



UNPHU

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA
VICERRECTORÍA DE POSTGRADO
Escuela de Postgrado

CORRELACIÓN ENTRE LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA PRE-QUIRÚRGICO VERSUS EL DIAGNÓSTICO TRANS-QUIRÚRGICO AL IGUAL QUE EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES COLECISTECTOMISADOS POR EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER, EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2020-JUNIO 2021

SUSTENTANTE

ARÍSTIDES RAMÍREZ BELTRÉ 17-9717

Para la obtención del grado de Especialista en Cirugía General

ASESORES CIENTÍFICOS

DR. PORFIRIO MIGUEL GARCÍA ROJAS | DRA. PATRICIA VERAS DESCHAMPS

ASESORA METODOLÓGICA

DRA. CLARIDANIA RODRÍGUEZ

Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana

Junio, 2021

CORRELACIÓN ENTRE LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA PRE-QUIRÚRGICO VERSUS EL DIAGNÓSTICO TRANS-QUIRÚRGICO AL IGUAL QUE EL REPORTE HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES COLECISTECTOMISADOS POR EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER, EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2020-JUNIO 2021





© 2021 por Aristides Ramírez Beltré

Prohibida la reproducción parcial o total, salvo autorización previa del sustentante

Derechos Reservados mediante la Ley 65-00

Cuidado científico bajo responsabilidad de: Dr. Porfirio Miguel García Rojas | Dra. Patricia Veras Deschamps

Cuidado metodológico bajo responsabilidad de: Dra. Claridania Rodríguez

Diagramación, composición y corrección de pruebas: Alexis Mata

Impreso y hecho en República Dominicana
Printed and bound in the Dominican Republic

DEDICATORIA

A mi madre Altagracia Julia Beltré Melo, pieza clave en el desarrollo de este sueño, por ser esa persona luchadora, incansable, sin temor a las situaciones futuras y sobre todo por depositar tu confianza en mí, a ti te dedico este logro.

A mi hermana Altagracia Karina Ramírez Beltré, por estar siempre para mí, brindándome tu apoyo incondicional, por ser un ejemplo vivo de superación y convicción, digna de toda mi admiración y respeto.

A mi esposa Karin Ortiz Canela, por ser una compañera ejemplar, siempre apoyándome en los momentos más difíciles, sin ti esto no hubiese sido posible.

A mi cuñado Julio Alberto Brito Peña, sin su colaboración no hubiera podido llegar a la meta, por apoyarme siempre, no solo como un cuñado, si no como un padre celoso, el cual siempre me aconseja, este triunfo es para usted.

AGRADECIMIENTOS

Mi máxima gratitud a Dios, por haberme dado la oportunidad de seguir existiendo en este mundo y que me ha permitido tener vida y salud para llegar al final de este postgrado, gracias por realizar mi sueño, gloria y honra a ti Padre.

Al Dr. Porfirio García Rojas, por enseñarme que el cirujano no puede ser temeroso en cuanto a la toma de una decisión quirúrgica siempre y cuando sea necesaria, al igual que siempre estar dispuesto ayudar y estar ahí siempre que sea necesario, muchas gracias.

A la Dra. Patricia Veras Deschamps, por tenerme tanta paciencia y mostrarme que el cirujano no es el que más rápido hace un procedimiento, si no el que menos daño produce, siempre verificare una y otra vez, gracias

Al Dr. Rolando Ramírez, eternamente agradecido, no solo por enseñarme como ser un buen cirujano, sino también por prepararme para los desafíos que se avecinan en el mundo laboral como social, muchas gracias profesor.

Al Dr. Rafael González, por ser un padre para mí, dedicado a mi formación, que a pesar de mi necesidad, me guio una y otra vez por el camino que me convenía, si no fuera por usted no sería el profesional que soy.

Al Dr. José Acosta Angomás, persona clave en mi formación, no sabría cómo agradecer el hecho de que nunca me dio del tiempo que le sobraba, más bien del tiempo que no tenía, le agradezco infinitamente todo lo enseñado en este corto tiempo, gracias.

Al Hospital Salvador B. Gautier, al igual que el staff de médicos ayudantes que conforman el Departamento de Cirugía General: Doctor Ceferino Brache, Dr. Rolando Ramírez, Doctor Calcaño, Doctor Figueroa, Dr. Rafael González, Dr. Acosta Angomás, Doctor Luna, Doctor Ymaya, Dr. García, Dra. Ruiz y la Dra. Veras, los cuales son responsables del cirujano que soy hoy día.

Si el amor por la cirugía es una prueba de que una persona está adaptada para ello, entonces ciertamente estoy capacitado para ser un cirujano; porque difícilmente puedes concebir el alto grado de disfrute que estoy experimentando día a día en este departamento sangriento y carnicero del arte curativo. Estoy cada vez más encantado con mi profesión.

Joseph Lister

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es un estudio explicativo, antrospectivo de corte transversal con el propósito de correlacionar el diagnóstico pre-quirúrgico, trans-quirúrgico, el histopatológico, factores de riesgos, manifestaciones clínicas que presentan los pacientes colecistectomizados en el Hospital Salvador B. Gautier en el período Noviembre 2020 a Junio 2021. En el estudio fueron estudiados 179 pacientes que fueron diagnosticados y colecistectomizados en el Hospital Salvador B. Gautier tomando como muestra 30 pacientes, observando que el sexo femenino predominó con 29 casos para un 96.6% del total. El grupo etario predominante fue el comprendido en las edades entre 20-27 y 44-51 años con 6 casos cada uno, correspondiendo un 20% en ambos renglones del total.

En cuanto a las comorbilidades observamos que 20 casos, no presentaron ningún tipo de patologías asociadas, para un 66.6%, mientras que la comorbilidad que más prevalecía fue la hipertensión arterial con un total de 4 casos, para un 13.3%. El factor de riesgo más frecuente es el sexo femenino ya que el 96.6 de los casos fueron mujeres, en cuanto a las manifestaciones más frecuentes fue el dolor abdominal con un total de 17 casos para un 56.6%. No se observó complicaciones durante la preparación quirúrgica, trans-quirúrgica ni pos-quirúrgica, con un seguimiento de 21 días. Mostrando que la colecistectomía laparoscópica representa el Good Standard para la colelitiasis y sus variantes. Vistos los resultados podemos decir que la correlación entre el diagnóstico pre-quirúrgico, trans-quirúrgico e histopatológico tienen una especificidad de un 99% ya que no hubo diferencias significativas entre los diagnósticos.

Palabras claves: pre-quirúrgico, trans-quirúrgico, histopatológico, colecistectomizados

SUMMARY

The present research work is an explanatory, antrospective, cross-sectional study with the purpose of correlating the pre-surgical, trans-surgical, histopathological diagnosis, risk factors, and clinical manifestations presented by cholecystectomized patients at Hospital Salvador B. Gautier in the period November 2020 to June 2021. The study studied 179 patients who were diagnosed and cholecystectomized at the Salvador B. Gautier Hospital, taking 30 patients as a sample, observing that the female sex predominated with 29 cases for 96.6% of the total. The predominant age group was between 20-27 and 44-51 years old with 6 cases each, corresponding to 20% in both lines of the total.

Regarding comorbidities, we observed that 20 cases did not present any type of associated pathologies, for 66.6%, while the most prevalent comorbidity was arterial hypertension with a total of 4 cases, for 13.3%. The most frequent risk factor is the female sex since 96.6 of the cases were women, in terms of the most frequent manifestations it was abdominal pain with a total of 17 cases for 56.6%. No complications were observed during surgical, trans-surgical or postoperative preparation, with a 21-day follow-up. Showing that laparoscopic cholecystectomy represents the Good Standard for cholelithiasis and its variants. Considering the results, we can say that the correlation between the pre-surgical, trans-surgical and histopathological diagnoses have a specificity of 99% since there were no significant differences between the diagnoses.

Key words: pre-surgical, trans-surgical, histopathological, cholecystectomized

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES.....	11
Introducción.....	12
1.1 Justificación.....	13
1.2 Delimitación del problema.....	14
1.3 Planteamiento del problema y preguntas de investigación.....	14
1.4 Objetivos.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes históricos.....	18
2.2 Concepto de colecistitis crónica.....	23
2.3 Breve reseña embriológica de la vesícula biliar.....	23
2.4 Breve descripción anatómica de la vesícula biliar.....	24
2.5 Epidemiología.....	24
2.6 Etiología.....	25
2.7 Patogenia.....	26
2.7.1 Cálculos de colesterol.....	26
2.7.2 Cálculos pigmentarios.....	27
2.7.3 Barro biliar.....	27
2.7.4 Bacterias.....	27
2.8 Manifestaciones clínicas.....	27
2.9 Diagnóstico.....	28
2.9.1 Ecografía abdominal.....	29
2.10 Diagnóstico diferencial.....	30
2.11 Tratamiento.....	30

TABLA DE CONTENIDO

2.11.1	Colecistectomía laparoscópica.....	30
2.11.2	Colecistectomía convencional	31
2.11.3	Tratamiento conservador	31
2.12	Complicaciones.....	31
2.13	Pronóstico	32
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		33
3.1	Hipótesis	34
3.2	Variables.....	34
3.3	Diseño metodológico	36
3.3.1	Tipo de estudio	36
3.3.2	Demarcación geográfica.....	36
3.3.3	Universo.....	36
3.3.4	Muestra	36
3.3.5	Criterios de inclusión.....	36
3.3.6	Criterios de exclusión	37
3.3.7	Instrumentos de recolección de datos.....	37
3.3.8	Procesamiento de la información.....	37
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....		38
4.1	Resultados.....	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		47
Referencias bibliográficas		51
Anexo.....		56

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

Introducción

La enfermedad litiásica biliar es tan antigua como el hombre. La vesícula biliar es un saco en forma de pera que se encuentra en una fosa en la superficie inferior del hígado alineada con la división anatómica del mismo en los lóbulos hepáticos derecho e izquierdo. Es un órgano multifuncional, en conjunto con los conductos biliares y el esfínter de Oddi cumple las funciones de almacenar y regular el flujo de la bilis. La principal función de la vesícula es concentrar y almacenar la bilis hepática para posteriormente ser depositada en el duodeno en respuesta a la ingesta de alimentos.

La colecistitis crónica es la variante más frecuente de la enfermedad litiásica biliar representando dos tercios de la totalidad de los pacientes que presentan síntomas por cálculos biliares. Tiene una relación mujer/hombre de 3:1 y aparece hasta dos veces en los pacientes que tienen un familiar de primera línea que presento colecistitis crónica. La génesis de esta enfermedad está íntimamente relacionada a la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar apareciendo colelitiasis en más del 90 por ciento de los pacientes que son diagnosticados luego del reporte patológico con colecistitis crónica.

Un gran número de factores de riesgo juegan un papel determinante en la aparición de cálculos vesiculares, entre los más importantes están la edad y el sexo, también la obesidad, la diabetes, hipertrigliceridemia, el embarazo, la multiparidad entre otros.

Fundamentalmente es más frecuente en el sexo femenino puesto a que estas pueden aparentemente presentar todos los factores de riesgo predisponentes a esta enfermedad y por lo general estas tienen más de un factor de riesgo de manera concomitante. La colecistitis crónica se caracteriza por la inflamación crónica de la mucosa de la vesícula biliar con engrosamiento de la pared de la misma por encima de 3mm. Está producida por una obstrucción temporal y/o episódica del conducto cístico por un cálculo biliar, presenta manifestaciones clínicas orientadoras al diagnóstico y con los estudios de imagen puede confirmarse el mismo y realizar un plan terapéutico para curar a los pacientes y eliminar las complicaciones que puedan sobrevenir a partir de esta.

