



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“COLEDOCOLITIASIS EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD.”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Villafuerte Jaramillo, Silvana Cristina

Tutor: Dr. Bracero Tobar, Wellington Ivar

Ambato – Ecuador

Noviembre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“COLEDOCOLITIASIS EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD”** de Silvana Cristina Villafuerte Jaramillo, 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 H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016

EL TUTOR

.....
Dr. Bracero Tobar, Wellington Ivar

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación; **“COLEDOCOLITIASIS EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD”**, como también los contenidos presentados, ideas, análisis y síntesis son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato, Septiembre del 2016.

LA AUTORA

.....
Villafuerte Jaramillo, Silvana Cristina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de éste Análisis de 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, Septiembre del 2016

LA AUTORA

.....
Villafuerte Jaramillo, Silvana Cristina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“COLEDOCOLITIASIS EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD”** de Silvana Cristina Villafuerte Jaramillo estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre del 2016

Para constancia firma

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por estar presente en cada momento de mi vida, quien me ha enseñado el verdadero valor del amor y a jamás rendirme ante las peores circunstancias.

A mis padres, quienes me han apoyado en todo momento, inculcándome los mejores valores para ser la persona que hoy soy. A mi abuelita materna que ha sido como mi segunda madre quien me ha apoyado constantemente.

A mi pequeño hijo que es el mejor regalo que Dios me ha dado y quien me inspira a seguir adelante y luchar por mis ideales; a mi esposo que a más de ser mi mejor amigo y compañero, ha estado siempre conmigo en los buenos y malos momentos siempre con una sonrisa de apoyo.

Villafuerte J. Silvana

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero a Dios por guiarme por el camino del bien, por levantarme siempre luego de cada tropiezo sufrido, a mis padres quienes han sido mi sustento y apoyo en cada batalla de mi vida.

Además quiero hacer llegar mis más sinceros agradecimientos a mi Tutor Dr. Wellington Bracero quien es un ejemplo de médico a seguir.

Villafuerte J. Silvana

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	ix
SUMARY	x
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
Objetivo General:	2
Objetivos Específicos:	2
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS.	3
DESARROLLO DE CASO CLÍNICO	5
MARCO TEÓRICO	30
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	35
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.	37
OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.	37
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.	37
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	38
OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN	38
TRAMITES ADMINISTRATIVOS	39
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.	39
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	40
CONCLUSIONES:	41

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	42
ANEXOS	46

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

“COLEDOCOLITIASIS EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE EDAD”

Autora: Villafuerte Jaramillo, Silvana Cristina

Tutor: Bracero Tobar, Wellington Ivar

Fecha: Octubre 2016

RESUMEN

Mediante historia clínica por problemas presentamos el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 14 años de edad, hispano, soltero, católico, estudiante, nacido y residente en Ambato, sin antecedentes patológicos personales y quirúrgicos.

Presenta 5 días de dolor abdominal, sin causa aparente, tipo cólico, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, de gran intensidad, se acompaña de astenia, 24 horas después ictericia en piel y escleras, náusea que llega al vómito de contenido alimentario y coluria. Eco abdominal reporto áscaris en colédoco, 4 días después CPRE descarto áscaris y retiro cálculo del Oddi.

La CPRE se complicó con pancreatitis aguda⁽³⁾ que se resolvió espontáneamente con tratamiento de sostén en 15 días.

Concluimos que aunque se ha reportado porcentaje alto de áscaris en colédoco⁽¹⁸⁾. La CPRE es el Gold estándar para identificar la causa de la obstrucción porque el eco

apenas tiene una sensibilidad y especificidad en identificar la causa que no rebasa el 40 %.⁽⁴⁾

PALABRAS CLAVES: ÁSCARIS COLÉDOCO, PANCREATITIS POST CPRE, OBSTRUCCIÓN COLÉDOCO.

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

“CHOLEDOCHOLITHIASIS TEEN IN 14 YEARS”

Author: Villafuerte Jaramillo, Silvana Cristina

Tuthor: Dr. Bracero Tobar, Wellington Ivar

Date: October 2016

SUMARY

By clinical problems present a case of a male patient of 14 years old, Hispanic, unmarried, Catholic, student, born and living in Ambato, without personal and surgical medical history.

Presents five days of abdominal pain, unexplained, colicky, located in epigastric and right upper quadrant, high intensity, accompanied by asthenia, 24 hours after jaundiced skin and sclera, nausea arriving vomiting of food content and dark urine. Eco abdominal roundworm reported in bile duct, 4 days later ERCP rule roundworm and retirement calculation of Oddi.

