

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**MANEJO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE LA PATOLOGÍA  
BENIGNA DE LA VESÍCULA Y VIA BILIAR**

**NATHALI HERNÁNDEZ COZAR**

**Tesis**

**Presentada ante las autoridades de la**

**Escuela de Estudios de Postgrado de la**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General**

**Para obtener el grado de**

**Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General**

**Octubre 2017**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.295.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Nathali Hernández Cozar

Registro Académico No.: 100021321

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Cirugía General**, el trabajo de TESIS **MANEJO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE LA PATOLÓGICA BENIGNA DE LA VESÍCULA Y VÍA BILIAR**

Que fue asesorado: Dr. Ery Mario Rodríguez Maldonado MSc.

Y revisado por: Dr. Ery Mario Rodríguez Maldonado MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2017

Guatemala, 28 de agosto de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Guatemala, 4 de junio de 2016

Dr. Oscar Fernando Castañeda  
Coordinador Específico de Programas de Pos-Grado  
Escuela de Estudios de Maestrías y Postgrados  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Estimado Doctor Castañeda:

Por medio de la presente le informo que he **revisado y aprobado** el informe final de Tesis detallado a continuación:

Título:

**"MANEJO MÉDICO QUIRÚRGICO DE LA PATOLOGÍA BENIGNA DE LA VESÍCULA Y VÍA BILIAR "**

Autor:

**NATHALI HERNÁNDEZ COZAR**

Dicha Tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta Coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe:

Atentamente,

  
Dr. Ery Mario Rodríguez M.  
MÉDICO Y CIRUJANO  
CIRUGIA  
COL. 6.584

Dr. Ery Mario Rodríguez Maldonado MSc  
ASESOR  
CIRUGIA GENERAL  
IGSS/USAC

Cc/Archivo

Guatemala, 4 de junio de 2016

Dr. Oscar Fernando Castañeda  
Coordinador Específico de Programas de Pos-Grado  
Escuela de Estudios de Maestrías y Postgrados  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Estimado Doctor Castañeda:

Por medio de la presente le informo que he **revisado y aprobado** el informe final de Tesis detallado a continuación:

Título:  
**"MANEJO MÉDICO QUIRÚRGICO DE LA PATOLOGÍA BENIGNA DE LA VESÍCULA Y VÍA BILIAR "**

Autor:  
**NATHALI HERNÁNDEZ COZAR**

Dicha Tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta Coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe:

Atentamente,



Dr. Ery Mario Rodríguez M.  
MÉDICO Y CIRUJANO  
CIRUGÍA  
C.C.C. 6.584

Dr. Ery Mario Rodríguez Maldonado MSc  
REVISOR  
CIRUGIA GENERAL  
IGSS/USAC

Cc/Archivo

A: Luis Alfredo Ruiz Cruz  
Coordinador General de Programas Maestrias Especialidades.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 23 de Agosto 2017

Fecha de dictamen: 23 de agosto de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

NATHALI HERNANDEZ COZAR

Título:

MANEJO MEDICO-QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA BENIGNA DE LA VESICULA Y VIA BILIAR

**Sugerencias de la revisión:**

- Autorizar la impresión de tesis.

Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grad



## AGRADECIMIENTOS

**A Dios** por darme la vida, mi familia, haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A ti Señor porque hiciste realidad este sueño, por todo el amor con el que me rodeas y porque me tienes en tus manos. Esta tesis es para ti.

A la **Universidad de San Carlos de Guatemala** y en especial a la **Facultad de Ciencias Médicas** por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país. A todo el personal administrativo de la facultad por su amabilidad, disposición y buena voluntad.

**A mi familia**, que gracias a sus consejos y palabras de aliento crecí como persona. A mis padres, hermanos, tíos y primos por su apoyo, confianza y amor. Gracias por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

**A mi madre** por hacer de mi una mejor persona a través de sus consejos y enseñanzas. Por haberme apoyado en todo momento, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

**A mi padre** por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre. Por los ejemplos de perseverancia y constancia, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

**A mis hermanos**, por estar siempre presentes, cuidándome y brindándome aliento.

**A mis amigos y compañeros de residencia** que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional me acompañaron y ayudaron durante la carrera, por su buen humor, apoyo y compañía.

Nathalí Hernández Cozar.

## INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS _____	i
RESUMEN _____	ii
I. INTRODUCCION _____	1
II. ANTECEDENTES _____	3
III. OBJETIVOS _____	11
IV. MATERIAL Y METODOS _____	12
V. RESULTADOS _____	18
VI. ANALISIS Y DISCUSION _____	25
6.1 CONCLUSIONES _____	27
6.2 RECOMENDACIONES _____	28
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____	29
VIII. ANEXO _____	32

## INDICE DE TABLAS

TABLA No. 1	18
TABLA No. 2	19
TABLA No.3	20
TABLA No.4	21
TABLA No.5	22
TABLA No.6	23
TABLA No.7	24

## RESUMEN

**Antecedentes:** Los trastornos de la vía biliar afectan a una proporción importante de la población mundial. Más del 95% de las enfermedades biliares son atribuibles a colelitiasis. Se estima que el 10% de la población general tiene cálculos biliares. El 2% de estas personas desarrollan síntomas cada año. La litiasis biliar ocurre más frecuentemente en mujeres que en hombres. **Objetivos:** Determinar el manejo médico quirúrgico de la patología benigna de la vesícula y la vía biliar en pacientes atendidos en el Instituto Guatemalteco de seguridad social durante el período comprendido entre enero de 2012 y mayo del 2013. Determinar la incidencia, distribución, presentación clínica, método diagnóstico utilizado, tratamiento establecido y complicaciones de esta patología. **Metodología:** El tipo de estudio realizado fue descriptivo, prospectivo y observacional que incluyó a pacientes ingresados en el servicio de cirugía de hombres y mujeres del Hospital Juan José Arévalo Bermejo y Hospital General de Enfermedades. **Resultados y conclusiones:** la patología benigna biliar más frecuente fue cólico biliar (41%) seguido de colecistitis aguda (32%) y colelitiasis (17%). El método diagnóstico de elección fue el USG hepático y de vías biliares (94%) siendo este el gold estándar. El tratamiento establecido más frecuente fue quirúrgico (89.30%) ya que este resuelve definitivamente la patología, siendo la colecistectomía VDLP la más frecuente ya que esta tiene un menor índice de complicaciones y recuperación más rápida. Entre las complicaciones más importantes se encuentra Pancreatitis de origen biliar (50%).

