



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“FISTULA BILIAR CON SÍNDROME DE MIRIZZI”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Salguero Lozada, Johana Monserrath

Tutor: Dr. Blacio Villa, Carlos Omar

Ambato – Ecuador

Mayo, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre Análisis de caso Clínico sobre el tema: “**FÍSTULA BILIAR CON SÍNDROME DE MIRIZZI**”, de Salguero Lozada Johana Monserrath, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Mayo 2016

EL TUTOR:

.

.....

Dr. Blacio Villa, Carlos Omar

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “**FÍSTULA BILIAR CON SÍNDROME DE MIRIZZI**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo 2016.

LA AUTORA

.....

Salguero Lozada, Johana Monserrath

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga del Análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi Análisis Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Mayo 2016

LA AUTORA

.....
Salguero Lozada, Johana Monserrath

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de caso Clínico, sobre **“FÍSTULA BILIAR CON SÍNDROME DE MIRIZZI”** de Johana Monserrath Salguero Lozada estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo 2016

Para constancia firman

1er VOCAL

2do VOCAL

PRESIDENTE

DEDICATORIA

El presente trabajo es producto del esfuerzo, perseverancia y dedicación a la mejor de las profesiones. Y es dedicado al pilar fundamental de mi vida Dios por darme todo en especial la sabiduría en tomar la decisión más acertada de mi vida mi Carrera, a los motivadores y colaboradores para realizar uno de mis sueños hecho realidad y de quienes viviré agradecida durante mi vida por enseñarme el sendero ideal mis padres, que con el calor de su amor fueron mi soporte, mis facilitadores durante este largo caminar y no permitieron que nunca abandone mis sueños. A mi hermana mi motivación que con su sonrisa y su frase adelante me dio la fortaleza para llegar a la meta, a mi familia mi soporte, mis consejeros y compañeros de este logro de mi vida, siempre dispuestos a dar ese aliento de ánimo. A mis profesores, mis Tutores que compartieron su sabiduría y experiencias que con su ejemplo inculcaron en mí, la responsabilidad y la vocación con amor por mi Carrera, a mis compañeros de lucha con quienes compartí las experiencias, risas, angustias y al final este triunfo.

Johana Monserrath Salguero Lozada

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios por bendecir cada uno de mis pasos y permitir esta realidad.

A mis padres por ser ese ejemplo de amor, constancia, perseverancia, pilar fundamental para seguir en este complejo camino de la medicina, quienes con su cariño y paciencia me enseñaron a luchar por lo que se quiere y nunca rendirse.

A mi hermana con quien compartí mis experiencias, mis aciertos y fracasos la compañera de los momentos más gratos de mi vida, más que hermanas verdaderos amigas, siempre dispuesta dar la una por la otra.

A mi familia que con sus aspiraciones me motivaron a luchar por este gran sueño.

Al Doctor Carlos Blacio por su predisposición en ser mi Tutor, gracias por su tiempo y paciencia en compartir sus conocimientos que me permitieron llegar a mi objetivo.

A mis docentes a todos y cada uno de ellos Dios les pague, por tanta generosidad y ser los guías de este largo aprendizaje, por impartir sus conocimientos y ofrecer sus experiencias.

A mis amigos, mis compañeros, con quienes hemos vivido momentos encontrados entre la adversidad y la alegría.

A la Universidad Técnica de Ambato, a quien siempre la llevare en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y permitirme en cada una de sus aulas adquirir el conocimiento necesario y luchar para llegar a ser una profesional.

Al Hospital provincial docente Ambato, ya que es ahí donde inicie mis primeros pasos en el arte de la práctica médica, donde realice mi internado rotativo, a cada uno de los servicios y personal que forman parte de esta prestigiosa institución mil gracias.

Johana Monserrath Salguero Lozada

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. OBEJETIVOS.....	12
OBJETIVO GENERAL.....	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	12
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.....	13
IV. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	14
ANTECEDENTES COMO FACTORES DE RIESGO.....	18
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	18
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.....	21
IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS.....	22
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	24
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	26
VI. REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS.....	28
VII. ANEXOS.....	31

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“FISTULA BILIAR SÍNDROME DE MIRIZZI”

Autor: Salguero Lozada, Johana Monserrath

Tutor: Dr. Blacio Villa, Carlos Omar

Fecha: Mayo 2016

RESUMEN

El presente estudio, analiza el caso clínico de una paciente de Fistula Biliar con Síndrome de Mirizzi, la enfermedad de vía biliar es una de las patologías más frecuentes en el servicio de Cirugía, el síndrome de Mirizzi es una de las complicaciones poco frecuente de estas patologías pero con un tratamiento oportuno y adecuado puede prevenirse. Se trata de una paciente femenina de 22 años, que acude al servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato por varias ocasiones durante un mes por presentar dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho donde es tratada como una enfermedad ácido péptica, el día de su ingreso cuadro se exacerba, caracterizado por dolor abdominal de gran intensidad que se acompaña de náuseas que llegan al vómito de contenido alimentario por una ocasión. Al examen físico paciente consciente orientada, abdomen suave depresible doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. En donde es tratada con diagnóstico de enfermedad ácido péptica al no mejorar el cuadro se comunica a cirugía los cuales valoran deciden, solicitan exámenes complementarios y de imagen; eco reporta colecistitis – colelitiasis por lo que se decide su ingreso y se realiza tratamiento quirúrgico, a los a los tres días paciente presenta ictericia y se decide realizar CPRE que reporta colédoco dilatado de 8mm, coledocolitiasis con cálculo de 5mm. Se realiza papilotomía y se extrae cálculo, tras lo que se visualiza salida de bilis en altura de cístico que forma un pequeño bilioma.

PALABRAS CLAVES: ICTERICIA-COLEDOCOLITIASIS-HIPOCONDRIO DERECHO-FÍSTULA BILIAR-VIA BILIAR- SINDROME MIRIZZI

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

“BILIARY FISTULA WITH MIRIZZI SYNDROME”

Autor: Johana Monserrath Salguero Lozada

Tutor: Carlos Omar, Blacio Villa

Date: May 2016

SUMMARY

This study analyzes the clinical case of a patient with Mirizzi Syndrome, a disease of the biliary tract, which is one of the most common diseases in the surgery department, and Mirizzi syndrome is one of the infrequent complications of these pathologies but with timely and appropriate treatment can be prevented. This is a female patient of 22 years who presented to the Emergency “Hospital Provincial Docente Ambato” on several occasions for a month to present epigastric pain radiating to the right upper quadrant where it is treated as a disease of peptic acid, the day of admission exacerbated, characterized by abdominal pain of great intensity that is accompanied by nausea, vomiting of food content once. Patient oriented physical examination shows a painful right upper quadrant, abdominal soft and depressible. Where it is treated with acid peptic disease diagnosis by not improving the picture, surgery is decided, requesting additional examinations and imaging; ultrasound reports cholecystitis - cholelithiasis so surgery is decided and surgical treatment is performed. Three days later, the patient has jaundice and is decided to perform ERCP reporting a dilated bile duct 8mm, 5mm choledocholithiasis with calculation. Papillotomy and calculation are performed and are removed, after which bile output is displayed in height forming a small cystic bilioma.

KEYWORDS: JAUNDICE - CHOLEDOCHOLITHIASIS - HYPOCHONDRIAC RIGHT- BILIARY FISTULA - BILIARY- MIRIZZI SYNDROME

INTRODUCCIÓN

Este caso me pareció de mucha importancia porque la paciente acudió por varias ocasiones al servicio de Emergencia, en el cual con un adecuado diagnóstico se podía realizar el tratamiento adecuado y prevenir la complicación que obtuvo la paciente.