ERCP is complicated with acute pancreatitis⁽³⁾ which resolved spontaneously with supportive treatment in 15 days.

We conclude that although it has been reported high percentage of common bile áscaris. ⁽¹⁸⁾ ERCP is the standard to identify the cause of obstruction Gold because the echo just have a sensitivity and specificity in identifying the cause that does not exceed 40% ⁽⁴⁾

KEYWORDS: ASCARIS BILE DUCT, ERCP PANCREATITIS, BILE DUCT OBSTRUCTION.

INTRODUCCIÓN

Se estima que la prevalencia de la coledocolitiasis en la infancia oscila entre un 0.13-1.9%. Esta cifra aumenta con la edad siendo más frecuente en mujeres que en varones con un 18.9% frente a un 9.5% respectivamente en Europa. ⁽¹⁸⁾

En el Ecuador los últimos estudios demuestran una prevalencia del 5 al 7% de ascariasis biliar, del total de la patología quirúrgica biliar. ⁽²¹⁾

Se define a la coledocolitiasis la presencia de cálculos en el colédoco o conducto biliar común. Muchos cálculos del colédoco son asintomáticos y cuando no es clínicamente silente, puede presentarse con síntomas que van del cólico biliar a las manifestaciones clínicas de ictericia obstructiva o manifestarse con colangitis o pancreatitis por cálculo biliar. ⁽¹⁾⁽⁴⁾

La ascariasis biliar es la obstrucción de los conductos biliares por los Áscaris Lumbricoides. ^{(22) (4)} Infecta al 25% de la población mundial y alrededor de 20.000 muertes por año se producen debido a esta enfermedad. En las regiones tropicales, hasta el 70% de los niños se encuentran infectados. ⁽¹¹⁾

La semejanza en la presentación clínica de estas dos patologías han producido confusiones diagnósticas en gran parte de profesionales de la salud de los países tropicales especialmente, retardando su correcto manejo, que si no fueran resueltas por los métodos complementarios de diagnóstico aumentarían la mortalidad por esta patología. ⁽¹⁰⁾⁽¹⁹⁾

El conocimiento clínico de esta alteración, el buen diagnóstico diferencial y el correcto uso de métodos complementarios de diagnóstico darían como resultado un buen manejo de recursos hospitalarios que año a año disminuyen por su uso indiscriminado así como también permitirían su rápida aplicación terapéutica. ⁽¹⁹⁾

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Aplicar las mejores opciones diagnósticas y terapéuticas en el paciente.

Objetivos Específicos:

- Utilizar la historia por problemas para organizar el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Revisar la terapéutica basada en evidencia científica.
- Evaluar los riesgos beneficios de los exámenes complementarios

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS.

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 general clásica

Organizar la historia anterior por problemas, manejados fisiopatológicamente de la anamnesis y examen físico confirmada por documentos , desde el inicio de su sintomatología, atendida en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención e identificación de puntos críticos.

La Historia clínica por problemas es actualmente el Gold Standar para estudiar, organizar, entender y seleccionar el mejor Standar de diagnóstico y tratamiento basado en Medicina Basada en Evidencia; utilizare el siguiente esquema de manejo de organización de la historia por problemas:

Lista de problemas 1, 2, 3, 4..... Sólo aquellos problemas que respondan y se expliquen por una fisiopatología común.

Subjetivo (S): Descripción en base a la ALICIA (Aparición, Localización, Intensidad, Características, Irradiación y Acompañantes) un problema guía y alrededor de él se irán describiendo todos los problemas enlistados que tengan relación fisiopatológica entre sí.

Objetivo (O): Confirma o niega los problemas descritos en el S1

Apreciación (A):

Realizamos un análisis académico científico basado en evidencia de los signos, síntomas y laboratorios relacionados fisiopatológicamente y elaboramos los diagnósticos respectivo, y

Plan (P): <<<bajo ninguna consideración el plan debe salirse de los diagnósticos consignados>>>

DIAGNOSTICO: Pruebas a pedir de acuerdo a los diagnósticos consignados en el análisis.

TERAPEUTICO: Medicamentos indicados deben ser justificados por los diagnósticos de los análisis.

EDUCATIVO Y PRONOSTICO: Siempre debe consignarse por escrito la enfermedad, tiempo de duración, riesgo de morbilidad y riesgo de muerte.

