



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TEMA:  
INCIDENCIA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN EL HOSPITAL  
“MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIMESO (ESSLOJA)”  
EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE JUNO DEL 2007 A  
JUNO DEL 2008.**

**TESIS PREVA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

**AUTORES:**

**Washington Santiago Arellano Luna  
Galo Alberto Jiménez Morillo**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Dr. Vicente Aguirre**

**LOJA - ECUADOR  
2009**

## **TEMA**

**“INCIDENCIA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN  
EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO  
MONTEROS VALDIVIESO (IESS - LOJA) EN  
EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE JUNIO  
DEL 2007 A JUNIO DEL 2008”**

**DR.**

**VICENTE AGUIRRE AGUIRRE**

**DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA.**

**CERTIFICA:**

Que el presente trabajo investigativo sobre “INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA BILIAR EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO” (IESS-LOJA) DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE JUNIO DEL 2007 A JUNIO DEL 2008, de la autoría de los señores estudiantes WASHINGTON SANTIAGO ARELLANO LUNA Y GALO ALBERTO JIMENEZ MORILLO, ha sido dirigida, corregida y orientada en su totalidad, enmarcada en las normativas legales de la Universidad, por lo que faculto a los Autores para su respectiva presentación.

Loja, 27 de Octubre del 2009

Dr. VICENTE AGUIRRE AGUIRRE

DIRECTOR DE TESIS

## AUTORÍA

Los presentes conceptos, conclusiones, recomendaciones y propuestas expuestas en la presente Tesis: **INCIDENCIA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN EL HOSPITAL “MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO (IESS – LOJA) ”, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE JUNIO 2007 A JUNIO DEL 2008**, son de exclusivo pensamiento y responsabilidad de los autores.

.....

Santiago Arellano

.....

Galo Jiménez

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestro sincero agradecimiento a Dios, a la Universidad Nacional de Loja, de modo especial al Dr. Vicente Aguirre Aguirre, Director de Tesis, quién con sus conocimientos y consejos, nos facilitó el desarrollo del presente trabajo investigativo; a todo el personal Docente y Administrativo de la Carrera Medicina Humana, que con sabiduría y constancia, motivó la culminación de nuestros estudios; a nuestros padres, que contribuyeron en nuestra formación académica, ya que sin su colaboración, no hubiera sido posible llevar a cabo la realización del presente trabajo.

## DEDICATORIA

*Agradezco primeramente a Dios, por haberme dado la vida*

*y ser el guía principal en cada momento de mi vida,*

*A mis Padres, por el apoyo incondicional, que con sus consejos,*

*Sabiduría y Educación impartidos, contribuyeron a mi formación profesional*

*y culminación de la misma.*

*A mi Hermano Gustavo, por su ejemplo de superación y apoyo brindado*

*a cada instante de mi vida.*

*A todas las personas que me brindaron su confianza y apoyo.*

### **GALO**

*Primeramente a Dios que me dio la vida*

*A mis Padres, que con sacrificio y amor, supieron*

*guiarme e incentivar me para la culminación de mis estudios*

*A mis Hermanas, que me brindaron su apoyo y ejemplo de superación*

*A mi novia, por su cariño, respeto y comprensión*

*Y a todas aquellas personas que confiaron en mí*

### **SANTIAGO**

# ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR.....	II
AUTORÍA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
ÍNDICE.....	VI
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3 - 4
REVISIÓN DE LITERATURA.....	5 - 35
DISEÑO METODOLÓGICO.....	36 - 37
RESULTADOS.....	38 - 47
DISCUSIÓN.....	48 - 50
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53 – 54
ANEXOS.....	55 - 56

## RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, cuyo objetivo fue conocer la incidencia de la patología biliar, que en nuestro medio, viene a constituirse en uno de los problemas que afecta a la sociedad, así como sus complicaciones. El universo obtenido, lo constituyen 284 casos de pacientes registrados en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso (IESS – LOJA), destacándose un alto porcentaje de colelitiasis en el sexo femenino a la edad de 31 – 60 años, que representa el 60%. Corroborando al análisis de estudios realizados en otros países, la incidencia aumenta, debido al efecto de los estrógenos sobre el metabolismo hepático del colesterol, así como la multiparidad, que son frecuentes.

Según el cuadro clínico analizado de cada una de las patologías biliares estudiadas, la presencia de dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho represento un 48.4%, lo que permitió un diagnóstico acertado de las mismas.

**PALABRAS CLAVES:** incidencia, vías biliares, patología biliar.

## SUMMARY

The present study is of descriptive type whose objective was to know the incidence of the pathology biliar that in our means, comes to be constituted one of the problems that affects to the society, as well as its complications. The obtained universe, they constitute it 284 cases of patients registered in the Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso (IESS - LOJA), standing out a high colelitisias percentage in the feminine sex to the age of 31 - 60 years that it represents 60%. Corroborating to the analysis of studies carried out in other countries, the incidence increases, due to the effect of the estrogens on the hepatic metabolism of the cholesterol, as well as the multiparidad that are frequent.

According to the analyzed clinical square of each one of the pathologies studied biliaries, the presence of pain abdominal colic type in right superior quadrant represents 48.4%, what allowed an I diagnose guessed right of the same ones.

**KEY WORDS:** incidence, roads biliaries, pathology biliar.

## INTRODUCCION

El estudio de la patología biliar, abarca una variedad de entidades patológicas principalmente la Colelitiasis, que se define como la presencia de cálculos en la vesícula. Estos se forman por la precipitación de cristales de colesterol, debido a una alteración de las sales biliares, pigmentos biliares y colesterol.

Esta patología ha adquirido especial importancia como 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 en la saturación biliar por efecto de los estrógenos sobre el metabolismo hepático del colesterol. Además, la obesidad es una causa importante de la formación 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 la Patología Biliar en nuestro medio, principalmente en el "HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO", de la ciudad Loja, tomando en cuenta recursos como: la recolección de datos en cada una de las historias clínicas de los pacientes que estuvieron hospitalizados en el Servicio de Cirugía, correspondiente al período Junio del 2007 – Junio del 2008.

El presente estudio investigativo, consta de los siguientes objetivos:

1. Identificar la patología biliar más frecuente, en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso de la Ciudad Loja.
2. Determinar el grupo poblacional mayormente afectado en cada una de las patologías biliares en estudio.
3. Elaborar una base de datos, en relación a valores porcentuales sobre la prevalencia de cada una de las patologías biliares en estudio.

# REVISIÓN LITERARIA

## COLELITIASIS SINTOMÁTICA

Es la presencia de cálculos en la vesícula. Los cálculos están formados principalmente por colesterol, pigmentos (Bilirrubinas) y calcio; en pequeño porcentaje se encuentran: hierro, fósforo, carbonato, proteínas, carbohidratos, moco y restos celulares.<sup>1</sup>

### FACTORES DE RIESGO

#### ➤ Cálculos de colesterol

- **Edad:** puede incidir para la formación de cálculos.
- **Sexo:** más frecuente en mujeres, con una relación en hombres de 2:1 (25% frente al 12%) a los 60 años. El embarazo, en especial los múltiples, anticonceptivos orales, incrementan el riesgo.
- **Obesidad:** Es un factor independiente que multiplica por 3 el riesgo de colelitiasis. El obeso produce bilis sobresaturada de colesterol.

---

<sup>1</sup> ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Páginas: 134.

### ➤ **Cálculos pigmentarios**

- **Cálculos negros:** Son factores de riesgo la anemia hemolítica, cirrosis y la recesión ileal. Contienen carbonato cálcico y sulfato.
- **Cálculos marrones:** Se asocian a éxtasis biliar e infección (klebsiella). Se forman por cuerpos bacterianos celulares.

