



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CORRELACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA CON ANATOMÍA
PATOLÓGICA EN PACIENTES CON COLECISTOLITIASIS SOMETIDOS
A COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO AÑO 2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA Y
MÉDICO**

**AUTORES: NATALIA VERÓNICA MATAILO CHILLOGALLI
NORMA DEL CARMEN ORTIZ QUIZHPI
HUGO ESTEBAN AUQUILLA LUZURIAGA**

DIRECTOR: DR. HIDALGO LEOMAN CLAVIJO CAMPOS

ASESOR: DR. HIDALGO LEOMAN CLAVIJO CAMPOS

**CUENCA - ECUADOR
2015**



RESUMEN

ANTECEDENTES: La Colecistolitiasis constituye una de las principales causas de consulta en los siendo diagnosticada con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino. En el 90% de los casos es causada por la presencia de cálculos biliares.

OBJETIVO: Determinar la correlación clínica y ecográfica con anatomía patológica en pacientes con Colecistolitiasis sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” durante el año 2013.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, a través de la revisión de historias clínicas, reportes ecográficos y de anatomía patológica de todos los casos de pacientes con diagnóstico de Colecistolitiasis y que fueron sometidos a intervención quirúrgica durante el año 2013 en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” en la ciudad de Cuenca. Examinamos todos los casos de pacientes con diagnóstico de Colecistolitiasis, cuyas edades están comprendidas entre 16 a 80 años de edad que fueron sometidos a intervención quirúrgica durante el año 2013. Luego de lo cual realizamos el análisis estadístico correspondiente a través de los programas SPP y Excel y determinamos que realmente existe una correlación clínica, ecográfica y de anatomía patológica de los pacientes diagnosticados de Colecistolitiasis y que han sido sometidos a intervención quirúrgica.

USO DE LOS RESULTADOS: Los resultados de este trabajo serán de gran utilidad ya que nos permitirá establecer la necesidad de realizar un correcto diagnóstico clínico y ecográfico, que puedan confirmarse a través de anatomía patológica, con el fin de evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.

PALABRAS CLAVE: ANATOMIA DE VESICULA, AFECCION DE VESICULA, COLECISTOLITIASIS, CORRELACION CLINICA Y ECOGRAFICA, ECOGRAFIA ABDOMINAL, COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, COLECISTECTOMIA ABIERTA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR.



ABSTRACT

BACKGROUND: The Cholecystolithiasis is one of the main causes of consultation in being diagnosed more frequently in female patients.

In 90 % of cases is caused by the presence of gallstones

OBJECTIVE: To determine the clinical and sonographic correlation with histopathology in patients with cholecystolithiasis underwent surgery at the Regional Hospital "Vicente Corral Moscoso" in 2013.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective study was conducted through review of medical records, ultrasound reports and pathology of all cases of patients diagnosed with acute cholecystolithiasis and underwent surgery in 2013 at the Regional Hospital "Vicente Corral Moscoso" in Cuenca city. We examine all cases of patients diagnosed with cholecystolithiasis, whose ages are between 16 - 80 years of age who underwent surgery in 2013 at the Regional Hospital "Vicente Corral Moscoso" in Cuenca city. After which perform the corresponding through the SPP and Excel statistical analysis and determined that there is indeed a clinic, ultrasound and pathology of patients diagnosed with cholecystolithiasis and have undergone surgical correlation.

USE OF RESULTS: The results of this study will be useful as it will allow us to establish the need for a correct clinical and ultrasonographic diagnosis, which can be confirmed by pathology, in order to avoid unnecessary surgery.

KEY WORDS: ANATOMY OF GALL, AFFECTION OF GALL, CHOLECYSTOLITHIASIS, CORRELATION CLINICAL AND ULTRASONOGRAPHIC, ABDOMINAL ULTRASOUND, LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY, CHOLECYSTECTOMY OPEN, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-ECUADOR.

**ÍNDICE DE CONTENIDO**

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA	12
AGRADECIMIENTO	13
CAPITULO I.....	14
1.1 INTRODUCCIÓN	14
1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPITULO II.....	19
FUNDAMENTO TEÓRICO	19
2.1 Colecistitis Aguda	19
2.2 Anatomía vesicular	19
2.3 Irrigación	20
2.4 Fisiología	20
2.5 Manifestaciones Clínicas	21
2.6 Diagnóstico	22
2.6.1 Examen físico.....	22
2.6.2 Exámenes de laboratorio	22
2.7 Anatomía Patológica.....	23
2.8 Tratamiento.....	24
2.8.1 Tratamiento Médico.....	25
2.8.2 Tratamiento quirúrgico	25
2.9 COMPLICACIONES	26
CAPITULO III.....	27
OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GENERAL	27
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS	27
CAPITULO IV	28
METODOLOGÍA.....	28
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
4.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES	28



4.3	ÁREA DE ESTUDIO	30
4.4	UNIVERSO Y MUESTRA	30
4.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	30
4.6	MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	31
4.7	PROCEDIMIENTOS	32
4.8	PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS	32
4.9	ASPECTOS ETICOS.....	32
4.10	RECURSOS	33
4.10.1	RECURSOS HUMANOS	33
4.10.2	RECURSOS MATERIALES.....	33
4.10.3	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	34
CAPITULO V		35
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....		35
CAPITULO VI		41
6.1	DISCUSIÓN.....	41
CAPITULO VII		44
7.1	CONCLUSIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....		46
ANEXO		50
ANEXO 1		50



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Natalia Verónica Matailo Chillogalli, autora de la tesis titulada "CORRELACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA CON ANATOMÍA PATOLÓGICA EN PACIENTES CON COLECISTOLITIASIS SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO AÑO 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 16 de Julio de 2015

Natalia Verónica Matailo Chillogalli

C.I. 0105365670



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Norma del Carmen Ortiz Quizhpi, autora de la tesis titulada "CORRELACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA CON ANATOMÍA PATOLÓGICA EN PACIENTES CON COLECISTOLITIASIS SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO AÑO 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 16 de Julio de 2015

Norma del Carmen Ortiz Quizhpi

C.I. 0105774426



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Hugo Esteban Auquilla Luzuriaga, autor de la tesis titulada "CORRELACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA CON ANATOMÍA PATOLÓGICA EN PACIENTES CON COLECISTOLITIASIS SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO AÑO 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 16 de Julio de 2015

Hugo Esteban Auquilla Luzuriaga

C.I. 0104772132



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Natalia Verónica Matailo Chillogalli, autora de la tesis titulada "CORRELACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA CON ANATOMÍA PATOLÓGICA EN PACIENTES CON COLECISTOLITIASIS SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO AÑO 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de Julio de 2015

Natalia Verónica Matailo Chillogalli

C.I. 0105365670



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Norma del Carmen Ortiz Quizhpi, autora de la tesis titulada "CORRELACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA CON ANATOMÍA PATOLÓGICA EN PACIENTES CON COLECISTOLITIASIS SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO AÑO 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de Julio de 2015

Norma del Carmen Ortiz Quizhpi

C.I. 0105774426



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Hugo Esteban Auquilla Luzuriaga, autor de la tesis titulada "CORRELACIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA CON ANATOMÍA PATOLÓGICA EN PACIENTES CON COLECISTOLITIASIS SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO AÑO 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 16 de Julio de 2015

Hugo Esteban Auquilla Luzuriaga

C.I. 0104772132



DEDICATORIA

Ésta tesis va dedicada en primer lugar a Dios por guiarnos durante nuestra formación como personas y ahora como futuros profesionales.

