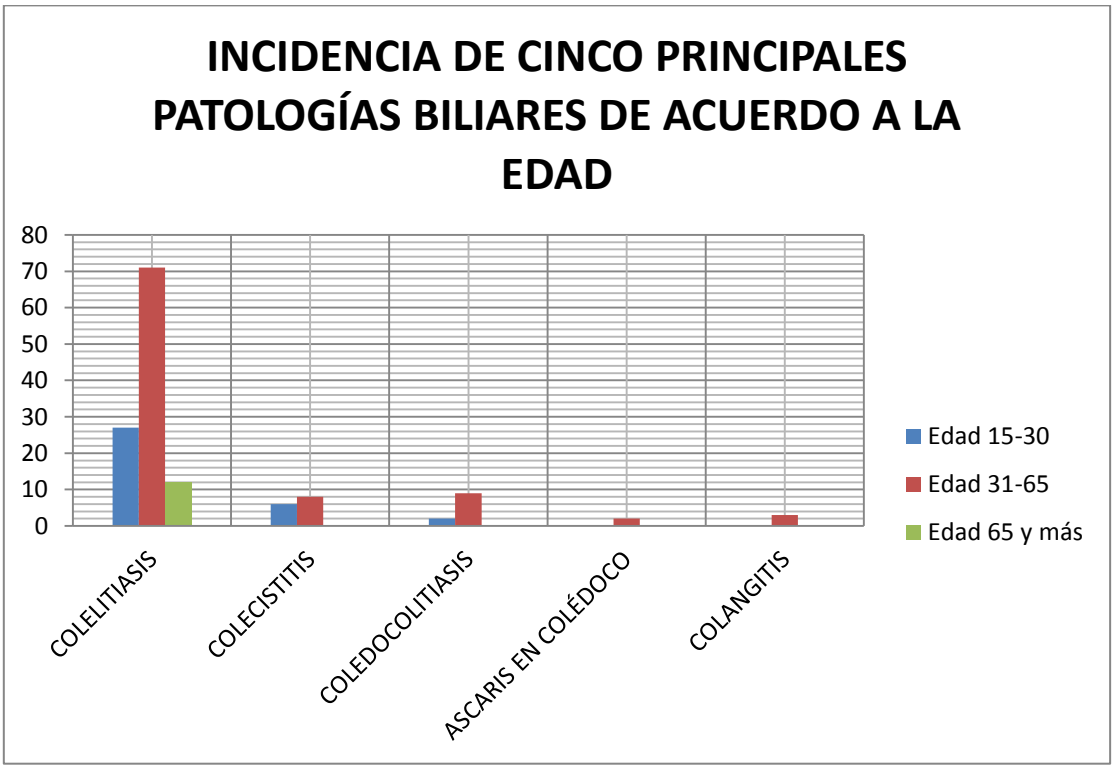
Del 100% de pacientes con Colangitis, que corresponde a 3 casos, el 67% equivalente a 2 casos son de sexo masculino, mientras que el 33% que corresponde a 1 casos son de sexo femenino.

El 100% de pacientes con Colecistolitiasis, que corresponde a 2 casos, son de sexo masculino.

TABLA NRO 4

INCIDENCIA DE CINCO PRINCIPALES PATOLOGÍAS BILIARES DE ACUERDO A LA EDAD							
ENFERMEDAD BILIAR	**EDAD**						**TOTAL**
	15-30		31-65		65 y más		
COLELITIASIS	27	24%	71	65%	12	11%	110
COLECISTITIS	6	43%	8	57%	0	0%	14
COLEDOCOLITIASIS	2	18%	9	82%	0	0%	11
COLANGITIS	0	0%	3	100%	0	0%	3
ASCARIS EN COLÉDOCO	0	0%	2	100%	0	0%	2
TOTAL	**35**		**93**		**12**		**140**

FUENTE: Archivos Estadísticos Mensuales, Historias Clínicas y Epicrisis de los Pacientes.
AUTORA: Nathaly Jimbo Paladines



ANÁLISIS:

Del 100% de pacientes con Colelitiasis, que corresponde a 110 casos, el 65% equivalente a 72 casos se encuentran entre los 31 a 65 años, el 24% que corresponde a 27 casos se encuentran entre los 15 a 30 años y el 11% equivalente a 12 casos se encuentran en más de 65 años.

Del 100% de pacientes con Colecistitis, que corresponde a 110 casos, el 57% equivalente a 8 casos se encuentran entre los 31 a 65 años y el 43% que corresponde a 6 casos se encuentran entre los 15 a 30 años.

Del 100% de pacientes con Coledocolitiasis, que corresponde a 11 casos, el 82% equivalente a 9 casos se encuentran entre los 31 a 65 años y el 18% que corresponde a 2 casos se encuentran entre los 15 a 30 años.