## **INCIDENCIA**

La colelitiasis se encuentra aproximadamente en el 10% de la población adulta, especialmente en ciertos países (Suecia y Chile).<sup>2</sup>

## **CUADRO CLÍNICO**

- Cólico biliar, se produce cuando se obstruye el cuello vesícula o conducto cístico, la vesícula se contrae, para vaciar el contenido bilioso, generalmente es de tipo postprandial precoz, intermitentemente en hipocondrio derecho y epigastrio, con una duración aproximada de 30 minutos a 3 horas.
- Náusea y vómito: Ocasionado por reflejos vagales.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> WASHINGTON, Cirugía, 3ra Edición, 2005, Impreso en España, Páginas: 322.

<sup>3</sup> ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Páginas: 134 – 137.

## DIAGNÓSTICO

Se basa en 2 parámetros

- Dolor abdominal compatible con un cólico biliar.
- Presencia de cálculos biliares.

La presencia de síntomas atribuibles a la vesícula biliar (dolor tipo cólico), es necesaria para que se considere algún tratamiento de los cálculos biliares. En los pacientes que no tienen síntomas (2/3 de aquellos con cálculos biliares), sobrevienen síntomas a una frecuencia baja y complicaciones a una frecuencia más baja.

## DIAGNÓSTICO DE IMAGEN

- La ultrasonografía (ECO) es muy sensible (95-98%), aparte de informar sobre la presencia de cálculos, también proporciona información adicional anatómica, sobre la existencia de pólipos, diámetro del colédoco o anomalía del parénquima hepático.
- En ocasiones se identifican cálculos biliares en estudio de radiografías abdominales (15%).
- En TAC contrastada (50%), debido a que los cálculos biliares contienen suficiente calcio para poder visualizarse.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento de elección en los pacientes con cálculos biliares sintomáticos, es la colecistectomía laparoscópica programada. La morbilidad y mortalidad de la misma, son similares a la de las grandes series de pacientes sometidos a colecistectomía abierta programada.

## **COMPLICACIONES**

La complicación más frecuente es la LESIÓN DE VÍAS BILIARES (10%). Se requiere convertir el procedimiento a una Colecistectomía abierta en menos del 5% de los individuos sometidos a Colecistectomía laparoscópica. La tasa de conversión es más elevada en personas ancianas, obesos y pacientes de género masculino.

## **PRONÓSTICO**

Los resultados a largo plazo de la COLELAP, son excelentes, (90%) queda libre del dolor biliar tipo cólico.

## **COLELITIASIS ASINTOMÁTICA**

Es la presencia de cálculos en la vesícula, que no dan sintomatología propia de patología biliar litiásica (dolor tipo cólico).

## **INCIDENCIA**

Constituye del 5 al 10% de todos los casos de colecistitis aguda.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Dolor e hipersensibilidad en cuadrante superior derecho.
- Fiebre
- Leucocitosis <sup>4</sup>

## DIAGNÓSTICO

El Diagnóstico de la Colelitiasis asintomática es causal, pues no se realiza una detección sistemática de la Colelitiasis asintomática.

## TRATAMIENTO

La Colectomía profiláctica no está indicada en la mayoría de los pacientes con esta patología. Sin embargo, existen algunos grupos de mayor riesgo y su tratamiento resulta materia de discusión, entre los cuales tenemos

- **Diabetes mellitus:** en estos pacientes asintomáticos, no se recomienda tratamiento quirúrgico, mientras que en los sintomáticos, se recomienda cirugía inmediata.

---

<sup>4</sup> SABISTON, Tratado de Patología Quirúrgica, Decimosexta Edición, Volumen 2, Editorial Mac Graw Hill, 2003, Impreso en México, Páginas: 1245 - 1246

- **Riesgo elevado de cáncer:** los pacientes con vesícula de porcelana, deben ser colecistectomizados, debido al elevado riesgo de neoplasia que pueden presentar (25%).
- **Colelitiasis en los niños:** tiene indicación relativa de colecistectomía, debido a la dificultad generalizada en la expresión e interpretación de los síntomas en esta población.<sup>5</sup>
- **Colelitiasis identificada en laparotomía:** continúa siendo tema de controversia acerca del tratamiento de los cálculos descubiertos en la cirugía.
- **Pacientes debilitados con traumatismo medular espinal:** tienen aumento de la incidencia de colelitiasis asintomática, sintomática y complicada.

## COLECISTITIS AGUDA

Es una complicación inflamatoria de la Colelitiasis, que afecta la vesícula con gravedad variable. Como en el cólico biliar, el acontecimiento inicial de la misma es la obstrucción del conducto cístico por un cálculo impactado. La

---

<sup>5</sup> WASHINGTON, Cirugía, 3ra Edición, 2005, Impreso en España, Páginas: 323 - 324.

aparición y el carácter del dolor son similares a los del dolor asociado al cólico biliar, puede persistir durante varios días.

## **FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo incluyen:

- Edad mayor a 65 años
- Enfermedades asociadas (cardiovasculares, hepáticas, etc.)
- Colédocolitiasis
- Pancreatitis
- Disminución de la Resistencia Inmunitaria (SIDA, DESNUTRICIÓN, FÁRMACOS)<sup>6</sup>.

## **FISIOPATOLOGÍA DE COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA**

Se producen como consecuencia de la obstrucción del cístico por un cálculo en presencia de bilis sobresaturada.

Los microcristales de colesterol y las sales biliares lesionan la mucosa vesicular, ello favorece la invasión bacteriana y la activación de la fosfolipasa

---

<sup>6</sup> ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Páginas: 139.

A2. Esta última libera ácido araquidónico y lisolecitina de los fosfolípidos. Mientras que la lisolecitina es citotóxica y aumenta la lesión mucosa, el ácido araquidónico origina prostaglandinas, que actúan como proinflamatorios, aumentan la secreción de agua y favorecen la distensión vesicular.<sup>7</sup>

Si continúa la obstrucción, el pigmento biliar se absorbe, aumenta la secreción de moco y calcio en las glándulas tubulares del cuello vesícula, se denomina también HIDROCOLECISTO. Producto de la obstrucción y edema de la vesícula, existe colapso de los linfáticos y venas de la pared, la sangre, queda retenida en la misma, sin poder salir, provocando intensa infiltración celular de polimorfonucleares, colapso de arteriolas, que impiden el aporte sanguíneo, por lo que aparecen zonas de isquemia.<sup>8</sup>

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### ➤ SINTOMATOLOGÍA DE COLECISTITIS AGUDA

---

<sup>7</sup> SOLIS, JA, Colecistitis Aguda, Archivo PDF, (En Línea), consultado el 20 de Octubre del 2009, disponible en: <http://www.google.com>

<sup>8</sup> ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Loja – Ecuador, Pág.: 137.

Son similares a las del cólico biliar pero más graves. Se localizan de forma característica en el hipocondrio derecho o epigastrio, son constantes, con una duración de 30 minutos a 3 horas. Debido a la irritación, da lugar a la inflamación del peritoneo parietal, los pacientes adoptan posiciones estáticas.

Otras manifestaciones que pueden aparecer en la Colecistitis Aguda son: anorexia, náusea, vómito, escalofrío.

- **Los Signos de Colecistitis Aguda son:** fiebre, dolor en hipocondrio derecho, signo de murphy (interrupción de la respiración durante la palpación profunda del hipocondrio derecho).
- **Ictericia sintomática:** Es rara, pero se presenta en forma leve. La ictericia intensa, sugiere la presencia de Colédocolitiasis, Colangitis u obstrucción del hepático común, por una inflamación grave pericolecística, debido al impacto de un cálculo gran tamaño en la bolsa de hartmman, (Síndrome de Mirizzi).
- **Alteraciones analíticas;** que incluyen leucocitosis (12.000 – 15000 células / microlitro). Recuentos superiores a 20000, sugieren complicaciones como: gangrena, perforación o colangitis. Las pruebas hepáticas, incluida la bilirrubina (menor de 3 mg/dl), fosfatasa alcalina y amilasa sérica, pueden ser anómalas. En muchos casos, sin embargo,

no hay fiebre ni leucocitosis, persiste el dolor en hipocondrio derecho, que sugiere el diagnóstico.<sup>9</sup>

## DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

- ❖ **ECOGRAFÍA:** Es el examen más usual, tiene una sensibilidad del 87%, especificidad del 98% y exactitud del 92%. Se puede observar signos como: dilatación de la vesícula, engrosamiento de la pared mayor de 4mm, acumulación de líquido pericolecístico, presencia de cálculos, esfácelo de la mucosa, signo de murphy ultrasonográfico.
- ❖ **GAMMAGRAFÍA:** La Centellografía con Tc 99 (HIDA, PRIDA, DIPIDA, DISIDA), se considera la prueba más exacta de colecistitis aguda, con una sensibilidad del 91 – 97%, y una especificidad del 80%.
- ❖ **RAYOS X:** Es de poca ayuda (15%), sin embargo se observa aire en la luz vesicular y pared en la colecistitis enfisematosa.<sup>10</sup>

## TRATAMIENTO INICIAL

- Ingreso Hospitalario
- 

<sup>9</sup> WASHINGTON, Cirugía, 3ra Edición, 2005, Impreso en España, Páginas: 324 - 325.