En segundo lugar a nuestros padres por el apoyo incondicional que siempre nos han brindaron durante el trayecto de nuestras vidas, y que a pesar de las adversidades se han mantenido a nuestro lado brindándonos confianza y fortaleza que ha sido necesaria para mantenernos en pie en este largo camino de la vida.

Además queremos dedicar esta tesis a las personas que siempre han confiado en nosotros y que forman una parte muy importante de todos nosotros

LOS AUTORES



AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento a nuestro Director y Asesor de Tesis Dr. Hidalgo Clavijo por habernos guiado durante la realización de este proceso de investigación.

Queremos agradecer al Dr. Javier Peralta por habernos permitido realizar nuestra investigación en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, permitiendo el acceso libre al área de Estadística

LOS AUTORES

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los casos, la Colecistolitiasis es causada por la presencia de cálculos biliares. La presencia de un cálculo en el cuello vesicular provoca erosión local de la mucosa e inflamación con su subsecuente distensión vesicular. El incremento en la presión intraluminal provoca secreción de prostaglandina I₂, E₂ que determina progresión en la inflamación y secreción de mucina, con aumento del lodo biliar y estasis biliar. (1)

“Los cálculos biliares son más comunes entre los adultos mayores, las mujeres y las personas con sobrepeso”. (2)

El cuadro clínico de la colecistolitiasis se caracteriza por dolor en cuadrante superior derecho, cuya duración es variable. Puede acompañarse de náuseas y vómitos. Al examen físico vamos a encontrar dolor a la palpación profunda a nivel de hipocondrio derecho, signo de Murphy: “dolor de aparición abrupta al presionar con el dedo en el punto de Murphy, punto localizado en el reborde costal y que pasa por la línea hemiclavicular derecha”; tanto el signo de Murphy, como dolor a la palpación en hipocondrio derecho reflejan inflamación local e irritación peritoneal. Otro hallazgo menos frecuente es el signo de Boas, el cual se refiere a dolor localizado a la derecha de las vértebras torácicas T10 a T12, pero su sensibilidad es realmente baja, siendo la misma 7%. (3)

En el caso de que existan signos de irritación peritoneal, se debe sospechar en complicaciones como colecistitis gangrenosa o perforación de la misma. (3).

Es importante realizar exámenes de laboratorio: Hemograma, TGO, TGP, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina total, bilirrubina directa e indirecta. Dentro de los hallazgos de una colecistitis aguda calculosa no complicada están leucocitosis con neutrofilia, leve o ninguna alteración en la función hepática, y ausencia de evidencia clínica y de laboratorio de colestasis. (4)



“La ecografía constituye el método de elección para el diagnóstico”. (4)

En el caso de que no se logre visualizar la vesícula a través de la ecografía, el siguiente paso a seguir es la Tomografía, entre las desventajas de este método se encuentran la utilización de medios yodados de contraste, alta dosis de radiación, costo. (4)

ANTECEDENTES

Según datos estadísticos la colecistolitiasis se relaciona en el 90% de los casos con cálculos biliares, es importante llevar a cabo un tratamiento oportuno, debido a que el retardo en el mismo puede llevar a “complicaciones graves en la vesícula, como la gangrena, el empiema o la perforación; además de la colangitis, la pancreatitis aguda, el íleo biliar y las fístulas biliares”. (5)

“La mayoría de los pacientes con cálculos biliares permanecen asintomáticos a lo largo de su vida, hasta los 50 años es tres veces más frecuente en mujeres que en varones. Por encima de esta edad casi se igualan los porcentajes entre los dos sexos”. (6)

De aquí la importancia de realizar esta investigación para establecer si existe una correlación clínica y ecográfica con anatomía patológica para determinar si existe un certero diagnóstico en pacientes que han sido sometidos a colecistectomía.



1.2 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Se ha observado que el motivo de consulta más frecuente es la colecistolitiasis, sobretodo en pacientes de género femenino y de edad mayor de 50 años.

“La colecistitis aguda alitiásica se presenta en pacientes en estado crítico por trauma mayor, en pacientes sometidos a prolongados regímenes de nutrición parenteral total prolongada, en algunos casos de quimioterapia por vía de la arteria hepática y en otras condiciones clínicas poco frecuentes”. (7)

La colecistitis aguda se encuentra asociada a litos, siendo la misma la complicación más frecuente de los pacientes con litiasis biliar. (8)

En algunos países como en EEUU la colecistolitiasis es una de las indicaciones más comunes de operación abdominal. (9)

“La colecistitis es una de las complicaciones comunes de la litiasis biliar, siendo la misma muy común y se presenta en 8% de los varones y 20% de las mujeres. Los cálculos son clínicamente silenciosos en quizás 70% de los casos, pero cuando causan síntomas generalmente lo hacen provocando colecistitis o pasando hacia uno de los conductos excretores, lo que origina cólico biliar excruciante. Los cálculos biliares solo rara vez se presentan en las primeras dos décadas de la vida y tienen su incidencia máxima en mujeres en la cuarta década”. (10)

El 25-30% de los pacientes requieren cirugía o desarrollan alguna complicación como la perforación que se produce en el 10-15% de los casos. (10)

La afección por colecistolitiasis es uno de los problemas más comunes que lesionan el tubo digestivo. Informes de necropsia muestran una prevalencia



de cálculos biliares de 11-36%, que se relacionan con factores de riesgo que incluyen: edad, género y antecedente étnico. (11)

Con respecto a anatomía patológica se clasifica en: Colecistitis aguda, colecistitis crónica y colecistitis crónica reagudizada. (12)

Existe una serie de controversias acerca del mejor método diagnóstico, pero hoy en día la primera herramienta en valoración de la vesícula biliar es la ecografía.