Los problemas que respondan y se expliquen por una fisiopatología común y que no se manejaron en el primer SOAP se lo harán en un SOAP diferente que unan los problemas que respondan a una misma explicación fisiopatológica y así sucesivamente.

- Guías de práctica clínica y artículos de revisión que resumen y evalúen todas las evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia en cuanto al diagnóstico y tratamiento de un paciente individual; guía clínica utilizada en la cual se obtuvo definiciones, protocolos estandarizados, medidas terapéuticas, recomendaciones.
- Historia clínica obtenida entrevista directa con madre del paciente, el paciente y Hospital.

DESARROLLO DE CASO CLÍNICO

Nombre:	N.N.
Fecha de ingreso:	09/05/2016
Edad:	14 años
Nacido en:	Ambato
Reside en:	Ambato
Estado civil:	soltero
Instrucción:	primaria 9no año
Lateralidad:	derecha
Religión:	católico

**HIST
ORIA
GEN
ERAL
CLAS
IFICA**

Grupo sanguíneo:	O Rh+
Ocupación:	Estudiante

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

MADRE	
NOMBRE:	N.N.
EDAD:	48 años
NACIDA EN:	Ambato
RESIDENTE EN:	Ambato
ESTADO CIVIL:	casada
INSTRUCCIÓN:	secundaria
LATERALIDAD:	derecha
RELIGIÓN:	católica
GRUPO SANGUÍNEO:	A Rh +

OCUPACIÓN:	Quehaceres domésticos
-------------------	-----------------------

PADRE	
NOMBRE:	N.N.
EDAD:	47 años
NACIDO EN:	Ambato
RESIDENTE EN:	Ambato
ESTADO CIVIL:	casado
INSTRUCCIÓN:	secundaria
LATERALIDAD:	derecha
RELIGIÓN:	católico
GRUPO SANGUÍNEO:	A Rh+
OCUPACIÓN:	Empleado privado

ANTECEDENTES PRENATALES:

Embarazo a los 35 años; G: 3, A: 0, P: 3 C: 0 HV: 2, embarazo planeado, deseado, controles prenatales: 6, ecografías: 2, recibe hierro y vitaminas durante el transcurso del embarazo, recibe 1 dosis de toxoide antitetánico. Placenta previa diagnosticada a los 8 meses.

ANTECEDENTES NATALES

Producto de la segunda gesta, recién nacido a término, nace de 38 semanas por parto eutócico, sin complicaciones, antropometría: no recuerda, apgar, llanto inmediato, alojamiento conjunto inmediato.

ANTECEDENTES POSTNATALES:

Ninguno

Inmunizaciones: vacunas completas para la edad. No se muestra carnet de vacunas.

DIAGNÓSTICO DE FAMILIA: padres con 22 años de matrimonio con buenas relaciones intrafamiliares.

HABITAT: viven en casa arrendada, cuenta con todos los servicios básicos, existe 3 habitaciones, viven 4 personas, (paciente, madre, padre y hermana) paciente duerme solo. Animales intrahogar: 1 perro.

Antecedentes personales:	patológicos	- No refiere
Antecedentes Quirúrgicos:		- No refiere
Antecedentes familiares:	patológicos	- Abuela paterna HTA - Abuelo materno Ca. De Pulmón
Alergias:		- No refiere
Medicación:		- No refiere
Transfusiones:		- No refiere
Hábitos	Alimentario:	5 v/d
	Miccional:	7 v/d
	Defecatorio:	Cada 2-3 días
	Alcohol:	no refiere
	Tabaco:	cigarrillo diario
	Drogas:	no refiere

	Deporte:	4 horas a la semana
	Internet	1 hora al día

Motivo de consulta:

Dolor Abdominal

Enfermedad actual:

Madre de paciente refiere que presenta cuadro de 5 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, de gran intensidad 9/10, sin causa aparente, sin irradiación, tipo cólico que aumenta después de ingesta de alimentos, no alivia con el vómito, orina, ni deposiciones, disminuye al flexionar el tronco, se acompaña de astenia, valorado por facultativo quien indica (omeprazol y sertal) por diagnóstico de gastritis, después de 24 horas sin presentar mejoría del cuadro y al encontrarse con ictericia en piel y escleras, náusea que llega al vomito por una ocasión de contenido alimentario, coluria; se realiza eco abdominal por pedido de gastroenterólogo el mismo que reporta sugestivo de áscaris en colédoco por lo que es referido a emergencia. Niega alza térmica, no acolia, prurito.