## I. INTRODUCCION

Los trastornos de la vía biliar afectan a una proporción importante de la población mundial. Más del 95% de las enfermedades biliares son atribuibles a colelitiasis. Se estima que el 10% de la población general tiene cálculos biliares. El 2% de estas personas desarrollan síntomas cada año. La litiasis biliar ocurre más frecuentemente en mujeres que en hombres. El ultrasonido es el primer estudio en la evaluación de la patología biliar aguda. La colecistectomía laparoscópica es la intervención de elección en los pacientes colelitíasicos no complicados. Tiene menor mortalidad que la cirugía abierta. Las ventajas son menor dolor, acortamiento de la estancia hospitalaria, más rápido reintegro a la actividad laboral, segura y bien aceptada en general por los pacientes. La mortalidad operatoria global de la colecistectomía ha sido reportada por algunos autores e internacionalmente aceptada entre 0-0.8%.

Los objetivos fueron determinar el manejo médico quirúrgico de la patología benigna de la vesícula y la vía biliar en pacientes atendidos en el Instituto Guatemalteco de seguridad social durante el período comprendido entre enero de 2012 y mayo del 2013. Determinar la incidencia, distribución, presentación clínica, método diagnóstico utilizado, tratamiento establecido y complicaciones de esta patología.

El tipo de estudio realizado fue descriptivo, prospectivo y observacional que incluyó a pacientes ingresados en el servicio de cirugía de hombres y mujeres del Hospital Juan José Arévalo Bermejo y Hospital General de Enfermedades.

Entre los resultados se encontró que la patología benigna biliar más frecuente fue cólico biliar (41%) seguido de colecistitis aguda (32%) y colelitiasis (17%). El método diagnóstico de elección fue el USG hepático y de vías biliares (94%). El tratamiento establecido más frecuente fue quirúrgico (89.30%), siendo la colecistectomía VDLP la más frecuente. Entre las complicaciones más importantes se encuentra Pancreatitis de origen biliar (50%).

Concluyendo que la patología benigna biliar más frecuente fue cólico biliar (41%) seguido de colecistitis aguda (32%) y colelitiasis (17%). El método diagnóstico de elección fue el USG hepático y de vías biliares (94%) siendo este el gold standar. El tratamiento establecido más

frecuente fue quirúrgico (89.30%) ya que este resuelve definitivamente la patología, siendo la colecistectomía VDLP la más frecuente ya que esta tiene un menor índice de complicaciones y recuperación más rápida. Entre las complicaciones más importantes se encuentra Pancreatitis de origen biliar (50%).

## II. ANTECEDENTES

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA Y SINTOMATOLOGIA

Los trastornos de la vía biliar afectan a una proporción importante de la población mundial. Más del 95% de las enfermedades biliares son atribuibles a la coledocistitis. En Estados Unidos, el costo anual de la coledocistitis y de sus complicaciones es de 6 a 8 miles de millones de dólares. De los estadounidenses de más de 40 años, el 40% tiene cálculos biliares y 10 a 30% presentarán síntomas en un momento dado. Cerca del 11% de la población adulta en los EUA tiene cálculos biliares. La prevalencia varía de acuerdo con la edad, sexo y Grupo étnico. (1,8,13)

El 2% de estas personas desarrolla síntomas cada año, cerca del 20 al 30% de los pacientes desarrolla síntomas en algún momento de su vida. La litiasis biliar se desarrolla cuando el contenido de sales biliares y lecitina en la bilis es insuficiente para mantener el colesterol en disolución. Los cálculos biliares afectan al 10-20% de la población adulta de los países desarrollados. No obstante, casi todos estos cálculos (> 80%) son silentes y la mayoría de las personas no tiene sintomatología asociada ni otras complicaciones durante decenios. (12)

Náuseas y Vómitos: En el 50% de los casos. Fiebre Moderada: 38 a 39°, con frecuencia de 50 a 60%, eventualmente acompañada de escalofríos. Ictericia: Aparece en el 20% de los pacientes, es de ligera intensidad. Se la explica por compresión de la vía biliar principal por la vesícula tumefacta. Los síntomas se mantienen por un término de 72 horas en el 90% de los pacientes, remitiendo espontáneamente y normalizándose el paciente en el lapso de ocho a diez días. (9,13)

La litiasis biliar ocurre más frecuentemente en mujeres que en hombres, en una relación de 2-3:1. Se estima que el 10 % de la población general tiene cálculos biliares y la mayoría de las series indican que las mujeres tienen una prevalencia de 5% a 20 % entre los 20 a 55 años, siendo 25% a 30 % después de los 50 años. (1,13)

El hemocultivo suele ser positivo en pacientes febriles. Un 30% de hemocultivos son positivos en las primeras 24 horas y un 80% en las 72. Los microorganismos frecuentes

son Enterobacteriaceae (68%), Enterococci (14%), y Klebsiella. Suelen estar presentes algunos anaerobios como Bacteroides y Clostridium (7%). (1,11)

Entre el 5% y 10 % de los adultos y el 30% de los niños, las colecistitis se producen en ausencia de litiasis vesicular. Es más frecuente en hombres que en mujeres. (1)

El 95% de los pacientes con coledocolitiasis tienen litiasis vesicular pero el 15 % de los pacientes con litiasis vesicular tienen coledocolitiasis. (1,12)

El dolor se presenta en 75% de los pacientes, suele ser grave, tipo cólico, intermitente, requiere analgésicos para su alivio. Fiebre aparece en 60% de los casos(1). De cada 100 personas que tengan cálculos en la vesícula, 15 a 25 pacientes desarrollarán algún tipo de síntoma en un lapso de 10 años. O sea, que estos pacientes tienen una probabilidad de 2 a 6 en 100 (2 a 6%) de experimentar síntomas en un año. Además se ha observado que el 90% de los pacientes que se vuelven sintomáticos presentan como primera manifestación un cólico biliar<sup>7</sup> y un 3 a 5% se presentan con síntomas severos. (7,12)