<sup>10</sup> ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Páginas: 138 – 139.

- Dieta Absoluta
  - Hidratación Intravenosa
1. Antibióticos Sistémicos (Flora Abdominal típica). Las combinaciones de estos pueden ser: cefalosporinas de 3ra generación: con cobertura anaerobia, cefalosporinas de 3ra generación: con metronidazol, Y aminoglucósidos con metronidazol.

En la mayoría de pacientes con colecistitis, se resuelve con tratamiento médico; sin embargo, el efecto de tratamiento sistémico sin cirugía, debe valorarse con perioricidad, vigilando la curva de fiebre, exploración física y datos de laboratorio. Si el paciente no mejora o se agrava, el tratamiento debe modificarse.

## **PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA**

Deben ser Colecistectomizados, como tratamiento definitivo, la misma que puede realizarse durante el transcurso de la enfermedad, de forma diferida entre 6 y 8 semanas.

La cirugía puede clasificarse en:

- **CIRUGÍA PRECÓZ:** Tiene la ventaja de resolver la enfermedad en el mínimo espacio de tiempo, el momento óptimo es en las 1ras 48 horas desde el inicio de los síntomas. Aproximadamente el 80% está en relación con COLELAP, pueden ser completadas.
- **COLECISTECTOMÍA ELECTIVA:** Puede realizarse si el paciente mejora de la colecistitis Aguda con tratamiento sistémico. Debe retrasarse 2 a 3 meses, para permitir la resolución de la inflamación aguda alrededor de la base vesícula. La Colectomía puede ser: Laparoscópica o Abierta.
- **COLECISTOSTOMÍA:** Se lleva a cabo en pacientes con colecistitis aguda, en los que fracasa tratamiento sistemático y en los que no está indicada la colectomía por su gravedad u otras patologías asociadas, se puede realizar quirúrgicamente o percutánea.<sup>11</sup>

## COMPLICACIONES

- **EMPIEMA:** Ocurre en ancianos y debilitados, se presenta en el 2.4% de los pacientes, caracterizado por fiebre alta, dolor en hipocondrio derecho y masa palpable.

---

<sup>11</sup> WASHINGTON, Cirugía, 3ra Edición, 2005, Impreso en España, Páginas: 327 - 328.

- **GANGRENA:** Es la necrosis de la vesícula, que antecede a la perforación.
- **ABCESO:** Infección que sobrepasa las paredes de la vesícula, origina una peritonitis localizada, puede drenarse o evolucionar a una sépsis.
- **PERFORACIÓN:** Consecuencia de isquemia y gangrena, frecuente en diabéticos, afecta a órganos vecinos (estómago, duodeno, etc.), o cavidad libre (peritonitis generalizada e ictericia).
- **OTRAS:** vesícula esclerotrónica, fístula biliar, fístula biliodigestiva, síndrome de mirizzi, fístula colecistobiliar. <sup>12</sup>

## COLÉDOCOLITIASIS

Se debe a la expulsión de cálculos desde la vesícula a través del cístico hacia el colédoco. <sup>13</sup>

### CLASIFICACIÓN

- **PRIMARIOS:** Formados exclusivamente en los conductos biliares extra e intrahepáticos.

---

<sup>12</sup> ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Páginas: 140.

<sup>13</sup> WASHINGTON, Cirugía, 3ra Edición, 2005, Impreso en España, Páginas: 328.

- **SECUNDARIOS:** Cuando los cálculos formados en la vesícula pasan al colédoco ya sea por el cístico o por una fístula (Mirizzi).

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El complejo sintomático característico, consiste en:

- Dolor tipo Cólico en Cuadrante Superior Derecho, con irradiación a hombro ipsilateral.
- Ictericia Intermitente
- Coluria y Acolia.

## ALTERACIONES ANALÍTICAS

Pruebas de funcionamiento hepático (bilirrubinas), pueden indicar un patrón de ictericia obstructiva.

- **FOSFATASA ALCALINA**, pueden elevarse desde el principio y permanecer anormal durante mayor tiempo, que la concentración de bilirrubina sérica.
- **TIEMPO DE PROTROMBINA:** casi siempre está prolongado, debido a la deficiencia de absorción de vitamina k.

- **PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPATOCELULAR:** Generalmente permanecen normales.<sup>14</sup>

## TRATAMIENTO

Se practica Colectomía en todos los pacientes, excepto en ancianos o enfermos con patología grave. A los pacientes ictericos o con cálculos múltiples o grandes, o intrahepáticos, se les debe realizar una CPRE (Colangiografía Pancreático Retrógrada Endoscópica), preoperatoria, para descartar Neoplasia y extraer los cálculos. Si el colédoco no puede ser limpiado de cálculos mediante laparoscopia, se debe realizar una CPRE con esfinterotomía y drenaje del colédoco.

## COLANGITIS

Es un proceso inflamatorio de las vías biliares intra y extrahepáticas.

Se distinguen 4 tipos de Colangitis:

- 1. COLANGITIS ASCENDENTE O NO SUPURATIVA:** Involucra una obstrucción parcial del árbol biliar, el contenido infectado no está bajo

---

<sup>14</sup> SCHWARTZ, Seymour, Principios de Cirugía, Volumen 2, Séptima Edición, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1999, Impreso en México, Páginas: 1543.

presión, no existe supuración, los pacientes son sometidos a exámenes colangiográficos.

**2. COLANGITIS SUPURATIVA:** Corresponde a los pacientes en quienes se encuentra pus en el interior de los conductos, se acompaña de choque y por ende la muerte si no se descomprime el árbol biliar, la Colédocolitiasis es su principal causa, así como la edad, en mayor riesgo a los 60 años.

**3. COLANGITIS PIÓGENA RECURRENTE:** Se caracteriza por episodios repetidos de infección bacteriana del árbol biliar, ocurre primeramente en las vías biliares, con formación de cálculos de pigmento y estructuras.

**4. COLANGITIS ESCLEROSANTE:** Síndrome definido de etiología incierta, da como resultado una obliteración inflamatoria y fibrótica progresiva de las vías biliares, frecuentemente se asocia con colitis ulcerosa, que se caracteriza por inflamación y fibrosis de los ductos biliares intra y extrahepáticos.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Páginas: 152.

En la Colangitis Aguda, se presenta la llamada **TRIADA DE CHARCOT**, caracterizada por fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho, se presenta en el 50 – 70% de los pacientes con esta entidad. Los pacientes que presentan Colangitis Tóxica Aguda, manifiestan la **Pentada de Reynolds** (triada de charcot + inestabilidad hemodinámica y alteraciones de la conciencia).