1.1 Justificación

La presencia de cálculo en el interior de la vesícula biliar es muy frecuente y supone un importante problema sanitario debido a que cada año genera en muchos pacientes pérdida de días laborables, debido a la morbilidad que causa la misma y alta frecuencia de la patología litiásica es importante conocer el problema en cuestión y orientarnos hacia la prevención y manejo de esta. Puesto que en muchos casos es una patología asintomática que transcurre de forma silente a lo largo de toda la vida sin presentar sintomatología, siendo diagnosticado de forma fortuita en búsqueda de patologías asociadas o sin relación alguna. Si bien la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar encontrados de manera fortuita sin síntomas asociados, no son indicación absoluta de cirugía, pero estos pacientes deben ser referidos a los especialistas capacitados, para evitar las complicaciones de la colelitiasis, entre ellas la coledocolitiasis (migración de cálculos al colédoco), que posteriormente puede progresar a una colangitis, pancreatitis biliar, siendo la segunda causa de pancreatitis aguda, teniendo importante impacto en la economía de cuerpo humano con una alta tasa de mortalidad. La presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar es común, siendo de fácil diagnóstico gracias a los avances imagenológicos, se hace posible un diagnóstico temprano aun el paciente no presente síntomas asociados a la presencia de los cálculos biliares, lo que permite programar los pacientes para cirugías electivas con una elevada tasa de curación evitando las complicaciones inherentes de la presencia de los cálculos en la vesícula biliar expuesto con anterioridad, en vista de la alta frecuencia de los pacientes colecistectomizados es importante conocer qué grado de asertividad presentan estos métodos diagnósticos.

1.2 Delimitación del problema

Correlación entre la impresión diagnóstica pre-quirúrgico versus el diagnóstico transquirúrgico al igual que el reporte histopatológico en pacientes colecistectomizados por el Departamento de Cirugía General en el Hospital Salvador B. Gautier en el período Noviembre del 2020 a Junio del 2021.

1.3 Planteamiento del problema y preguntas de investigación

En la actualidad se observa un aumento notorio en el diagnóstico de colelitiasis, esto es debido a las facilidades de equipos imagenológicos que presentan los centros de salud de segundo y tercer nivel. Observando que gran parte de los diagnósticos se presentan de manera fortuita, evidenciándose la presencia de cuerpos litiasicos en el interior de la vesícula biliar, sin que exista necesariamente sintomatología inflamatoria previa evidente. El aumento en el diagnóstico de la colelitiasis ya sea sintomática o asintomática, han precedido a una mayor tasa de pacientes colecistectomía por laparoscópica y/o abiertas dependiendo de las contraindicaciones que presenten. A sabiendas que el sonógrafo por su asequibilidad es el estudio que con mayor frecuencia reporta la presencia de cuerpos litiasicos en el interior de la vesícula, motivos por los cuales los pacientes acuden a centros de salud en búsqueda de un tratamiento definitivo aun no estén presentando síntomas. La colelitiasis se puede asociar a colecistitis aguda, colecistitis crónica y esta a su vez puede predisponer al desarrollo de neoplasias en la vesícula biliar, si bien es cierto las neoplasias vesiculares son poco frecuentes representan el 5to lugar de las neoplasias de aparato digestivo. Con la intención de profundizar en la problemática expuestas, nos planteamos las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la entidad etiológica por la cual los pacientes son colecistectomizados?
2. ¿Cuál es el rango de edad más afectados?
3. ¿Cuáles son las comorbilidades que tienen mayor predisposición a la aparición de la colelitiasis?

4. ¿Cuál es la incidencia de colecistitis aguda y crónica en paciente con colelitiasis?
5. ¿Cuáles signos y síntomas están asociados a la colelitiasis sintomática y/o asintomática?
6. ¿Cuál es la correlación que existe entre el diagnóstico pre-quirúrgico, trans-quirúrgico e histopatológico de los pacientes colecistectomizados?
7. ¿Cuáles son complicaciones asociadas a la colelitiasis?
8. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en pacientes colecistectomizados?

1.4 Objetivos

General:

- ▼ Determinar la precisión diagnóstica pre-quirúrgico, correlacionada con los hallazgos en el trans-quirúrgico, al igual que en el reporte histopatológico en pacientes colecistectomizados por el Departamento de Cirugía General en el Hospital Salvador B. Gautier en el período Noviembre del 2020 a Junio del 2021.

Específicos:

- ▼ Determinar cuál es la etiología más frecuente por la cual los pacientes son colecistectomizados.
- ▼ Conocer cuál es el nivel de especificidad de la sonografía en cuanto al diagnóstico pre quirúrgico con relación al transquirúrgico y/o reporte histopatológico.
- ▼ Establecer cuáles son los factores de riesgos que contribuyen a la formación de cálculos biliares.
- ▼ Establecer el sexo que comúnmente es más afectado.

- ▼ Determinar el rango de edades más afectado.
- ▼ Determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes de pacientes con colelitiasis.
- ▼ Determinar cuáles son las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes de los pacientes colecistectomizados.
- ▼ Determinar la edad del paciente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes históricos

La presencia de los cálculos biliares y por consiguiente la colecistitis crónica son tan antiguos como la humanidad a lo largo de la historia, pudiendo apreciar los aportes de las diferentes culturas al conocimiento de las patologías de hígado y las vías biliares, desde antes del imperio romano se conocía el hígado y las vías biliares dándole una connotación divina. “Como se expresa en las primeras menciones escritas, remontándonos a Egipto 3,000 años a. C. en los dos papiros de la época, apreciando que en la Mesopotamia se pensaba que el hígado era el asiento del mar, por ello los oráculos utilizaba este órgano en sus predicciones. Esto fue evidente con el hallazgo de hígados de ovejas con inscripciones e interpretaciones de varias anomalías, estos modelos eran de cerámica o piedra; incluso se encontró un modelo en bronce con inscripciones que se usaban con propósitos adivinatorios.¹

Una prueba fidedigna de la existencia de estas afecciones fue la existencia en el museo Royal College of Surgeons en Londres, de la momia de la princesa Ameno de la 21ava dinastía (1,500 a. C.) que aún conservaba el hígado y una gran vesícula biliar con 30 cálculos en ella, descubierta en la segunda guerra mundial. Para el año 323 a. C. Erasistrato de Julia y Herofilo, prominente miembro de la escuela de Alejandría, señala los primeros hallazgo producto de las neoplasias, luego algunos investigadores llegan a la conclusión que la primera descripción de la enfermedad por calculo biliar se remonta al siglo IV a. C. y corresponde a los últimos días de vida de Alejandro el grande quien murió probablemente por las complicaciones de colecistitis aguda o crónica agudizada.

Una importante observación fue realizada por Alejandro de Tralles quien informo de la existencia de cálculo biliar intrahepático. Luego Avicena (980-1037) describió la fistula biliar que ocurrió des pues de drenar un absceso de la pared abdominal aparentemente. Durante incontables centurias, la colecistitis crónica litiásica y sus complicaciones asolaron a la humanidad, siendo en múltiples ocasiones la causa de diferentes condiciones desde; dolor crónico hasta la muerte secundario a sepsis, pasando por la ictericia obstructiva, colangitis y pancreatitis, sin embargo, los conocimientos clínicos, progresos en los métodos diagnósticos y terapéuticos que han tenido lugar en los últimos 600 años han permitido una mejor respuesta antes la prevención de las complicaciones de esta patología.

La primera descripción de nuestra era de colecistolitiasis en un hombre se le debe al patólogo Florentino Antonio Benivieni en el 1480 y se refiere a ella como una enfermedad del tracto biliar con cálculo en la cubierta del hígado y la túnica de la vesícula biliar. Andrés Vesalius (1514-1564) fue el primero en describir los cálculos biliares y sus consecuencias. Así mismo Grabielo Falopio (1523-1562) cirujano anatomista describe la vesícula biliar y las vías biliares.² Grandes figuras a lo largo de la historia se han visto afectados por las dolencias de las vías biliares e incluso se le adjudican la muerte de estas figuras de la historia; San Ignacio De Loyola, se le encontró múltiples cálculos tanto intra como extrahepático, incluso se sospecha que uno de ellos halla erosionado la vena porta, la autopsia fue realizada por Realdo Colombo Cremena (1510-1559).

Cercano a esta época Marcelus Donatus menciona la presencia de cálculos en el vómito y en las heces. Aunque todos estos acontecimientos fueron fundamentales para el conocimiento de las vías biliares no fue hasta el 1630 cuando Giuseppe Zembeccari expone que la vesícula biliar no es un órgano esencial para la vida, abriendo así las puertas a ideas en cuanto a posibles tratamientos de esta dolencia. En el 1670 Michael Etmüller efectúa las primeras colecistectomías en animales. Esto fue promoviendo los avances en cuanto al tratamiento, al igual que Joenisius en el 1676 colecistolitotomía al extraer cálculos de una fistula biliar después de un drenaje de un absceso abdominal, pero aun así las recidivas eran elevadas.

¹ Revista Mexicana, aspectos históricos de la anatomía quirúrgica de las vías biliares y la colecistectomía, 2013, p.2

² Charles Jenos, Revista Colombiana Cirugía, 2012, p.3

En 1733, Jean Luis Joenisius observo cálculos en un absceso y sugiere que si aparece enrojecimiento en la pared abdominal el cirujano debe de abrir la cavidad y evacuar el cálculo y dejar la fistula. Uno de los documentos que detalla en gran manera la existencia de cálculos biliar, es la publicación de Albrecht Von Heller “Opúsculo Patológico” donde describe los cálculos biliares encontrados en autopsias. Algo interesante es la técnica propuesta en el 1798 por August Gottlieb Richter el cual construyó el primer litotriptor para fragmentar los cálculos.³ Luego en 1859, Johan Ludwig Wilhelm propone y realiza la colecistectomía en dos tiempos, el primero era suturar la vesícula biliar a la pared a través de una pequeña incisión, y varios días después se abría para extraer los cálculos, sin contaminar la cavidad abdominal.

Marion Sims (1813-1883) debe recibir el crédito por el diseño, perfeccionamiento y ejecución de la primera colecistostomía al construir un estoma en la vesícula biliar en forma electiva: Se trató de una mujer norteamericana de 45 años quien vivía en Paris y tenía historia de cólico biliar de un año de evolución, desarrolló ictericia y un abultamiento en el borde inferior del hígado, antes de la cirugía Sims puncionó la masa obteniendo 52 onzas de un líquido café oscuro, provocando la mejoría del cuadro. Diecinueve días más tarde, el 18 de abril de 1878, efectuó la colecistostomía en un tiempo utilizando el spray carbólico de Lister. Una semana después de la operación, la paciente falleció por una hemorragia interna masiva. Dos meses después, en junio de 1878, Theodor Emil Kocher realizó la primera colecistostomía con éxito.

Mientras algunos cirujanos buscaban la mejor forma de construir fistulas colecistocutáneas, Carl Johann August Langenbuch señalaba “ellos están ocupados con el producto de la enfermedad, no con la enfermedad misma”, es decir, se convenció de que la vesícula biliar formaba los cálculos y que por lo tanto extirpándola se eliminaba la causa y no sólo el producto que era la conducta terapéutica de moda en esa época, representando el tratamiento definitivo.⁴ Una de estas grandes figuras que merece ser un galardón debido a los avances en cuanto al tratamiento de la colelitiasis y colecistitis crónica es Carl Johann August Langenbuch que después de varios años de disecciones en cadáver, desarrolló la técnica quirúrgica para la extirpación de la vesícula biliar.

³ Charles Jones, 2012

⁴ Revista Mexicana, Aspectos históricos de la anatomía quirúrgica de las vías biliares y la colecistectomía, 2013, p. 2

Usaba una incisión subcostal derecha con una extensión a lo largo del borde externo del recto anterior del abdomen, formando una “T”, el resto del procedimiento era muy similar a como se realiza actualmente en la llamada colecistectomía convencional. Seguramente la planeación fue sumamente cuidadosa y se trató de cubrir todos los ángulos para evitar los accidentes y complicaciones, así el 15 de julio de 1882 se efectuó la intervención quirúrgica en un hombre de 43 años de nombre Wilhem Daniels, con historia de cólico biliar de 16 años de evolución, quien había perdido unos 35 kilogramos de peso y era un adicto a la morfina. Después de cinco días de laxantes y enemas, así como varios episodios de dolor abdominal por día, la operación se llevó a cabo sin contratiempos ni incidentes.