La mayor parte de pacientes con colelitiasis permanecen asintomáticos, cuando se presenta sintomatología, el principal es el dolor continuo o mal llamado cólico en hipocondrio derecho, caracterizado por ser postprandial, siempre o casi siempre estimulado por la comida. Este dolor aumenta y disminuye ya que es producido por una contracción del músculo liso.

El dolor puede durar horas y en algunos casos no cede hasta que se intervenga de alguna manera. (14)



1.3 JUSTIFICACIÓN

Debido a que la colecistolitiasis constituye una de las causas comunes de intervenciones quirúrgicas debemos recalcar la importancia que tiene realizar una correcta anamnesis y examen físico, así como también una buena utilización de la ecografía como procedimiento diagnóstico ya que proveen criterios de importancia para la realización de un diagnóstico certero y por lo tanto poder realizar el tratamiento adecuado

Con el presente estudio se determinara que la clínica constituye la principal herramienta para el diagnóstico de colecistolitiasis, y que ésta a su vez se complementa en gran medida con la ecografía, el cual se confirmara únicamente a través de informe de anatomía patológica.

La importancia de nuestro estudio radica en un correcto diagnóstico y tratamiento de dicha patología con el fin de evitar la realización de procedimientos innecesarios.



CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Colecistitis Aguda

La Colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos y con menor frecuencia por barro biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente. (15)

La colecistitis calculosa aguda es el proceso inflamatorio que se produce como consecuencia de la obstrucción del flujo de salida de la vesícula biliar, generalmente asociado a la presencia de cálculos, que conlleva a distensión y proliferación bacteriana. (16)

Se presenta en mayor proporción en mujeres entre la cuarta y la sexta década de la vida, lo cual es concordante con las características demográficas de su etiología principal, sin embargo se presenta con mayor gravedad en los hombres. (16)

2.2 Anatomía vesicular

Es un receptáculo músculo-membranoso en forma de pera, que mide aproximadamente de 8 a 10 cm de longitud, por 3,5 a 4 cm de diámetro. La vesícula se aloja en la fosilla cística, ubicada en la cara inferior del hígado por fuera del lóbulo cuadrado y en contacto con la pared abdominal a nivel del décimo cartílago costal derecho. Normalmente la vesícula almacena de 30-60 cc de bilis, siendo su capacidad máxima de 200 a 250 cc. (17)

Con la deshidratación, la bilis se concentra al ingerir alimentos, ésta se libera por la contracción de la musculatura de la vesícula biliar, y fluye a través de los conductos biliares. Aproximadamente, el 95% de los ácidos biliares se

vuelven a absorber en el intestino y regresan al hígado, aquí, se vuelven a emplear en la producción de más bilis. (18)

Para su estudio se divide en tres porciones

- Fondo
- Cuerpo
- Cuello. (17)

Histológicamente la vesícula tiene tres capas:

1. **Mucosa:** Recubierta por epitelio cilíndrico que descansa sobre eminencias que le dan la apariencia de tabiques. Existen glándulas de tipo mucoso llamadas glándulas de Lushka, que abundan en el cuello. Esta mucosa cumple funciones de absorción, elaboración y secreción de sustancias que luego son eliminadas hacia la luz intestinal. (17)
2. **Capa fibromuscular:** Se encuentran los elementos nerviosos. (17)
3. **Serosa:** Fija la vesícula a la fosilla cística, extendiéndose desde el cuello hasta el fondo. (17)

2.3 Irrigación

La vesícula biliar es irrigada principalmente por la arteria cística que en la mayoría de casos es rama de la hepática derecha, en otros casos se desprende de la hepática común y con menos frecuencia de la hepática izquierda. (19)

2.4 Fisiología

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



a) Permitir la digestión y absorción de las grasas, puesto que los ácidos biliares las emulsifican y convierten en partículas pequeñas que pueden ser degradadas por la lipasa, y ayudan al transporte y absorción de los productos finales de la digestión.

b) Eliminar productos de desecho como la bilirrubina o el exceso de colesterol. (17)

2.5 Manifestaciones Clínicas

La mayoría de los pacientes refieren antecedentes de alteraciones dispépticas o de cólicos vesiculares por ingesta de comidas grasas. (20)
El dolor es uno de los síntomas más frecuentes, generalmente está localizado en el hipocondrio derecho, persistente y de gran intensidad. Con el aumento del proceso inflamatorio, la vesícula se distiende comprometiendo el peritoneo parietal, lo que incrementa el dolor. (20)

El dolor puede irradiarse a epigastrio, hacia la región dorso lumbar derecha y hacia el hombro del mismo lado. (20)

La fiebre, es un síntoma importante, puede estar precedido de escalofríos. (20)

La palpación del hipocondrio derecho, muestra hipertonia muscular por hipersensibilidad y defensa. En personas de edad avanzada, puede haber menos reacción peritoneal en relación con el cuadro anatómico. (20)

Cuando hay perforación vesicular o abscesos, la semiología del dolor es diferente, extendiéndose el compromiso a zonas vecinas como flanco y fosa iliaca derecha. (20)

2.6 Diagnóstico

2.6.1 Examen físico

El paciente presenta dolor intenso y signos de respuesta inflamatoria sistémica (taquicardia y fiebre), taquipnea y deshidratación. (16)

Los pacientes con colecistitis aguda pueden presentar una vesícula distendida y palpable, y referir dolor durante la palpación superficial y profunda del hipocondrio derecho. (16)

El signo de Murphy se induce al presionar con los pulgares de ambas manos por debajo del reborde costal derecho, mientras que se le pide al paciente que inspire profundamente. En caso de que la vesícula sea sensible, el paciente interrumpe la respiración (“paro inspiratorio”). Correctamente practicada la maniobra tiene una sensibilidad de hasta 97%, especificidad del 48%, valor diagnóstico positivo del 70% y valor diagnóstico negativo del 93%. (16)

Se debe tener mayor sospecha clínica en pacientes geriátricos, pues tienden a no presentar signos ni síntomas referentes al hipocondrio derecho. En tales casos, es útil guiarse por las manifestaciones sistémicas y los exámenes de laboratorio. (16)

2.6.2 Exámenes de laboratorio

En el laboratorio hay incremento de los glóbulos blancos ($>10.000/\text{mm}^3$) con moderado incremento de polimorfonucleares. 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 horas. (17)

La eritrosedimentación se acelera y la concentración de la proteína C-reactiva aumenta. Cuando se produce el estancamiento de la vesícula, la bilirrubina y la fosfatasa alcalina aumentan. Además, los valores hepáticos (ALT, AST, GGT) se sitúan por encima de lo normal. (21)