Del 100% de pacientes con Colangitis, que corresponde a 3 casos, se encuentran entre los 31 a 65 años.

Del 100% de pacientes con Áscaris en Colédoco, que corresponde a 2 casos, se encuentran entre los 31 a 65 años.

DISCUSIÓN

Del 100% de pacientes correspondiente a 709, el 20% presenta Patología Biliar, el grupo poblacional más frecuente son las mujeres con un 78% y los hombres con un 22%, con una edad entre 31 a 65 años con un 66%, coincidiendo con un estudio de Morbimortalidad y Estadía Hospitalaria en los Pacientes Egresados por Patología Biliar del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador durante el 2002-2003[15] que fueron 3385 mujeres y 1003 varones (26,2% del total de los egresos del Servicio), su ingreso fue electivo en 3368 casos y de urgencia en 1020. El 96,3% de los ingresos tuvo una causa litásica. La proporción mujer/varón varió según la edad, 7/1 en los menores de 40 años a 2,3/1 en los mayores de 61 años. Otro estudio en Los servicios de Cirugía General del Hospital La Paz de la Comunidad de Madrid[16] en donde se atiende anualmente en consultas a 13.400 pacientes nuevos y 17.200 en revisiones, alrededor del 17% de las enfermedades vistas en un servicio estándar de Cirugía General está asociada a patología biliar. Podemos observar que la edad y el género concuerdan con el estudio realizado, lo cual se puede deber a que los estilos de vida de las personas en las ciudades donde se realizaron estos estudios son similares a los nuestros.

Del 100% de pacientes con Colelitiasis, que corresponde a 110 pacientes, el 84% equivalente a 92 pacientes son de sexo femenino, mientras que el 16% que corresponde a 18 pacientes son de sexo masculino, relacionándose con un estudio retrospectivo y descriptivo con el objetivo de Determinar la Incidencia de Colelitiasis en Pacientes Atendidos en el Complejo Hospitalario Dr. Luis Eduardo Aybaren Santo Domingo, República Dominicana, enero-diciembre

2008 [10]. Durante este período fueron realizadas 1,396 cirugías de las cuales 126 casos (9.0%) correspondió a colelitiasis y el (91.0%) a otras cirugías. La edad más afectada fue de 31-60 años (83.3%), predominando el sexo femenino con un (84.1%). Podemos observar que la incidencia es similar a nuestro estudio, lo cual puede deberse a que en el caso de las mujeres, existe una alteración en el metabolismo hepático del colesterol por acción de los estrógenos, motivo por el que es más frecuente en este género.

Del 100% de pacientes con Colecistitis, que corresponde a 13 pacientes, el 79% equivalente a 11 pacientes son de sexo femenino, mientras que el 21% que corresponde a 3 pacientes son de sexo masculino. El 57% se encuentran entre los 31 a 65 años y el 43% entre los 15 a 30 años que coincide con un estudio que se efectuó en 201 Pacientes con Colecistitis Aguda, diagnosticados en el Servicio de Imagenología del Hospital Provincial Clinicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba en el período comprendido desde enero de 2009 hasta junio de 2010 y tratados en el Servicio de Cirugía General de la mencionada institución[12]. Entre los principales resultados sobresalió que la alteración fue más frecuente en mujeres, mestizos y personas de 60 y más años. Podemos observar que el estudio tiene resultados similares a los encontrados, recordemos que una de las principales causas de Colecistitis es la Litiasis Biliar y Coledociana, las cuales se encuentran con mayor frecuencia en el género femenino, por lo que estaría en relación con los datos obtenidos.

Del 100% de pacientes con Coledocolitiasis, que corresponde a 11 casos, el 64% equivalente a 7 casos son de sexo femenino, mientras que el 36% que corresponde a 4 casos son de sexo masculino, que coincide con un estudio realizado por el Dr. Eduardo Barreto Suárez y colaboradores acerca de Coledocolitiasis: diagnóstico y terapéutica mediante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en el 2010 en la ciudad de Camaguey [11], en donde se encuentra que la frecuencia de litiasis coledociana se incrementó con la edad, el grupo más afectado fue el comprendido entre 61-71 años de edad con 66 pacientes para un 24,2%. Esta enfermedad fue más frecuente en el sexo femenino con 195 pacientes para un 71,4%. Además del 45.4% corresponde a pacientes entre los 27 a 60 años. De forma similar a nuestro estudio con un 82% de los casos se encuentran entre los 31 a 65 años y el 18% entre los 15 a 30 años. Podemos comparar que en el estudio realizado en la Ciudad de Camaguey, se toman intervalos de edad más cortos, por lo que se puede observar el incremento en la incidencia de acuerdo a la edad, sin embargo nuestro estudio guarda relación con respecto al género, debido posiblemente a la alteración del metabolismo hepático del colesterol por los estrógenos.