Primero la vesícula biliar fue drenada y un vaso venoso sangrante fue ligado con catgut; se encontró una vesícula crónicamente inflamada, de paredes gruesas y con dos cálculos de colesterol. Al día siguiente el paciente se encontraba afebril, sin dolor y fumando un cigarro (puro), al 12º día empezó a deambular y dejó el hospital a las seis semanas, habiendo ganado peso. Para algunos médicos de la época, Langenbuch produjo la curación casi milagrosa de un paciente incapacitado por muchos años debido al dolor abdominal crónico, en cambio para otros no era otra cosa que una mera mutilación de los pacientes para tratar de que abandonaran la dependencia a la morfina. A pesar de esto la mortalidad de los procedimientos estaba entre 20 y 30%.

Como señala alguno de sus biógrafos en la cirugía de las vías biliares, Langenbuch pensó en todo, situación que lo convirtió en el maestro y hasta ahora continúa siendo uno de los mayores expertos, pues fue el primero en diseñar las “ectomías” y quien dio las instrucciones detalladas para la colecistectomía, la coledocoduodenoanastomosis, la coledocotomía, y la colangioenteroanastomosis, de tal forma que él se convirtió en uno de los más grandes pioneros de la cirugía moderna. En enero de 1890. Ludwig T. Courvoisier realiza la primera extracción exitosa de un cálculo de las vías biliares. Para el 1901 ya empezaba a darse la necesidad de poder visualizar la cavidad abdomen sin necesidad de hacer una gran incisión.

Tal es el caso de George Kelling quien realiza la visualización de la cavidad peritoneal con un endoscopio previa insuflación, a lo que llamo celioscopia. Así mismo para 1910 Jacobeus realizo las primeras series de laparoscopia y toracoscopias diagnósticas.

A medida que aumentaban la frecuencia las realizaciones de en procedimientos quirúrgicos de la vesícula biliar, se hacía necesario nuevas técnicas de imagen que facilitarían la exanimación de la vesícula y el árbol biliares ya que antes de la operación resulta básica para escoger a los pacientes idóneos para la colecistectomía. La vía biliar fue visualizada originalmente por Reich en 1918 tras inyectar una pasta de bismuto y vaselina en una fístula biliar y tomar luego radiografías.⁵ Para el 1924 un residente de cirugía llamado Cole, obtuvo la primera imagen de vesícula humana, este inyectó a una enfermera 5.5g de tetrabromfenoltaleína cálcica y a las 24 horas se apreció una densa sombra en la vesícula. La ausencia de transparencia radiográfica llevó a identificar una obstrucción del uréter derecho como el origen de sus síntomas. Esto fue la entrada a la primera serie de colangiogramas intraoperatorios en 1932.⁶

Anthony Eden presentó su artículo complicaciones en las vías biliares, tras ser sometido a una colecistectomía el 12 de abril de 1953, que 17 días más tarde de la operación debió someterse a un drenaje abierto de una colección biliar sub-hepática. Luego paso a manos del Dr. John Braasch para la reconstrucción biliar en la Lahey Clinic, de EE.UU., aproximadamente 2 meses después de la colecistectomía. Para principios de los años 50 se comienzan a mejorar las ideas de la visualización de la cavidad abdominal y plantearse las ventajas que se obtienen después de un abordaje laparoscópico, aun así, la década 1960 fue donde se produce el real impulso de la cirugía laparoscópica. Esto fue después de un Ginecólogo alemán de la Universidad de Kiel, quien desarrollo los instrumentos adecuados y sugiere la realización de las hemostasias cuidadosas de todos los procedimientos laparoscópicos.

Al igual que perfecciona el insuflador de gas que mide la cantidad que entraba a la cavidad, para el 1964 monta una fuerte luz de halógeno (fría), eliminando así el riesgo de quemaduras.⁷ Nace en el 1987 la primera colecistectomía laparoscópica del mundo, en el Hospital de Berlingar en Alemania. Realizada por Phillippe Mouret este conocía los trabajos de Semm y Lukichev y se interesaba por la cirugía de las vías biliares. Este desarrollo un laparoscopio llamado "Galloscope", el cual introducía por el ombligo un troquel y dos accesorios.

⁵ SurgClinNam88, 2011, p. 1294

⁶ Revista Elsevier España, historia de la colecistectomía, 2016 p. 18

⁷ Revista del hospital J.M. Ramos Mejía, 2014, p. 6

En la región suprapúbica que le permitía utilizar instrumentos quirúrgicos para extirpar la vesícula del paciente. Joseph Petelin en el 1991 reporta el primer tratamiento para la coledocolitiasis por vía laparoscópica de esta manera demuestra que no hay límites para la utilización de este nuevo procedimiento. Debido a esto las empresas empiezan a fabricar nuevos instrumentos. En 1997 Navarra realizó la primera colecistectomía laparoscópica por puerto único.

Esta vía fue utilizada por primera vez para realizar una colecistectomía laparoscópica utilizando dos incisiones periumbilicales que posteriormente se unieron para la extracción de la vesícula. Ya para el 2013 comenzó la implementación de colecistectomía laparoscópica tridimensional. En el 2014 se realizó en España la primera colecistectomía y nefrectomía radical por puerto único umbilical en un mismo acto quirúrgico.

2.2 Concepto de colecistitis crónica

La colecistitis crónica se define como la inflamación crónica de la vesícula biliar que se caracteriza por irritación crónica de la mucosa y engrosamiento de la pared por encima de 3mm. A menudo esta es testimonio de episodios inflamatorios autolimitados a repetición desencadenados por la obstrucción solo temporal del conducto cístico.

2.3 Breve reseña embriológica de la vesícula biliar

La vesícula biliar embriológicamente deriva del primordio hepático. Este aparece a mediados de la cuarta semana de gestación como una evaginación del epitelio endodérmico en el extremo distal del intestino anterior. Una pequeña evaginación ventral de éste dará origen a la vesícula biliar y al conducto cístico. Esta evaginación denominada divertículo hepático o esbozo hepático, consiste en cordones celulares de proliferación rápida que se introducen en el septum transversum, es decir la lámina mesodérmica entre la cavidad pericárdica y el pedículo del saco vitelino. Mientras que los cordones de células hepáticas siguen introduciéndose en el septum, la comunicación entre el divertículo hepático y el intestino anterior (duodeno) disminuye de calibre y se forma de tal manera el conducto biliar común o colédoco.

2.4 Breve descripción anatómica de la vesícula biliar

La vesícula biliar es un órgano hueco en forma de pera, de alrededor de 7 a 10 cm de largo, con una capacidad promedio de 30 a 50 ml; cuando hay una obstrucción, se distiende en grado notable y puede llegar a contener hasta 300 ml. Se encuentra en una fosa en la superficie inferior del hígado alineada con la división anatómica del mismo (Línea de Cantlie) en un lóbulo hepático derecho e izquierdo. Se divide en cuatro áreas anatómicas: fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello. El fondo es el extremo ciego y redondeado que se extiende en condiciones normales 1 a 2 cm más allá del borde del hígado, contiene la mayor parte del músculo liso del órgano, a diferencia del cuerpo, que es el área principal de almacenamiento e incluye casi todo el tejido elástico. El cuerpo se proyecta desde el fondo y se ahúsa hacia el cuello, un área en forma de embudo que se conecta con el conducto cístico. El cuello tiene una curvatura discreta, cuya convexidad puede estar crecida para formar el infundíbulo o bolsa de Hartmann; se encuentra en la parte más profunda de la fosa de la vesícula biliar y se extiende hacia la porción libre del ligamento hepatoduodenal. La arteria cística que irriga a la vesícula es una rama de la arteria hepática derecha (>90% de las veces). El trayecto de la arteria cística puede variar, pero casi siempre se localiza en el triángulo hepatocístico, es el área limitada por el conducto cístico y hepático común, y el borde del hígado (triángulo de Calot). Cuando la arteria cística llega al cuello de la vesícula biliar se divide en las ramas anterior y posterior. El retorno venoso se lleva a cabo a través de venas pequeñas que penetran de manera directa en el hígado o, rara vez, en una vena cística grande que lleva la sangre de regreso a la vena porta. Los linfáticos de la vesícula biliar drenan en ganglios del cuello de ésta. La inervación de ésta proviene del vago y ramas simpáticas que pasan a través del plexo celiaco. El nivel simpático preganglionar es T8 y T9. Los impulsos del hígado, la vesícula biliar y los conductos biliares pasan por medio de fibras simpáticas aferentes a través de nervios esplácnicos y median el dolor del cólico biliar. La rama hepática del nervio vago proporciona fibras colinérgicas a la vesícula biliar, los conductos biliares y el hígado.

2.5 Epidemiología

La litiasis de la vía biliar es uno de los problemas más comunes que lesionan el tubo digestivo. Diversos estudios muestran una prevalencia de cálculos en hasta 11 a 36% de la población general.

Esta frecuencia se relaciona con múltiples factores que incluyen edad, género y antecedentes étnicos. Es tres veces más frecuente en el sexo femenino y dos veces mayor en los familiares de primer grado. La colecistitis crónica aparece en alrededor 66.6% de los pacientes con enfermedad por cálculos biliares.

2.6 Etiología

La colecistitis crónica puede ser una secuela de episodios repetidos de colecistitis aguda, aunque en muchos casos esta se desarrolla en ausencia aparentemente de crisis anteriores. Las causas desencadenantes de la colecistitis crónica son variables, siendo la principal causa la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar, otras causas menos frecuentes son la presencia de barro biliar, la colesterosis y la adenomiosomatosis y como causas extremadamente inconstantes están las neoplasias como el adenocarcinoma de la vesícula biliar.

Entre los factores de riesgos que están íntimamente relacionados con mayor proporción a la formación de cálculos biliares están: la edad, obesidad, pérdida rápida de peso, multiparidad, sexo femenino, parentesco directo, causas genéticas, fármacos, síndrome metabólico, escasa actividad física, cirugía bariátrica, nutrición parenteral total, enfermedades hemolíticas, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus 2, enfermedad de Crohn, resección ileal terminal, hipomotilidad de la vesícula biliar.⁸ Entre los factores de riesgo más importantes que se observan relacionados a la formación de sobre todo a los cálculos de la vesícula biliar se pueden destacar las cuatro F.

- ▼ **Edad:** Existe un incremento considerable con la prevalencia de los cálculos biliares conforme aumenta la edad, lo que puede estar relacionado con el aumento creciente de colesterol en la bilis el cual asciende posterior a los 40 años de edad.
- ▼ **Sexo:** Los cálculos biliares son más frecuentes en el sexo femenino debido a que los estrógenos incrementan la secreción hepática de colesterol y disminuyen la producción de ácidos biliares.
- ▼ **Fertilidad:** Mujeres en edad fértil entre 20 y 40 años, también mediado por efectos estrogénico

2.7 Patogenia

El principal evento fisiopatológico que envuelve el desarrollo de la colecistitis crónica está íntimamente relacionado con la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar, los cuales suelen ser el agente detonante de los cambios anatomopatológicos encontrados en la colecistitis crónica. Los ataques recurrentes de cólicos biliares, con oclusión solo temporal del conducto cístico relacionado con la ingesta de alimento lipoproteico, cuando estos llegan a la segunda porción del duodeno estimulando la liberación de colecistocinina por parte de la mucosa duodenal, esta hormona estimula la contracción de la vesícula biliar. Esta obstrucción altera la presión que ejerce la vesícula para su vaciamiento normal. La obstrucción del conducto cístico, favorece la aparición de los procesos inflamatorios y la formación de tejido cicatricial en el cuello de la vesícula biliar y del conducto cístico, esto da por resultado un incremento progresivo de la tensión en la pared, conllevando a una irritación crónica de la mucosa y daño químico del epitelio de la vesícula. A este proceso, denominado colecistitis crónica, causa fibrosis, testimonio de la aparición a repetición de episodios inflamatorios autolimitantes. A pesar de que esta puede cursar de forma asintomática puede estar íntimamente relacionada a la formación de cálculos biliares. Aparece con mayor frecuencia en pacientes con factores de riesgo tales como, embarazo, nutrición parenteral total prolongada, trasplante y uso de Ceftriaxona y Octeotrido. Debido a su tamaño por lo general menos de 2 mm y no producir sombra acústica puede pasar inadvertido cuando solo se realiza una ecografía abdominal en busca de otras patologías no biliares.