Ecografía abdominal

Es el procedimiento diagnóstico de elección debido a su alta sensibilidad y especificidad del 95%, además de su bajo costo. (22)

Durante la exploración ecográfica el cálculo se visualiza como una estructura ecogénica, rodeada de líquido (bilis) con sombra acústica posterior. Cuando el cálculo se moviliza hacia el cístico obstruyéndolo, la vesícula aumenta de tamaño. Los falsos negativos se deben a cálculos de tamaño menor a 2mm o situados en el cístico, mientras que los falsos positivos corresponden a lesiones de la pared vesicular, imágenes de bilis espesa o gas duodenal. (23)

Los hallazgos ecográficos sugestivos incluyen:

- Engrosamiento de la pared vesicular (>3mm).
- Edema de la pared (signo del doble contorno).
- Murphy ecográfico positivo (valor predictivo positivo del 92%).
- Distensión vesicular (diámetro mayor superior a 5cm). (24)

Al combinar los datos ecográficos, clínicos y analíticos se obtiene una sensibilidad del 85 al 95% y una especificidad del 63- 93% para el diagnóstico. (24)

2.7 Anatomía Patológica

Los cambios macroscópicos que se producen son: edema con engrosamiento de la pared, distensión vesicular, con aumento de la vascularización e ingurgitación venosa. (26,28)

El examen del interior de la vesícula muestra distintas alteraciones de la mucosa, que van desde la congestión, la ulceración, la hemorragia, la necrosis; la gangrena y la perforación.



Esto correspondería a distintas formas anatómicas como la forma congestiva o catarral, la forma supurada o flegmonosa, la forma empiematosa o hidrópica, la forma hemorrágica y la gangrenosa. (26,28)

La microscopía muestra que en la mayoría de los casos (90%), el proceso agudo se produce sobre una colecistitis crónica litiásica; existiendo una infiltración intensa de leucocitos en todas las capas de la pared vesicular, acompañado de congestión vascular, formación de microabscesos intraparietales o necrosis gangrenosa. (26,28)

En conclusión, la evolución posible de una colecistitis puede ser hacia la resolución o su persistencia. La resolución es lo más frecuente quedando siempre cierto grado de cicatriz con o sin alteración de su funcionamiento. La persistencia puede dar lugar a un empiema, a una gangrena vesicular con perforación localizada y pericolecistitis o ser más importante dando lugar a una peritonitis. (26,28)

2.8 Tratamiento

Existen múltiples criterios en cuanto a la conducta a tomarse.

La escuela europea era partidaria del tratamiento médico y no de la intervención quirúrgica inicial, difiriendo la operación y solo a cometerla inicialmente de existir complicaciones. En cambio la escuela americana defendía el criterio de realizar el tratamiento quirúrgico de inicio. (27)

Actualmente el tratamiento está encaminado a la realización de la colecistectomía siguiendo etapas previas de tratamiento médico con el objetivo de mejorar al paciente en concordancia con la intervención quirúrgica definitiva. (27)

2.8.1 Tratamiento Médico

- ❖ Hospitalización.
- ❖ Reposo en cama.
- ❖ Ayuno total. Se reserva la intubación naso gástrica a aquellos pacientes que mantienen vómitos. (27)
- ❖ Hidratación. Se administrará líquido intravenoso a fin de corregir la deshidratación, valorándose los electrolitos principales.
- ❖ Analgésicos. Debe aliviarse el dolor prontamente. Se proscribe el uso de opiáceos. (27)
- ❖ Antibiótico terapia. Debe utilizarse en aquellos pacientes con colecistitis aguda severa. El antibiótico a seleccionar debe tener la especificidad de cubrir gérmenes aerobios gram negativo y anaerobios y además que puedan alcanzar concentraciones terapéuticas en las vías biliares (27)

2.8.2 Tratamiento quirúrgico

Colecistectomía

Es el tratamiento de elección, debe realizarse de urgencia y preferentemente por laparoscopia.

La colecistectomía puede realizarse de manera abierta o laparoscópica. (25)

Tratamiento Conservador

En aquellos casos en los cuales la evolución clínica sea superior a las 72 horas, o en pacientes con un riesgo quirúrgico muy alto esta decisión debe ser muy bien valorada. (25)

- Suspensión de la vía oral por 24 o 48 horas. (25)
- Sonda nasogástrica y aspiración si existe vómito persistente. (25)
- Hidratación parenteral hasta que la vía oral sea bien tolerada. (25)



- Antibióticos: asociación de una cefalosporina de tercera generación por vía parenteral. (25)
- Uso de Procinéticos y antieméticos. (25)
- Analgésicos. (25)
- Leucograma y eritrosedimentación seriados. (25)
- Evaluación Clínica cada 4 horas, palpación abdominal, temperatura, pulso, estado general. (25)
- Si no hay complicaciones, a las 24 a 48 horas se comenzará con la alimentación oral, empezando con líquidos, luego dieta blanda, hasta llegar a la dieta libre baja en grasa. (25)
- Si la temperatura, el pulso, el leucograma y la eritrosedimentación no se normalizaran, o las condiciones locales o generales no mejoraran, la conducta debe ser quirúrgica. (25)
- Si la evolución es satisfactoria, se realizará colecistectomía electiva a los 6 meses, previo estudio ultrasonográfico de las vías biliares y perfil enzimático hepático (Bilirrubina, TGO, TGP, GGT Y FAL). (25)

2.9 COMPLICACIONES

- Empiema vesicular
- Perforación vesicular
- Gangrena vesicular
- Plastrón vesicular (26)

CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la correlación de la clínica y la ecografía con anatomía patológica en pacientes diagnosticados de Colecistolitiasis que han sido sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar el cuadro clínico de los pacientes diagnosticados de Colecistolitiasis.
- ✓ Identificar los reportes ecográficos de los pacientes diagnosticados de Colecistolitiasis
- ✓ Determinar los reportes de Anatomía Patológica de los pacientes con diagnóstico de Colecistolitiasis

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para la presente investigación se realizó un estudio descriptivo retrospectivo; que nos ayudó a describir, analizar e interpretar en forma ordenada los datos obtenidos.

4.2 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Número de años cumplidos	16-20 21-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50
Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer	Tipo de sexo	Masculino Femenino
Características clínicas	Signo clínico a cualquier manifestación	Si No	Dolor abdominal Nausea



	objetivable consecuente a una enfermedad o alteración de la salud, y que se hace evidente en la biología del enfermo		Vómito Ictericia Fiebre Malestar genera Otros
Reporte ecográfico	Informe en donde se transcribe lo observado a través de un ecógrafo que emite ondas sonoras que permiten diferenciar claramente la forma y tamaño de cada estructura	Signos ecográficos	1. Engrosamiento de la pared vesicular (>3mm). 2. Edema de la pared (signo del doble contorno). 3. Murphy ecográfico positivo (valor predictivo positivo del 92%). 4. Distensión vesicular (diámetro mayor superior a 5cm).