## ETIOLOGÍA DE LA COLANGITIS AGUDA

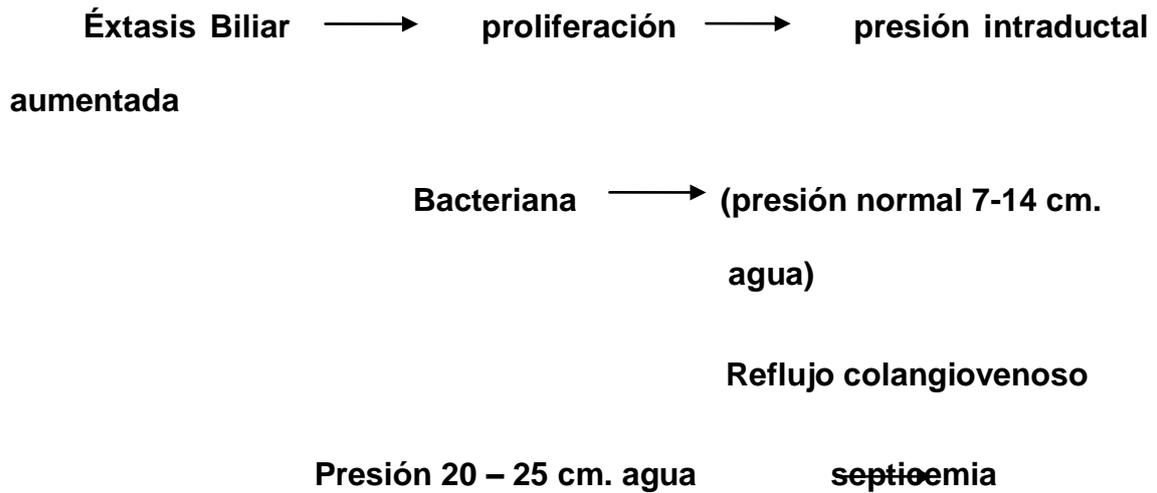
- Colédocolitiasis
- Obstrucción por neoplasias (Colangiocarcinoma y Cáncer de Páncreas).
- Quiste de colédoco
- Parásitos, se mencionan: (áscaris).
- Síndrome del Sumidero
- Estrechez de anastomosis biliodigestiva
- Instrumentación, se destacan: (CPRE, CTP).
- Presencia de cuerpos extraños: prótesis y sonda T. <sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> WASHINGTON, Cirugía, 3ra Edición, 2005, Impreso en España, Páginas: 329.

## FISIOPATOLOGÍA

La Colangitis aguda, resulta de la combinación, concentración bacteriana biliar y obstrucción biliar.



El aumento de la presión intraductal produce reflujo de bacterias hacia venas hepáticas y linfáticos perihepáticos con bacteremia resultante. La obstrucción biliar, ya sea por cuerpos extraños, contribuye éste proceso, debido al estancamiento que se produce.

La presión normal dentro del árbol biliar es de 10 – 14 cm agua y aumenta hasta 25 a 40 cm agua con la obstrucción, con 15 cm agua el flujo disminuye y con 30 cm agua, produce éxtasis y liberación de bacterias. Los microorganismos de predominio, son: esherichia coli, pseudomona, con el 15% contribuyen anaerobios (bacteroides, chlostridium).

## CUADRO CLÍNICO

- En un 70 – 80%, se debe a la presentación típica conocida como (TRIADA DE CHARCOT) y la (PENTADA DE REYNOLDS).
- Dolor tipo cólico en cuadrante superior derecho (95%) de los casos.
- Ictericia (25%) de los casos.
- Fiebre, escalofrío (95%) de los casos.

## DIAGNÓSTICO CLINICO Y DE LABORATORIO

Básicamente orientado en el cuadro clínico y Exámenes de laboratorio, se evidencia leucocitosis, aumento de la fosfatasa alcalina, aumento de la bilirrubina, proporcional al grado de obstrucción, nivel de aspartato amino transferasa (AST), se encuentra levemente elevada.

## DIAGNÓSTICO DE IMAGEN.

- **ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** Puede ser difícil obtener imágenes de los cálculos coledocianos en éstos estudios.
- **TAC:** Superior a la ecografía, para caracterizar los tumores obstructivos, así como para detectar abscesos.

- **CPRE:** Precisa en el diagnóstico de obstrucción biliar, ofrece la oportunidad de una intervención terapéutica.<sup>17</sup>

## TRATAMIENTO

Comprende la administración de antibióticos apropiados para cubrir los organismos habitualmente cultivados (*Escherichia coli*, *Klebsiella*). Los pacientes con colangitis aguda tóxica, o en quienes no respondan al tratamiento, requerirán la descompresión de la vía biliar urgente. Se realiza habitualmente mediante una esfinterotomía endoscópica y drenaje nasobiliar.

- La cirugía de elección, consiste en **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA O ABIERTA**, luego de descomprimir los cálculos por procedimientos endoscópicos, y, en exploración de la vía biliar + colocación de sonda T o derivación biliodigestiva, si persisten los cálculos.

---

<sup>17</sup> ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Páginas: 154 - 155.

## POLIPOSIS VESICULAR MÚLTIPLE

**PÓLIPO:** Es toda lesión elevada de la mucosa vesicular, pueden ser de tipo benignas o malignas a dicho nivel.

La clasificación de tumores malignos vesiculares, son:

- Epiteliales o adenomas (papilar, tubular y mixta).
- Mesenquimáticos (hemangioma, lipoma, leiomioma)
- Pseudotumores (pólipos de colesterol, inflamatorios).

Se describen 2 mecanismos a través de los cuales podría producirse la transformación maligna:

- La secuencia displasia – carcinoma
- La secuencia adenoma – carcinoma

Los 2 factores predictores de malignidad, más importantes son:

- Edad mayor a 50 años
- Tamaño del pólipo mayor a 10 mm.

Otros factores que predisponen son:

- Coexistencia de litiasis
- Pólipo solitario
- Pólipo sintomático

## DIAGNÓSTICO

Se lo realiza mediante ultrasonografía (ECO), corresponde a una imagen ecogénica, única o múltiple hacia la luz vesicular, no móvil y carente de sombra acústica posterior. Su localización en la mayor parte de los casos se ubica en los 2/3 proximales de la vesícula (cuello y cuerpo), menor proporción en fondo vesicular.

El **ECO** tiene una sensibilidad del 91% y una especificidad del 93.9%, dependiendo del tamaño de la lesión, presencia de colelitiasis, experiencia del operador y nivel del equipamiento.<sup>18</sup>

## COLANGIOCARCINOMA

El Colangiocarcinoma o cáncer de las vías biliares, es un proceso tumoral de carácter maligno que afecta de modo parcial o en mayor medida al sistema de conductos que transportan la bilis desde el hígado hacia el intestino delgado. Existe una variedad clínica de este tumor, llamado Tumor de Klastkin.

---

<sup>18</sup> TOLIBIA – PEREÑA, Mariela, Enfermedades de las Vías Biliares y del Páncreas, (En Línea), Consultado en Septiembre del 2009, disponible en: <http://www.saumb.org.ar>

Se presenta en la bifurcación de los conductos hepáticos, y es muy letal por su diagnóstico tardío, y tratamiento poco efectivo.

## **CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO**

Los Colangiocarcinomas suelen presentar crecimiento lento y metástasis tardía. Se trata pues de una patología indolente que frecuentemente es diagnosticada en estadios avanzados de la enfermedad que desaconsejan su extirpación quirúrgica. Es una enfermedad cuya incidencia se aproxima a 2 casos por cada 100.000 personas. El cáncer de vía biliar puede debutar en cualquier parte de la anatomía de los conductos biliares y da lugar a síntomas por la obstrucción de éstas vías. Este tumor afecta a individuos de ambos sexos y en la mayoría de los casos se desarrollan en pacientes con edad superior a los 65 años. La colangitis esclerosante primaria, la irritación biliar crónica y los quistes del colédoco, están asociados a un mayor riesgo de padecer esta enfermedad.

## **SÍNTOMAS**

- Ictericia progresiva
- Heces color arcilla
- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso
- Escalofríos
- Fiebre
- Pérdida grave del apetito sexual
- Dolor abdominal en el cuadrante superior derecho que puede irradiarse a la espalda.