2.7.1 Cálculos de colesterol

Los cálculos de colesterol puro son raros y constituyen menos de 10% del total de cálculos. Por lo general son grandes y únicos con superficies lisas. La mayor parte de otros cálculos de colesterol contienen cantidades variables de pigmentos biliares y calcio, pero siempre incluyen más de 70% de colesterol por peso. La mayoría de las veces estos cálculos son múltiples, de tamaño variable y duros y facetados o irregulares, con forma de mora y blandos.

⁸ Patrick C. Jackson, Sabiston, 2019, p. 1484

⁹ Thai H. Pham Y John G. Hunter, 2015, p. 1319

2.7.2 Cálculos pigmentarios

(Herrero, 2014, p. 194) expresa que los cálculos pigmentarios se producen por la presencia en la bilis de cantidades anormalmente altas de bilirrubina no conjugada (insoluble), en situaciones como enfermedades hemolíticas.

2.7.3 Barro biliar

Es producto del espesamiento de la bilis a causa de la estasis biliar. Su prevalencia es desconocida, en alrededor de un 15% de los casos se hace síntomas, formando cálculo biliar produciendo cólico biliar o colecistitis.

2.7.4 Bacterias

Se detectan bacterias en el 25%% de los pacientes con colecistitis crónica. Los tipos más frecuentes de bacterias presentes son enterobacterias como *EscherichiaColi*, *Klebsiella* y *Enterobacter*, seguidas de diversas especies de *Enterococcus*. El estancamiento incrementa la probabilidad de contaminación bacteriana de la bilis. Estas bacterias aumentan la liberación de B-glucuronidasa que hidrolizan glucurónicos de bilirrubina favoreciendo el aumento de bilirrubina no conjugada en la bilis.¹⁰

2.8 Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas desencadenados por la colecistitis crónica suelen ser variables, y a menudo orientadores para la realización de estudios de imagen que confirmen el diagnóstico de la patología en cuestión. Los signos síntomas de esta enfermedad también pueden confundirse con otras patologías por lo cual se debe realizar una ecografía abdominal al paciente para poner en evidencia las características de la colecistitis crónica. La mayoría de los pacientes pueden mantenerse asintomáticos exceptuando los momentos en los que se desarrolla un episodio doloroso a menudo tras la ingesta de alimentos de contenido graso. Numerosos investigadores han llegado a la conclusión de que el síntoma más frecuente de la colecistitis crónica es el cólico biliar, entre las manifestaciones menos frecuentes se encuentran náuseas, vómitos y distensión abdominal, entre los síntomas inconstantes se encuentran el meteorismo y los eructos.

El signo más frecuente que nos orienta la colecistitis crónica es la hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho y entre los menos frecuentes el signo de Murphy que solo estará positivo en caso de que el paciente este experimentando una reagudización de la colecistitis en el momento de la realización del examen físico y/o el momento de la ecografía abdominal, siendo extremadamente inconstante la ictericia, esta solo aparece si se presenta la asociación de forma concomitante a coledocolitiasis o la aparición del síndrome de Mirizzi. La manifestación sintomática más frecuente de la colecistitis crónica es el cólico biliar. Se trata de un dolor súbito, frecuentemente postprandial (sobre todo tras la ingesta de grasas o tras la ingesta de alimentos después de un lar periodo de ayuno). De características no cólicas, localizado en hipocondrio derecho o epigastrio, en ocasiones irradiado al hombro derecho o región interescapular, desde los primeros 30 minutos o de manera característica dura de 1 a 5 horas.¹¹ El dolor del cólico biliar, incluso en ausencia de colecistitis también causa síntomas gastrointestinales como hinchazón, náuseas o incluso vómitos.

2.9 Diagnóstico

Los signos y síntomas que aparecen de la historia clínica y/o el cuadro florido que presenta el paciente indicativo de colecistitis crónica sirven de base presuntiva para el diagnóstico de esta enfermedad. Las evoluciones de estas manifestaciones clínicas deben ser orientadoras para la realización de estudios de imágenes de los cuales la sonografía o ecografía del cuadrante superior derecho es el estudio de elección puesto a que este confirma la presencia de cálculos biliares y obviamente el diagnóstico de colecistitis crónica. La cronicidad está relacionada con el engrosamiento o proceso inflamatorio que es necesario evidenciar con el estudio sonográfico, sin embargo, no todos los pacientes presentan un cuadro clínico característico, orientador, y no todos los cálculos biliares pueden ser demostrados mediante estudios de imágenes, algunos cálculos con ausencia de sintomatología son hallazgos accidentales. Otros estudios de imagen menos utilizados pero que también pueden reconocer la presencia de cálculos biliares son radiografía y tomografía computarizada de abdomen, pero para que un cálculo biliar sea evidenciado en una radiografía de abdomen, este debe tener un alto contenido cálcico suficiente para producir una imagen radiopaca.

¹⁰ Patrick C. Jackson, Sabiston, 2019, p. 1491.

¹¹ J.L Herrero S., Ferreras y Rozman Medicina Interna, 2017, p. 194

Por la gran sensibilidad y especificidad que muestra la ecografía abdominal en el diagnóstico de la colecistitis crónica, no es necesario que se realicen estudios de imágenes adicionales costosos como es el caso de la tomografía computarizada de abdomen, cabe destacar que este estudio de imagen puede evaluar la totalidad de las vías biliares. En cuanto a la colecistografía oral es muy rara su utilización ya que está obsoleta. Fue sustituida en su totalidad por la ecografía.

2.9.1 Ecografía abdominal

El engrosamiento de la pared vesicular por encima de 3mm de grosor acompañado o no de litiasis vesicular, con o sin calcificaciones evidenciado por la ecografía es el hallazgo habitual característico que orienta al diagnóstico de colecistitis crónica. En algunas ocasiones no es posible la visualización de cálculos en el interior de la vesícula biliar y solamente pueden ser diagnosticados después de la cirugía. La presencia de bilis espesa que puede manifestarse como barro biliar cuyo diámetro es inferior a 2mm, se manifiesta como múltiples ecos delgados intra-vesiculares y no produce sombra acústica posterior.

La colesterosis, ocasionada por el gran acumulo de macrófagos cargados de lípidos en la lámina propia se presenta de forma difusa y no es posible visualizarla en la ecografía abdominal exceptuando en los casos donde se presenta en forma localizada dando lugar a la formación de un pólipo por lo regular menor de 1 cm, que se mantiene fijo a la movilización del paciente y que no produce una sombra acústica posterior.

Cuando ocurre ausencia de visualización de la vesícula biliar en la ecografía de abdomen, una vez ya fueron excluidas la colecistectomía previa o la contracción física contracción fisiológica de la vesícula si el estudio es realizado luego de la ingesta de alimentos, debe ser considerada anormal o indicativa de una patología como colecistitis crónica, presencia de engrosamientos parietales o incluso un carcinoma vesicular ya que la agenesia o localización ectópica son raras. El diagnóstico de la colelitiasis sintomática, manifestación clínica de la colecistitis crónica, se basa en la existencia de antecedentes clínicos propios de la enfermedad del árbol biliar. La ecografía transabdominal documenta de manera fiable la presencia de colelitiasis.

2.10 Diagnóstico diferencial

Numerosas patologías pueden presentar un cuadro clínico similar al de la colecistitis crónica, por tanto, es necesario que se realice un buen diagnóstico diferencial para excluir otras patologías que cursan con manifestaciones clínicas parecidas a las de la colecistitis crónica pudiendo confundir o retrasar el diagnóstico. Numerosos autores han determinado que dentro de las patologías que figuran en el diagnóstico diferencial de la colecistitis crónica, de las que pueden mencionarse; la enfermedad ulcerosa péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernias de la pared abdominal, colon irritable, afectación diverticular, enfermedades hepáticas, cálculos renales, dolores pleuríticos y miocárdico, entre otras.

2.11 Tratamiento

El abordaje terapéutico de la colelitiasis crónica en la actualidad es inminentemente quirúrgico. La elección de la técnica quirúrgica ya sea laparoscópica o abierta dependerá de la experiencia del cirujano y de las facilidades que brinde el lugar donde es realizado dicho procedimiento. Todos los pacientes deben ser intervenidos mediante la colecistectomía laparoscópica por los resultados excelentes que se presentan en el postoperatorio, disminución de las complicaciones y el rápido restablecimiento del paciente a sus actividades cotidianas. Los objetivos en el tratamiento de la colecistitis las crónicas son: curar el paciente, evitar las recidivas y prevenir complicaciones. Las modalidades terapéuticas utilizadas en la actualidad para la colecistitis crónica van orientadas a la resolución eficaz de la patología, disminución de la hospitalización y una mínima incidencia de complicaciones.

2.11.1 Colecistectomía laparoscópica

Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, la colecistectomía abierta ha quedado relegada a un segundo plano siendo utilizada en mínimas ocasiones solo cuando está contraindicada la colecistectomía laparoscópica o la experiencia del cirujano no sea adecuada para este procedimiento o el lugar de la realización de la misma no esté adecuadamente condicionado con los equipos necesarios para esta técnica quirúrgica.

Por sus excelentes resultados la colecistectomía laparoscópica es el método de elección en el tratamiento de la colecistitis crónica. En comparación con la colecistectomía abierta o convencional, muestra menor índice de complicaciones, una rápida recuperación, disminución del tiempo de hospitalización, disminuye el síndrome doloroso posquirúrgico, menor utilización de analgésicos y menor consumo de antibióticos, lo que genera una disminución del costo para el paciente, menor morbilidad, menor índice de hernias incisionales y mejores aspectos estéticos para el paciente. Hoy en día el abordaje de elección es la colecistectomía laparoscópica, porque supone una menor necesidad de analgesia postoperatoria y de hospitalización. La incidencia de complicaciones es baja (alrededor del 4%). La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento laparoscópico más realizado a nivel mundial por cirujanos generales.

2.11.2 Colecistectomía convencional

La colecistectomía convencional ha sido sustituida casi en su totalidad por la colecistectomía laparoscópica siempre y cuando existan los medios necesarios para su realización. Por ser la colecistectomía laparoscópica el estándar de oro en estos tiempos, dadas las ventajas que ofrece, Aunque la colecistectomía convencional está siendo sustituida hoy por las técnicas laparoscópicas, no deja de ser una opción favorable a utilizar con buenos resultados ante la ausencia de tecnología de avanzada.

2.11.3 Tratamiento conservador

Aunque en la actualidad el tratamiento no quirúrgico de la colecistitis crónica raras veces es utilizado debido a la sencillez, efectividad y la baja incidencia de complicaciones, además que los factores predisponentes no se solucionan teniendo un alta de recidiva.

2.12 Complicaciones

Gracias al diagnóstico temprano y el manejo oportuno de la colecistitis crónica las complicaciones de esta patología registran una baja incidencia en su presentación. Para evitar las complicaciones el paciente debe ser sometido a una colecistectomía laparoscópica electiva por su perfil de bajo riesgo y muy mínimas complicaciones quirúrgicas.