Del 100% de pacientes con Colangitis, que corresponde a 3 casos, el 67% equivalente a 2 casos son de sexo masculino, mientras que el 33% que corresponde a 1 casos son de sexo femenino, los cuales se encuentran entre los 30 a 65 años, sin embargo se encontró un solo estudio, en relación a la edad de los pacientes, con un total de 22 pacientes que fueron identificados en el año 2007[13]. La edad promedio fue de 70,1 años (rango 42-95 años) con un

leve predominio de casos en el sexo femenino y más de la mitad tenían > 70 años, que no coincide con el predominio en sexo de nuestro estudio, tomando en cuenta que se encontraron solamente 3 casos, debido al tiempo de ejecución del trabajo investigativo.

El 100% de pacientes con Áscaris en Colédoco, que corresponde a 2 casos, son de sexo masculino y se encuentran entre los 30 a 65 años, que coincide con un estudio en el Hospital Cardiovascular del niño de Cundinamarca (Soacha) en el 2007, donde se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo encontrando, en las 413 colangiografias realizadas, el diagnóstico de parasitosis de la vía biliar en 9 pacientes que oscilaban entre los 5 y los 71 años, sin embargo no se evidencia sexo predominante[(14)(17)]. Podemos observar que la incidencia no es elevada, sin embargo se debe tomar en cuenta que la ascaridiasis es más común en niños, y este estudio se realiza en mayores de 15 años.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis e interpretación de los resultados, se formulan las siguientes conclusiones:

1. La incidencia de las cinco principales patologías biliares son: Colelitiasis con el 79%, Colecistitis con el 10%, Coledocolitiasis con el 8%, Colangitis con el 2% y Áscaris en Colédoco con el 1%.
2. La Patología Biliar más frecuente es la Colelitiasis en un 79%, afectado al género femenino con el 84%, con una edad entre 31 a 65 años con el 65%.
3. El 79% de las mujeres presentan Colecistitis, y el 57% se encuentra entre los 31 a 65 años.
4. En la Coledocolitiasis el 64% de los pacientes afectados son mujeres, y se presenta en un 82% entre 31 a 65 años.
5. En la Colangitis el 67% de los pacientes afectados son varones y se presenta entre los 31 a 65 años.
6. Los Áscaris en colédoco el 100% de los pacientes eran de género masculino entre 31 a 65 años.

RECOMENDACIONES

Luego de haber realizado el presente trabajo se recomienda:

1. Investigar por qué la Patología Biliar se presenta con mayor frecuencia en mujeres, especialmente en una edad entre 31 a 65 años.

2. Investigar la Incidencia de Patología Biliar de acuerdo a la situación demográfica, socioeconómica y estilos de vida de los pacientes, para observar si existen cambios en la misma.

3. Realizar trabajos de investigación tomando como base otros centros hospitalarios para establecer una base de datos a nivel nacional que nos permita observar la realidad de Patología Biliar en nuestro país.

4. Tener en cuenta al recibir en la Consulta a Mujeres con edad entre 31 a 65 años, que ellas presentan una alta incidencia de Patología Biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cadena Díaz Jorge Dr. **GASTROENTERÓLOGO; ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR**; México; 2013; disponible en: http://www.gastroenterologosenacapulco.com/tratamiento-de-enfermedades-de-vesicula-biliar.htm
2. Pattillo Juan Carlos Dr; **PATOLOGÍA BILIAR LITIÁSICA**; disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/manualcirugia/html/patobiliar.htm
3. Pinzón Alberto Dr. **GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA; COLELITIASIS**; disponible en: http://www.consultorsalud.com/biblioteca/Guias/Colelitiasis.pdf
4. Dr. Humberto Flisfisch F.1 Ana Heredia C.2; **COLANGITIS AGUDA**: Revisión de aspectos Fundamentales; Rev. Medicina y Humanidades. Vol. III N°1-2, 2011; http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_22011/06_COLANGITIS_AGUDA.pdf
5. Dra Consuelo Quintanilla L.1 Dr. Humberto Flisfisch; **COLEDOCOLITIASIS**; Rev. Medicina y Humanidades. Vol. I. N° 3. (Sept.-Dic.) 2009. Sección Alumnos de Pre y Posgrado Pág. 1 60; disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n32009/15_Alumnos_coledoclitiasis.pdf
6. Guzmán-Valdivia Gómez G. ***COLECISTITIS AGUDA Y CRÓNICA*** . En Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C y

Consejo Mexicano de Cirugía General, A. C. **Tratado de Cirugía General.** Manual Moderno. México, D. F. 2008.