## **SIGNOS Y EXÁMENES**

- CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica)
- PTCA (Colangiografía transhepática percutánea)
- Ecografía abdominal
- Citología
- Biopsia dirigida por tomografía computarizada
- Tomografía computarizada abdominal
- Pruebas de la función hepática
- Bilirrubina

## **TRATAMIENTO**

El objetivo fundamental es tratar el proceso tumoral y la obstrucción que éste causa. El tratamiento de elección, siempre que sea posible llevarlo a cabo es la extirpación quirúrgica. Tras la cirugía, cabe la posibilidad de administrar quimioterapia o radioterapia, con el fin de reducir el riesgo de recaída, no obstante los beneficios de realizar esta serie de pasos no están completamente claros.

La terapia endoscópica o la cirugía, a menudo despejan las obstrucciones de los conductos biliares y así consiguen aliviar la ictericia en aquellos pacientes a los que no se les puede extirpar el tumor.

Para estos pacientes no quirúrgicos la radioterapia puede resultar beneficiosa en gran medida. Además la quimioterapia puede emplearse de modo conjunto a la radioterapia y actuar así de modo sinérgico.

## **PRONÓSTICO**

La extirpación o resección total de la masa tumoral permite que en torno al 30 o 40% de los pacientes sobrevivan durante al menos 5 años y que gran parte de ellos puedan incluso llegar a curarse completamente. Cuando no se puede extirpar el tumor, generalmente, la curación no es posible.

## COMPLICACIONES

- Insuficiencia hepática
- La diseminación metastásica del tumor a otros órganos
- Infección
- Vómitos descontrolados.<sup>19</sup>

## LESIONES DEL CONDUCTO BILIAR

Se presentan principalmente en la realización de la colecistectomía laparoscópica. Estas lesiones se asocian con acciones agresivas, pueden ser mórbidas, psicológicamente devastadoras que pueden causar la muerte. Se puede atribuir al traumatismo, lesiones yatrogénicas por instrumentación biliar o de otras operaciones del tracto gastrointestinal superior.

## FACTORES DE RIESGO

Durante la realización de la colecistectomía Laparoscópica incluye:

- Carencia de entrenamiento o experiencia, especialmente cuando se opera en presencia de edema agudo.

---

<sup>19</sup> SALVADOR - PALAZZO, Felipe, Centro para la Atención Integral del Paciente Oncológico, ( En Línea), consultado en septiembre del 2009, disponible en: <http://www.cancerteam.com>

- Factores locales de inflamación aguda o crónica
- Técnica de la colecistectomía
- Anatomía inusual, particularmente presencia de conducto hepático derecho aberrante. La prevención es el mejor tratamiento para este problema, para lo cual se debe realizar una Colangiografía antes de seccionar definitivamente cualquier estructura.

## **CLASIFICACIÓN**

Se ha propuesto un esquema de clasificación, que en la actualidad se acepta de forma general:

- Lesión de tipo A: Son escapes del conducto cístico o de los pequeños conductos del lecho hepático.
- Lesión de tipo B: Implica un conducto hepático derecho aberrante.
- Lesión de tipo C: Implica un drenaje abierto del conducto de drenaje proximal, sin continuidad con el colédoco.
- Lesiones de tipo D: Son lesiones laterales a los conductos biliares extrahepáticos.
- Lesiones de tipo E: Lesiones del conducto colédoco a diversos niveles y representan lesiones circunferenciales.

## FORMA CLINICA

Dependen del tipo de lesión, en las de tipo A, son frecuentes el dolor abdominal, fiebre, sépsis, fístulas biliocutáneas, Lesiones de tipo B, presentan colangitis, debido a la oclusión de un segmento de drenaje hepático. Las Lesiones de tipo C y D, se presentan con peritonitis biliar o sépsis a partir de un escape continuo, las Lesiones de tipo E, son visibles inmediatamente en la cirugía, se presenta con ictericia y dolor frecuente.

## DIAGNÓSTICO

Se puede realizar:

- ✚ Técnicas Diagnósticas combinadas, para delimitar completamente la lesión. Incluyen: tomografías, ecografías, gammagrafías hepatobiliares, fistulogramas, CPRE.

## TRATAMIENTO

Depende del tipo y el tiempo de la presentación lesión.

- **Lesión tipo A:** Se puede tratar en forma eficaz con CPRE y esfinterotomía, prótesis o viceversa.

- **Lesiones Oclusivas**, requieren la descompresión de los sistemas de drenaje proximal.

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Indicado en hepáticoenterostomía en Y de Roux, en la que el conducto biliar se disecciona y se desbrida hacia el tejido viable. Deben controlarse todos los conductos biliares con aporte sanguíneo adecuado. Es recomendable una anastomosis mucosa – mucosa con sutura reabsorbible y sin tensión.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> WASHINGTON, Cirugía, 3ra Edición, 2005, Impreso en España, Páginas: 336 - 337.

## METODOLOGIA

### ➤ TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, que se realizó en los pacientes ingresados en el Área de Cirugía del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso (IESS-LOJA), durante el período comprendido entre Junio del 2007 a Junio del 2008.

### ➤ UNIVERSO

Pacientes de ambo sexos, comprendidos entre las edades de 15 – 80 años o más, que han ingresado al Área de Cirugía del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso (IESS – LOJA), en el período comprendido entre Junio del 2007 a Junio del 2008.

De acuerdo con los datos registro de ingresos y egresos, historias clínicas, epicrisis de los pacientes del Área de Cirugía del Hospital Manuel Ignacio Monteros Valdivieso, el número de pacientes es de 284; de los cuales 187 corresponden al sexo femenino, con un porcentaje del 65.8%, y, 97 corresponde al sexo masculino con un porcentaje del (34.3%).

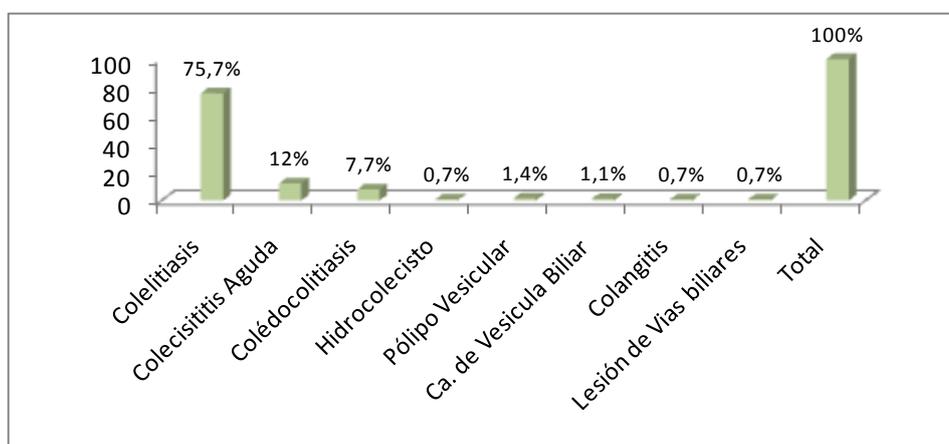
## ➤ TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se basa en la recolección de datos, dicha información se obtuvo a través de las historias clínicas y epicrisis de los pacientes ingresados al Servicio de Cirugía del mencionado Hospital, durante el período correspondiente.

# INCIDENCIA DE LA PATOLOGIA BILIAR EN EL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO (IESS-LOJA) EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DEL 2007 A JUNIO DEL 2008.

**Gráfico 1:**

PATOLOGIA BILIAR	NUMERO DE CASOS	%
Colelitiasis	215	75,7
Colecistitis Aguda	34	12
Colédocolitiasis	22	7,7
Hidrocolecisto	2	0,7
Pólipo Vesicular	4	1,4
Ca. de Vesicula Biliar	3	1,1
Colangitis	2	0,7
Lesión de Vias biliares	2	0,7
Total	284	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA)

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

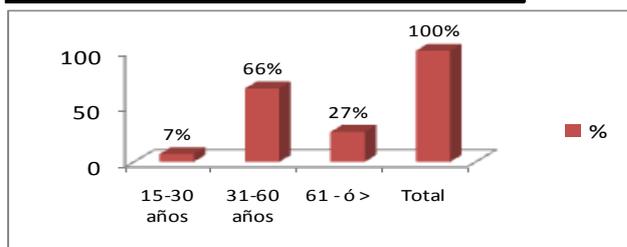
El presente cuadro registra la incidencia de las diferentes patologías biliares, en la cual la Colelitiasis se presentó en 215 casos, representando el 75.7%.