Dado que los pacientes con síntomas muy leves muestran una tasa baja de complicaciones por cálculos biliares (del 1 al 3%/año), en este grupo de población resulta apropiada la observación y las modificaciones de la dieta y el estilo de vida. Los pacientes con síntomas más graves presentan una tasa más alta de complicaciones de la enfermedad (7%/año), de manera que la colecistectomía laparoscópica programada tiene justificación. Dentro de las complicaciones más frecuentes de la colecistitis crónica encontramos: la pancreatitis biliar, coledocolitiasis, colecistitis crónica xantogranulomatosa, vesícula en porcelana, mucocele o hidrops vesicular, sobreinfección bacteriana con colangitis o sepsis, íleo biliar, formación de un absceso local, fistula biliar entérica (colecistoentérica) y el carcinoma de la vesícula biliar.

2.13 Pronóstico

La colecistitis crónica es una patología que luego del tratamiento quirúrgico presenta unos pronósticos excelentes a corto y largo plazo. La colecistectomía laparoscópica en individuos que presentan cálculos biliares sintomáticos (colecistitis crónica) proporciona resultados muy satisfactorios. Después de este procedimiento se alivian los síntomas en casi 90% de los sujetos con Síntomas biliares típicos y cálculos. La colecistectomía laparoscópica es Segura y eficaz en niños y en la edad avanzada siendo la intervención quirúrgica más común realizada en los adultos mayores. Contrario al tratamiento médico conservador, con el tratamiento quirúrgico se evitan las recidivas a la formación de cálculos biliares aun en presencia de los factores de riesgo. Suponiendo que esta modalidad conduce a estancias hospitalarias más cortas reducen los costos. es una intervención menos cruenta para los pacientes y presentan un menor tiempo necesario para la recuperación del paciente y su reintegración a sus actividades diarias.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Hipótesis

En el estudio anatomopatológico de la vesícula biliar, la colecistitis litiásica crónica es la patología quirúrgica más frecuente de la enfermedad litiásica biliar. La presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar es la principal causa de colecistitis crónica.

3.2 Variables

▼ Edad:

▼ **Indicador:** Años cumplidos al momento del diagnóstico y/o la cirugía.

▼ Sexo:

▼ Masculino.

▼ Femenino.

▼ Factores de riesgo:

▼ Edad.

▼ Obesidad.

▼ Sexo.

▼ Diabetes Mellitus II.

▼ Dislipidemia.

▼ Enfermedades hemolíticas.

▼ **Signos:**

- ▼ Hipersensibilidad del cuadrante superior derecho.
- ▼ Signo de Murphy.
- ▼ Ictericia.

▼ **Síntomas:**

- ▼ Cólico biliar.
- ▼ Nauseas.
- ▼ Vómitos.
- ▼ Meteorismo.
- ▼ Eructos.

▼ **Métodos diagnósticos:**

- ▼ Ecografía abdominal.
- ▼ Tomografía abdominal.
- ▼ Radiografía abdominal.

▼ **Técnica quirúrgica:**

- ▼ Colectomía laparoscópica.
- ▼ Colectomía convencional.
- ▼ Colectomía laparoscópica convertida a convencional.

▼ **Hallazgos trans-quirúrgicos:**

- ▼ Vesícula alitiásica.
- ▼ Vesícula de paredes gruesas.
- ▼ Vesícula de paredes finas.
- ▼ Microlitiasis vesicular.

▼ **Reporte anatomopatológico:**

- ▼ Colecistitis crónica litiásica.
- ▼ Colelitiasis.
- ▼ Colecistitis crónica con cambios inflamatorios.
- ▼ Colecistitis crónica alitiásica.
- ▼ Colecistitis crónica inespecífica.

3.3 Diseño metodológico

3.3.1 Tipo de estudio

Se trata de un tipo de estudio explicativo, antrospectivo, de corte transversal.

3.3.2 Demarcación geográfica

Este hospital corresponde a un Tercer Nivel de Atención, ubicado en la Calle Alexander Fleming esquina Pepillo Salcedo, Ensanche La Fe, Santo Domingo, Distrito Nacional.

3.3.3 Universo

Lo constituyen 179 pacientes asistidos por el Departamento de Cirugía del Hospital Salvador B. Gautier con colelitiasis y colecistitis litiásica crónica en el periodo Noviembre del 2020 a junio del 2021.

3.3.4 Muestra

La constituyen 30 pacientes asistidos por el Departamentos de Cirugía del Hospital Salvador B. Gautier con colelitiasis y colecistitis litiásica crónica en el periodo Noviembre del 2020 a Junio del 2021.

3.3.5 Criterios de inclusión

Pacientes que fueron intervenidos con el diagnostico de colelitiasis asintomática y/o cólico biliar en el Departamento de Cirugía del Hospital Salvador B. Gautier en el período Noviembre del 2020 a Junio del 2021.

3.3.6 Criterios de exclusión

Pacientes que fueron intervenidos con el diagnóstico de colelitiasis asintomática y/o cólico biliar en el Departamento de Cirugía del Hospital Salvador B. Gautier en el período Noviembre del 2020 a Junio del 2021.

3.3.7 Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró un cuestionario aplicado al momento del egreso para así obtener el reporte operatorio, quedando pendiente el histopatológico de la pieza quirúrgica para su próxima consulta postquirúrgica.

3.3.8 Procesamiento de la información

Para el análisis de la información se utilizará la base de datos del programa Microsoft Excel 2016.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla No. I: División por grupo etario y sexo

TABLA No. I DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO Y SEXO						
RANGO DE EDADES	SEXO				CASOS	%
	MASC	%	FEM	%		
20 -27			6	20%	6	20%
28-35			4	13.3%	4	13.3%
36-43			4	13.3%	4	13.3%
44-51			6	20%	6	20%
52-59			5	16.6%	5	16.6%
60-67	1		4	13.3%	5	16.6%
68-75						
TOTAL	1	3.3	29	96.6%	30	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. I: Muestra la distribución atendiendo a los grupos de edades y el sexo. Se evidencia una disparidad en cuanto al sexo, predominando el sexo femenino con 29 casos para un 96.6% del total. El grupo etario predominante fue el comprendido en las edades entre 20-27 y 44-51 años con 6 casos cada uno, correspondiendo un 20% en ambos renglones del total.

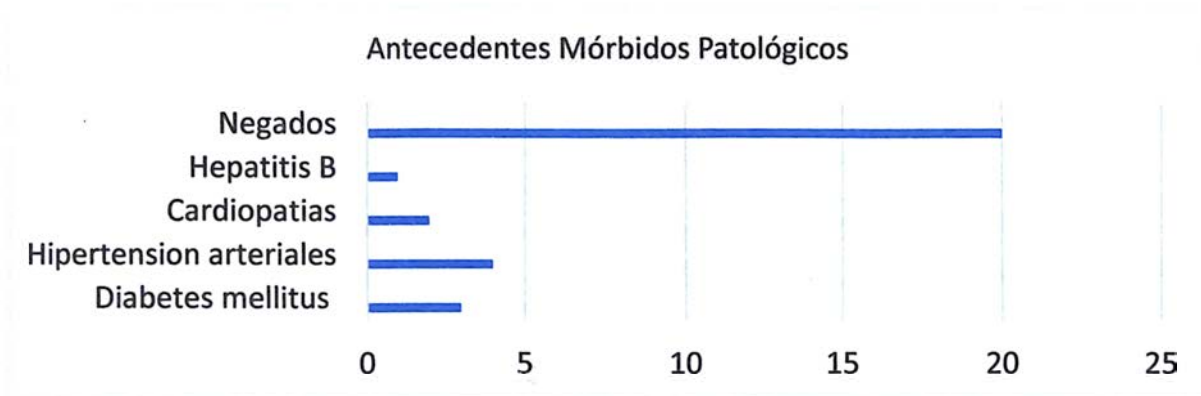
Tabla No. II: Antecedentes Personales Patológicos

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL
Diabetes mellitus	3	10%			10%
Hipertensión arterial	4	13.3%	1	3.3%	16.3%
Cardiopatías	2	6.6%			6.6%
Hepatopatías virus B	1	3.3%			3.3%
Negados	20	66.6%			66.6%
6.6 Totales	29	96.6%	1	3.3%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. II: Muestra la distribución que del 100% de los casos en un 66.6% no presentaron comorbilidades, siendo la comorbilidad más común la hipertensión arterial en 4 casos para un 13.3%.

Gráfico No. I: Antecedentes Personales Patológicos



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. III: Factores de riesgos asociados

FACTORES DE RIESGOS	SEXO FEMENINO		SEXO MASCULINO	
	CASOS	%	CASO	%
Sexo femenino	29	96.6%		
Obesidad	15	50%		
Dislipidemia	4	13.3		
Trastornos hormonales	5	16.6		
Mayor de 40			1	3.3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. III: Muestra la distribución la prevalencia que existe en el sexo femenino con relación al masculino 29 casos a 1, al igual que la obesidad que estuvo presente en 15 casos para un 50%.

Gráfico No. II Factores de riesgos asociados



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. IV: Manifestaciones clínicas

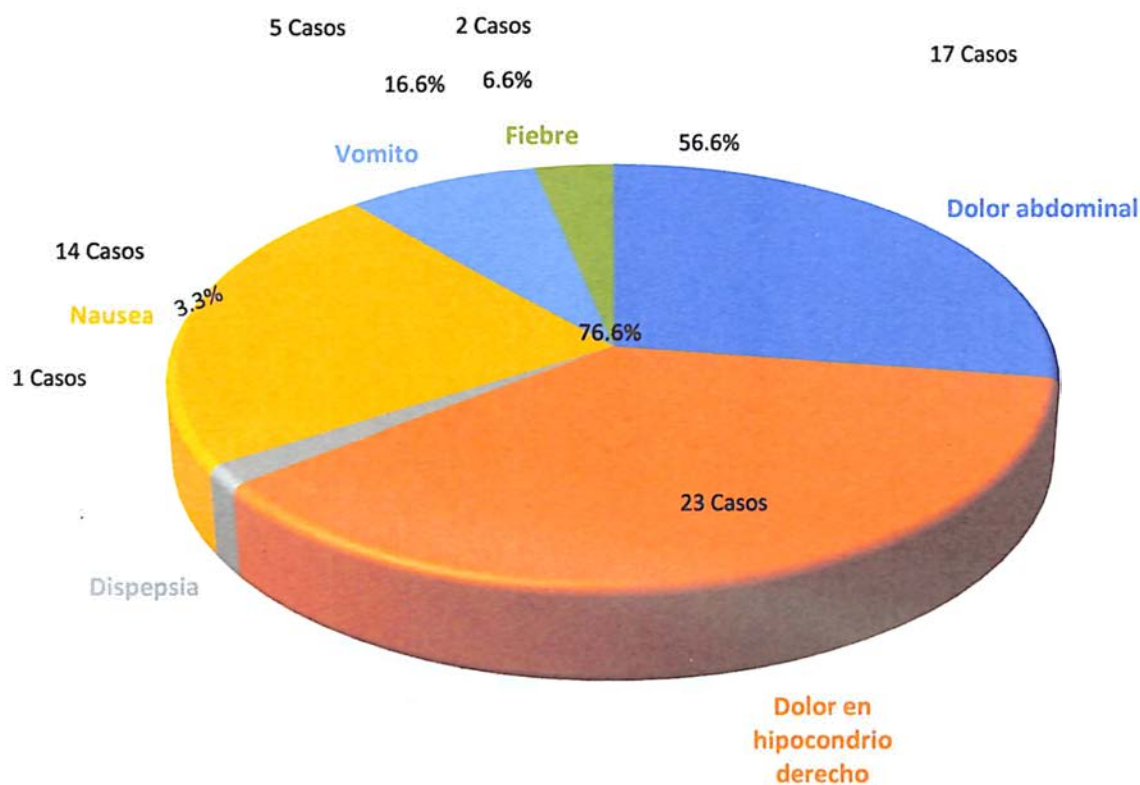
SIGNOS Y SÍNTOMAS	CASOS	%
Dolor abdominal	17	56.5%
Dolor en hipocondrio derecho	23	76.6%
Dispepsia	1	3.3%
Náuseas	14	46.6%
Vómitos	5	16.6%
Fiebre	2	6.6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. IV: Muestra la distribución de los signos y síntomas que refirieron lo paciente estudiados, obteniéndose 23 caso para un 76.6% que presentaban dolor en hipocondrio, seguido de dolor abdominal en 17 casos para un 56.5%.