7. Hoyos Sergio, md, m.sc1. Elsy Cristina Sierra, md2.; **PÓLIPOS DE LA VESÍCULA**; Revista Colombiana; 2010; disponible en: http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaeneromarzo2010/05.%20polipos%2037-41.pdf
8. Cortés Virginia Dra y colaboradores; **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE COLECISTITS Y COLELITIASIS**; Catálogo Maestro de Guias de Prácticas Clínicas; México 2009; disponible en: http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx
9. Oddsdóttir Margrét, Pham TH y Hunter JG. ***VESÍCULA BILIAR Y SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO.*** En Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB and Pollock RE. **Schwartz Principios de Cirugía.** Mc Graw-Hill, México, D. F. 2011.
10. Boció – Peralta Dr.; **INCIDENCIAS DE COLELITIASIS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DR. LUIS EDUARDO AYBAR** en el año 2008; disponible en: http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/2000/61/03/RMD-2000-61-03-213-219.pdf
11. Dr. Eduardo Barreto Suárez y colaboradores acerca de **COLEDOCOLITIASIS: DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA MEDIANTE LA**

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA, en el 2010; Camaguey; http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000600007&script=sci_arttext

12. Mirelvis Musle Acosta Dr, **PARÁMETROS ECOGRÁFICOS ESPECÍFICOS DE LA VESÍCULA BILIAR EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA; HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLINICOQUIRÚRGICO "SATURNINO LORA TORRES"**; Santiago de Cuba; 2011; disponible en: https://www.google.com.ec/search?q=colecistitis&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a&gws_rd=cr&ei=G5ppUuLOBIbU9ASflYHoCQ#psj=1&q=colangitis+estudios&rls=org.mozilla:es-ES:official&start=30
13. Fica Alberto Dr. **COLANGITIS EN ADULTOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO DE CHILE;** 2007; disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rci/v30n1/art11.pdf
14. Ospina Jhon Dr; **MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA ASCARIDIASIS MÚLTIPLE BILIAR EN NIÑOS. PRESENTACIÓN DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA;** Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología; 2007; disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v22n2/v22n2a12.pdf
15. Acevedo A. Dr; **MORBIMORTALIDAD Y ESTADÍA HOSPITALARIA EN LOS EGRESADOS POR PATOLOGÍA**

BILIAR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR; Rev Chil Cir 2005; disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=40813&id_seccion=2692&id_ejemplar=4187&id_revista=163

16. Notas de prensa del Hospital La Paz de Madrid-España en este octubre de este año, describe un estudio de **PATOLOGÍA BILIAR**; http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142403453082&language=es&pageid=1142398927403&pagename=HospitalLaPaz%2FHOSP_Contenido_FA%2FHPAZ_generico

17. De la Fuente Mauricio; **ASCARIASIS BILIAR. INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA**; Volumen 74, No. 3, mayo-junio 2006; disponible en: http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/cirugia_cirujanos/Ascariasis%20biliar.pdf

ANEXOS

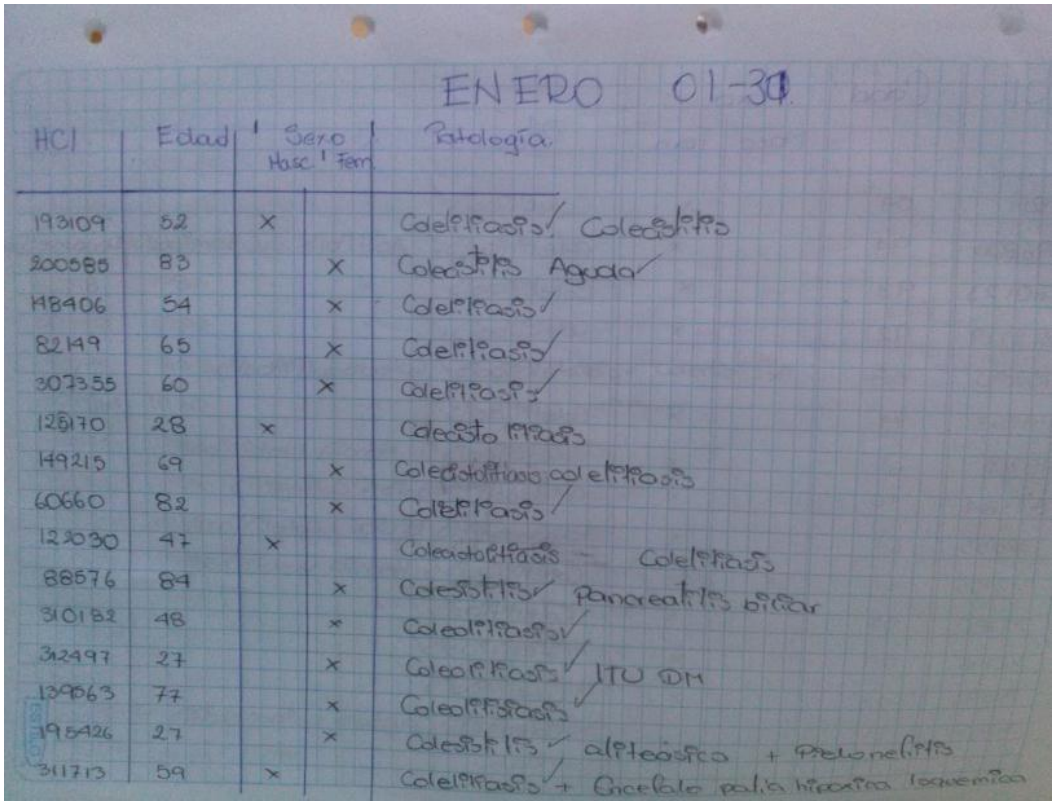
ANEXO 1.- TABLA DE RECOLECCION DE ACUERDO AL SEXO