## INCIDENCIA DE LAS PATOLOGÍAS BILIARES EN LOS DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES

**Gráfico 2: Rango de Edades.**

### COLELITIASIS

EDAD	# casos	%
15-30 años	15	7
31-60 años	142	66
61 - ó >	58	27
Total	215	100



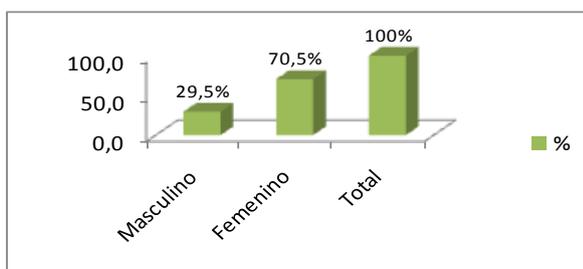
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA)

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

Del total de 215 casos, 142 corresponden a la edad entre 31-60 años, lo que representa un 66% de los casos registrados.

**Gráfico 3: Incidencia en el Sexo.**

SEXO	# casos	%
Masculino	65	29,5
Femenino	155	70,5
Total	220	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA)

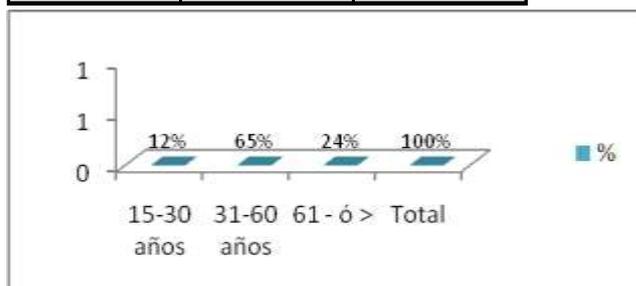
Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro registra por rango de sexo, siendo el Femenino con 115 casos, representando el 70.5% de incidencia.

**Gráfico 4: Rango de Edades.**

## **COLECISTITIS AGUDA**

EDAD	# casos	%
15-30 años	4	12
31-60 años	22	65
61 - ó >	8	24
Total	34	100



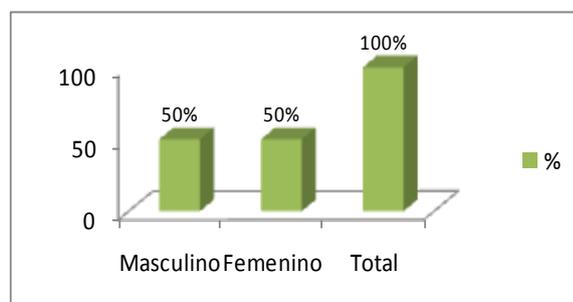
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro representa el rango de edad de mayor prevalencia, siendo entre 31-60años con 22 casos, representando el 65%.

**Gráfico 5: Incidencia en el Sexo.**

SEXO	# casos	%
Masculino	17	50
Femenino	17	50
Total	34	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

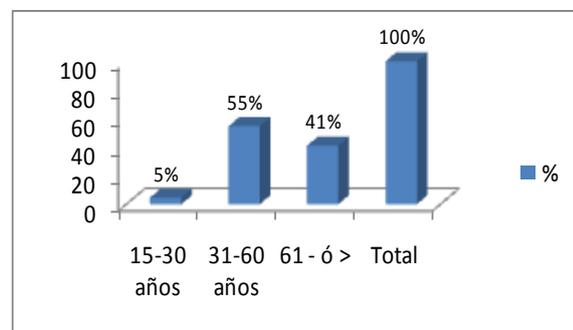
Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro registra por rango de sexo, indicando una igualdad en ambos sexos con 17 casos, representando el 50%.

### Gráfico 6: Rango de Edades

## COLÉDOCOLITIASIS

EDAD	# casos	%
15-30 años	1	5
31-60 años	12	55
61 - ó >	9	41
Total	22	100



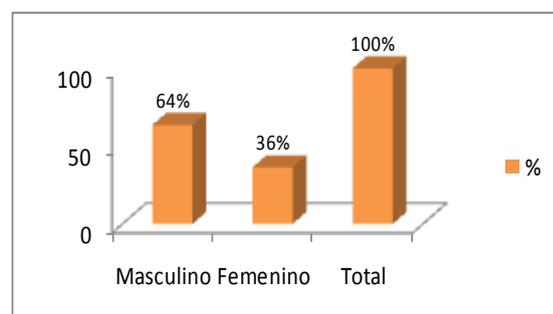
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro representa el rango de edad de mayor prevalencia, siendo entre 31-60años con 22 casos, representando el 55%.

### Gráfico 7: Incidencia en el Sexo

SEXO	# casos	%
Masculino	14	64
Femenino	8	36
Total	22	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

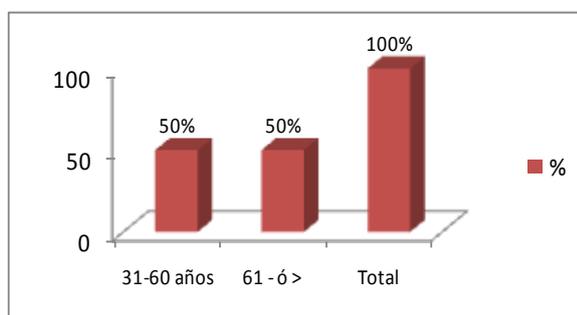
Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro registra por rango de sexo, indicando al sexo masculino con 14 casos registrados, lo que representa el 64%.

### **Gráfico 8: Rango de Edades**

## **HIDROCOLECISTO**

EDAD	# casos	%
31-60 años	1	50
61 - ó >	1	50
Total	2	100



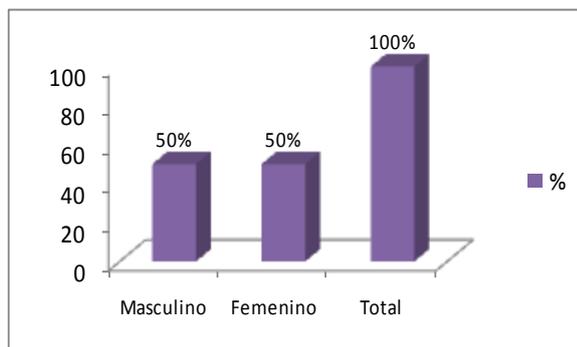
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro representa el rango de edades registradas.

### **Gráfico 9: Incidencia en el Sexo**

SEXO	# casos	%
Masculino	1	50
Femenino	1	50
Total	2	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

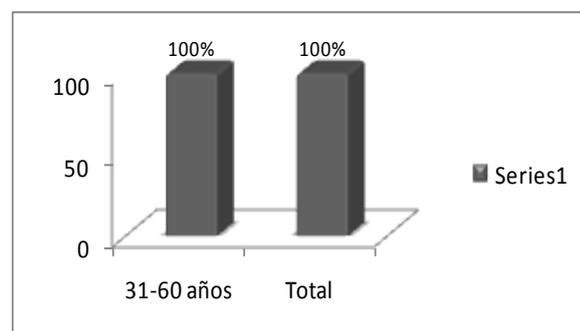
Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro representa el número de casos registrados en relación al sexo.

**Gráfico 10: Rango de Edades.**

## **POLIPOSIS VESICULAR**

EDAD	# casos	%
31-60 años	4	100
Total	4	100



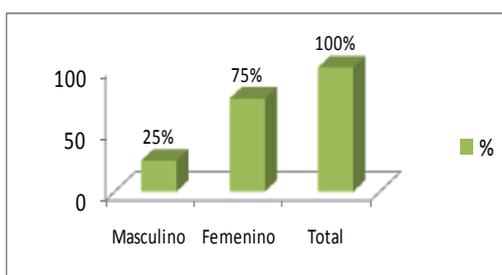
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

Del total de 4 casos, 4 corresponden a la edad entre 31-60 años, lo que representa un 100% de los casos registrados.