En el 80% de los casos de colecistitis aguda existe historia previa de sintomatología vesicular, el cuadro agudo se presenta generalmente en forma brusca y en otros casos puede ser progresivo. El síntoma más común es el dolor intenso en cuadrante superior derecho o en epigastrio con irradiación escapular en el 40% de los casos, se acompaña de náuseas y vómitos en el 85%. (8)

La litiasis es la principal causa de obstrucción y dilatación de la vía biliar en nuestro medio, y el reconocerla no parece ser muy dificultoso a manos de un buen operador en ultrasonido, sin embargo, solo en un 70 a 80 % de los pacientes hay dilatación de los conductos biliares. (5,14)

Queda demostrado en nuestra serie que sigue habiendo un predominio de mujeres con íctero a razón de 4/1, y que la edad más frecuente es la 5ta. y 7ma década de la vida, sobre todo por ser la litiasis coledociana la mas frecuente etiología del íctero. Además se evidenció que el ultrasonido y la CPRE son los mejores medios diagnósticos y que en

los casos de cáncer, los procederes derivativos predominan, por lo tardío del diagnóstico (7,13)

## **2.2 METODOS DIAGNOSTICOS**

El ultrasonido (US) es el primer estudio en la evaluación de patología biliar aguda (sensibilidad 83%, especificidad 95%), de los 123 pacientes incluidos en el Grupo estudio. (2,16)

En 99 (80%) de ellos No se encontró patología biliar ni causa identificable que explicase sus síntomas. (14)

En el estudio de las vías biliares, el USG tiene en el caso de obstrucción de la vía biliar un 16-20% de certeza diagnóstica en determinar la causa y el nivel de la obstrucción en el colédoco distal y del 60% en determinar la causa y nivel de la obstrucción en general. (15)

Si bien el USG es muy sensible para la detección de litos biliares, la capacidad para predecir colecistitis aguda en pacientes con síntomas clínicos aparece limitada. El juicio clínico es más importante que los hallazgos por USG. (16)

La ictericia obstructiva puede ser el resultado de litiasis, neoplasias y de estenosis benignas de la vía biliar y sin lugar a dudas la visualización directa del árbol biliar a través de la CPRE siempre ofrecerá una mayor capacidad diagnóstica no exenta de complicaciones que oscilan del 3-5%. (18)

La indicación de la CPRE fue Coledocolitiasis en 61% seguida de neoplasias biliopancreaticas en 17%. Los hallazgos ecográficos más frecuentes previos a la CPRE fueron la dilatación de vías biliares en 44% y coledocolitiasis en 19%. Los hallazgos más frecuentes encontrados en la CPRE fueron Odditis en 23%, cálculos en via biliar en 21% y dilatación coledociana en 15%. Se realizaron 202 papiloesfinterotomias, se colocaron 58 prótesis y realizaron 40 dilataciones con balón. El 88% de las CPRE fue exitoso siendo la principal complicación la hemorragia leve en 9%. (8,19,20)

El papel de los métodos de imagen considerados en desuso como la colangiografía IV tanto para su abordaje anatómico y planeo quirúrgico pasando por la colangio TC que con medio de contraste IV de excreción biliar permiten evaluar a la vía biliar. (18)

La tasa de errores en el diagnóstico de la litiasis vesicular se calcula cercana al 3%. El signo más constante en la colecistitis aguda (aparece en el 60-80% de los pacientes) es el dolor que en la zona supramesocóndrica se desencadena con la presión superficial del transductor (signo de «Murphy ultrasonográfico»). (2)

Los mejores resultados obtenidos con la CPRM se encuentran en las vías biliares dilatadas. Se ha publicado desde un 91% de efectividad en el diagnóstico de la patología biliar en vía biliar dilatada, reduciéndose al 40% en vía biliar fina. La CPT (colangiografía percutánea transhepática) con aguja de Chiba es un método invasivo, rápido, sencillo, seguro y con un porcentaje mínimo de complicaciones. Permite visualizar todo el árbol biliar en el 98% de los pacientes que presentan dilatación de los conductos biliares y en el 75% de aquellos que no tienen dilatación de sus vías biliares. (5,18,19)

Harbin y col. en un estudio donde recopiló la experiencia de varias instituciones, observó una tasa de complicaciones del 3,28% en 3596 casos. La mortalidad atribuida al método fue del 0,14%. (5)

El Advenimiento de la Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) y la esfinterotomía endoscópica (CE), ha cambiado dramáticamente el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades pancreatobiliares. Los reportes acumulados de procedimientos exitosos condujeron hacia un amplio uso de la CPRE en el ámbito mundial, cerca de 200,000, intervenciones son realizadas anualmente en EEUU, desde que se realizó primera vez en 1974, principalmente en pacientes femeninas, entre las edades 25 a 49 años quizás relacionado con la mayor incidencia de colelitiasis. La mortalidad por cirugía biliar con exploración de vías biliares es de un 2%, aumentando más en pacientes mayores de 60 años, a un 5%, por lo que los pacientes de mayor edad se benefician en gran manera con dicho procedimiento. (7, 14,15)

En las enfermedades benignas predominó la colédoco-duodeno-anastomosis con 44,8% y la litotomía con sonda T. En otras instituciones, debido al desarrollo tecnológico y sobre todo por contar con CPRE, el índice de colédoco duodeno anastomosis es mucho menor, así como el empleo de sonda T. En los procesos malignos, por ser casi siempre de diagnóstico tardío, predominaron las derivaciones bilio-digestivas en 14 casos. (Tabla # 8), en concordancia con la literatura. (7)

### **2.3 TRATAMIENTO**

La colecistectomía laparoscópica es la intervención de elección en pacientes colelitíasicos no complicados. La CL tiene menor mortalidad que la cirugía abierta (0.1% v 0.5) y un mayor riesgo de lesión del conducto hepático común (0.2-0.4% v 0.1% para la cirugía abierta). Las ventajas de la CL han sido demostradas extensamente en la literatura: menos dolor, acortamiento de la estadía hospitalaria, más rápido reintegro a la actividad laboral, segura y bien aceptada en general por los pacientes. (4,23)