Gráficos No III: Manifestaciones clínicas

MANIFESTACIONES CLÍNICAS



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

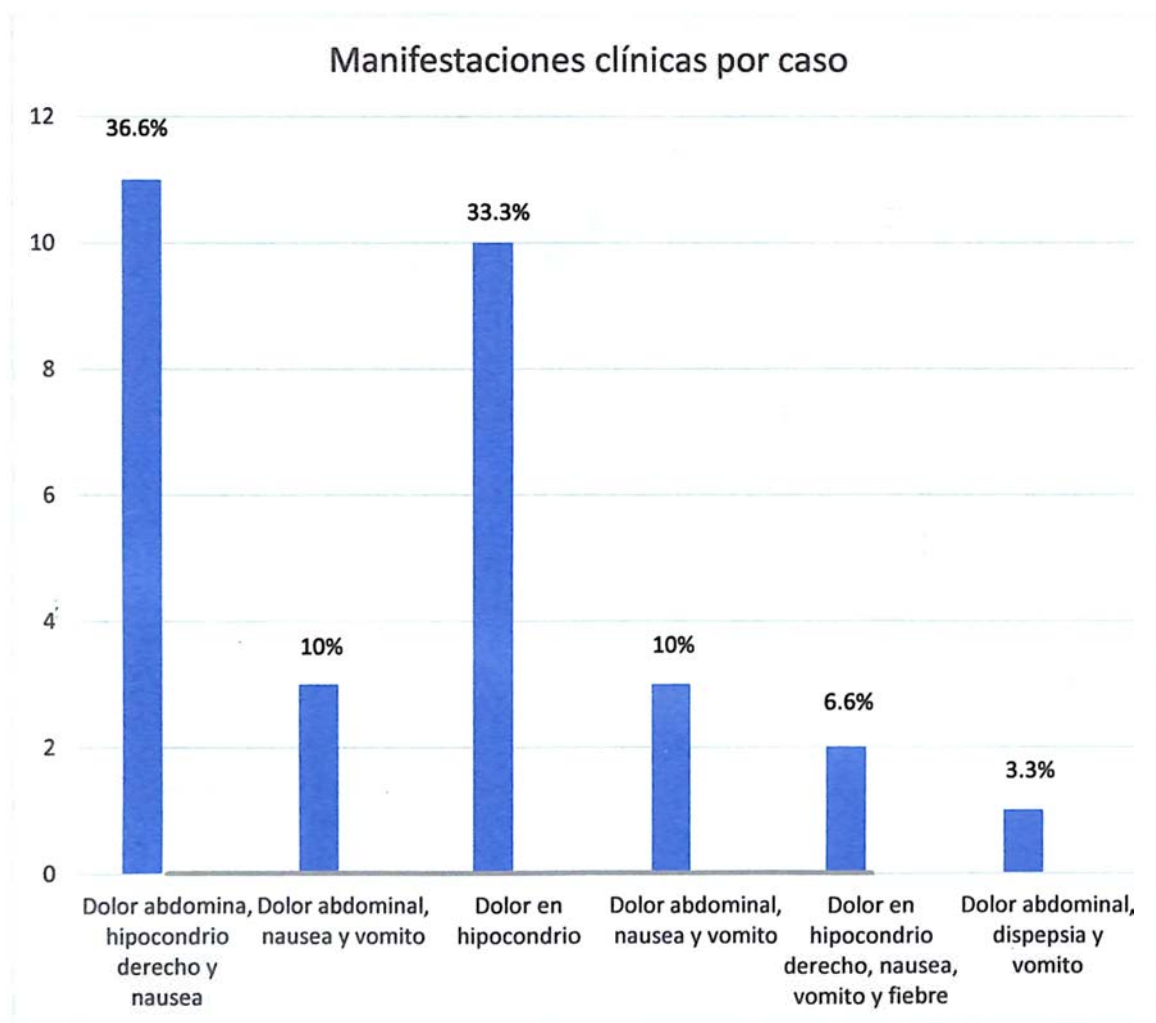
Tabla No. V: Asociación de los signos y síntomas por número de caso individual

SIGNOS Y SÍNTOMAS	CASOS	%
Dolor abdominal, más dolor en hipocondrio derecho, más nausea	11	36.6%
Dolor abdominal, más nausea, vomito	3	10%
Dolor en hipocondrio	10	33.3%
Dolor abdominal	3	10%
Dolor en hipocondrio derecho, más náuseas, emesis y fiebre	2	6.6%
Dolor abdominal, dispepsia y nausea	1	3.3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. V: Muestra la distribución de los signos y síntomas asociados que presentaron cada uno de los casos individuales. Observando que la presentación más característica es el dolor abdominal, más acentuado en hipocondrio derecho, acompañado de nauseas en 11 casos para un 36.6%

Gráficos No IV: Manifestaciones clínicas por número de casos



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

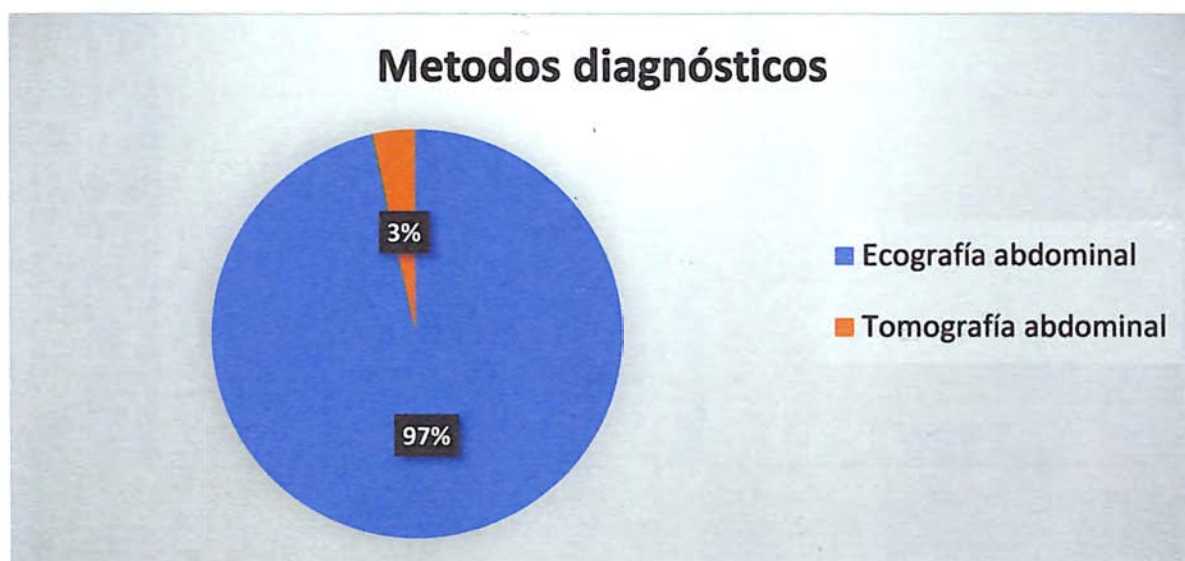
Tabla No. VI: Método Diagnóstico

MÉTODO DIAGNÓSTICO	CASOS	%
Ecografía abdominal	29	96.6%
Tomografía abdominal	1	3.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. VI: Muestra la distribución de los métodos diagnósticos que normalmente soportan la evidencia de cálculos en las vías biliares, observando que la Sonografía abdominal es la más utilizada, debido a su fácil realización y bajos costos, evidenciando que del 100% de los casos el 96.6% (29 casos) fue diagnosticado por Sonografía y solo un caso fue necesaria la utilización de una resonancia magnética.

Gráfico No V: Métodos diagnósticos



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

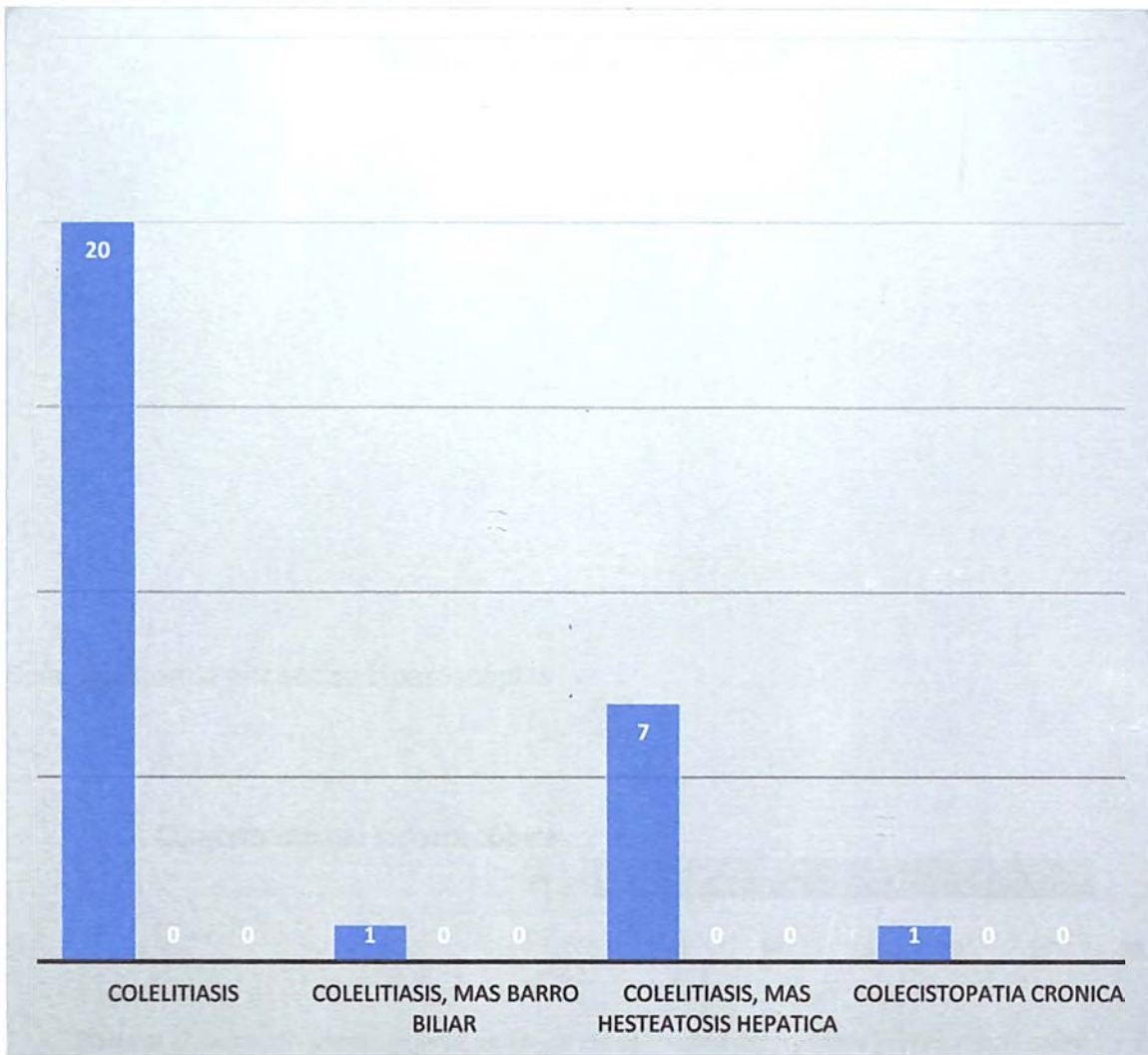
Tabla No. VII: Reporte imagenológicos

REPORTES	SONOGRAFÍA	%	TAC	%	TOTAL
Colelitiasis	20	66.6%	1	3.3%	70%
Colelitiasis más barro biliar	1				3.3%
Colelitiasis más esteatosis hepática	7				23%
Colecistopatía crónica	1				3.3%
TOTAL	29	96.6	1	3.3%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. VII: Muestra que la colelitiasis sin datos de inflamación es el diagnóstico quirúrgico más frecuente en 20 casos para un 66.6%, seguido de la colelitiasis más esteatosis hepática en 7 casos para un 23%.