La colelitiasis es la patología más frecuente de la vía biliar esto se da por ser una de las enfermedades asintomáticas y suele tener una larga evolución, al no dar un tratamiento adecuado tiende frecuentemente a debutar con complicaciones. La más común la colecistitis, seguida de los cuadros de ictericias obstructivas por impactación de litos en el Hartmann, su diagnóstico diferencial suele ser complejo y la conducta terapéutica se torna más urgente. Las fístulas biliares internas son complicaciones con poca frecuencia dentro de las enfermedades biliares. Su etiología fundamental es la litiasis y en concreto suelen aparecer como complicaciones de una colecistitis aguda, otras etiologías menos frecuentes de las fístulas biliares internas son el traumatismo, los tumores, la enteritis regional y la úlcera péptica y como iatrogenia al realizar una falsa vía durante la papilotomía o postquirúrgica. Las fístulas más comunes son las colecistoduodenales; la siguen en orden de frecuencia las fístulas colecistocólicas y colecistogástricas.

Incidencia

Los indicadores Básicos de Salud Ecuador 2010 presentan como tercera causa de morbilidad a la Colelitiasis, siendo así una patología de gran importancia en el sistema de salud. Desde el punto de vista epidemiológico, el síndrome de Mirizzi ocurre en menos del 1% de los pacientes operados y la incidencia es de 0,7 a 1,4% de las colecistitis operadas. (1)

En el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo durante el período Enero 2006 - Diciembre 2012, que fue de 61 casos, de un total de 5835 pacientes que cursaron

con colelitiasis. La morbilidad en el síndrome de Mirizzi llegó al 1.24% con una mortalidad nula. El rango de edad en el cual el síndrome de Mirizzi es más frecuente fue entre los 40 y 59 años. El sexo femenino tuvo la mayor frecuencia con el 73,77% de los casos. El síndrome de Mirizzi tipo 1 fue el más frecuente de 81,97%.

El síntoma más frecuente fue el dolor con el 98,36%, seguido de la ictericia con 42,62%. El estudio ecográfico reportó en un 45,90% de casos positivo para Mirizzi y en un 45,90% de casos colecistitis litiásica. La alteración más frecuente de la función hepática fue la elevación de las bilirrubinas en un 54,80%. (2)

Fístula biliar

Químicamente, la bilis es plasma sin proteínas, con un pH alcalino, o sea una solución isotónica. Normalmente se producen de 800 a 1500 cc de bilis en 24 horas. Su fuga hacia el exterior condiciona una pérdida de base y conduce a acidosis metabólica. La composición promedio de la bilis es: 140 mEq de Na por litro; 100 mEq de Cl por litro; 40 mEq de HCO₃ por litro y 5 a 10 mEq de K por litro. (3)

Definición

Hay que diferenciar la fuga de la fístula biliar, pues la primera identifica exclusivamente a la salida de bilis desde la vía biliar a la cavidad abdominal, mientras que la fístula biliar se refiere a la comunicación entre la vía biliar y otra superficie cubierta de epitelio (por ejemplo: la piel –fístulas biliares externas– o el tubo digestivo –fístulas bilioentéricas). (4)

Esta es una complicación que aparece desde las primeras horas cuando se ha dejado un dren subhepático; en estos casos no habrá ictericia sino una fístula total de la bilis, con rápido deterioro del estado hídrico y nutricional del paciente. (5)

Etiología

Las fugas y fístulas biliares pueden ser secundarias a múltiples causas tras la cirugía biliar, independientemente del procedimiento biliar específico, puede ser

una lesión del colédoco, del conducto hepático común o de uno de los conductos hepáticos. (6)

Cuando ocurre una fuga biliar tras una colecistectomía hay que considerar varios mecanismos responsables, como la existencia de canalículos biliares no obliterados en el lecho hepático (conductos de Luschka), el fallo en la ligadura o el clip de cierre del conducto cístico, la lesión de la vía biliar, y la lesión duodenal durante la disección del área subhepática. (7) Tras la exploración de la vía biliar principal mediante una coledocotomía, las fugas biliares ocurren normalmente como consecuencia del fallo en el cierre de la incisión de la vía biliar. (8)

Clasificación

La comunicación con la vía biliar se clasificará de la siguiente forma:

- a) Sin comunicación a la vía biliar.
- b) Con comunicación a la vía biliar:
 - b1) Filtración biliar: aquellos pacientes con cierre espontáneo antes de 10 días.
 - b2) Fístula biliar: aquellos pacientes con una duración mayor de 10 días.

Las Fístulas Biliares Externas se clasificarán de acuerdo a los siguientes parámetros:

- a) Débito:

Bajo débito: cuando el flujo es $<$ de 300 ml/ día.

Alto débito: cuando el flujo es $>$ de 300 ml/ día.

- b) Tamaño:

Ausente

Presente:

- Franca: cuando la comunicación cistobiliar es $>$ a 5 mm.
- Pequeña: cuando esta tiene un tamaño menor a 5 mm.

- Oculta: cuando no se detecta comunicación y el contenido está teñido de bilis. (9)

Síndrome de Mirizzi

Definición

Es un proceso patológico que comprende: la impactación de un lito en vía biliar hasta la formación de una fistula colecistobiliar e inclusive la erosión completa del conducto hepático común. La incidencia reportada varía desde un 0.05 al 4% de todos pacientes sometidos a una cirugía por litiasis biliar. (10)

Según la American Journal of Gastroenterology la “definición moderna” de este síndrome incluye cuatro componentes principales: variación anatómica del ducto cístico de tal manera que este corra paralelo al conducto hepático común; impactación de un lito biliar en el ducto cístico o cuello de la vesícula biliar; obstrucción mecánica del conducto hepático común secundaria a un efecto mecánico (litiasis biliar) o por inflamación; e ictericia tanto constante como intermitente causada posiblemente por colangitis recurrente y, en su defecto, cirrosis biliar secundaria. La distorsión de la anatomía y la presencia de una fístula de este carácter incrementan el riesgo de daño de la vía biliar durante una colecistectomía. (Al-Kawas, Complications of gallstone disease: mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus Complications of Gallstone Disease, 2002). (11)

Historia

En 1905 Kehr describió la colestasis extrahepática como resultado de la compresión mecánica benigna de la vía biliar por un lito enclavado en el cístico y Ruge en 1908. La existencia de una fístula colecistobiliar fue descrita en primera instancia por Puestow en 1942. Corlette y Bismuth clasificaron el síndrome de Mirizzi en tipo I, cuando la fístula se encontraba entre a vesícula biliar y el conducto hepático común, y en la tipo II, cuando la fístula era más extensa y conectaba la vesícula biliar y el hepático común en la “trayectoria del ducto cístico”, en cuyo caso que no se encontrara el mismo. (12) En el año 1947, el cirujano argentino Pablo Mirizzi describió el síndrome del héptico funcional en

cuadros de ictericia obstructiva, atribuyendo los síntomas a un "espasmo del esfínter hepático", condicionado por un cístico paralelo a la vía biliar. Posteriormente, en 1982 Mc Sherry comprobó que en realidad esta ictericia obstructiva era causada por la compresión mecánica del mismo cálculo, que luego de repetidos procesos inflamatorios da lugar a la desaparición del conducto cístico hasta quedar establecida una fístula colecistocolédociana; por lo que propuso la denominación de Síndrome de Mirizzi (SM) a esta patología. Por otro lado, Csendes et al, clasificaron el síndrome de Mirizzi en cuatro tipos. Su clasificación consiste en categorizar la fístula colecistocolédocal de acuerdo a su grado de destrucción. (9) (13)

Factores Predisponentes

Conducto cístico largo y paralelo al conducto biliar común.

Inserción baja del conducto cístico en el conducto biliar.