**Gráfico 11: Incidencia en el Sexo**

SEXO	# casos	%
Masculino	1	25
Femenino	3	75
Total	4	100



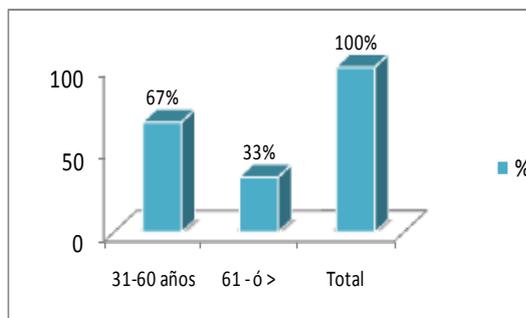
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro registra por rango de sexo, indicando al sexo femenino con 3 casos registrados, lo que representa el 75%.

**Gráfico 12: Rango de Edades****Ca. de VESÍCULA BILIAR**

EDAD	# casos	%
31-60 años	2	67
61 - ó >	1	33
Total	3	100



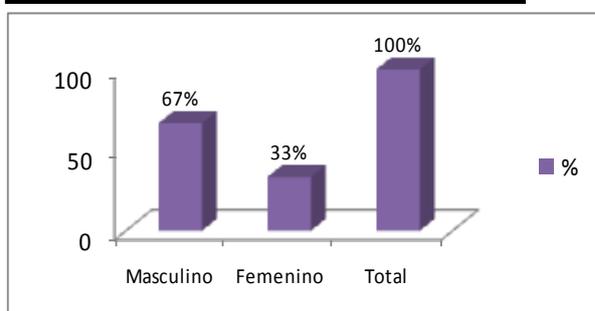
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

Del total de 3 casos, 2 corresponden a la edad entre 31-60 años, lo que representa un 67% de los casos registrados.

**Gráfico 13: Incidencia en el Sexo.**

SEXO	# casos	%
Masculino	2	67
Femenino	1	33
Total	3	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

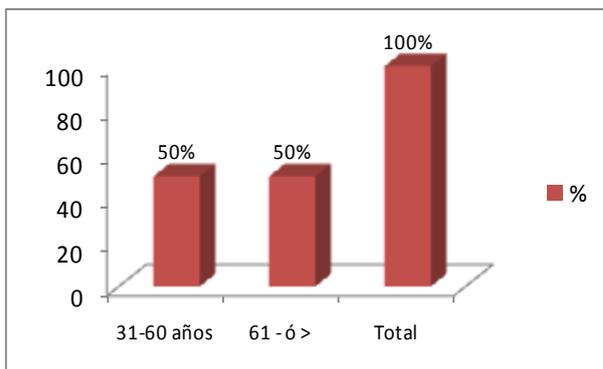
Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro registra por rango de sexo, indicando al sexo masculino con 2 casos registrados, lo que representa el 67%.

**Gráfico 14: Rango de edades**

**COLANGITIS**

EDAD	# casos	%
31-60 años	1	50
61 - ó >	1	50
Total	2	100



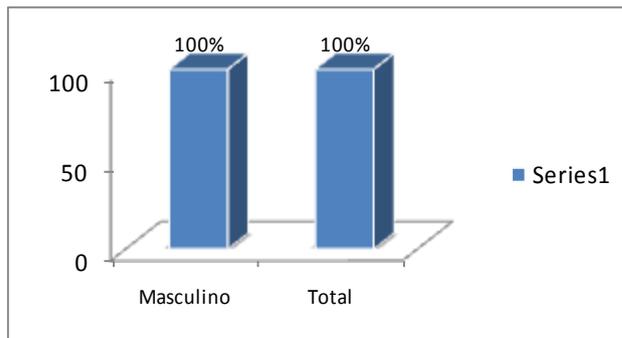
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro representa el número de casos registrados en relación al rango de edad.

**Gráfico 15: Incidencia en el sexo**

SEXO	# casos	%
Masculino	2	100
Total	2	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

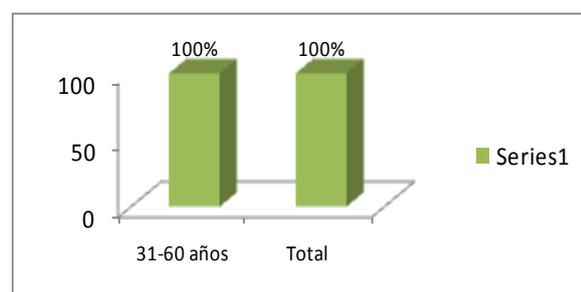
Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro registra por rango de sexo, indicando al sexo masculino con 2 casos registrados, lo que representa el 100%.

### **Gráfico 16: Rango de Edades**

## **LESIÓN DE VÍAS BILIARES**

EDAD	# casos	%
31-60 años	2	100
Total	2	100



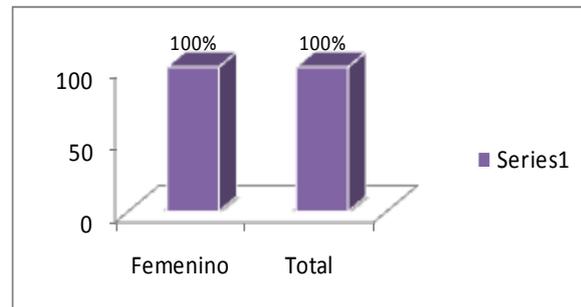
Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

Del total de 2 casos, 2 corresponden a la edad entre 31-60 años, lo que representa un 100% de los casos registrados.

**Gráfico 17: Incidencia en el Sexo**

SEXO	# casos	%
Femenino	2	100
Total	2	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

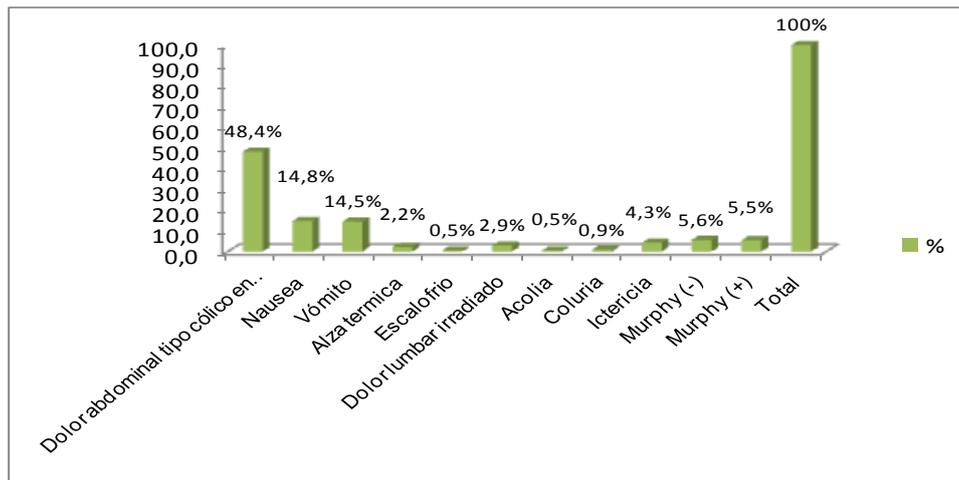
Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro registra por rango de sexo, indicando al sexo femenino con 2 casos registrados, lo que representa el 100%.

## PRESENTACIÓN DE CUADRO CLINICO Y SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES PRESENTES EN LAS DIVERSAS PATOLOGÍAS BILIARES.