EXAMEN FISICO

FC: 56lpm SAT: 95% TA: 103/55 mmHg T: 36,6 Peso: 36,5 ZO Talla:1.55
Z+1

Paciente algico, piel tinte ictérico.

Ojos: escleras ictéricas, conjuntivas leve tinte ictérico.

Boca: Mucosa oral: semihumedas.

Orofaringe: eritematosa

Cuello: simétrico, no se palpan adenomegalias

Tórax: expansibilidad conservada

Cardiaco: ruidos cardiacos rítmicos

Pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos

Abdomen: no distendido, suave depresible, timpánico, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy positivo, puño percusión negativa, ruidos hidroaereos aumentados.

Extremidades: tono fuerza y movimientos conservados

Ene: Glasgow 15/15, no focalidad neurológica ni signos meníngeos.

HISTORIA CLINICA POR PROBLEMAS

Fecha: 9 de mayo del 2016 **Hora:** 20:19

LISTA DE PROBLEMAS
P1 Dolor abdominal
P2 Astenia
P3 Ictericia
P4 náusea
P5 vómito

P6 coluria
P7 eosinofilia
P1,P2,P3,P4,P5,P6 P7 resueltos a:
P8: obstrucción de colédoco por áscaris

Problema 1: dolor, astenia, náusea, vómito, coluria e ictericia, eosinofilia, áscaris en colédoco.

Subject: (s)

Paciente hace 5 días presenta dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de gran intensidad, tipo cólico, sin irradiación, aumentaba con la ingesta. Hace un día se asocia náusea, vómito, astenia, coluria y tinte icterico.

Object: (o)

- Murphy positivo
- Coluria en orina
- Tinte icterico en escleras.
- Eco de vía biliar: áscaris en colédoco

PARACLINICA

PARACLINICA	9/05/16	13/05/16	14/05/16	16/05/16	17/05/16	19/05/16	23/05/16	25/05/16
Leucocitos	8.0	15.50	15.9	13.70		10.20	6.70	7.10
Glóbulos rojos	5.98	5.50	4.61	4.49		4.53	5.23	4.61
Hgb	18.6	16.6	13.9	13.6		13.6	16.1	13.8
Hto	53.6	49.4	41.3	40.3		40.6	47.3	41.7
MCV	90	90	90	90		90	90	91
MCH	31	30.1	30	30.4		30.1	30.7	29.9
MCHC	34.6	33.6	33.6	33.8		33.6	34.0	33.0
Plaquetas	263	330	285	276		332	275	316
Neutrófilos	51.5	87.2	77.3	67.6		68.7	67.7	57.2
Linfocitos	35.6	8.8	12.4	22.2		20.2	23.5	27.3
Monocitos	3.1	3.1	9.4	7.8		7.9	7.1	13.9

Eosinófilos	4.4	0.8%	0.9	2.4		3.2	1.8	1.5
Basófilos	0.2	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.1
PCR	Negat.	6	6	6	6	negativo		
Glucosa	91	109.10	152.70		119.40	87.40	91.30	66.3
Urea	29	39.3	17.9		24.4	36.3	40.9	31.8
Creatinina	0.7	0.7	0.6		0.4	0.6	0.7	0.8
Ácido úrico			6.8					
BT	2.3		0.80					
BD	1.86		0.2					
BI	0.44		0.59					
AST	141		33			31	60	86
ALT	229		59			26	38	74
Fosfatasa alca	757							
GGT	400		188					
Amilasa	140	859	1176	425	279	276	298	266
Lipasa	31.5	6359.4	440.8		34.6	33.7	57.5	84.6
Albumina			3.2			3.6	4	
Prot. total			5.6			6.7		
HDL			49.6				1398	517
Na	138.9			137		130	142	
K	4.16			3.7		4.60	4.80	
Ca total						8.9		