Colecistitis recurrente. (14)

Fisiopatología

El síndrome de Mirizzi puede ser producido por la presencia de un cístico largo que entra en forma paralela al hepático común haciendo una formación en doble cañón, de tal forma que un cálculo que obstruya y dilate la porción distal del cístico, hará una compresión externa del hepatocolédoco es importante el hacer un recordatorio y es que el Síndrome de Mirizzi muy raramente va a ser producido por una colecistitis aguda. (15) (16) Tenemos varias situaciones que explicaremos que mencionamos a continuación:

- 1.- La enfermedad litiásica (un único lito de gran tamaño o múltiples pequeños impactados en la bolsa de Hartmann o en el infundíbulo y conducto cístico) determina la generación de inflamación tanto aguda como crónica de la vesícula biliar. Que podrá ocasionar compresión (Ver Imagen 1)
- 2.- Los impactos recurrentes de cálculos biliares dan lugar a episodios repetidos de colecistitis aguda y determinarían que la vesícula biliar, inicialmente distendida, evolucione hasta convertirse en un órgano con paredes gruesas e

inflamadas, que eventualmente se convertirá en atrófica con paredes fibróticas. La presión del cálculo y las paredes inflamadas de la vesícula biliar, también explica la compresión extrínseca de la vía biliar. (Ver imagen 2)

3.- El proceso inflamatorio puede finalizar con la degeneración de las paredes vesiculares y la adherencia de las mismas a los cálculos biliares contenidos, o la deformación del infundíbulo y del cístico, creando un habitáculo común entre la vesícula biliar y la vía biliar principal, que se observa en las expresiones del S. de Mirizzi tipo 2A y 2B, obstruyendo en forma parcial o total el flujo biliar. (Ver imagen 3)

4.- La proximidad de la inflamación vesicular con el conducto biliar común, contribuiría a la fusión de sus paredes mediante un proceso que finalizará en la fibrosis. Esto también causará la obstrucción del conducto y la clínica: ictericia obstructiva. (Ver imagen 4)

Clasificación

Csendes et al, clasificaron el síndrome de Mirizzi en cuatro tipos. Su clasificación consiste en categorizar la fístula colecistocolédocal de acuerdo a su grado de destrucción.

La lesión tipo I: es aquella compresión externa del conducto hepático común dada por un lito impactado en el cuello de la vesícula biliar o en el ducto cístico. (Ver imagen 5)

La lesión tipo II: es una fístula colecistobiliar que resulta de la erosión de la pared anterior y lateral del conducto hepático común por litos impactados, cuya fístula compromete menos de un tercio de la circunferencia del conducto hepático común. (Ver imagen 5)

La lesión tipo III: es una fístula colecistobiliar con una erosión del conducto hepático común que compromete hasta los dos tercios de su circunferencia. (Ver imagen 5)

La lesión tipo IV es aquella con una destrucción completa de la pared del conducto hepático común. (Ver imagen 5). (17)

En publicaciones más recientes, Csendes y col en el 2007. Sugieren que la historia natural del síndrome de Mirizzi no termina con el desarrollo de una fístula colecistobiliar, sino que el proceso inflamatorio continuo podría y que resultar en fístulas más complejas que involucran vísceras adyacentes, por tal motivo propone una nueva clasificación añadiendo un quinto tipo a su clasificación inicial, donde se incluyen las fístulas colecistoentéricas. (18)

El síndrome de Mirizzi tipo V se desarrolla en pacientes con enfermedad vesicular de larga data, siendo más frecuente, en mujeres en la sexta década de la vida. Su incidencia es mayor en lugares donde no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz de la patología litiásica de la vesícula biliar. (19)

Starling subdividió

El tipo I en:

IA, si se encuentra un conducto cístico largo que corre paralelo a la vía biliar y se encuentra obstruido por litos

IB cuando el cístico es corto, se encuentra completamente obliterado por los litos y no hay fístula

Tipo II cuando se asociaba con fístula colecistocoledociana. (20)

Clínica

Presentan ictericia (60 al 100%) y dolor abdominal (50 al 100%), este último siendo el motivo principal de consulta. Ha sido mencionada también la presencia de colangitis de un 6 al 35% de los pacientes. La tríada de Charcot, (dolor abdominal, fiebre, ictericia), está presente de un 44 a un 71 % de los casos. (21) La presencia de ictericia no dolorosa puede sugerir un proceso obstructivo maligno de vía biliar. Por último, presentaciones más atípicas como pancreatitis, perforación de vesícula biliar y pérdida de peso han sido descritas. (22)

Diagnostico

El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil, el paciente consulta por presentar un síndrome icterico obstructivo, ante el cual el procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico de elección es la CPRE, con una sensibilidad de

alrededor del 75 % para el diagnóstico de síndrome de Mirizzi. Sin embargo, la resolución del cuadro obstructivo, es decir, la extracción del cálculo o los cálculos involucrados a través de una papilotomía endoscópica suele ser un procedimiento complejo, con bajas tasas de efectividad. (23)

También es útil para el diagnóstico la resonancia magnética con efecto colangiográfico. Kwon y col reportan una sensibilidad de 100 % con el uso tomografía computarizada después de la infusión con meglumina, sin embargo, es un procedimiento que no es ampliamente utilizado debido a los efectos adversos del contraste y a que se requiere de cifras de bilirrubina por encima de 2 mg/dl para obtener imágenes satisfactorias. (24)

Tratamiento

- Conservador

El tratamiento puede utilizarse con seguridad y eficacia en los pacientes con lesiones menores, porque generalmente éstas cursan asintomáticas y se resuelven en forma espontánea. Sin embargo, el éxito depende de varios factores:

1. La evaluación preoperatoria de cada paciente debe orientarse a descartar la coexistencia de coledocolitiasis (por ictericia, coledocolitiasis o dilatación de las vías biliares, determinadas mediante ultrasonografía y alteración de las pruebas de la función hepática). Ante sospecha debe realizarse una colangiografía transoperatoria porque la fuga biliar en pacientes con coledocolitiasis residual no son candidatos para tratamiento conservador, sino a reintervención con exploración de vías biliares o esfinterotomía y extracción del lito residual por colangiografía retrógrada endoscópica. (25)

2. Una disección cuidadosa durante la colecistectomía en la que se identifique cada estructura anatómica. El conducto cístico debe disecarse desde el infundíbulo y su borde libre, se debe medir su diámetro externo e identificar el ganglio y la arteria cística; recomendamos colocar una ligadura en lugar de un clip en el muñón cístico cuando su diámetro excede los 3 mm y dejar un sistema de drenado tipo Penrose en todos los pacientes. Los anteriores procedimientos deben verificarse con el video de la colecistectomía. (26)

3. En el posoperatorio, un monitoreo de los parámetros vitales, sintomatología abdominal y estudios básicos de laboratorio y ultrasonografía abdominal. De permanecer asintomático, con parámetros de laboratorio en valores normales y con imágenes ultrasonográficas abdominal sin colecciones intraabdominales, el paciente puede ser manejado conservadoramente con analgésicos y antibióticos orales. Incluso debe ser dado de alta del hospital y manejado en forma ambulatoria. (27)

- Quirúrgico

Existen diversos tratamientos de acuerdo a la clasificación del síndrome de mirizzi que corresponda:

Tipo I: colecistectomía fundo cística sin necesidad de explorar las vías biliares.

Tipo II: depende de la gravedad de la fístula; se recomienda colecistectomía y colocación de tubo en T.

Tipo III: colecistectomía y tubo en T o coledocoduodenostomía. (28)

Tipo IV: colecistectomía, exploración de vías biliares y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Existen otros procedimientos descritos, como las plastias vesiculares a la pared coledociana, tal como lo describen Shah et al., utilizando “parches” de 5 ó 10 mm si se trata de síndrome de Mirizzi tipo Ib o II con lesiones de menos del 33% de la luz o del 33 al 66%, respectivamente. (29)

I. OBEJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la evolución y tratamiento clínico, de una paciente con “Fistula Biliar, Síndrome de Mirizzi”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Establecer los factores de riesgo que presenta la paciente para el desarrollo de la enfermedad y la prevención de la misma.
- ❖ Revisar fuentes bibliográficas actualizadas sobre Fistula Biliar Síndrome de Mirizzi
- ❖ Establecer pautas de manejo adecuado sobre “Fistula Biliar, Síndrome de Mirizzi” en hospitales de segundo nivel de atención de salud.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

La información sobre el caso se la obtuvo de fuente directa (paciente) y secundaria (historias clínicas del Hospital Provincial Docente Ambato)

La realización del presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través en la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, tiempo de permanencia en los servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención e identificación de puntos críticos.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista a la paciente quien brindo la información activa y directa la cual permitió identificar los factores de riesgo que influyeron de alguna manera en la evolución de este caso clínico.
- Discusión directa con profesionales y tutor del trabajo de investigación, quienes son guía con su experiencia en diferentes campos de la medicina.
- Visita domiciliaria a la paciente, posterior al alta para evaluar situación geográfica y de acceso a la unidad de salud.