Reporte anatomopatológico	Informe que indica por medio de técnicas morfológicas, de las causas, desarrollo y consecuencias de las enfermedades	Tipo de Inflamación	Aguda Subaguda Crónica Crónica reagudizada
----------------------------------	--	---------------------	---

4.3 ÁREA DE ESTUDIO

Nuestro estudio de investigación se realizó en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, ubicado en la parroquia Huayna Cápac en la avenida Los Arupos y avenida 12 de Abril.

4.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Para el presente estudio se revisaron 742 historias clínicas con sus respectivos reportes ecográficos y de anatomía patológica de los pacientes diagnosticados con Colecistolitiasis y que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” en la ciudad de Cuenca-Ecuador durante el año 2013. Trabajamos con todo el universo

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyeron todas las historias clínicas de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía en el servicio de cirugía del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, y que cuentan con sus respectivos informes ecográficos y de anatomía patológica.

Se excluirán las historias clínicas que no cuenten con sus respectivos reportes tanto ecográficos como de anatomía patológica.

El número de historias clínicas revisadas fue de 742 de las cuales se excluyeron 109, debido a que no contaban con sus respectivos reportes tanto ecográfico o de anatomía patológica.

4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MÉTODO: El método empleado fue la observación

La cual se basó en la revisión de historias clínicas, exámenes ecográficos y de anatomía patológica que fueron registradas en el período correspondiente al año 2013.

Una vez levantada la información se elaboró una base de datos en el programa Excel y se procesó en una computadora con el sistema operativo Windows XP Professional, se analizó mediante el paquete estadístico SPSS 11.0; versión español con el objetivo de detallar y sintetizar los datos, utilizando distribuciones de frecuencia y porcentajes, que posteriormente presentaremos mediante tablas y gráficos.

TÉCNICAS: En nuestro estudio nos basamos en la revisión de historias clínicas, con sus reportes ecográficos y de anatomía patológica.

INSTRUMENTO: Para la recolección de la información se utilizó un formulario (Anexo 1)

- Historias clínicas
- Resultados de exámenes ecográficos.
- Resultados de exámenes de anatomía patológica.

4.7 PROCEDIMIENTOS

AUTORIZACIÓN: Para nuestra investigación se realizó la solicitud correspondiente al Dr. Javier Peralta; Director de Gestión de Docencia e Investigación del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, con el fin de que se nos permita realizar el estudio en dicha institución.

CAPACITACIÓN: Para el presente estudio nos basamos en revisión bibliográfica y consulta a expertos.

SUPERVISIÓN: El estudio fue supervisado constantemente por el Dr. Hidalgo Clavijo.

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos obtenidos de las historias clínicas, resultados obtenidos de ecografía y anatomía patológica fueron registrados en una base de datos elaborada para el efecto en Microsoft Excel 2010 y en el programa SPSS 11.0 con el fin de obtener la frecuencia y los porcentajes pertenecientes a nuestra muestra. Los resultados fueron resumidos mediante tablas y gráficos (de acuerdo al tipo de variable).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Se realizó un oficio previo al proceso de investigación al director del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, para obtener su aprobación. En la investigación se garantiza una total confidencialidad de los datos y de la identidad de los participantes.

Los datos fueron manejados de manera estrictamente confidencial únicamente por los investigadores.



Los resultados de este trabajo sólo se presentaran en actividades de carácter científico por los autores y el material proporcionado será utilizado únicamente para los propósitos descritos en el estudio.

4.10 RECURSOS

4.10.1 RECURSOS HUMANOS

Directos:

Director: Dr. Hidalgo Clavijo

Asesor: Dr. Hidalgo Clavijo

Autores: Hugo Auquilla, Verónica Matailo, Norma Ortiz.

Indirectos:

Director y personal del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”.

4.10.2 RECURSOS MATERIALES

Recursos	Cantidad	Precio	Total
Transporte	48 viajes	\$ 0.25	\$ 12.00 x 3 personas = \$ 36.00
Impresión del trabajo de investigación	3 trabajos	\$ 6.00	\$ 18.00
Laptop	1	\$700	\$700.00
Impresión de la tesis	3	\$ 20.00	\$ 60.00
Total			\$ 814.00

**4.10.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	TIEMPO(Mes)						
	1	2	3	4	5	6	7
Planificación.	X						
Marco teórico.		X					
Elaboración de instrumentos.			X				
Recolección y procesamiento de datos				X	X		
Análisis y graficación.						X	
Informe final.							X

CAPITULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Características Generales de la Muestra Estudiada

La muestra estuvo conformada por 633 pacientes de los cuales el 78,5% (n=497) perteneció al sexo femenino y 21,5% (n=136) al sexo masculino. La edad promedio fue de $41,52 \pm 17,00$ años. El grupo etario más frecuente fue el de 26-30 años con el 15,5% (n=98), seguido del grupo etario de 60 años y más (14,7%; n=93) y el grupo de 31 a 35 años (13,0%; n=82); mientras que el grupo etario menos frecuente fue el de 16 a 20 años con un 5,4% (n=34). La procedencia más frecuente de los pacientes fue del área urbana (57,3%; n=363), mientras que un 42,7% (n=270) tuvo una procedencia rural, **Tabla 1**.

Tabla 1. Características generales de los pacientes con colecistolitiasis sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital regional “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca-Ecuador 2013

	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Grupos Etarios (años)						
16-20	31	6,2	3	2,2	34	5,4
21-25	68	13,7	12	8,8	80	12,6
26-30	81	16,3	17	12,5	98	15,5
31-35	63	12,7	19	14,0	82	13,0
36-40	52	10,5	13	9,6	65	10,3
41-45	30	6,0	11	8,1	41	6,5
46-50	42	8,5	11	8,1	53	8,4
51-55	35	7,0	11	8,1	46	7,3
56-60	31	6,2	10	7,4	41	6,5
60 y más	64	12,9	29	21,3	93	14,7
Procedencia						
Urbana	285	57,3	78	57,4	363	57,3
Rural	212	42,7	58	42,6	270	42,7
Total	497	100,0	136	100,0	633	100,0

Manifestaciones clínicas de los pacientes estudiados

La **Tabla 2** muestra las manifestaciones clínicas según su frecuencia y de acuerdo al sexo, donde se aprecia que el dolor tipo cólico fue la manifestación clínica más frecuente encontrándose que el 100% de los casos estudiados presentaron dicha sintomatología, seguida de las náuseas (62,4%; n=395); y vómitos (54,8%; n=347) como síntomas más frecuentes.