Gráfico No. VI: Reporte imagenológicos



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

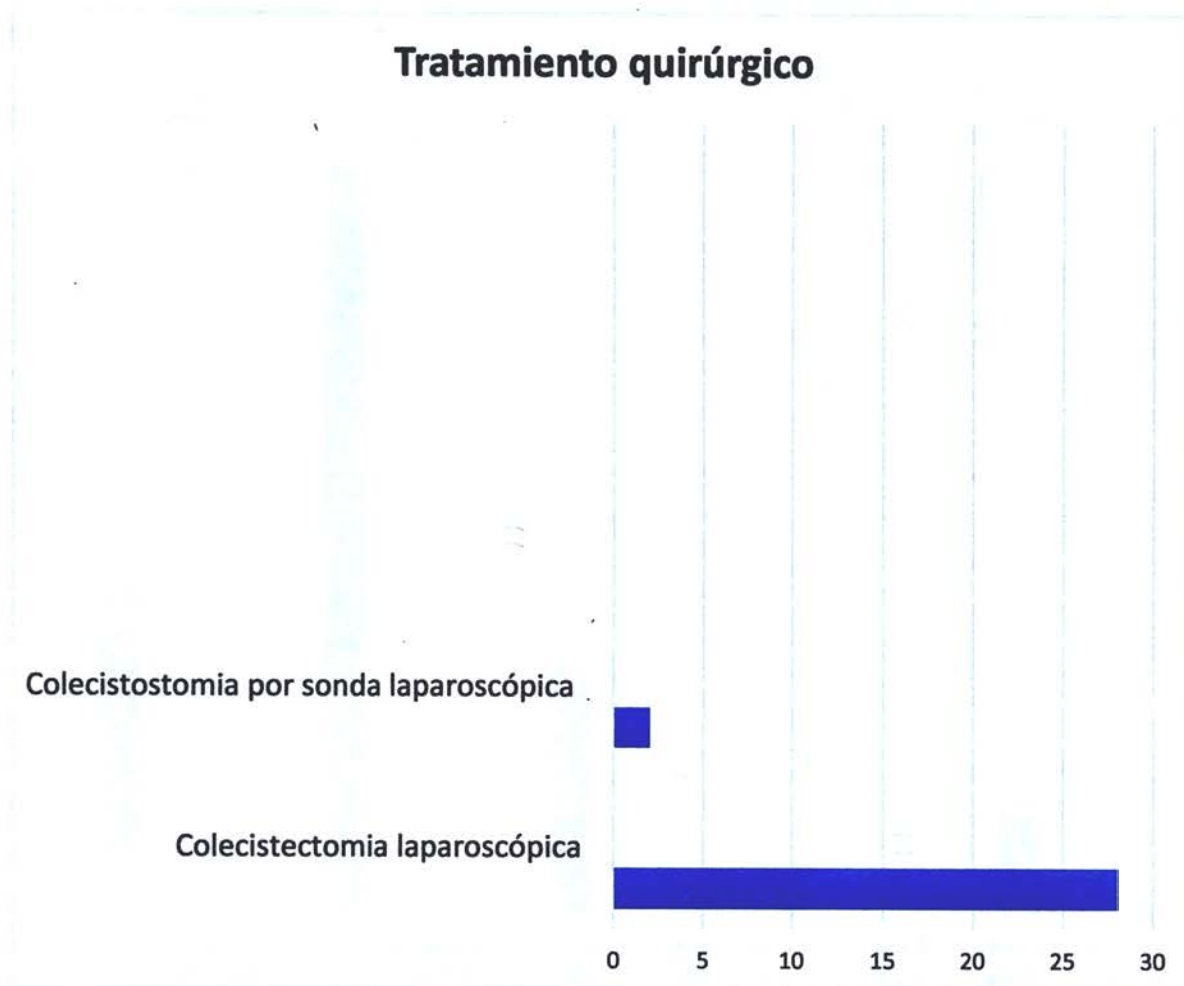
Tabla No. VIII: Tratamiento quirúrgico

PROCEDIMIENTO	CASOS	%
Laparoscópica	28	93.3%
Laparoscópica más colecistostomía	2	6.6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. VIII: Muestra que todas de 100% de los casos se realizaron por laparoscopia donde 1 de los casos se evidencio una agenesia vesicular, destacando que previo a la cirugía se le había realizado una tomografía axial computarizada de abdomen donde se evidenciaba un cálculo biliar y vías biliares extra hepáticas ligeramente dilatadas, en otro caso la anatomía de las vías biliares no pudo apreciar debido aun cístico corto y una vesícula de aspecto granulomatoso por lo que se optó por una colecistostomía por sonda.

Gráfico No. VI: Tratamiento quirúrgico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

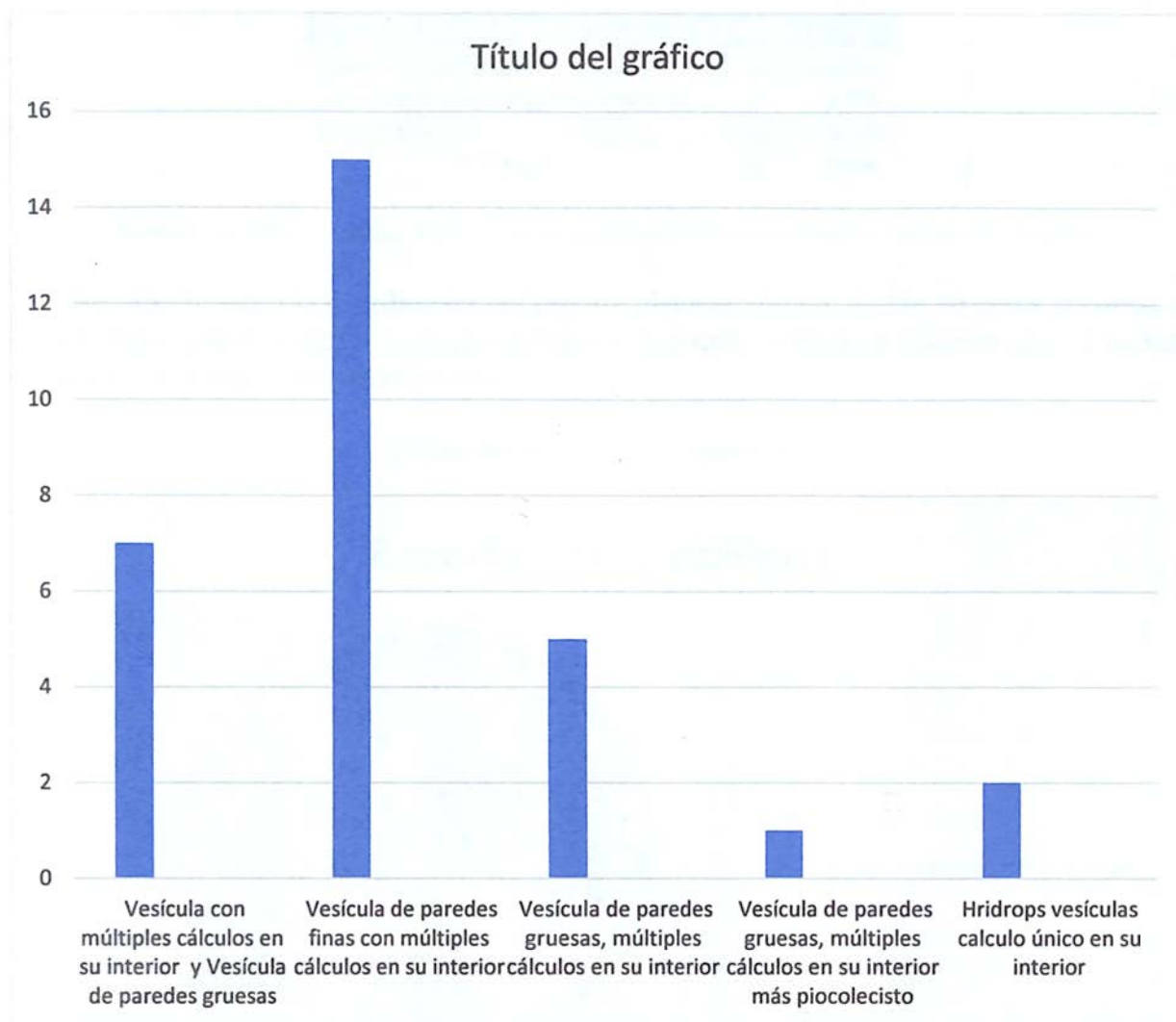
Tabla No. IX: Hallazgos transquirúrgico

HALLAZGO	CASOS	%
Vesícula con múltiples cálculos en su interior y vesícula de paredes gruesas	7	23.3%
Vesícula de paredes finas con múltiples cálculos en su interior	15	50%
Vesícula de paredes gruesas, múltiples cálculos en su interior	5	16.6%
Vesícula de paredes gruesas, múltiples cálculos en su interior más piocolecisto	1	3.3%
Hidrops vesículas calculo único en su interior	2	6.6%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. IX: Muestra que todos los casos presentados a excepción de uno guardaban relación con los hallazgos imagenológicos, observándose una agenesia vesicular con previo reporte tomográfico de cálculo biliar. Siendo la colelitiasis de paredes finas la más frecuente encontrada para 15 casos, correspondiendo el 50%.

Gráfico No. VIII: Hallazgos iransquirúrgico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. X: Correlación entre los hallazgos imagenológicos y transquirúrgicos

CORRELACIÓN	CASO	%
Corresponde uno del otro	30	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. X: Muestra la distribución de la correlación entre el diagnóstico pre-quirúrgico y el trans-quirúrgico, observando que 30 casos para un 100% donde no hubo diferencias en el diagnóstico, pre-quirúrgico en relación al trans-quirúrgico, cabe destacar en uno de los casos donde había un reportado pre-quirúrgico de una colelitiasis por TAC abdominal, y luego del trans-quirúrgico se evidenció una agenesia vesicular, esta no fue incluido ya que no cumplía con el requisito de la histopatológico.

Tabla No. XI: Reporte histopatológico

CORRELACIÓN	CASOS	%
Colecistitis crónicas	9	30%
Colecistitis crónica granulomatosa	1	3.3%
Colelitiasis	20	66.6%
TOTALES	30	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

Tabla No. XI: Muestra la distribución del reporte histopatológico, donde 20 casos cursaron solo con colelitiasis mientras que 9 casos presentaron colecistitis crónica en relación con 12 hallazgos trans-quirurgicos sugestivos a cronicidad.