IV. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

El caso clínico que se presenta a continuación se trata de paciente de sexo femenino que nace el 20 de Septiembre del 1993, en la ciudad de Ambato y reside en Ambato, casada, mestiza, instrucción secundaria completa, ocupación quehaceres domésticos, lateralidad diestra, religión católica, grupo sanguíneo desconoce.

Con antecedentes personales de enfermedad ácido péptica en tratamiento ocasional con omeprazol, antecedentes quirúrgicos de dos cesáreas la última hace 1 año. No refiere antecedentes patológicos familiares de importancia.

Acude a Hospital Provincial Docente Ambato al servicio de emergencia por tres ocasiones por presentar dolor abdominal en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho de un mes de evolución, el cuadro es tratado como enfermedad ácido péptica con tratamiento ambulatorio sin presentar mejoría, al ingreso de la paciente cuadro se exacerba presentando dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad localizado en hipocondrio derecho, se acompaña de náusea que llega al vómito por una ocasión, al no presentar mejoría con el tratamiento, solicitan exámenes de laboratorio y de imagen con los resultados es valorado por médico tratante de cirugía quien decide su ingreso para tratamiento.

Al examen físico

Signos vitales: FC: 80 lpm, FR:18 rpm T: 36° TA:120/70 mmHg

Paciente consiente orientada, afebril, hidratada

Piel pálida, caliente, normo elástica, no se observa lesiones

Mucosas orales, piezas dentales completas en buen estado

Corazón ruidos cardíacos rítmicos dos tonos, no se ausculta soplos

Pulmones murmullo vesicular conservado no se auscultan ruidos sobre añadidos

Abdomen suave depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y en hipocondrio derecho, Murphy (+) RHA presentes. Se observa cicatriz en hipogastrio.

Extremidades simétricas tono, fuerza y movilidad conservada no edemas.

Ingresa al servicio de Cirugía con diagnóstico presuntivo de colecistitis y colelitiasis.

El tratamiento al ingreso:

Dieta blanda

Control de signos vitales

Lactato Ringer pasar IV 60 ml/h

Ampicilina + Sulbactam 1.5 gr IV c/6h

N butil escopolamina 20mg Iv c/8h

Al tercer día de hospitalización se realiza tratamiento quirúrgico:

1.- asepsia y antisepsia

2.- colocación de campos quirúrgicos

3.- diéresis: puerto 1 trocar de 10 mm en región umbilical

Puerto 2 trocar de 10mm infra xifoidea

Puerto 3 trocar de 5mm en región de hipocondrio derecho

Incisión de Kocher de +/- 10 cm que compromete piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis.

4.- identificación de vesícula biliar emplastrada con tejido peritoneal, adherido fijamente a epiplón, que se libera con dificultad, se evidencia sitios isquémicos y necróticos en ciertos lugares de la vesícula con presencia de pus

5.- por dificultad para visualizar elementos de calot se decide realizar colecistectomía abierta.

6.- se evidencia Via Biliar adherido a plastrón Vesicular Síndrome De MIRIZZI GII y se procede a retirar el cálculo

7.- se procede a realizar hemicolecistectomía

8.- control de hemostasia

9.- se constata fuga biliar por lo que se procede a coloca dren en lecho quirúrgico

10.- se realiza cierre por planos

Los hallazgos quirúrgicos fueron;

1.- vesícula biliar de paredes gruesas

2.- arteria cística anterior

3.- conducto cístico

4.-Via Biliar adherido a plastrón Vesicular Síndrome De MIRIZZI GII

5.- tejidos fiabes de mala calidad

Se coloca Dren en lecho vesicular.

El mismo que tiene la siguiente producción al primer día posquirúrgico una producción de 217cc, al segundo 428cc, al tercer día 137cc, al cuarto día 140cc, al quinto día 89cc al sexto día 20cc

Paciente al primer día posquirúrgicos presenta fistula biliar e ictericia en mucosas por lo que se pide exámenes de control con los siguientes resultados (imágenes en anexos) por lo que se decide examen especial CPRE para diagnóstico y posible tiramiento sospechando en patología biliar o del colédoco el mismo que se realiza y se recibe las siguientes conclusiones; colédoco dilatado de 8mm, coledocolitiasis con cálculo de 5mm. Se realiza papilotomía y se extrae cálculo, tras lo que se visualiza salida de bilis en altura de cístico que forma un pequeño bilioma.

Paciente con 10 días de hospitalización y al séptimo día posquirúrgico con evidencia que la producción de dren ha disminuido el líquido biliar, siendo una fistula de bajo gasto se decide alta hospitalaria y control por consulta externa.

Paciente acude a control por consulta externa a los 8 días de alta con evolución favorable asintomática se observa herida quirúrgica sin signos de inflamación.

Análisis de caso clínico:

Paciente que no es tratada adecuadamente en el servicio de emergencia por tres ocasiones, por lo que acudo con cuadro de dolor abdominal de gran intensidad en epigastrio irradiado por lo que solicitan exámenes de laboratorio e Imagenología, es valorada por médico tratante y decide su tratamiento quirúrgico el mismo que se programa para una Colelap y por las complicaciones intraoperatorio decide realizar colecistectomía abierta.

El hallazgo quirúrgico más importante en este caso fue: Via Biliar adherido a plastrón Vesicular Síndrome De MIRIZZI GII que es una fístula colecistobiliar que resulta de la erosión de la pared anterior y lateral del conducto hepático común por litos impactados, cuya fístula compromete menos de un tercio de la circunferencia del conducto hepático común. Al observar fuga de bilis se decide colocar dren en lecho quirúrgico. El primer día pos quirúrgico se observa producción de bilis por dren y se ve Ictericia en mucosas por lo que se decide realizar CPRE, la misma que reporta colédoco dilatado de 8mm, coledocolitiasis con cálculo de 5mm. Se realiza papilotomía y se extrae cálculo, tras lo que se visualiza salida de bilis en altura de cístico que forma un pequeño bilioma. Al ver mejoría clínica de la paciente y producción de dren disminuye significativamente a los días de hospitalización se decide alta y control por consulta externa, paciente el día de control con buena clínica, sin signos de infección de herida y asintomática.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS INTRAHOSPITALARIOS

- ❖ **Química Sanguínea (17/09/2015):** alteración de *Bilirrubina* (Ver Anexos, imagen 7)
- ❖ **Eco de Hígado y Vías Biliares (17/09/2015):** colecistitis - colelitiasis (Ver Anexos, imagen 8)
- ❖ **EKG (17/09/2015):** normal (Ver Anexos, imagen 9)

- ❖ **Química sanguínea (18/09/2015):** alteración de TGO y TGP (*Ver Anexos, imagen 10*)
- ❖ **Química sanguínea (21/09/2015):** alteración de valores de bilirrubina, transaminasa, fosfatasa alcalina y gama GT (*Ver Anexos, imagen 11*)
- ❖ **CPRE (23/09/2015):** (*Ver Anexos, imagen 12 y 13*)

ANTECEDENTES COMO FACTORES DE RIESGO

Paciente no realiza controles ni consultas en centro de salud

Paciente acude por varias ocasiones tratado con diagnóstico erróneo

Paciente con antecedente de gastritis en tratamiento no específico y de forma ocasional

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

El Ecuador se encuentra dentro de un proceso de cambio estructural del Estado y las formas de organización para una visión de cumplimiento de los derechos básicos, que plantea la nueva Constitución de la República del año 2008. En cumplimiento del artículo 358, en el sector salud se están definiendo, implementando y evaluando una serie de nuevas estructuras y modelos de gestión administrativos, que permitan la ampliación de cobertura para —el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural, y el trabajo integrado entre las instituciones, que conforman el Sistema Nacional de Salud.

En este sentido el Modelo de Atención Integral de Salud tiene como propósito lo siguiente:

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir;
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;
- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano.
- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo.