Enfermedad Biliar	Sexo (# de casos)		TOTAL
	Masculino	Femenino	
COLELITIASIS	18	92	110
COLECISTITIS	3	11	14
COLEDOCOLITIASIS	4	7	11
ASCARIS EN COLÉDOCO	2	0	2
COLANGITIS	2	1	3
Total:	29	123	142

ANEXO 2.- TABLA DE RECOLECCION DE ACUERDO A LA EDAD

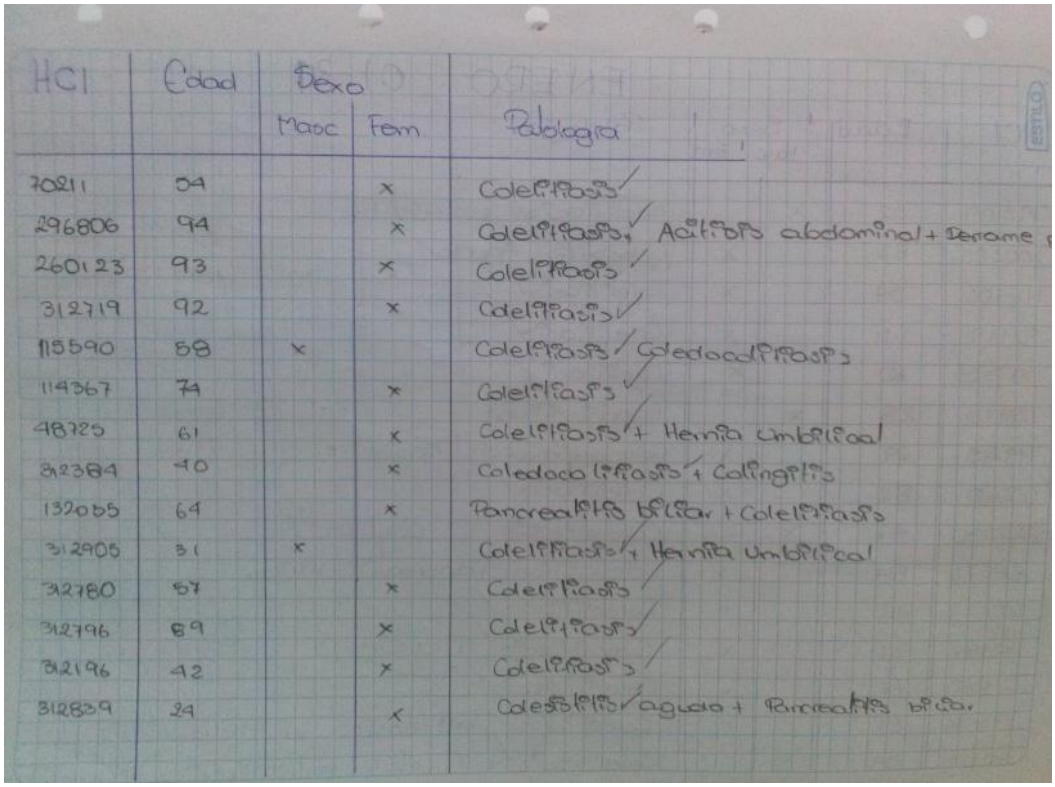
Enfermedad Biliar	Edad (# de casos)			TOTAL
	15-30	31-65	65 y más	
COLELITIASIS	27	71	12	110
COLECISTITIS	6	8	0	14
COLEDOCOLITIASIS	2	9	0	11
ASCARIS EN COLÉDOCO	0	2	0	2
COLANGITIS	0	3	0	3
Total:	35	93	12	142