	9/05/2016	13/05/2016	16/05/2016
GASOMETRIA			
Cloro:	-		
Sodio:	138.2		
Potasio:	3.97		
Ph:	7.375		
PCO2 :	29.9		
PO2 :	78.0		
BE :	-6.7		
TCO2 :	18.0		
HCO3 :	17.1		
saturación de O2	94.7		
calcio	1.198.		
EMO			
Densidad:			1.018
PH :			6.5
Nitritos :			-
Urobilinógeno :			6
Piocitos :			0.7
Hematies :			2.9
Bacterias:			2.0
Cel. epiteliales:			0.4
ECO ABDOMINAL	Vías biliares: colédoco se encuentra dilatado tiene 9,3 mm de diámetro y presenta una imagen ocupativa en su extremo distal, redondeada de 5,2 mm de diámetro sin sombra acústica que sugiere la presencia de áscaris.		
CPRE		Se canula y contraste selectivamente la vía biliar la cual es dilatada, con una imagen radio lucida de aproximadamente 5 mm en el tercio distal, se realiza esfinterectomía amplia y con canastilla se extrae en cálculo.	
TAC ABDOMINAL			Se observa: en la transición toraco-abdominal derrame pleural bilateral. Hígado de tamaño normal, no presenta lesiones parenquimatosas Vesícula alitiásica sin signos inflamatorios Vías biliares intrahepáticas no dilatadas; colédoco con un diámetro de 9 mm. Presencia de mínima cantidad de

			líquido libre intrabdominal a nivel perirenal izquierdo.
--	--	--	--

Apertiation: (a)

Paciente de 14 años, debuta hace 5 días con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho más náusea, vómito postprandial, eosinofilia (352), durante el ingreso coluria y tinte icterico en escleras + eco áscaris en colédoco + amilasa y lipasa normales: **Obstrucción de vía biliar por áscaris sin compromiso de páncreas.**

Plan diagnóstico:

- CPRE
- pruebas funcionales hepáticas.
- amilasa, lipasa.
- Coproparasitario

Secuencia diagnostica lógica.

Un paciente con dolor tipo cólico en hipocondrio derecho generalmente irradiado a dorso y punta escapular, asociado a ictericia a expensas de la bilirrubina directa y fosfatasa alcalina aumentada, con transaminasas relativamente normales, menos de 20N es igual a colestasis extrahepática. ⁽³⁾ La amilasa y lipasa normales descartan pancreatitis ⁽²⁾

Plan tratamiento

1. NPO
2. Curva térmica
3. Hidratación con solución salina con potasio
4. Analgesia

Plan educativo

Se informa a paciente y familiares que estamos con obstrucción de vía biliar por un áscaris y vamos a extraerlo con una pinza previa colangiopancreatografía retrógrada

endoscópica (explicamos procedimiento a la mamá). ⁽¹⁾ El pronóstico es bueno de no

haber

complicaciones

relacionadas a

procedimiento

(pancreatitis). ⁽²⁾

Fecha: 10 de

mayo al 13

NOTA DE EVOLUCION:	
Edad:	14 años.
DH:	4
Hora:	12: 58 am

mayo del 2016

Lista de problemas

P8: colestasis por áscaris en colédoco.

Subject: (s)

Al momento paciente refiere que en las últimas horas presenta disminución notable de dolor abdominal. Persiste con astenia, coluria e ictericia; refiere no náusea y vómito.

Object: (o)

FC: 65 SO₂: 91% FR: 14 T: 36,2 Peso: 36 kg ZO Talla: 155 Z+1

Paciente afebril, icterico.

Abdomen no distendido suave depresible ligeramente doloroso en hipocondrio derecho. Ruidos hidroaereos presentes.

Apertiation: (a)

Paciente de 14 años, con obstrucción de colédoco por áscaris, sin evidencia de lesión celular hepática ni pancreatitis, con disminución de pruebas hepáticas alteradas: **colestasis extrahepática por áscaris en colédoco resolviéndose espontáneamente.**

Plan diagnóstico

En espera de CPRE como Gold estándar diagnóstico.

Plan de Tratamiento.

RP

- a. NPO
- b. CSV c/4h
- c. Curva térmica c/4h
- d. Control de ingesta y excreta, DH.
- e. Bajar temperatura por medios físicos
- f. Perímetro abdominal c/4h
- g. Dextrosa al 5% en solución salina al 0.9% 1000cc + 5cc k pasar IV a 70 cc/h
- h. Ranitidina 35 mg IV c/12h
- i. Metamizol 360 mg IV PRN
- j. Novedades.

Fecha: 14 de mayo del 2016

Nota de evolución	
Edad:	14 años.
DH:	5
Hora:	12: 58 am
Lista de problemas	
P8: colestasis por áscaris en colédoco.	
P9. CPRE hallo obstrucción por cálculo no hubo áscaris	
P10 Enzimas pancreáticas elevadas	
P8 descartado, p9, p10 resuelto a:	
P11: colestasis por calculo en colédoco más pancreatitis leve desencadenada por CPRE.	