En este marco, el Modelo de Atención Integral de Salud es planteado con enfoque familiar, comunitario e intercultural para su aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, establece los siguientes lineamientos estratégicos, que orientan la estructuración de los niveles desconcentrados:

- **Enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud-Renovada que incluye la Promoción de la Salud:** Se orienta hacia el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Implica modificar el enfoque curativo y de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno (determinantes sociales), operacionalizando el enfoque de derechos, intergeneracional, de género e interculturalidad.
- **Organización territorial de la red pública integral de salud:** Se estructuran macrorredes, redes zonales, microredes distritales, mediante la articulación funcional requerida en los diferentes niveles de atención de la RPIS y con complementariedad con los proveedores de servicios de salud privados, conforme la nueva división territorial de la gestión gubernamental

- **Acercamiento de los servicios integrales e integrados de salud a los hogares:** Se garantiza que el primer nivel de atención es la puerta de entrada a la RPIS. Se fortalece la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema y una atención de calidad, oportuna y continúa

Atención en Triage: en los hospitales es utilizado como método de selección y clasificación de pacientes, basados en los requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles.

Para una mejor atención es importante definir:

Urgencia médica real: es todo procedimiento de orden agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona la discapacidad permanente o evolución a la muerte y que requiere de atención inmediata.

Urgencia médica sentida: es todo procedimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida. Casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa.

Niveles de prioridad de atención en la sala de Triage

Se han establecido tres niveles de prioridad con la finalidad de facilitar la aplicación y evitar confusiones. Las mismas que están organizadas de mayor a menor complejidad.

PRIORIDAD I

Paciente que presenta una situación evidente que amenaza la vida o la integridad de un órgano o extremidad si no se proporciona una atención médica inmediata: también se incluye en esta categoría el paciente con dolor extremo y pacientes con aspecto de gravedad o descompensación.

PRIORIDAD II

Paciente con estabilidad respiratoria, hemodinámica y neurológica, con evidencia de enfermedad con factores de riesgo identificados y cuyo problema si bien es en

ese momento no tiene aspecto de gravedad. Si representa riesgo de inestabilidad o complicación.

PRIORIDAD III

Paciente con estabilidad respiratoria, hemodinámica y neurológica, con aspecto saludable y sin riesgo evidente de inestabilidad o complicación.

Para saber en qué prioridad se encuentra cada paciente se debe ver los síntomas con los que acude cada uno como se señala en la (tabla 1 en los anexos). Observando la tabla y los signos y síntomas de la paciente, debía ser tratada como prioridad I.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN

Una vez que la paciente fue ingresada a hospitalización se determina la falta de datos clínicos, antecedentes no patológicos y hábitos en la realización de la historia clínica, además mayor información sobre antecedente de gastritis.

La progresiva complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática exigen que la implantación de los nuevos modelos de atención y gestión se apoyen en sistemas documentales de información y registros que permitan un monitoreo y evaluación dinámicos de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica, para bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbimortalidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.

Se plantearon diversas posibilidades diagnósticas, para las cuales se solicitaron múltiples exámenes necesarios. Hay que destacar sin embargo que se realizaron

interconsulta necesaria, denotando, el trabajo multidisciplinario que se realizó en beneficio de la recuperación del estado de homeostasis de la paciente. Por otro lado, se pudo detectar mediante el análisis de la clínica del recién nacido y posteriormente el estudio de imagen.

IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

- ✓ Paciente no acude a centro de salud a realizar controles de Gastritis por lo que no se sabe si cumplió con el tratamiento, una vez que llega a Emergencia en Triage no es atendida por Medico de turno.
- ✓ Llenado incompleto de la historia clínica, considerando como documento médico-legal, que recoge toda la información del paciente, en pro de su mejora.
- ✓ Paciente permanece hospitalizada para realización de exámenes complementarios CPRE, el mismo que no se encuentra disponible en Hospital por lo que necesita de trámites para realizarse fuera, por lo cual necesita mayor estancia hospitalaria.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA CUMPLIMIENTO	RESPONSABLES	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
En el primer nivel de atención se dé el seguimiento adecuado	Citas subsecuentes para control de enfermedades diagnosticadas hasta que cumplan el tratamiento	A corto plazo	Jefe del Centro de Salud	
Permanencia de médico en Triage del servicio de Emergencia del HPDA	Permanezca un médico en la sala de Triage	A corto plazo	Jefe de Servicio de Emergencia del HPDA	
Recopilación y llenado apropiado de la historia clínica.	Capacitación a profesionales residentes, e internos rotativos en el manejo y llenado apropiado de la historia clínica	Inmediato	Ministerio de Salud y Profesionales Jefes de servicios, médicos tratantes, médicos residentes, internos, enfermeras	Expediente único para la historia clínica del MSP
Reducción en el tiempo de demora y cantidad de tramites a realizar	Establecer prioridades de atención de acuerdo al estado y diagnóstico del	A mediano plazo	Director General del HPDA	Guías clínicas con

	paciente dentro de las diferentes unidades de salud		Trabajo social	respaldo de evidencias en la atención
--	---	--	----------------	---------------------------------------

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El actual sistema de salud está basado en la prevención y promoción de la salud, y para ello cuenta con una red de establecimientos, de diferentes niveles de complejidad. En el cual la paciente llegó al servicio de emergencia en donde no fue valorada adecuadamente y le dieron un tratamiento de una patología que no confirmaron su diagnóstico por lo que se llega a la conclusión que en Triage falta la atención para encaminar al paciente para un adecuado diagnóstico.

En este caso clínico se analizó el diagnóstico y el tratamiento que tuvo la paciente el síndrome de Mirizzi fue una complicación que se podía prevenir, ya que si su diagnóstico se daba desde la primera vez que llegó a Emergencia, con un tratamiento precoz la probabilidad de padecer la enfermedad disminuía.

Se analizó la evolución y tratamiento clínico de enfermedad de vía biliar con los auxiliares diagnósticos más importantes para la valoración del paciente fueron la ecografía y las pruebas de función hepática alteradas y para su confirmación la CPRE.

Se revisó bibliografía actualizada sobre síndrome de Mirizzi basándonos en guías clínicas y artículos médicos actualizados.

El manejo más adecuado para esta patología fue la resolución quirúrgica con mejor éxito es de manera abierta sin embargo la cirugía mínimamente invasiva es factible para la resolución en ciertos casos con diagnóstico de síndrome de Mirizzi.

RECOMENDACIONES

- En el servicio de Emergencia en Triage se recomienda que permanezca un médico para un mejor diagnóstico y adecuado tratamiento.
- Al momento de enfrentarnos a un paciente debemos ser conscientes y tratarlo en su totalidad basándonos que es un ser vivo que a más de sentimientos y pensamientos se encuentra afectado por una patología, de esa manera los datos deben ser recogidos en una adecuada historia clínica, que permita un manejo más completo y ordenado de la información para posteriormente permita un análisis minucioso, para llegar a la aplicación del tratamiento más apropiado y facilitar trabajos de investigación posteriores.
- Tener un juicio crítico más amplio al evaluar al paciente con patología biliar frente a un síndrome de Mirizzi, que puede progresar a la formación de fistulas colecistobiliares y/o colecistoentéricas, necrosis de la pared vesicular y sepsis de origen abdominal que convierten al acto quirúrgico en un procedimiento de mayor complejidad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