Se analizaron los datos correspondientes a 850 pacientes a los que se les practicó una CL durante el período estudiado, de los cuales 450 correspondían al Grupo 1 y 400 al Grupo 2. El porcentaje de distribución en cuanto al sexo en el Grupo 1 fue del 69,1% para las mujeres (n=311) y del 30,9% (n =139) para los varones. Para el Grupo 2 la distribución fue 69,25% mujeres (n = 277) y 30,75% varones (n =123). La edad media para el Grupo 1 fue de 47,32±12,07 años, con un mínimo de 15 y un máximo de 81 años; en el Grupo 2 la edad media fue de 46,82±11,97 años. (3)

En el Grupo 1, 430 pacientes correspondieron a bajo riesgo para coledocolitiasis, 15 pacientes a riesgo intermedio a los que se les realizó una colangiorresonancia, de los cuales 10 fueron sometidos a CPRE preoperatoria y litoextracción con resultado positivo y cirugía entre 24 y 36 horas posteriores y 5 pacientes tuvieron un estudio normal. Los 5 pacientes restantes fueron sometidos a CPRE prequirúrgica y litoextracción por corresponder al Grupo de riesgo elevado, con igual conducta quirúrgica que en el caso anterior. (3)

En el Grupo 2, 385 enfermos correspondieron a riesgo bajo de coledocolitiasis, a 12 se les realizó colangiorresonancia por pertenecer al Grupo de riesgo moderado, en 10 de

ellos se hallaron cálculos en la vía biliar y se realizó CPRE prequirúrgica y CL a las 24-36 hs y 2 tuvieron un estudio normal. Sólo 3 pacientes fueron sometidos a CPRE prequirúrgica por tener litiasis coledociana. La conducta quirúrgica en ellos fue igual que en el Grupo anterior. No se observaron complicaciones derivadas del estudio endoscópico. (3,17)

Al evaluar el tiempo quirúrgico se observó que la media para el Grupo 1 fue de  $72 \pm 21,65$  minutos (rango: 40 y 180). En los pacientes a los que se realizó ligadura intracorpórea la media fue de  $74 \pm 27,57$  minutos (rango: 40 y 180). Al comparar ambos Grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con una  $p=0,07$ . (3)

Al analizar el dolor postoperatorio, el 96,6% ( $n=435$ ) de los pacientes del Grupo 1 tuvieron dolor leve, el 2,2% ( $n=10$ ) moderado y solo el 1,2% ( $n=5$ ) presentaron dolor severo. En el Grupo 2 los porcentajes fueron similares: 97% ( $n=388$ ) dolor leve, 2% ( $n=8$ ) moderado y 1% ( $n=4$ ) dolor severo. Al comparar los resultados de ambos Grupos no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con una  $p=0,1$ . (3)

El porcentaje de complicaciones del Grupo 1 fue del 1,7%. En el Grupo 2 el mismo fue 1,75%. Las complicaciones y su tratamiento se describen en el Cuadro 2. Al comparar los resultados de los dos Grupos no se hallaron diferencias estadísticamente significativas con una  $p=0,9$ . (3)

Paredes y cols informan una estancia media postoperatoria de 2.3 días ; Bueno y cols relatan una internación media de  $2,88 \pm 3,32$  días; Hannan et al informan una estancia postquirúrgica de 2,06 días (14). En nuestra casuística fue de 1,06 días. Entendemos que la corta estadía de nuestra serie es debida quizá al escaso número de complicaciones que requieren numerosos días de internación. (3)

De abril de 1992 a julio del 2006, 44 pacientes fueron sometidos a colectomía subtotal laparoscópica. De éstos, 15 (34 %) pertenecían al sexo masculino y 29 (66 %) al femenino. La edad media fue de 65 años (rango 33 a 90 años). (5)

Las indicaciones quirúrgicas más comunes comprendieron los siguientes diagnósticos: cáncer de colon sincrónico, 15 casos (34 %); poliposis adenomatosa familiar, 14 (31.8

); colitis ulcerativa, siete (15.9 %); inercia colónica, tres (6.8 %); hemorragia de tubo digestivo bajo, tres (6.8 %); isquemia intestinal, dos (4.5 %) (figura 3). (23)

Las comorbilidades más comunes fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus tipo 2 en 15.9 % de los pacientes y cardiopatía isquémica en 13.6 %. (12)

El tiempo quirúrgico promedio fue de 210 minutos (rango 123 a 355 minutos). La pérdida sanguínea promedio fue de 200 mililitros (rango 100-800 ml). En 100 % de los casos se colocó un drenaje de sistema cerrado tipo Jackson-Pratt. La estancia intrahospitalaria promedio fue de 11 días (rango 4 a 28 días). El inicio de la vía oral promedio fue al cuarto día posquirúrgico (rango 2 a 25 días) (25)

Hubo cinco conversiones a cirugía abierta convencional (tasa de conversión de 11.3 %), las cuales se debieron a dificultad técnica (cuatro) y hemorragia persistente no controlable (una). (25)

La tasa de morbilidad global (incluyendo complicaciones menores y mayores) fue de 29 %, correspondiendo a 13 eventos. (5)

## **2.4 COMPLICACIONES**

Dentro de las complicaciones posquirúrgicas, se observaron cinco gastrointestinales, de las cuales todas fueron íleos prolongados (duración mayor de 7 días); tres pulmonares (dos atelectasias y una tromboembolia pulmonar); dos infecciones de herida quirúrgica (en ambos casos se aisló *Staphylococcus epidermidis*); dos anemias que requirieron transfusión sanguínea y una fuga anastomótica. Doce de las 13 (92 %) complicaciones mencionadas se resolvieron satisfactoriamente de forma intrahospitalaria. Respecta a la fuga anastomótica, una vez documentada radiológicamente se manejó de forma conservadora, consistiendo en ayuno, apoyo nutricional parenteral total, antibioticoterapia de amplio espectro y colocación de un drenaje percutáneo guiado por imagen. (7, 24,25)

Las complicaciones de la colecistitis aguda constituyen graves urgencias en la evolución de las enfermedades presentándose en el 5 al 10% y produciéndose en algunas de ellas

hasta el 25 al 30% de muertes, por lo que requieren un tratamiento inmediato y especializado. La mortalidad total por complicaciones llega al 20%. las fístulas constituyen el 2 al 3% de las complicaciones; las más frecuentes son las colecistoduodenales y las colecistocolónicas constituyendo las primeras el 75% y las segundas el 15% del universo de las fístulas vesiculares. La prevalencia de las lesiones del tracto biliar en los últimos 16 años alcanzó el 0.92%, el sexo más prevalente fue femenino con 79.6%; la lesión de Bismuth II fue la más frecuente 55.6% y fue por vía laparoscópica, en el 59% de los casos fue una cirugía de urgencia. (9,25)