Gráfico No. IX: Reporte histopatológico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Hospital Salvador B. Gautier

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En el presente estudio concluimos que el sexo más afectado es el femenino con un total de 29 casos para un 96.6%. El grupo etario más afectado comprendió las edades entre 20 - 27 y 44 - 51 años con 6 casos cada uno, correspondiendo un 20% en ambos renglones del total. En cuanto a las morbilidades se observó que del 100% de los casos en un 66.6% no presentaron comorbilidades, siendo la comorbilidad más común la hipertensión arterial en 4 casos para un 13.3%. La presentación clínica más característica fue el dolor abdominal más acentuado en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas en 11 casos para un 36.6%, seguida de dolor en hipocondrio con un total de 10 casos para un 33.3%. El método diagnóstico de elección, tanto por su comodidad asequibilidad y especificad corroborado en el estudio fue la sonografía abdominal donde no hubo diferencias significativas entre el diagnóstico pre-quirúrgico, trans-quirúrgico al igual que histopatológico. El histopatológico no presentó diferencias significativas en el diagnóstico en cuanto al pre, trans y post quirúrgico, donde 20 casos cursaron solo con colelitiasis, mientras que 9 casos presentaron colecistitis crónica en relación con 12 hallazgos trans-quirúrgicos sugestivos a cronicidad.

Recomendaciones

- ▼ Asegurar que a todos los pacientes sometidos a colecistectomía en el Hospital Salvador B. Gautier sea realizado el pedido del reporte anatomopatológico de la pieza quirúrgica y que este sea archivado junto con el expediente del paciente para posteriores investigaciones.

- ▼ Sustituir la técnica convencional por la colecistectomía laparoscópica en el mayor número de los casos posible ya que esta es más segura para el paciente y tiene menos tiempo de hospitalización lo que se genera en mayor disponibilidad de espacio para nuevos pacientes que requieran internamiento.
- ▼ Optimizar los sistemas de registro del Hospital Marcelino Vélez Santana, para así poder contar con una base de datos más sólida y que no obstaculice el curso de ninguna investigación. Tomar nota de la evolución de cada paciente diagnosticado con colecistitis crónica, desde la primera consulta hasta la resolución final de la patología.

Recomendaciones terapéuticas

1. No está indicada la colecistectomía profiláctica en pacientes con colelitiasis asintomática sometidos a cirugía abdominal que suponga un incremento del riesgo de desarrollar colelitiasis.
2. La aplicación generalizada de la colecistectomía no está indicada en litiasis biliar asintomática.
3. El tratamiento de elección para el cólico biliar es la administración de AINE.
4. La colecistectomía debe ofrecerse a los pacientes con litiasis biliar sintomática no complicada.
5. Es preferible la programación electiva de la colecistectomía frente a la urgente en los casos de colelitiasis sintomática no complicada.
6. Se recomienda la colecistectomía laparoscópica o mediante mini laparotomía frente a la colecistectomía abierta como tratamiento de la colelitiasis sintomática no complicada.
7. La colecistectomía laparoscópica asociada a la exploración intraoperatoria de la vía biliar es la técnica de elección para el tratamiento de la coledocolitiasis no complicada.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8. La coledocolitiasis asociada a la colelitiasis se tratará sólo con endoscopia exclusivamente en aquellos casos con inaceptable riesgo quirúrgico.
9. En función de los recursos disponibles localmente, la colecistectomía laparoscópica asociada a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica perioperatoria es un tratamiento adecuado para mejorar la obstrucción de las vías biliares.
10. Las pacientes embarazadas con colelitiasis sintomática que no respondan al manejo conservador pueden ser tratadas con colecistectomía laparoscópica, preferentemente durante el segundo trimestre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Farreras, C. y Rozman, C. (2017). Enfermedades del aparato digestivo, Gastroenterología y Hepatología. (177 ed.) España: ELSEVIER.

Courtney, M. Townsend, Jr., MD (2019). Sabiston Tratado de Cirugía fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna (20ava ed.) España: ELSEVIER.

Goldman, L., MD, Schafer A. (2017). Tratado de Medicina Interna (25" ed.) España: ELSEVIER.

F. Charles, Brunickardi, MD, FACS (Ed.) (2020) Schwartz Principios de Cirugía (10ed.) Nueva York: McGraw-Hill.

Dan, L. Longo, MD et al (2019) Harrison Principios de Medicina Interna (20ava ed.) Nueva York: McGraw-Hill.

Mohan, H. (2018) Patología (7ed.) Argentina: Editorial medica Panamericana.

Rubin, R. y Strayer, David S. (2016) Patología de Rubins (8" ed.) España: Lippincott Williams & Wilkins.

Robbins y Cotran (2008) Patología estructural y funcional (8" ed.) (Prof. Dra. J. Fariña González) España: ELSEVIER SAUNDERS.

William, D. Carey, MD (2017) The Cleveland Clinic Diagnostic Clinic y Treatment (7"ed) Mexico: Manual Moderno.

Horton-Szar, D. (2015) Curso Crash Collins y Fox, Lo Esencial en Gastroenterología (3° ed) España: ELSEVIER MOSBY.

Aguilera, K. (2013) Conductas en Gastroenterología (13ed) Hospital San Martin de la Plata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fauci, S. Anthony, MD (2010) Harrison's Gastroenterology and Hepatology (17ed) New York: McGraw-Hill.
- Segura, A. (2016) SEMERGEN 8 Ecografía de la Vesícula y la Vía Biliar España: ELSEVIER.
- Tejedor, M. Bravo y Albillos A. Martínez (2018) Enfermedad Litiásica Biliar España: CIBERehd Medicine.
- White, P. MD (2017) Radiological Society of North América (RNSA) Cálculos biliares (Radiologyinfo.org).
- Motta-Ramírez, G. (2015) Anales de Radiología México. Vesícula en porcelana y carcinoma de vesícula.
- Castro, Ibrahim G. (2017) Formación de cálculos biliares de colesterol. Nuevos avances científicos. GEN Revista de la sociedad Venezolana de Gastroenterología Volumen 66 No. 1 pp. 57-62.
- Martin Fuentes, L. et al (2015) Revista Digital de Ecografía Clínica Sociedad española de Ecografía Volumen 4, No. 4 pp. 101-103.
- Murillo Matamoros, C. MD (2012) Gastroenterología, patología de las vías biliares y embarazo. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica Volumen 69 (601) pp. 163-169.
- Uribe M. MD et al (2017) Actualización en Cáncer de la Vesícula Biliar. Revista Médica Clínica Condes Volumen 24 No. (4) pp. 638-643.
- Vialat, S. MD (2015) Litiasis Biliar en el niño. Revista Cubana de Pediatría Volumen 87 (1) pp. 21-30 <http://scielo.sdl.cu>
- Zuniga, D. y Barrantes, R. (2013) Cirugía. Pólipos de la Vesícula Biliar Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica Vol. 70 (605) pp. 13-17.
- Morera-Ocon, F. (2017) Cirugía Española. Indicaciones quirúrgicas en las patologías de la vesícula biliar. Revista de cirugía Española Vol. 91(5) pp. 324-330 ELSEVIER DOYMA.
- Fuentes, I. et al (2019) Colectomía Laparoscópica temprana en colecistitis crónica artículo de investigación. Revista ANACEM vol. 7 No.2 Pp. 60-63
- Fernández Esparrach G, (2019) Papel de la ultrasonografía endoscópica en el estudio de las colestasis extrahepáticas. Gastroenterología y Hepatología.
- Lidofsky SD. Jaundice. et al (2017) Enfermedades gastrointestinales y del Hígado 9." ed. Philadelphia: SAUNDERS.
- Overby DW, Apelgren KN, Richardson W, Fanelli R. SAGES (2017) guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. SurgEndoscopy. Philadelphia: SAUNDERS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Naranjo, A. y Rodríguez C. (2013) Litiasis biliar. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Sociedad Española de Cirugía.

Castillo, J. (2018) Artículo de Investigación. Cáncer temprano de la vesícula biliar tratamiento y sobrevida a largo plazo. Revista Chilena de Cirugía Vol. 66 No. 5 pp. 417-422.

Parra, M. et al (2019) Colectomía por laparoscopia de puerto único a través de un guante quirúrgico. Revista Colombiana de Cirugía vol. 26 pp. 56- 61.

ANEXO



Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

UNPHU

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Protocolo de Recopilación de Datos

Nombre: _____ NHC: _____

1. Edad: _____

2. Sexo:

Masculino _____

Femenino _____

3. Escolaridad:

Analfabeto _____

Básica _____

Bachiller _____

Universitario _____

4. Procedencia:

Rural _____

Urbano _____

5. Ocupación:

Obrero _____

Trabajador independiente _____

Chofer _____

Maestro _____

Ama de casa _____

6. Antecedentes patológicos:

Diabetes mellitus _____
Hipertensión arterial _____
Cardiopatías _____
Falcemia _____
Pancreatitis _____
Hepatopatías virales (especificar: _____)
Otros (especificar: _____)

7. Factores de riesgo:

Sexo femenino _____
Obesidad _____
Dislipidemia _____
Trastornos hormonales _____
Otros (especificar: _____)

8. Signos y síntomas que motivaron la consulta:

Dolor abdominal _____
Dolor en hipocondrio derecho _____
Dispepsia _____
Nausea _____
Vomito _____
Fiebre _____
Otros (especificar: _____)

9. Métodos diagnósticos utilizados:

Ecografía abdominal _____
Tomografía abdominal _____
Resonancia magnética _____
Radiografía abdominal _____
Otros (especificar: _____)

10. Técnica quirúrgica utilizada:

Laparoscópica _____
Convencional _____
Laparoscópica convertida _____

11. Complicaciones postquirúrgicas en los primeros 20 días:

Infección de sitio quirúrgico _____
Colecciones intra-abdominal _____
Lesiones iatrogénicas _____

12. Reporte sonográfico:

Colelitiasis _____

Colelitiasis crónica _____

Colelitiasis aguda _____

Barro biliar _____

Pólipo vesicular _____

13. Hallazgos trans-quirúrgicos:

Vesícula de paredes finas _____

Vesícula de paredes gruesas _____

Vesícula sin cálculos en su interior _____

Vesícula con múltiples cálculos en su interior _____

Vesícula con cálculos facetados en su interior _____

Barro biliar _____

Pólipo vesicular _____

14. Reporte histopatológico

Colecistitis crónica _____

Colecistitis aguda _____


Colesterosis vesicular _____

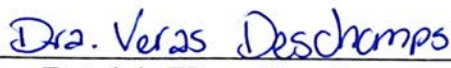
Barro biliar _____

Pólipo vesicular _____


EVALUACIÓN

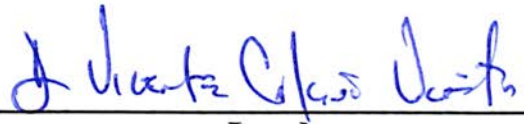

Aristides Ramirez Beltré
Sustentante


Dr. Porfirio Miguel Garcia Rojas
Asesor Científico

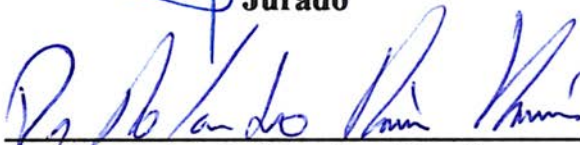

Dra. Patricia Veras Deschamps
Asesora Científica

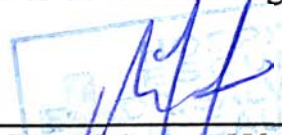

Dra. Claridania Rodríguez
Asesora Metodológica



Jurado


Jurado


Jurado


Dr. Rolando Ramirez Ramirez
Jefe del Departamento de Cirugía General del HSBG-SNS
Coordinador de la Residencia de Cirugía General del HSBG-SNS


Dr. Pascal Arturo Nunez Minaya
Gerente de Enseñanza e Investigaciones Científicas del HSBG-SNS


Dr. William Duke
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNPHU


Calificación


Fecha de presentación



Esta edición se terminó de imprimir
en el mes de junio de 2021
por el digitador

ALEXIS MATA

Ave. Carlos Pérez Ricart esq. Ave. Central
Sector Arroyo Hondo II
Santo Domingo, República Dominicana
alexismatadigitacion@gmail.com