12. Schwartz. Principios de la Cirugía. Octava ed. McGraw-Hill , editor.: Brunricardo; 2006.

Linkografía

8. Alvarado H. Síndrome Postcolecistectomía. In ; 2015; Guatemala.
7. Bender A. Síndrome de Mirizzi. [Online].; 2014 [cited 2014. Available from:
<http://blogs.eco.unc.edu.ar/cirugia>.
15. Betanco D. Síndrome de Mirizzi Reporte de un caso clínico. Rev. médica de Honduras. 2007; 4.
24. Boleko M. Estudio retrospectivo de las lesiones Iatrogénicas de la laparoscópica en un Hospital de tercer nivel. [Online].; Barcelona [cited 2011. Available from:
ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2011/hdl_2072_172908/tr_bolekoribas.pdf.
2. Bonifaz C, Fuenmayor J. Morbimortalidad del Síndrome de Mirizzi como Complicación de la Colelitiasis en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo Durante el Período de Enero 2006 a Diciembre 2012. [Online].; 2012 [cited 2012; Diciembre.
10. Cascante B. Síndrome de Mirizzi. Rev. médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX. 2010; 603: p. 291-294.
22. Dr. Luján R, Dra. Tamayo M. Síndrome de Mirizzi en Venezuela. Revisión a propósito de un caso. [Online].; 2011 [cited 2011. Available from:
<http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/download/97/89>.
26. Drs. Iglesias R, Lee K, Donaire J, Kerrigan N. Fístula peritocutánea por cálculos biliares. Una complicación tardía de la colecistectomía laparoscópica. Rev. Chilena de Cirugía. 2009 Febrero; 61(1).
9. Drs. Pinto P, López R. Evolución Natural de la Fístula Biliar Externa Postcirugía del quiste Hídático Hepático. Rev. Cuilena de Cirugía. 2010 Octubre; 62(5): p. 476-479.
16. Gómez V. Síndrome de Mirizzi. [Online].; 2011 [cited 2011. Available from:
blog/utp.edu.com/cirugia/2011/07/sindromedemirizzi1.pdf.

25. González J, Núñez J, Villalonga J, Palenzuela J, Luis G. Reconstruction of 183 iatrogenic lesions in the bile duct. *Rev Cuba Cir.* 2012; 51(4): p. 288-306.
5. González JL. Lesiones Iatrogénicas de la Vía Biliar. [Online].; 2005 [cited 2005. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/lesiones_iatrogenicas_de_la_via_biliar.pdf.
11. Hoyo A, Gómez P, Cruz González M, Ruiz Carballo S. Post-cholecystectomy biliary fistula. *Cir Esp.* 2015; 93(2): p. 127.
27. León F, Tapia V, Avendaño R. Fistula formation between a pancreatic pseudocyst and the biliary tree. *Rev Chil Cir.* 2013; 65(6): p. 549-553.
3. Lincoln G. Fístulas entéricas, biliares y pancreáticas. *HEV. MED. HONDUR.* 1976; 44.
14. Michelli M. *Liver Cirrhosis.* Hauppauge, US: Nova Biomedical. Ebrary. 2011.
1. MSP. *Coordinacion deneral de desarrollo estrategico en Salud 2012.* Ecuador: MSP, Publica MdS.; 2012.
28. Ortiz J, Guzmán J, Vega A, Pérez O, Martínez G. El Síndrome y el Cirujano. [Online].; 2012 [cited 2012. Available from: www.medigraphic.com/pdfs/felac/fl-2012/f1121k.pdf.
6. Pacahuala M, Enriquez M. Tratamiento conservador. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2011; 49((3):-): p. 301-306.
21. Provencio M, Provencio D. *Assessment of Dysphagia in Adults : Resources and Protocols in English and Spanish.* Ebrary. 2015.
29. Ramirez R, Espinoza D, Alarcón K, Mendoza J. Fístula Biliar: Reporte de Caso. *Rev. "Medicina".* 2003; 9(2).
23. Ramos C, Hernández Y, del Valle P. Síndrome de Mirizzi tipo IV: diagnóstico y manejo mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Reporte de caso. *Rev. Med. Electrón.* 2013 mayo-jun; 35 (3).
18. Robles, Pablo; Lancaster, Bernardo; Lara, Javier. Síndrome de Mirizzi, Abordaje Abdominal Laparoscópico. *Rev. Mexicana de cirugía Endoscópica.* 2004 Marzo;(1).
20. Rodríguez C, Aldana G. El síndrome de compresión biliar extrínseca. *Rev Colomb Cir.* 2008; 23(1): p. 6-11.
19. Rodríguez O. Resolución laparoscópica de litiasis vesicular complicada con fístula colecistobiliar y colecistoduodenal. Síndrome de mirizzi tipo V. a propósito de un caso complejo. *RFM.* 2009; 32(2).

17. Roesch F, Pérez A, Martínez S, Remes J, Jiménez A, Romero G. Síndrome de Mirizzi. [Online].; 2013 [cited 2013. Available from: www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc133k.pdf.
12. Schwartz. Principios de la Cirugía. Octava ed. McGraw-Hill , editor.: Brunnicardo; 2006.
4. Valsangiacomo D. Lesiones Quirúrgicas de Vía Biliar. [Online].; 2004 [cited 2004. Available from: http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/mon_pablo.pdf.
13. Zuñiga A. Síndrome de Mirizzi. Rev. Médica de Cosata Rica y Centroamérica LXIX. 2012; 603: p. 397-400.

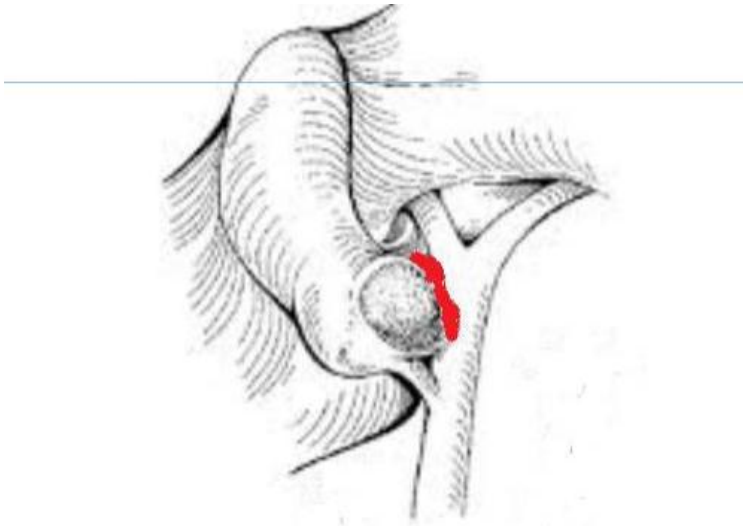
CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA

- SCOPUS:22. González J, Núñez J, Villalonga J, Palenzuela J, Luis G. Reconstruction of 183 iatrogenic lesions in the bile duct. Rev Cuba Cir. 2012; 51(4): p. 288-306.
- SCOPUS:11. Hoyo A, Gómez P, Cruz González M, Ruiz Carballo S. Post-cholecystectomy biliary fistula. Cir Esp. 2015; 93(2): p. 127.
- SCOPUS:24. León F, Tapia V, Avendaño R. Fistula formation between a pancreatic pseudocyst and the biliary tree. Rev Chil Cir. 2013; 65(6): p. 549-553.
- EBRARY:14. Michelli M. Liver Cirrhosis. Hauppauge, US: Nova Biomedical. Ebrary. 2011.
- EBRARY:21. Provencio M, Provencio D. Assessment of Dysphagia in Adults : Resources and Protocols in English and Spanish. Ebrary. 2015.