ANEXO 3.- FOTOS DE HOJAS DE RECOLECCION DE DATOS

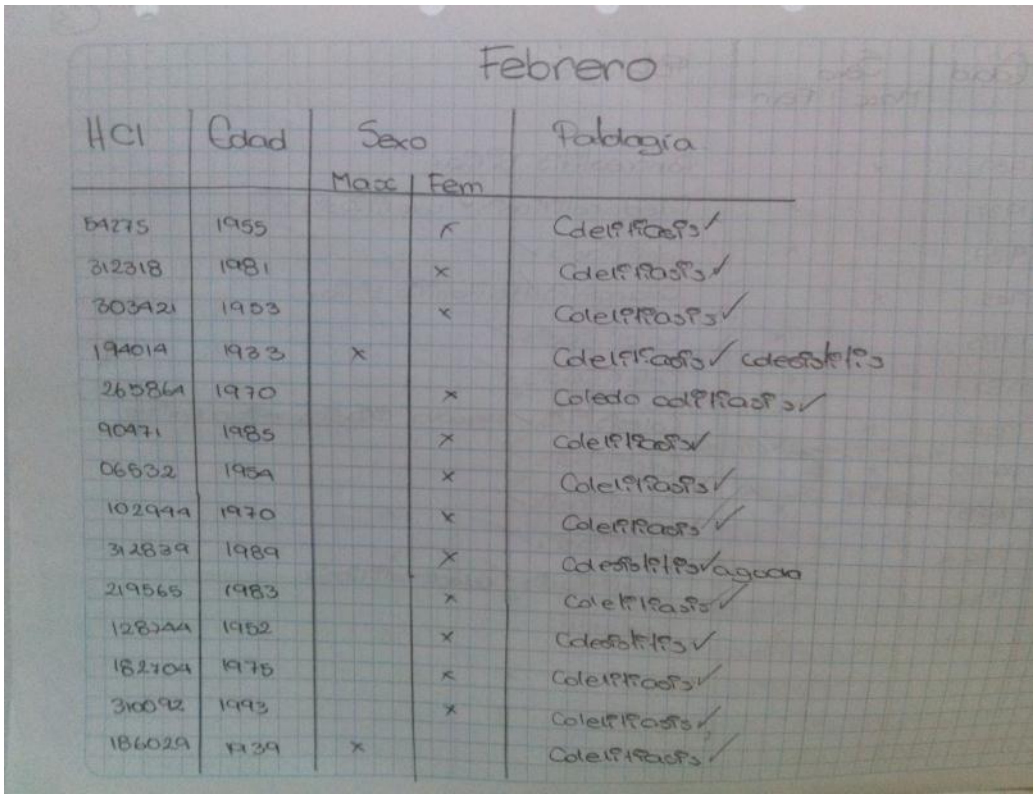


ENERO 01-31

HCI	Edad	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Patologia
193109	52	X		Colelitiasis / Colecistitis
200585	83		X	Colecistitis Aguda
118406	54		X	Colelitiasis
82149	65		X	Colelitiasis
307355	60		X	Colelitiasis
125170	28	X		Colecistolitiasis
149215	69		X	Colecistolitiasis colelitiasis
60660	82		X	Colelitiasis
122030	47	X		Colecistolitiasis - Colelitiasis
88576	84		X	Colecistitis / Pancreatitis biliar
310182	48		X	Colelitiasis
312497	27		X	Colelitiasis / ITU DM
139063	77		X	Colelitiasis
195426	27		X	Colecistitis / alitiasica + Pielonefritis
311713	59	X		Colelitiasis + Cicatriz polis hipotiroidea leucemia