Colecistitis aguda enfisematosa: El 75% afecta a los hombres y el 25% a mujeres. El 30% de los afectados son diabéticos. Etimológicamente, sobre el 50% de los casos origina el clostridium Welchii y se han cultivado de su contenido: Echerichia Coli, estreptococ anaerobios y bacterioides frágiles. Predominan las bacterias aerógenas formadoras de gas. Comúnmente hay gangrena de la pared vesicular y litiasis en el 70% con obstrucción del c. Cístico. (9,25)

## **2.5 MORTALIDAD**

La mortalidad operatoria global de la colecistectomía ha sido reportada por algunos autores y aceptada internacionalmente entre 0 a 0,8% que puede alcanzar hasta 19% en casos de colecistitis aguda en el anciano<sup>24, 25, 26, 27, 28</sup> para ambas técnicas tradicional o abierta y laparoscópica<sup>29</sup>, en manos experimentadas. Igualmente se ha observado que la morbilidad de la colecistectomía varía según la experiencia del cirujano desde 0.5% hasta alrededor de 12%<sup>30</sup> y si hay colecistitis aguda la morbilidad ha sido reportada que también aumenta. (7,13)

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general:**

3.1.1 Determinar el manejo médico-quirúrgico de la patología benigna de la vesícula biliar y de la vía biliar en pacientes tratados en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período comprendido entre enero 2012 a mayo de 2013.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

3.2.1 Determinar la incidencia de la patología benigna de la vesícula y vía biliar

3.2.2 Determinar la presentación clínica de la patología benigna de la vesícula biliar

3.2.3 Identificar el método diagnóstico utilizado en la patología benigna de la vesícula y vía biliar

3.2.4 Determinar el tratamiento médico-quirúrgico de la patología benigna de la vesícula y vía biliar

3.2.5 Identificar las complicaciones y mortalidad de la patología benigna de la vesícula y vía biliar.

## **IV. MATERIAL Y METODOS**

### **4.1 Tipo y diseño de la investigación:**

Estudio descriptivo retrospectivo

### **4.2 Población y Muestra:**

#### **4.2.1 Población o Universo:**

Todos los pacientes con patología de la vesícula o vía biliar que consultaron al Departamento de Cirugía General de los Hospitales de Enfermedades y Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante enero 2012 a mayo 2013.

#### **4.2.2 Marco Muestral:**

Constituido por pacientes de ambos sexos que fueron ingresados al Departamento de Cirugía General de los Hospitales de Enfermedades y Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante enero 2012 a mayo 2013.

#### **4.2.3 Muestra:**

Todos los pacientes con diagnóstico de patología benigna de la vesícula y vía biliar que consultaron al departamento de Cirugía General de los Hospitales de Enfermedades y Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante enero 2012 a mayo 2013.

### **4.3 Unidad de análisis:**

#### **4.3.1 Unidad primaria**

Todos los pacientes de ambos sexos con diagnóstico de patología benigna de la vesícula y vía biliar en el Departamento de Cirugía General de los Hospitales de

Enfermedades y Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante enero 2012 a mayo 2013.

#### **4.3.2 Unidad de Análisis:**

Datos clínicos registrados en el Instrumento de recolección de datos.

#### **4.3.3 Unidad de información:**

Los datos fueron recolectados de los registros médicos de los pacientes ingresados en el Departamento de Cirugía General de los Hospitales de Enfermedades y Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **4.4 Selección de los Sujetos a Estudio:**

##### **4.4.1 Criterios de Inclusión:**

Pacientes de todas las edades y ambos sexos que presentaron diagnóstico de patología benigna de la vesícula y vía biliar que fueron ingresados al Departamento de Cirugía General de los Hospitales de Enfermedades y Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante enero 2012 a mayo 2013.

##### **4.4.2 Criterios de Exclusión:**

Pacientes con diagnóstico de patología maligna de la vesícula y vía biliar.

#### 4.5 Definición y Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
INCIDENCIA	Proporción del número de casos nuevos dividido la población en riesgo.	➤ Número de pacientes con diagnóstico de patología benigna de la vesícula biliar dividido el total de pacientes con patología de la vesícula y la vía biliar en los HGEC y HJJAB durante el período de 01 de enero 2012 al 31 de mayo de 2013	Cuantitativa discreta	Razón	Boleta de recolección de datos
Diagnóstico clínico Ultrasonido Tomografía Colangiografía Colangiografía retrógrada Colangiografía retrógrada endoscópica	1. Adj. Med. Perteneciente o relativo a la diagnosis. 2. M. med. Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. 3. M. Med. Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte. (30)	➤ Diagnóstico dado por Ultrasonido, Tomografía, Colangiografía, Colangiografía retrógrada endoscópica y anotado en la recolección de datos como colelitiasis, colecistitis aguda, coledocolitiasis, etc.	Cualitativa politómica	Nominal	Boleta de recolección de datos

Tratamiento médico-quirúrgico	Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo.	➤ Tratamiento dado al paciente: Acido quenodeoxicólico, acido ursodeoxicólico, antibióticos, colecistectomía abierta y laparoscópica, litotripsia mecánica, exploración de la vía biliar y anotado en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa politómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
Complicaciones	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella.	➤ Tipo de complicación que presenta el paciente: Pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis, etc. Y anotado en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa Politómica	Nominal	Boleta de recolección de datos
Tasa de Mortalidad	Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una <a href="#">población</a> por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado (generalmente un año).	➤ Número de pacientes que fallece por patología benigna de la vesícula y vía biliar durante el período de enero 2012 a mayo 2013.	Cuantitativa Razón		

## **4.6 Técnicas, Procedimientos e Instrumentos en la recolección de datos:**

### **4.6.1 Técnica**

Se revisaron los expedientes médicos de pacientes ingresados al Departamento de Cirugía General que presentaron patología benigna de la vesícula y vía biliar, donde se obtuvieron los datos para la recolección de datos.