VII. ANEXOS

IMÁGENES:

Imagen 1:



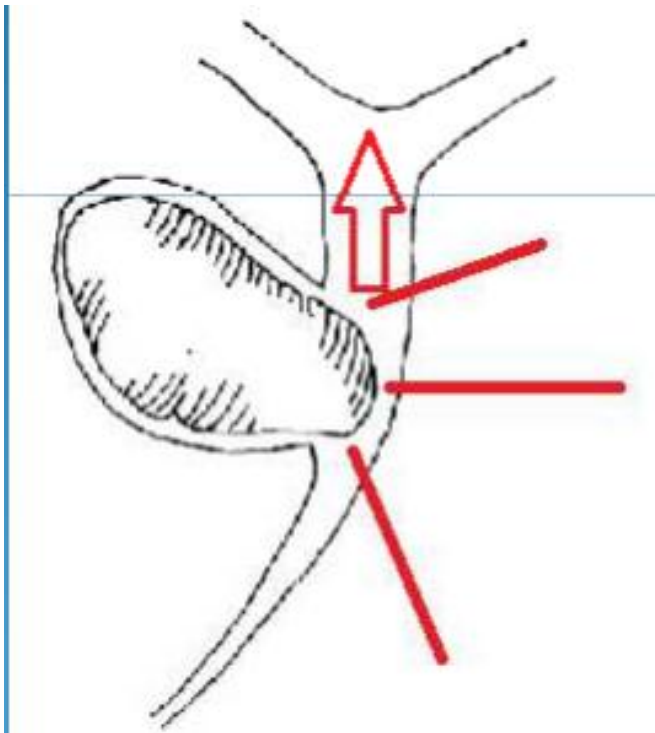
Fuente: Dr. Anatole Bender. Cátedra de Cirugía I U.H.C. nº 4

Imagen 2



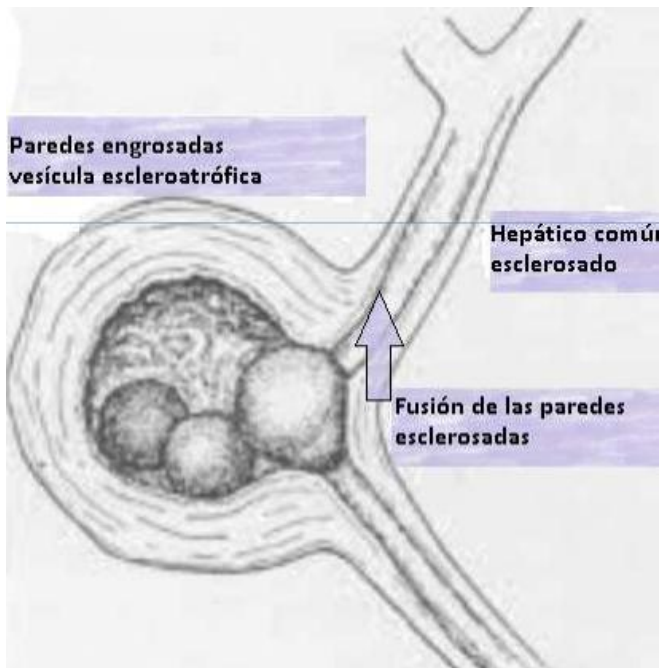
Fuente: Dr. Anatole Bender. Cátedra de Cirugía I U.H.C. nº 4

Imagen 3



Fuente: Dr. Anatole Bender. Cátedra de Cirugía I U.H.C. nº 4

Imagen 4



Fuente: Dr. Anatole Bender. Cátedra de Cirugía I U.H.C. nº 4

Imagen 5

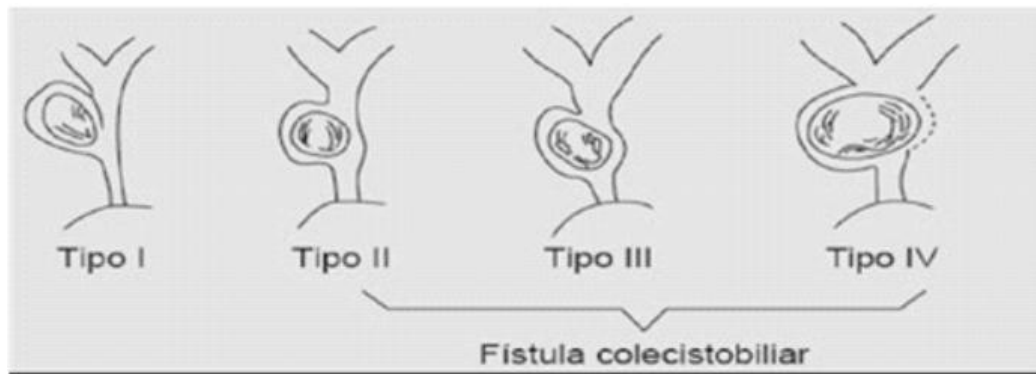


FIGURA 2. Clasificación de A. Csendez.

Imagen 6

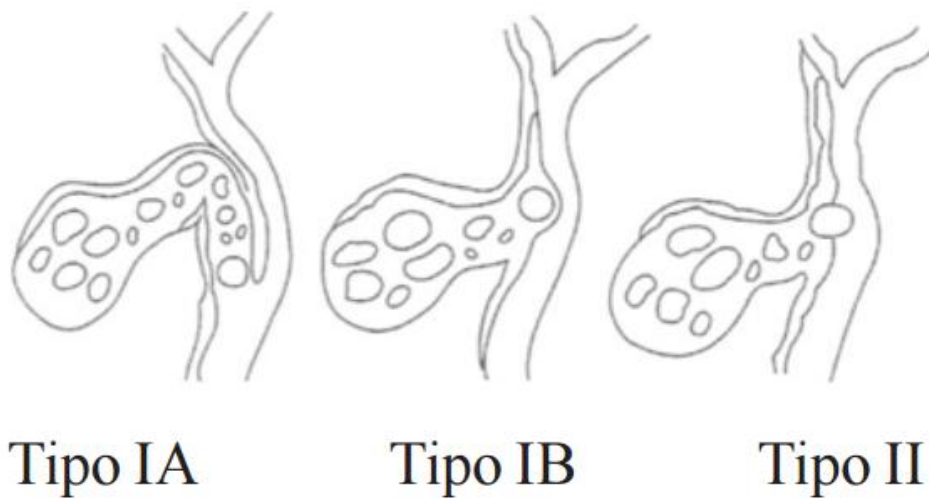


FIGURA 1. Clasificación de Starling.

Imagen 7

HISTORIA CLINICA

00

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

Apellido: MORALES Nombre: Andrea Sexo: F
 Fech nac: 17-09-2015 14:17 Dpto: WB CBC+DIFF Nº cama:
 Hora prue: 17-09-2015 14:17 Modo: WB CBC+DIFF

ID pac: 63
 Edad: 63
 ID m. aser: 63
 Sexo: F

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
 LABORATORIO CLINICO
 QUIMICA SANGUINEA
 FECHA: 17/09/15 14:20:25
 ID OPERADOR: bmserv
 Comment-001: MORALES ANDREA

RESULT	UNID	VALOR REF.	ALARM
26.8	mg/dL	(16.6- 48.5)	
13	mg/dL	(6- 20)	
89.5	mg/dL	(74- 106)	
0.75	mg/dL	(0.70- 1.20)	
0.887	mg/dL	(0.000- 3.4)	
0.487	mg/dL	(0.00- 0.30)	
39.4	U/L	(0- 40)	
18.4	U/L	(0- 41)	
67	U/L	(28- 100)	
40.7	U/L	(13- 60)	
124	U/L	(40- 130)	
98 H	U/L	(10- 71)	

Dr. Hugo Acurio

Fuente: Laboratorio del Hospital Provincial Docente Ambato

Imagen 8:

Imagen 8.1

Nombre: Andrea Morales
 Edad: 22 años
 Servicio: E
 Fecha: 17 de septiembre del 2015

ECO DE HIGADO Y VIAS BILIARES

Hígado homogéneo, dimensiones normales
 Vesícula biliar con presencia de al menos un cálculo de 8,7mm , además de barro biliar , espesor de la pared de 3,3mm , volumen vesicular aproximado de 34cc.
 Vías biliares intra y extra hepáticas no dilatadas. Colédoco de 3,2mm de espesor.
 Páncreas de ecogenidad homogénea, contornos regulares, sus diámetros son: 2,3 x 1,4 x 2,1cm.
 Bazo y riñones normales.

CONCLUSIÓN.
 COLELITIASIS.
 COLECISTITIS.

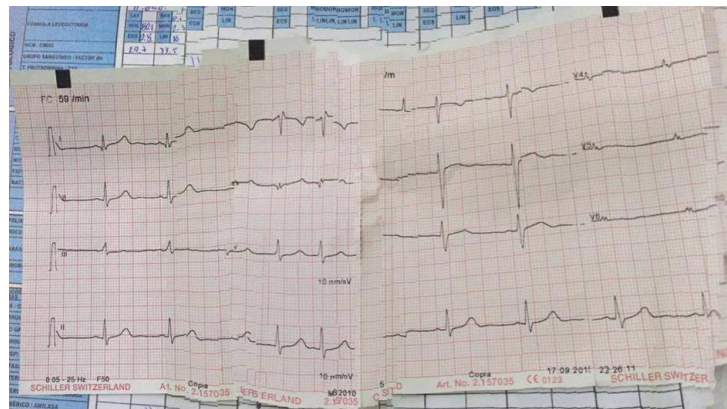
Dr. Hugo Acurio
 MEDICO RADIOLOGO.