Tabla 2. Comportamiento de las manifestaciones clínicas según el sexo de los pacientes con colecistolitiasis sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital regional “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca-Ecuador 2013

Manifestaciones clínicas	Femenino		Masculino		Total		$\chi^2(p)^*$
	n	%	n	%	n	%	
Dolor tipo cólico	497	100,0	136	100,0	633	100,0	-
Náuseas	315	63,4	80	58,8	395	62,4	0,945 (0,331)
Vómitos	276	55,5	71	52,2	347	54,8	0,477 (0,490)
Fiebre	5	1,0	3	2,2	8	1,3	1,232 (0,267)

* Prueba de chi cuadrado; Asociación estadísticamente significativa $p < 0,05$.

Hallazgos ecográficos de los pacientes estudiados

Se encontró que el hallazgo ecográfico más frecuente fue la distensión vesicular (55,6%; n=352); seguido del engrosamiento de pared (15,2%; n=96) y el edema de pared (29%; n=5,8). Asimismo se observó una asociación entre el engrosamiento de pared y el sexo ($\chi^2=7,834$; $p=0,005$) donde en los hombres tuvo mayor frecuencia (hombres: 15,2% vs. mujeres: 13,1%; $p < 0,05$), **Tabla 3**.

Tabla 3. Hallazgos ecográficos de acuerdo al sexo de los pacientes con colecistolitiasis sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital regional “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca-Ecuador 2013

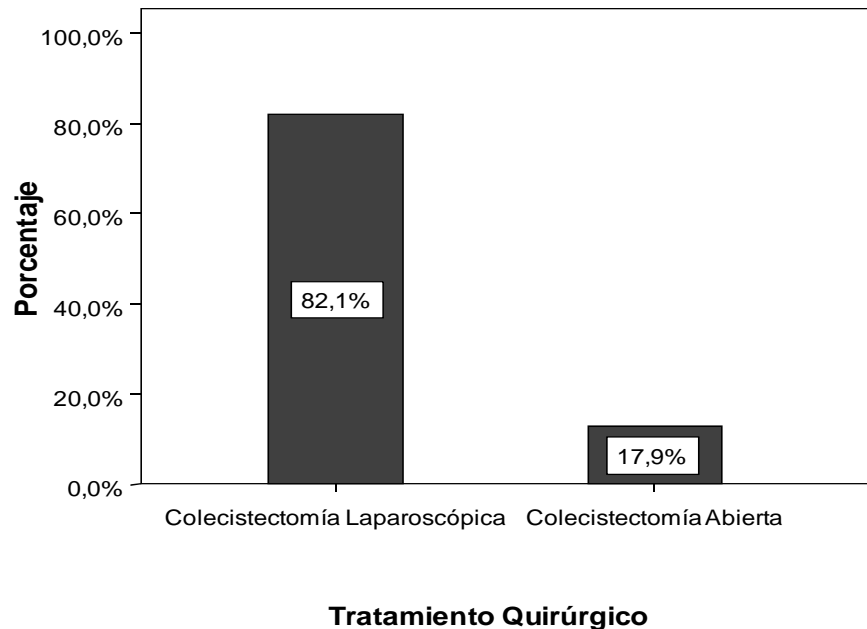
Hallazgos Ecográficos	Femenino		Masculino		Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	%	n	%	n	%	
Distensión Vesicular	280	56,3	72	52,9	352	55,6	0,499 (0,480)
Engrosamiento de la pared	65	13,1	31	22,8	96	15,2	7,834 (0,005)**
Edema de pared	29	5,8	11	8,1	40	6,3	0,916 (0,339)

* Prueba de chi cuadrado; ** Asociación estadísticamente significativa $p < 0,05$.

Tipo de intervención quirúrgica

En el **Gráfico 1** se muestra la distribución del tipo de intervención quirúrgica realizada a los pacientes estudiados. Se aprecia que la colecistectomía laparoscópica fue la más frecuente con el 82,1% (n=520), seguida de la colecistectomía abierta con el 17,9% (n=113).

Gráfico 1. Tipo de intervención quirúrgica realizada en los pacientes con colecistolitiasis en el Hospital regional “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca-Ecuador 2013



Hallazgos anatomopatológicos en los pacientes estudiados

En la Tabla 4 se muestra la frecuencia de los hallazgos anatomopatológicos de los pacientes con colecistolitiasis sometidos a intervención quirúrgica, donde se puede apreciar que los hallazgos más frecuentes fueron la colecistitis crónica simple con el 94,0% (n=595), seguido de la colecistitis crónica reagudizada (5,8%; n=37) y la colecistitis aguda (0,2%; n=1).

Tabla 4. Frecuencia de los hallazgos anatomopatológicos de los pacientes con colecistolitiasis sometidos a intervención quirúrgica en el Hospital regional “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca-Ecuador 2013

Hallazgos Anatomopatológicos	n	%
Colecistitis Crónica	595	94,0
Colecistitis Crónica Reagudizada	37	5,8
Colecistitis Aguda	1	0,2
Total	633	100,0

En la **tabla 5** se evidencia que de los 633 pacientes que se realizaron Anatomía Patológica, se le comparo con las ecografías y el diagnóstico clínico al ingreso al servicio de Cirugía, y se reportó que en el 100% de los casos se llegó al diagnóstico a través de la clínica de Colecistitis Aguda, 99,37% a través de la ecografía y apenas 0,16% mediante la anatomía patológica.

En cuanto a la Colecistitis Crónica no se evidenció como diagnóstico inicial en las historias clínicas, a través de la ecografía en un 0,63% y anatomía patológica 93,99%

Únicamente a través de la anatomía patológica se logró llegar al diagnóstico de Colecistitis Crónica Reagudizada, en un 5,85%.

Tabla 5. Correlación clínica y ecográfica con anatomía patológica de los pacientes con colecistolitiasis sometidos a intervención quirúrgica en el hospital regional “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca-Ecuador 2013.

Patología	Ecografía		Clínica		Anatomía Patológica	
	n	%	n	%	n	%
Colecistitis Aguda	629	99,37	633	100	1	0,16
Colecistitis Crónica	4	0,63	0	0	595	93,99
Colecistitis Crónica Reagudizada	0	0	0	0	37	5,85
Total	633	100	633	100	633	100

FUENTE: Base de datos

ELABORADO POR: Los autores

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio consiste en determinar la correlación clínica y ecográfica con anatomía patológica en pacientes con Colecistolitiasis sometidos a Colectectomía Hospital “Regional Vicente Corral Moscoso”.