### **4.6.2 Procedimientos**

Posteriormente a la aprobación del protocolo y del instrumento de recolección de datos, se recolectaron los datos de los expedientes médicos revisados de los pacientes ingresados al Departamento de Cirugía General de los Hospitales de Enfermedades y Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante enero 2012 a mayo 2013.

### **4.6.3 Instrumentos**

Boleta de recolección de datos en donde se incluyó el tipo de patología diagnosticado, el método diagnóstico utilizado, el tipo de tratamiento que recibió el paciente (médico o quirúrgico), complicaciones y mortalidad de los pacientes.

## **4.7 Plan de Procesamiento y análisis de datos**

### **4.7.1 Plan de Procesamiento:**

Se recolectaron los datos de las variables a estudio a través de la revisión sistemática de los registros médicos para completarla boleta de recolección de datos, luego se creó una base de datos en el Software de Office de Microsoft en hojas de cálculo de Excel versión 2007.

### **4.7.2 Análisis de Datos:**

Se analizaron las variables de donde se tomó como muestra general los ingresos de los pacientes que consultaron con diagnóstico de patología benigna de la vesícula y vía biliar al Departamento de Cirugía General de enero 2012 a mayo 2013, los cuales fueron en total 3600 pacientes ingresados; se utilizó el Software

de Office de Microsoft en hojas de cálculo de Excel 2007 como herramienta para análisis de datos.

#### **4.8 Alcances y Límites de la Investigación**

##### **4.8.1 Alcances**

A través de la investigación se logró crear una base de datos sobre la incidencia de la patología benigna de la vesícula y vía biliar en pacientes que consultaron en el Departamento de Cirugía General de los Hospitales de Enfermedades y Juan José Arévalo Bermejo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de enero de 2012 a mayo 2013. Concluyendo que la patología benigna más frecuente fue el cólico biliar en un 41%, el método diagnóstico más utilizado fue el ultrasonido hepático y de vías biliares, siendo el tratamiento quirúrgico el que recibieron los pacientes en su mayoría, encontrando la complicación asociada más frecuente la pancreatitis.

##### **4.8.2 Límites**

Se limitó a la población de ambos sexos de todas las edades, afiliados y beneficiarios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por lo que los datos se aplicaron solamente al Seguro Social.

#### **4.9 Aspectos Éticos**

Ya que el estudio fue descriptivo, no se dañó la integridad ni la moral de los pacientes, durante el estudio solamente se procedió a la recolección de datos de los expedientes siendo esta información totalmente confidencial y por lo tanto no se expondrá al paciente a perjuicios. En esta investigación solamente se tomaron en cuenta aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes y se realizó la revisión de los expedientes médicos, clasificándose este estudio dentro de la categoría I (sin riesgo para el paciente).

## V. RESULTADOS

TABLA No. 1

### DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA BENIGNA DE LA VESÍCULA Y VÍA BILIAR

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COLICO BILIAR	1455	41%
COLECISTITIS AGUDA	1153	32%
COLELITIASIS	592	17%
COLECISTITIS SUBAGUDA	192	6%
COLEDOCOLITIASIS	208	4%
TOTAL	3600	100%

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**TABLA No. 2**

**METODOS DE DIAGNOSTICO UTILIZADOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA  
BENIGNA DE VESÍCULA Y VÍA BILIAR**

<b>METODO DIAGNOSTICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>USG HEPATICO Y VIAS BILIARES</b>	3384	94%
<b>ERCP</b>	192	5.30%
<b>COLANGIORESONANCIA</b>	16	0.50%
<b>TAC ABDOMINAL</b>	8	0.20%
<b>OTROS</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	3600	100%

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**TABLA No. 3**

**TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LOS PACIENTES CON PATOLOGIA BENIGNA DE VESÍCULA Y VÍA BILIAR**

<b>TIPO DE TRATAMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>QUIRURGICO</b>	3216	89.30%
<b>MEDICO</b>	384	10.70%
<b>TOTAL</b>	3600	100%

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**TABLA No. 4**

**TIPO DE TRATAMIENTO MEDICO QUE RECIBIERON LOS PACIENTES CON  
PATOLOGIA BENIGNA DE VESICULA Y VIA BILIAR**

<b>TIPO DE TRATAMIENTO MEDICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ANTIBIOTICOS Y ANALGESIA</b>	<b>192</b>	<b>50%</b>
<b>ERCP</b>	<b>192</b>	<b>50%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>384</b>	<b>100%</b>

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**TABLA No. 5**

**TIPO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO QUE RECIBIERON LOS PACIENTES CON  
PATOLOGIA BENIGNAD E VESICULA Y VIA BILIAR**

<b>TIPO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>COLECISTECTOMIA VDLP</b>	2240	69.50%
<b>COLECISTECTOMIA ABIERTA</b>	960	30%
<b>EXPLORACION DE VIA BILIAR</b>	16	0.50%
<b>TOTAL</b>	3216	100%

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**TABLA No. 6**

**COMPLICACIONES DE LA PATOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA VESICULA Y VÍA BILIAR**

<b>COMPLICACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PANCREATITIS</b>	8	42%
<b>COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL</b>	4	21%
<b>INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA</b>	3	16%
<b>LESION DE VIA BILIAR</b>	3	16%
<b>FISTULA BILIAR</b>	1	5%
<b>TOTAL</b>	19	100%

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

**TABLA No. 7**

**MORTALIDAD DE PACIENTES CON PATOLOGIA BENIGNA DE VESÍCULA Y VÍA BILIAR**

<b>FALLECIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	2	0.10%
<b>NO</b>	3598	99.90%
<b>TOTAL</b>	3600	100%

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

## VI. DISCUSION Y ANALISIS

La patología benigna de la vesícula y vías biliares más frecuente encontrada en este estudio fue cólico biliar en un 41% seguido de colecistitis aguda lo cual coincide con la literatura revisada ya que se reporta que el 95% de la patología biliar es atribuible a colelitiasis; esto es debido a que la mayoría de pacientes que consultan al Hospital de Enfermedades presentan dolor abdominal agudo y ameritan tratamiento quirúrgico de urgencia. La tercera patología más frecuente fue colelitiasis, este porcentaje es alto debido a que en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo la mayoría de pacientes reciben tratamiento quirúrgico electivo a través de la consulta externa.