Imagen 8.2



Fuente: Imagenología del Hospital Provincial Docente Ambato

Imagen 9:



Fuente: Cardiología Hospital Provincial Docente Ambato

Imagen 10:

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLINICO
QUIMICA SANGUINEA

FECHA: 18/09/15 12:00:30
ID OPERADOR: Emserv
COMENTARIO: 001 MORALES ANDREA

NO. M.: E000038 00009-5

SEX: M

TEST	RESULT	UNID	VALOR REF.	ALARM
UREA	29.8	mg/dL	(16.6- 46.5)	
BUN	10	mg/dL	(6- 20)	
GLUCOSA	82.9	mg/dL	(74- 166)	
CREATININA	0.83	mg/dL	(0.70- 1.20)	
TGO	452.8	H U/L	(0- 40)	
TGP	366.1	H U/L	(0- 41)	

1 HEMATOLOGICO

3 COPROLOGICO

18 SET. HORA

NO. MORALES ANDREA

LABORATORIO

Fuente: Laboratorio del Hospital Provincial Docente Ambato

Imagen 11:

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
LABORATORIO CLINICO
QUIMICA SANGUINEA

FECHA: 21/09/15 08:13:36
ID OPERADOR: Emserv
COMENTARIO: 001 MORALES ANDREA

NO. M.: E000010 00004-3

SEX: M

TEST	RESULT	UNID	VALOR REF.	ALARM
BILIRRUBINA TOTAL	2.270	H mg/dL	(0.000- 1.4)	
BILIRRUBINA DIRECTA	1.400	H mg/dL	(0.000- 0.30)	
TGO	63.3	H U/L	(0- 40)	
TGP	194.9	H U/L	(0- 41)	
FOSFATASA ALCALINA	199	H U/L	(40- 130)	
GRMA GT	133	H U/L	(10- 71)	

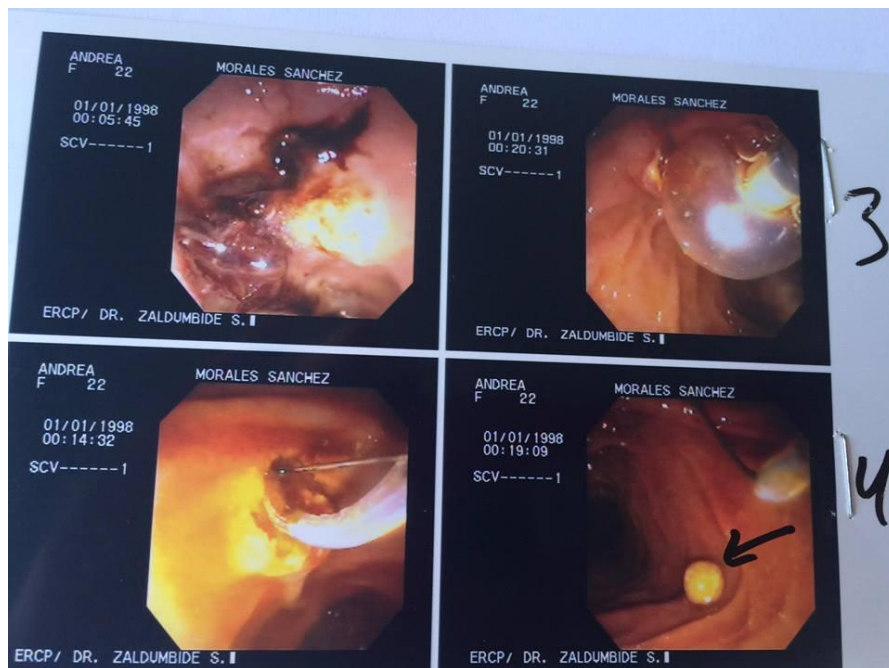
1 HEMATOLOGICO

3 COPROLOGICO

LABORATORIO

LABORATORIO

Imagen 12 - 13:



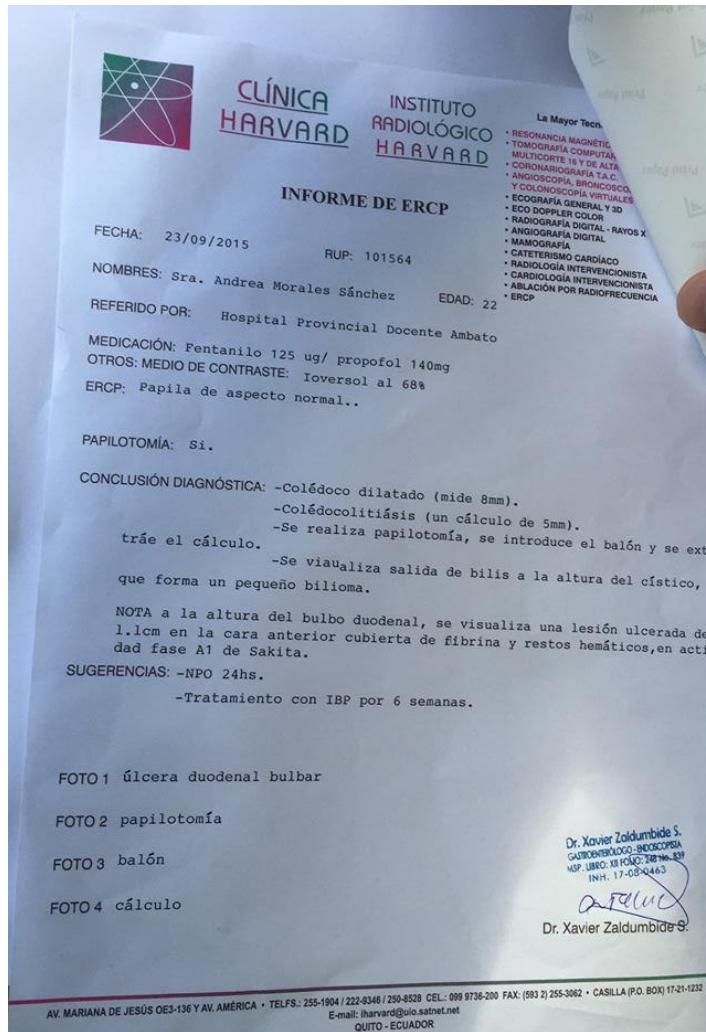


Tabla 1 criterios de clasificación de acuerdo a signos y síntomas abdominales y gastrointestinales.

PRIORIDAD I	PRIORIDAD II	PRIORIDAD III
<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal severo constante, Murphy, Mc Burney o Giordano positivo Trauma abdominal penetrante Trabajo de parto o Parto en curso Retraso menstrual sangrado vaginal y dolor abdominal severo Dolor abdominal con diaforesis, náusea, dolor en miembro superior izquierdo, disnea y angustia Dolor abdominal, vómito o diarrea con signos de deshidratación Trauma abdominal cerrado (menor de 24 horas), dolor severo, sangrado y signos de shock Enterorragia masiva Hematemesis masiva Ingesta de tóxicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Enterorragia moderada Sangrado rectal sin otro compromiso Emesis en "pozo de café" Lesión abdominal reciente (menor de 24 horas) sin dolor severo, sangrado o shock Dolor abdominal intermitente, vómito, diarrea, deshidratación leve Imposibilidad para deglutir sin dificultad para respirar Dolor abdominal moderado en mujer sexualmente activa Dolor abdominal moderado, sangrado vaginal y fiebre Dolor abdominal localizado, constante o intermitente tolerable por el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Vómito sin sangre Diarrea sin compromiso del estado general del paciente Fiatulencia Náuseas Estreñimiento Eructos Regurgitación Pirosis Anorexia Hiporexia Cólico menstrual