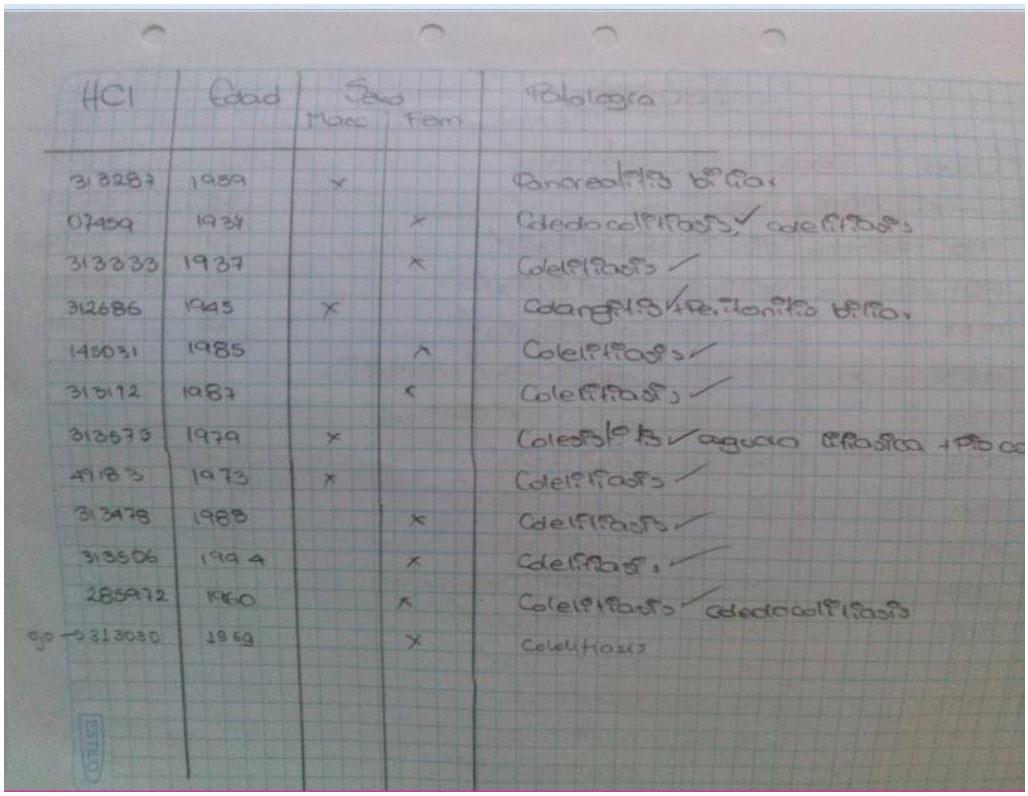


HCI	Edad	Sexo Masc	Sexo Fem	Patologia
70211	54		X	Colelitiasis
296806	94		X	Colelitiasis / Ascitis abdominal + Derame
260123	93		X	Colelitiasis
312719	92		X	Colelitiasis
115590	58	X		Colelitiasis / Coledocolitiasis
114367	74		X	Colelitiasis
48725	61		X	Colelitiasis + Hernia umbilical
312384	40		X	Coledocolitiasis + Colangitis
132055	64		X	Pancreatitis biliar + Colelitiasis
312905	31	X		Colelitiasis + Hernia umbilical
312780	57		X	Colelitiasis
312796	89		X	Colelitiasis
312196	42		X	Colelitiasis
312839	24		X	Colecistitis aguda + Pancreatitis biliar



Febrero

HCI	Edad	Sexo		Patología
		Masc	Fem	
54275	1955		x	Colelitiasis ✓
312318	1981		x	Colelitiasis ✓
303921	1953		x	Colelitiasis ✓
194014	1933	x		Colelitiasis ✓ coledocolitis
265864	1970		x	Coledocolitiasis ✓
90471	1985		x	Colelitiasis ✓
06832	1959		x	Colelitiasis ✓
102994	1970		x	Colelitiasis ✓
312839	1989		x	Coledocolitiasis ✓ agudo
219565	1983		x	Colelitiasis ✓
128244	1952		x	Coledocolitiasis ✓
182704	1975		x	Colelitiasis ✓
310092	1993		x	Colelitiasis ✓
186029	1939	x		Colelitiasis ✓



HCI	Edad	Sexo		Patología
		Masc	Fem	
313287	1989	x		Pancreatitis biliar
07459	1934		x	Coledocolitiasis ✓ colelitiasis
313333	1937		x	Colelitiasis ✓
312686	1945	x		Colangitis ✓ + pancreatitis biliar
140031	1985		x	Colelitiasis ✓
313172	1987		x	Colelitiasis ✓
313573	1979	x		Coledocolitiasis ✓ aguda litiasica + pancr
49183	1973	x		Colelitiasis ✓
313478	1988		x	Colelitiasis ✓
313506	1994		x	Colelitiasis ✓
285972	1960		x	Colelitiasis ✓ coledocolitiasis
ojo → 313030	1969		x	Colelitiasis

Marzo

HCl	Edad.	Sexo Masc	Sexo Fem	Patología
07459	37		x	Colelitiasis ✓
273614	75		x	Colelitiasis ✓
35196	79		x	Colelitiasis ✓
314018	89		x	Colestolo litiasis + Colestolitis
313776	95		x	Colelitiasis ✓ Apendicitis agu
313286	93		x	SD Colestásico - Colelitiasis ✓
36694	31		x	Colelitiasis ✓
199014	33	x		Colelitiasis ✓ + colestolitis
50125	60		x	Colelitiasis ✓
313869	89		x	Colelitiasis ✓ + Coledo colelitiasis
282170	59		x	Colelitiasis ✓
105786	55	x		Colestolitis ✓ colecistitis
313506	94		x	Colelitiasis ✓
153915	79	x		Pólipo vesicular
79923	77		x	Colelitiasis ✓
289909	46	x		Colestolitis ✓ colelitiasis