**Gráfico 18:**

CUADRO CLINICO	# de casos	%
Dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho	284	48,4
Nausea	87	14,8
Vómito	85	14,5
Alza termica	13	2,2
Escalofrio	3	0,5
Dolor lumbar irradiado	17	2,9
Acolia	3	0,5
Coluria	5	0,9
Ictericia	25	4,3
Murphy (-)	33	5,6
Murphy (+)	32	5,5
Total	587	100



Fuente: Departamento de Estadística (IESS-LOJA).

Autores: Santiago Arellano y Galo Jiménez.

El presente cuadro indica los signos y síntomas acompañantes presentes, siendo el Dolor Abdominal Tipo Cólico en Cuadrante Superior Derecho con 284 casos, lo que representa el 48.4% el de mayor incidencia.

## DISCUSIÓN

La **COLELITIASIS O CÁLCULOS EN LA VESÍCULA BILIAR**, afecta con mayor frecuencia al tracto gastrointestinal, según un estudio realizado en Estados Unidos, el 10% y 15% de la población total se encuentra afectada por esta patología, es frecuente en las mujeres en edad fértil, en una proporción mujer: hombre de 4 a 1.

Por otra parte en Alemania e Inglaterra se reporta una frecuencia de 25 a 44% en mujeres mayores de 25 años, mientras que en otros países como Japón, India, Egipto y en países centroamericanos, la frecuencia es menor con cifras de 5 a 10%.

En nuestro estudio, el porcentaje de Colelitiasis (14.8%), predomina en el sexo femenino en el rango de edad de 31 – 60 años.

En el presente estudio realizado, se evidencia un cuadro de dolor abdominal tipo cólico ubicado en cuadrante superior derecho con un 48.4%.

La **COLECISTITIS AGUDA**, en el 90% al 95% de los casos aparece como complicación de una Colelitiasis (colecistitis aguda litiásica). En los restantes se produce en ausencia de cálculos (colecistitis aguda alitiásica).

Se manifiesta por dolor constante, no cólico, de presentación aguda, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, ocasionalmente irradiado hacia la espalda, de más de 24 horas de duración, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre (80%) de 37,5°C a 38,5°C. La palpación abdominal descubre sensibilidad en el hipocondrio derecho, positividad del signo de Murphy y defensa muscular en esa zona (50%).

Respecto a la presencia de **COLÉDOCOLITIASIS**, según un estudio realizado en Colombia, su incidencia oscila entre el 0.3% a 60%. En nuestro estudio, se observa mayor incidencia en el sexo masculino a la edad de 31 – 60 años, con un 55%.

**EL CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR**, es una entidad rara, se diagnostica entre 0.2% y 5% de todas las colecistectomías

Demográficamente el carcinoma de la vesícula es más común en mujeres y su frecuencia aumenta con la edad. La etiología es desconocida, pero los factores de riesgo incluyen colelitiasis (70% a 90% de casos).<sup>21</sup>

El **SÍNDROME CLÍNICO DE UNA COLANGITIS AGUDA**, se produce por la combinación entre obstrucción e infección piogénica del árbol biliar. La obstrucción puede deberse a múltiples causas, pero, la más frecuente es la litiasis. En Chile, la Colédocolitiasis es responsable de entre 77 y 92% de los casos.

La causa más común de **COLANGITIS**, en EE.UU., es la Colédocolitiasis secundaria a colelitiasis, con presencia de cálculos en el conducto biliar en hasta el 10% de los pacientes con cálculos sintomáticos. La fiebre está presente en hasta el 90% de los casos, mientras que la ictericia y el dolor abdominal se hallan presentes aproximadamente en el 60% y 70%, respectivamente.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> CHUCHAGA, Martí, Cirugía Laparoscópica Biliar, (En Línea), consultado el 14 Octubre del 2009, disponible en: <http://pamartic@unav.es>

<sup>22</sup> SÁNCHEZ, A, Patología de las Vías Biliares, (En Línea), consultado el 14 Octubre del 2009, Segunda Edición, Interamericana, Volumen 2, Páginas: 1233 – 1259.

## CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente estudio investigativo y haber contado con los instrumentos necesarios para la elaboración del mismo, se concluye que:

- Una vez efectuado el análisis de los resultados, la patología biliar de mayor incidencia es la COLELITIASIS con el 75.7%; seguido de la COLECISTITIS AGUDA con 12%.
  
- El rango de edad de mayor incidencia en el estudio de las patologías biliares se encuentra entre el 31 a 60 años de edad con un 60% de los casos.
  
- El sexo de mayor incidencia en la presentación de la patología biliar es el sexo FEMENINO con un 65.8% frente al sexo MASCULINO con un 34.1% del total de los casos.
  
- Dentro del análisis del cuadro Clínico en cada una de las patologías biliares estudiadas se destaca el DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO con 48.4% del total de los casos registrados.

## RECOMENDACIONES

1. Promover la realización de proyectos investigativos, encaminados al estudio de las principales patologías más prevalentes en nuestro medio.
2. Elaborar una base de datos a nivel Institucional (IESS – LOJA), con el objetivo de brindar una mejor información al personal de salud y usuarios sobre la incidencia de las principales patologías que se presentan con mayor frecuencia en la misma.
3. Brindar un control adecuado y preventivo, especialmente en el sexo femenino a edades entre 41 – 45 años respecto a patología biliar, así como la realización de actividad física que permitirá mantener estilos de vida saludable.

## BIBLIOGRAFÍA

- ARÉVALO, Jhoe, Compendio de Patología Quirúrgica, Edición 2004, Pág.: 134, 137, 138, 139, 140, 152, 154 y 155.
- CHUCHAGA, Martí, Cirugía Laparoscópica Biliar, (En Línea), consultado el 14 Octubre del 2009, disponible en: <http://pamartic@unav.es>
- GRANADOS – ROMERO, Juan José, Colectectomía Laparoscópica, (En Línea), Consultado el 14 de Octubre del 2009, disponible en: <http://scielo-mx.bvs.br>
- MOREN, Bernarda, Colangitis Aguda debida a Colédocolitiasis, Revista Médica de Chile, Edición 2001, Santiago, (En Línea), consultado el 20 de Octubre del 2009, disponible en: <http://www.scielo.php.htm>
- SABISTON, Tratado de Patología Quirúrgica, Decimosexta edición, volumen 2, editorial Mac Graw - Hill, México, 2003, Pág.: 1245 – 1246.
- SALVADOR - PALAZZO, Felipe, Centro para la Atención Integral del Paciente Oncológico, (en Línea), consultado en Septiembre del 2009, disponible en: <http://www.cancerteam.com>
- SCHWARTZ, Seymour, Principios de Cirugía, Séptima edición, Editorial Mc Graw- Hill, México, Interamericana, 1999, Pág.: 1543.
- SOLIS, JA, Colectistitis Aguda, Archivo PDF, (En Línea), consultado el 20 de Octubre del 2009, disponible en: <http://www.google.com>

- TOLIBIA – PEREÑA, Mariela, Enfermedades de las Vías Biliares y del Páncreas, (en línea), consultado en Septiembre del 2009, disponible en: <http://www.saumb.org.ar>
- VALENCIA, Joaquín, Colédocolitis, Archivo PDF, (En Línea), consultado el 20 de Octubre del 2009, disponible en: <http://www.google.com>
- WASHINGTON, Cirugía, Tercera edición, 2005, España, Pág.: 322, 323, 324, 325, 327, 328, 329, 330, 336 y 337.

**ANEXO # 1****FICHA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

- **ENFERMEDAD:**

- Colelitiasis: (    )
- Colecistitis: (    )
- Colédocolitiasis: (    )
- Pólipo Vesicular: (    )
- Colangitis: (    )
- Otros (as): Cual: .....

- **EDAD:**

EDAD	# casos
15-30 años	
31-60 años	
61 - ó >	

## ANEXO #2

- **SEXO:**

- Masculino: (    )                      - Femenino: (    )

- **CUADRO CLÍNICO:**

CUADRO CLINICO	# de casos
Dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho	
Nausea	
Vómito	
Alza termica	
Escalofrio	
Dolor lumbar irradiado	
Acolia	
Coluria	
Ictericia	
Murphy (-)	
Murphy (+)	