El método diagnóstico más utilizado en ambos Hospitales fue el Ultrasonido Hepático y de vías biliares (94%) lo cual se relaciona con la literatura revisada siendo el gold estándar diagnóstico en la patología benigna de la vesícula y de vías biliares ya que es de fácil acceso, tiene alta sensibilidad y especificidad para identificar patología de la vesícula y vía biliar y es más económico.

El tipo de tratamiento que se instituyó a la mayoría de los pacientes fue quirúrgico ya que este es el tratamiento definitivo para la patología benigna de la vesícula y vías biliares y como se mencionó anteriormente la mayoría de pacientes que consultan al Hospital de Enfermedades presentan cuadro de dolor abdominal agudo.

El tipo de tratamiento médico que se le dio a los pacientes fue antibioticoterapia y analgesia en el caso de las colecistitis subagudas ya que si se realiza el procedimiento quirúrgico a los pacientes en estas condiciones el riesgo de lesión de vía biliar es alto. El otro tipo de tratamiento que se indicó fue ERCP ya que actualmente este es el tratamiento de elección para coledocolitiasis debido a que posterior a esto se puede realizar colecistectomía videolaparoscópica y no es necesario que el paciente permanezca con un tubo de kehr que retrase su recuperación.

De los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico el tipo más frecuente fue la colecistectomía videolaparoscópica coincidiendo con lo revisado en la literatura en que este

se ha convertido en el tratamiento quirúrgico de elección debido a la rápida recuperación y menos complicaciones asociadas.

El tipo de complicaciones más frecuente que presentaron los pacientes del estudio fue panceratitis, estos ocho pacientes la presentaron posterior a tratamiento de ERCP. En segundo lugar se encuentra coledocolitiasis residual, estos cuatro pacientes fueron enviados a ERCP y todos fueron susceptibles de extracción por este método. En tercer lugar se encuentra lesión de vía biliar, se presentaron tres posterior a colecistectomía videolaparoscopica. En cuarto lugar se encuentra infección de herida operatoria, los tres casos correspondieron a colecistectomía abierta, dos fueron pacientes diabéticos y la tercera una colecistitis perforada.

El porcentaje de pacientes fallecidos durante el estudio por la patología benigna de la vesícula y vía biliar fue del 0.10%, un caso correspondió a un paciente diabético con colecistitis enfisematosa, ingresó con APACHE 12 puntos, en el postoperatorio pasó a terapia intensiva presentó choque séptico y falla orgánica múltiple; el segundo caso corresponde a paciente con colecistitis aguda perforada, presentó sepsis de origen abdominal y falleció en intensivo.

## 6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1. La patología benigna de la vesícula y vías biliares más frecuente encontrada en este estudio fue cólico biliar (41%), seguido de colecistitis aguda (32%) y colelitiasis (17%).
- 6.1.2. El método diagnóstico más utilizado en el HJJAB y en HGE es el USG hepático y de vías biliares (94%).
- 6.1.3. El tipo de tratamiento que se instituyó a la mayoría de pacientes fue quirúrgico (89.30%) ya que este es el tratamiento definitivo para la patología benigna de la vesícula y vías biliares.
- 6.1.4. El tipo de tratamiento médico que se instituyó a los pacientes que no recibieron tratamiento quirúrgico fue antibioticoterapia y analgesia en el caso de las colecistitis subagudas (50%) así como ERCP (50%) para resolver coledocolitiasis.
- 6.1.5. De los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico el tipo más frecuente fue colecistectomía VDLP (69%).
- 6.1.6. El tipo de complicación más frecuente que presentaron los pacientes del estudio fue pancreatitis de origen biliar (50%).
- 6.1.7. El porcentaje de pacientes fallecidos durante el estudio por patología benigna de la vesícula y vías biliares fue del 0.10%, lo cual indica que la mortalidad en los hospitales de estudio por esta patología coincide con los datos revisados en la literatura a nivel mundial.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1. Estandarizar a nivel público y privado la colecistectomía video laparoscópica como tratamiento quirúrgico de elección ya que se ha documentado recuperación y reincorporación laboral más pronta, así como menor tasa de complicaciones.
- 6.2.2 Capacitar a los cirujanos del sector público y privado en el tratamiento quirúrgico videolaparoscópico para disminuir la tasa de lesión de vía biliar que fue el segundo lugar de complicaciones encontradas en este estudio.
- 6.2.3 Utilización del ERCP como método de resolución de coledocolitiasis ya que posterior a este se puede realizar cirugía VDLP, recuperación más rápida ya que paciente no necesita de un tubo de kehr y pronta reincorporación laboral lo cual disminuye costos.
- 6.2.4 A través de los datos obtenidos en este estudio se pueden realizar estudios en el resto de Instituciones públicas y privadas del país, elaborar un protocolo de manejo de la patología benigna biliar e implemento a nivel Nacional para que todos los pacientes que reciben atención tanto pública como privada tengan la oportunidad de recibir un tratamiento estandarizado y con la menor tasa de complicaciones.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Academia biomédica digital Universidad Central de Venezuela. vitae.ucv.ve/?module=artículo &rv=66.
2. Doctores. Díaz Aurora, Useche Emerson, Mendoza Marco, Armanie Emma. Biliopancreatica. Volumen 63 Na 2 Abril-Junio 2009 revista de la sociedad venezolana de gastroenterología [www.ovegastro.com/pdf/Revista%20Gen%20N2%202009.pdf](http://www.ovegastro.com/pdf/Revista%20Gen%20N2%202009.pdf)
3. Dr. Díaz José Lorenzo. Profesor Asistente. Dra. Neyla Santiesteban Collado. Profesor Asistente Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica en pacientes con patología. [cienciahlg.idict.cu/index.php/cienciasholguin/article/viewFile/398/400](http://cienciahlg.idict.cu/index.php/cienciasholguin/article/viewFile/398/400)
4. G. Napolitano, Colecistectomía Laparoscópica Con Nudos Intracorporeos: una Opción Económica [seclaendosurgery.com/seclan22/articulos/prart02.htm](http://seclaendosurgery.com/seclan22/articulos/prart02.htm) Revista electrónica Intramed. Vías biliares y vesícula biliar. [www.intramed.net/sitios/librovirtual8/pdf/8\\_05.pdf](http://www.intramed.net/sitios/librovirtual8/pdf/8_05.pdf)-Argentina
5. Gaspar Alberto Motta Ramírez. Abordaje diagnóstico por imagen en patología benigna de la vesícula y vías biliares. Artículo de revisión cirugía endoscópica. Vol.11 No. 2. Abr-Jun 2010. Pp 71-79. [www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2010/ce102d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2010/ce102d.pdf)
6. Gaston Sandoval. Comportamiento General de la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el servicio de cirugía, Heo Dra-Leon.Marzo2005. 2003-2004.[www.minsa.gob.ni/Colangiopancreatografía.pdf](http://www.minsa.gob.ni/Colangiopancreatografía.pdf)
7. L. Chicharro y J. Vilaseca, Tratamiento de la litiasis biliar. [www.prous.com/digest/protocolos/view\\_protocolo.asp](http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp)
8. Lamo Juan Manuel. Guía de práctica clínica. Manejo de ictericia obstructiva en el adulto 2009 Miembros del Equipo Técnico Interdisciplinario ETI a cargo del desarrollo de la guía. [www.hospitalneuquen.org.ar/.../Manejo\\_de\\_ictericia\\_obstructiva.sflb.ashxb](http://www.hospitalneuquen.org.ar/.../Manejo_de_ictericia_obstructiva.sflb.ashxb)