Hcl	Edad	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Patología
40387	60		x	Colelitiasis ✓
162025	28		x	Colelitiasis ✓ colestolitis
24868	50		x	Colelitiasis ✓ colestolitis
314484	29		x	Colestolitis ✓ colelitiasis
199086	26		x	Colelitiasis ✓
314469	57		x	Colelitiasis ✓ + Pancreatitis biliar
314182	41		x	Colelitiasis ✓
272986	23		x	Colestolitis ✓ Colelitiasis
314726	43		x	Lesión de vía biliar → No se ca
199014	89	x		Colelitiasis ✓
19559	35	x		Colelitiasis ✓
140966	36		x	Colelitiasis ✓
314655	47	x		Coledo colelitiasis ✓
60954	58		x	Coledo colelitiasis ✓
314931	52		x	Colelitiasis ✓ hidrocolestolo

MAYO.

HCl	Edad.	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Patología
315949	45	x		Colelitiasis aguda + Coledocolitiasis
311614	30	x		Colelitiasis aguda + shock hipovole
315750	64	x		Colestitis aguda litiasica
316161	38	x		Tumor vesicular No lo cuento
82896	33	x		Colestitis aguda
314515	18		x	Colelitiasis + Pancreatitis aguda
313880	37		x	Colelitiasis aguda + SD DE MIRIZZI
316249	34		x	Colelitiasis aguda
315975	19		x	Colestitis aguda litiasica + Coledocolit
05849	45		x	Colelitiasis aguda
114957	48		x	Colelitiasis aguda
311591	23		x	Colelitiasis aguda
314655	41	x		Colelitiasis aguda
119101	47		x	Colelitiasis aguda + Colestitis
200201	29	x		Vesícula escleroatrófica

HCl	Edad	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Patolog.
310391	21		x	Colelitiasis aguda Coledoco
60954	58		x	Coledo colelitiasis
82947	71		x	Colelitiasis aguda
69469	36		x	Colelitiasis aguda
4515	24		x	Colelitiasis aguda
158704	13		x	Colelitiasis aguda ovo
63831	45		x	Colelitiasis aguda
301754	25		x	Colelitiasis aguda
61376	30		x	Colelitiasis aguda
93200	35		x	Colelitiasis aguda
307090	48		x	Colelitiasis aguda
316710	36		x	Colelitiasis aguda
316693	84	x		Coledo colelitiasis colangitis

JUNIO

HCl	Edad	Sexo Masc	Sexo Fem	Patologia
97114	47		x	Colelitiasis aguda + Coledocolitiasis
49431	67		x	Colelitiasis aguda
172083	79		x	Colelitiasis aguda
317101	23		x	Colelitiasis aguda + Pancreatitis
25784	34		x	Colelitiasis aguda
231275	25		x	Apendicitis Encodedaco + Coledocolitiasis
317332	43		x	Colelitiasis aguda coledocolitiasis
01694	62		x	Colelitiasis aguda
143934	20		x	Colelitiasis Ag + Pancreatitis Ag
305300	17		x	Colelitiasis Ag + colestitolitiasis
205030	23		x	Colelitiasis aguda
82148	45	x		Colelitiasis aguda
290274	31		x	Colelitiasis aguda
305300	17		x	Colelitiasis ag colestitolitiasis
286060	27		x	Colelitiasis aguda
129457	53		x	Colelitiasis ag + DM tipo 2

JUNIO

HCl	Edad	Sexo Masc	Sexo Fem	Patologia
74950	30		x	Colelitiasis ag
214752	39		x	Colelitiasis ag

INDICE

PORTADA I
CERTIFICACIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**
AUTORÍA ..... **¡Error! Marcador no definido.**
CARTA DE AUTORIZACION ..... **¡Error! Marcador no definido.**
AGRADECIMIENTO VI
TÍTULO 1
RESUMEN 2
ABSTRACT 3
INTRODUCCIÓN 4
REVISION DE LITERATURA 6
PATOLOGÍA BILIAR 6
ANATOMÍA DE LA VESÍCULA BILIAR 6
COLELITIASIS 10
COLECISTITIS 12
COLANGITIS 18
COLEDOCOLITIASIS 26
ASCARIS EN COLÉDOCO 33
MATERIALES Y METODOS 36
RESULTADOS 38
DISCUSIÓN 45
CONCLUSIONES 49
RECOMENDACIONES 50
BIBLIOGRAFÍA 51
ANEXOS 55
INDICE 61