La clínica característica que se presenta en un paciente es el dolor en hipocondrio derecho; el cual generalmente es de tipo cólico, náusea, vómito; si realizamos la valoración física vamos a encontrar el signo de Murphy. Generalmente existen muchas causas de dolor abdominal agudo por lo que es importante realizar una adecuada anamnesis y exploración física, los cuales nos ayudaran a elegir el método diagnóstico adecuado.

En nuestro estudio se pudo verificar que todos los pacientes acudieron por presentar dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, seguido de nausea y vómito, datos que nos orientan hacia una patología vesicular, pero es importante descartar otras patologías que podrían cursar con similar sintomatología.

La ecografía como procedimiento diagnóstico de Colecistitis Aguda; es rápido y seguro, se ha determinado que tiene una especificidad de 80-90%, pero el principal inconveniente de la ecografía es que depende de la experiencia del personal para determinar si existe o no patología vesicular.

La mayoría de reportes ecográficos revisados de los pacientes correspondientes a nuestro estudio indicaron distensión vesicular.

En el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, donde realizamos nuestra investigación el primer elemento diagnóstico a realizar, después de la anamnesis y exploración física; es la ecografía ya que es de fácil alcance en nuestro medio.



Es importante esclarecer la importancia de la Anatomía Patológica en el diagnóstico adecuado de patología vesicular, en el presente estudio los reportes de patología correspondieron en su mayoría a Colecistitis Crónica; a pesar de que los pacientes revelaron que fue el primer episodio presentado.

Los grupos estudiados fueron la clínica, ecografía y anatomía patológica, en los cuales generalmente se determinó que la clínica en una primera instancia nos lleva a un diagnóstico de Colecistitis Aguda, al igual que la ecografía, pero cuando se lleva al cabo el estudio patológico, el cual es el definitivo, este nos indica que se trata de Colecistitis Crónica; lo que nos lleva a un desacuerdo en cuanto al diagnóstico.

Se estudió tanto a pacientes de género masculino y femenino, y se determinó que el segundo grupo presentó dicha entidad con mayor frecuencia, el grupo más frecuente se encontró entre los 26 y 30 años de edad.

El 100% de los pacientes llegaron a Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, por presentar dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, siendo el mismo la principal causa de consulta de dicha patología.

Con respecto al estudio ecográfico se observó sobre todo distensión vesicular, uno de los criterios mayores para el diagnóstico de Colecistitis Aguda, pero hay que tener en cuenta que no es el único, pero un correcto diagnóstico depende tanto de la clínica como la ecografía.

El procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fue la Colecistectomía Laparoscópica.

La Anatomía patológica reportó Colecistitis Crónica en un mayor porcentaje frente a la Colecistitis Aguda y Colecistitis Crónica Reagudizada.



En un estudio realizado en el Hospital Rodríguez Zambrano de Manta realizado en el año 2004, muestra igualmente que la patología se observa en su mayoría en el género femenino, lo cual concuerda con nuestro estudio, pero el grupo etario más frecuente comprendió entre los 63 y 71 años de edad, hecho diferente en nuestro estudio.

Dentro de las manifestaciones clínicas a dicha institución, los pacientes acudieron principalmente por dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, seguido de náuseas y vómitos, lo cual coincide con el estudio de investigación

El procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia en dicha institución fue la Colectomía Abierta, mientras que en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” fue la Colectomía Laparoscópica, debido a que dicho procedimiento tiene beneficios como: acorta el tiempo de estancia hospitalaria, menor incidencia de complicaciones postoperatorias, entre otros.

Los resultados de Anatomía Patológica lanzaron un diagnóstico de Colectitis Crónica, no existió ningún caso reportado de Colectitis Aguda, en comparación con nuestro estudio que reporta casos en su mayoría de Colectitis Crónica, seguida de Colectitis Crónica Reagudizada y Colectitis Aguda.

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación muestran las siguientes conclusiones:

La Colecistolitiasis es una patología muy frecuente que puede presentarse en cualquier grupo etario, en nuestro estudio dicha entidad se presentó sobre todo entre los 26 y 30 años de edad.

Con respecto al género, el femenino predominó en un 78,50%, mientras que el masculino representó el 21,50%.

En cuanto a la procedencia se observó que el 57,3% procedía del área Urbana, en tanto el 42,7%, pertenecía al área Rural, probablemente debido a la facilidad de accesos a los servicios de salud que existen en la Ciudad.

Mediante el presente trabajo se pudo observar que el síntoma más característico es el dolor tipo cólico el cual generalmente se ubica en el hipocondrio derecho presentándose en el 100% de los casos; seguido de náusea y vómito en un 63,4% y 54,8, respectivamente. Siendo el menos frecuente la fiebre en un 1,3%.

El dato ecográfico que se encontró con mayor frecuencia fue la distensión vesicular con un 55,6%, seguido de engrosamiento de la pared que representa 15,2 % y edema de la pared 6,3 %

El procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fue la Colectomía Laparoscópica 82,1%, frente a la Colectomía abierta que correspondió 17,9%



En el reporte de Anatomía Patológica se evidenció que la Colecistitis crónica simple representa 94%, La Colecistitis Crónica Reagudizada 5,8 % y la Colecistitis Aguda constituye 0,2 %.

La realización de una correcta anamnesis y examen físico es de gran importancia en el ámbito de la medicina ya que es el primer instrumento en el cual nos basaremos para instaurar nuestros posibles diagnósticos y nos orientaran a solicitar el examen complementario más adecuado con el fin de evitar gastar recursos innecesarios y optimizar los métodos diagnósticos que se encuentren a nuestro alcance

Mediante nuestro estudio se pudo evidenciar que la ecografía como tal constituye un medio de gran ayuda para el diagnóstico, ya que se pudo corroborar que los reportes de Anatomía Patológica coincidían con los informes Ecográficos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colecistitis Aguda y Crónica SMACI (Internet) (actualizado 2011, acceso 15/05/2014)
Disponible en: <http://smaci.blogspot.com/2011/06/colecistitis-aguda-y-cronicacalculosa.html>
2. Medlineplus.com Enfermedades de la vesícula biliar (Internet) Acceso 26/04/2014
Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/gallbladderdiseases.html>
3. Ecured. Colecistitis aguda. (Internet) Acceso 26/04/2014
Disponible en:
http://www.ecured.cu/index.php/Colecistitis_Aguda
4. Revistas Médicas.com, Incidencia de la colelitiasis, (Internet), Acceso 26/04/2014, Disponible en:
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEkppZyZZALMCzVgzN.php>
5. Andrade A. Antibioticoterapia en las infecciones graves. Med (Internet) 2011. Acceso 07/04/2014
Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n1/a06v28n1>
6. Fisterra.com Colecistitis aguda (internet) 11/06/2012. Acceso 27/04/2014 Disponible en:
<http://www.fisterra.com/guias-clinicas/colecistitis-aguda/#3390>
7. Patiño J, Colecistitis Aguda, Bogotá-Colombia, (Internet), Acceso 27/04/2014. Disponible en:
http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/gastrointestinales/Colecistitis_aguda.pdf
8. De la Concepción de la Peña Ada Hilda, Soberón Varela Iris, Hernández Varea José Antonio, Cremata Bruna Mario. Resultados del



- tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Abr 28] ; 48(2): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200004&lng=es
9. Colelitiasis, (Internet), Acceso 26/04/2014, Disponible en:
http://www.ucsg.edu.ec/catolica_/secundarias/html/facultad_medicina/carrera_medicina/tutoria/materias/anatopatologica/datos/anatomia_patologica10e.htm
10. Jaramillo D, Clasificación y Fisiopatología de los cálculos biliares, (Internet) (2009, Acceso 15/12/2013), Disponible en:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v50n1/pdf/Clasificaci%F3n%20y%20fisio..pdf>
11. Schwartz S. Vía biliar y sistema extra hepático. Principios de Cirugía. Novena Edición. Houston – Texas. McGraw-Hil, 2010. Págs. 1142-1143
12. Colecistitis aguda tratamiento, (internet), acceso: 28/04/2014.
Disponible en:
<http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/abdomen/cap5.pdf>
13. Eraña I, Ramírez M, Radiología diagnóstica e imagen, Avances, (Internet), Acceso 28/04/2014, Disponible en:
<http://www.hsj.com.mx/Content/Images/Rev%2002%20Correlaci%C3%B3n%20sonogr%C3%A1fica%20e%20histol%C3%B3gica%20en%20la%20colecistitis%20y%20colecistolitiasis.pdf>
14. Colecistitis Aguda, (Internet), Acceso 28/04/2014, Disponible en:
<http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/abdomen/cap5.pdf>
15. Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis Colelitiasis, (Internet), (Acceso 28/04/2014). Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/doc>



umentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/colelitiasis/cole
_guia_rapida.pdf.

16. Angarita F. A., Acuña S. A., Jiménez C., Garay J., Gómez D, Domínguez L. C. Colecistitis calculosa aguda, Bogotá Colombia, 2010, (Internet), acceso 28/04/2014, Disponible en:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v51n3/5-COLECISTITIS.pdf>
17. Intramed.net, Vías biliares y Vesícula biliar, , (Internet), Acceso 03/04/2014, Disponible en:
http://www.intramed.net/sitios/librovirtual8/pdf/8_05.pdf
18. Pedrero M., Anatomía de la Vesícula biliar, Omeda. Es, 2012, (internet), acceso, Disponible en:
http://www.onmeda.es/enfermedades/piedras_en_la_vesicula-definicion-anatomia-de-la-vesicula-biliar-1344-3.html
19. Cueva A, Vesícula y Vías Biliares, (Internet), acceso 14/04/2014, Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Ca p_18-1_Ves%C3%ADcula%20y%20V%C3%ADas%20Biliares.htm
20. Monestes J y Galindo F. Colecistitis aguda. Cirugía digestiva (Internet), 2009, IV-441, pág. 1-8. Acceso 27/04/2014
Disponible en:
<http://www.sacd.org.ar/ccuarentayuno.pdf>
21. Onmeda.es. Inflamación de la vesícula biliar , (Internet), Acceso 27/04/2014
Disponible en:
<http://www.onmeda.es/enfermedades/colecistitis-diagnostico-2480-6.html>
22. Díaz Herranz Susana, García Cáceres María del Carmen Litiasis biliar AMF (internet) (actualizado 2013, acceso 10/04/2014).

Disponible en:

http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1122

23. Motta Gaspar; Treviño Carlos. Abordaje diagnóstico por imagen en patología benigna de la vesícula y vías biliares (Internet) Actualizado 2/ 04/ 2010. (Acceso 27/04/2014).

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2010/ce102d.pdf>

24. Tejedor M, Albillos A .Enfermedad litiasica biliar (CIBERehd) (actualizado 08/11/2012, acceso 27/24/2014).

Disponible en:

<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v11n08a90128633pdf001.p>

25. Quevedo L, Colecistitis aguda. Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento, Rev Cubana Cir v.46 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2007, [acceso 26 de abril de 2014]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474932007000200013&script=sci_arttext

26. Ríos E, Colecistolitiasis y colecistitis, UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA, Universidad de La Frontera, [revista en internet]; [acceso 26 de abril de 2014]; Disponible en: http://www.med.ufro.cl/clases_apuntes/medicina-interna/gastroenterologia/docs/23-colecistolitiasis-y-colecistitis.pdf

27. Leiva R, Quintero L, Colecistitis aguda. Revisión bibliográfica, Gaceta Médica Espirituana 2007; 9(2), [acceso 26 de abril de 2014]; Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)_17/p17.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_17/p17.html)

28. Monestes J, Galindo F, COLECISTITIS AGUDA, Cirugía digestiva, 2009; IV-441, [acceso 26 de abril de 2014]; Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/ccuarentayuno.pdf>



ANEXO

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE RESULTADOS
ECOGRÁFICOS Y ANATOMIA PATOLÓGICA DE “HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO”.**

FORMULARIO No..... Nombre del encuestador.....

HISTORIA CLÍNICA No:

1. EDAD (AÑOS)

2. SEXO (Marque con una X)

Masculino

Femenino

3. PROCEDENCIA (Marque con una X)

Urbana.

Rural.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Dolor tipo cólico

Fiebre

Nauseas.

Vómito

Otros síntomas

Especifique.....



5. HALLAZGO ECOGRÁFICO (Marque con una X)

- Engrosamiento de la pared vesicular (>3mm).
- Edema de la pared (signo del doble contorno).
- Murphy ecográfico positivo (valor predictivo positivo del 92%).
- Distensión vesicular (diámetro mayor superior a 5cm).
- Otros hallazgos ecográficos.
- Especifique.....

6. TRATAMIENTO MÉDICO

- Si
- No
- Otros Especifique.....

7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Colecistectomía Abierta
- Colecistectomía Laparoscópica

8. REPORTE DE ANATOMIA PATOLÓGICA (Tipo de Inflamación)

- Aguda
- Crónica
- Crónica reagudizada