9. Revistas biomédicas mexicanas en línea. [www.artemisaenlinea.org.mx/consultarevista.php?url=cirugia\(5\)](http://www.artemisaenlinea.org.mx/consultarevista.php?url=cirugia(5))
10. Roosevelt Fajardo, MD. Sección de Cirugía General, Departamento de Cirugía, Fundación SantaFedeBogotá.  
[www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/gastrointestinales/Colelitiasis.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/gastrointestinales/Colelitiasis.pdf)
11. Universidad Católica de Chile. Curso Integrado de clínicas Médico Quirúrgicas.  
[escuela.med.puc.cl/publ/temasgastro/Colelitiasis.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/temasgastro/Colelitiasis.html)
12. <http://www.slideshare.net/Getomotta/patología-vesicular-aguda-no-traumática>
13. Patología benigna de la vesícula biliar y vías biliares-slideshare.es. [slideshare.net/ lizzy Chvez Abanto](http://slideshare.net/lizzyChvezAbanto)
14. Varghese JC, Lucey BC, Soto JA, Cap. 27. Imaging of biliary disorders. In the book: EvidenceBased imaging. Santiago Medina L, Blackmore CC. Edit. Springer Verlag 2006:493-506
15. Motta RGA. Abordaje diagnóstico por imagen en patología benigna de la vesícula y vías biliares. <http://www.mindmeister.com/maps/show/53680267>
16. Bingener J, Schweisner WH, Chopra S, Richande ML, Sirinek KR. Does the correlation acute cholecystitis on ultrasound and at the surgery reflect a mirror image? *Am J Surg* 2004;188:703707
17. Ramírez FC, McIntosh AS, Dermot B, et al. Emergency endoscopic retrograde cholangiopancreatography in critically ill patients. *Gastrointract Endosc* 1998
18. Canto MI, Chack A, Stelletot, et al. Endoscopic ultrasonography versus cholangiography for the diagnosis of choledocolithiasis. *Gastrointest Endosc* 1998

19. Vargas G, Astete M. Pancreatocolangiografía Retrógrada Endoscópica: Experiencia en 902 procedimientos, en el Centro de Endoscopia Gastrica del Hospital Arzobispo Loayza. Rev Gastroent Perú 1997
20. Gutierrez A. la ERCP en litiasis biliar Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1989, 45 pp
21. Burtoff GA, Chen MYM, Ott DJ, Wofman NI, Routh WD. Gallbladder Stones: Imaging an Intervention. Radiographics 2000
22. Harvey RT, Miller WT. Acute Biliary disease: Initial CT and follow-up US versus Initial vs and follow up CT. Radiology 1999.
23. Shea JA, Berlin JA, Bachwich PR, Straruscik RN, Molet PF, McGucking M. Indications for and outcome of cholecystectomy. A comparison of the pre and post laparoscopic eras. Ann Surg 1998
24. Mantalvo-Javé E, Hernandez B, Ortiz V. Prevalencia de la lesión de la vía biliar. Cirujano General Vol. 32 Num.3-2010
25. Deziel DJ. Complicaciones de la colecistectomía. Incidencia, manifestaciones clínicas y diagnóstico. Clin Quir Nort Am, 1994

## VII.ANEXOS

### 7.1 Anexo No. 1

#### BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL  
CIRUGIA GENERAL  
MANEJO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE LA PATOLOGÍA BENIGNA DE LA VESÍCULA Y LA  
VÍA BILIAR EN PACIENTES TRATADOS EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE  
SEGURIDAD SOCIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad:\_\_\_\_\_ Afiliación\_\_\_\_\_

INSTITUCION:  
\_\_\_\_\_

#### 1. PATOLOGIA BENIGNA DE LA VESICULA BILIAR

- COLELITIASIS
- COLICO BILIAR
- COLECISTITIS AGUDA
- COLEDOCOLITIASIS
- QUISTE DEL COLEDOCO
- OTROS

#### 2. METODO DIAGNOSTICO UTILIZADO

- ULTRASONIDO HEPATICO Y DE VIA BILIAR
- TOMOGRAFIA ABDOMINAL
- COLANGIORESONANCIA
- ERCP
- OTROS

#### 3. ¿QUE TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIO

- MEDICO
- QUIRURGICO

#### 4. SI FUE MEDICO ¿QUE TIPO DE TRATAMIENTO?

- DIETA
- ERCP

5. SI FUE QUIRURGICO ¿Qué TIPO DE TRATAMIENTO?

- COLECISTECTOMIA ABIERTA
- COLECISTECTOMIA VDLP
- EXPLORACION DE LA VIA BILIAR

6. PRESENTO ALGUN TIPO DE COMPLICACION, ¿Cuál?

- PANCREATITIS
- COLANGITIS
- COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL

7. ¿FALLECIO EL PACIENTE?

- SI
- NO

### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para producir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **MANEJO MEDICO QUIRURGICO DE LA PATOLOGIA BENIGNA DE LA VESICULA Y VIA BILIAR**, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.