Subject: (s)

Paciente sometido hace 18 horas a CPRE, refiere leve dolor abdominal en hipocondrio derecho (no describe tipo de dolor ni irradiación)

Object (o):

FC: 90 lpm SO2: 93%aa FR: 20 rpm T: 37 Peso: 36, kg zo Tall: 155cm
z+1

I: 1353 E: 800 DH. 2.02cc/kg/h

Piel ictérica

Abdomen suave depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco derecho. Ruidos hidroaereos presentes.

Apertiation (a)

Paciente de 14 años de edad, con colestasis por áscaris en colédoco sometido a CPRE hace 18 horas, descarto áscaris y extrajo cálculo extraído con pinza a través de papilotomía. Luego de CPRE reinicia dolor tipo cólico asociado a leucocitosis por neutrofilia mas amilasa 19N y lipasa 30 N + Criterios de Ranson 1: **colestasis por calculo en colédoco más pancreatitis leve desencadenada por CPRE.**

Plan Diagnostico

- Medición de criterios de Ranson de 24 y 48 horas
- TAC Abdominal: ⁽¹⁰⁾.

Secuencia diagnostica lógica:

Paciente con obstrucción de vía biliar extrahepática sometido a CPRE que está indicada para confirmar y resolver la causa de obstrucción de colédoco distal, puede provocar en un 3-5% pancreatitis desencadenada por la inyección del contraste. ⁽⁶⁾

Plan Tratamiento

Rp.

1. NPO
2. CSV c/4h
3. Curva térmica c/6h
4. Control de ingesta y excreta, DH.
5. Bajar temperatura por medios físicos
6. Perímetro abdominal c/4h
7. Dextrosa al 5% en solución salina al 0.9% 1000cc + 5cc electrosol k pasar IV a 70 cc/h
8. Omeprazol 40 mg IV QD
9. Ampicilina + ibl 1gr IV c8h (1)
10. Tramadol 100mg + solución salina al 0,9% 100cc IV pasar en 24 horas
11. Metamizol 360 mg IV PRN
12. TAC simple de abdomen tramitar
13. Amilasa y lipasa de control mañana 6am
14. Glicemia TID
15. Indicaciones de UCI
16. Pendiente valoración por cirugía general
17. Novedades

15 de mayo del 2016

Nota de evolución	
Edad:	14 años.
DH:	5
Hora:	12: 58 am
Lista de problemas	
P8 descartado, P9, P10 resuelto a:	
P11: colestasis por calculo en colédoco más pancreatitis leve desencadenada por CPRE.	
P12 Odinofagia	
P13 Tos	
P12 - P13 Resuelto a:	
Faringitis traumática	

Subject 1: p11

Paciente sometido hace 18 horas a CPRE, refiere leve dolor abdominal en hipocondrio derecho (no describe tipo de dolor ni irradiación)

Subject 2: problemas 12-13

Paciente refiere leve odinofagia, y tos seca esporádica, hace 24 horas presenta una febrícula hasta hoy.

Object 1:

FC: 90 lpm SO₂: 93%aa FR: 20 rpm T: 37 Peso: 36,kg zo Talla: 155cm
z+1

I: 1353 E: 800 DH. 2.02cc/kg/h

Piel icterica

Abdomen suave depresible, doloroso a la palpación profunda en flanco derecho. rha presentes.

Object 2:

Leve eritema de fauces, no ganglios. Pulmones limpios.

Apertiation 1

Paciente de 14 años de edad, con colestasis por áscaris en colédoco sometido a CPRE hace 18 horas, descarto áscaris y extrajo cálculo extraído con pinza a través de papilotomía. Luego de CPRE reinicia dolor tipo cólico asociado a leucocitosis por neutrofilia mas amilasa 19N y lipasa 30 N + Criterios de Ranson 1: **colestasis por calculo en colédoco más pancreatitis leve desencadenada por CPRE.**

Apertiation 2

Después de realizarse CPRE presentó odinofagia y tos leve. Síntomas que han ido disminuyendo: **Faringitis Traumática**

Plan Tratamiento

Rp.

1. NPO
2. CSV c/4h
3. Curva térmica c/4h
4. Control de ingesta y excreta, DH
5. Bajar temperatura por medios físicos
6. Perímetro abdominal c/4h
7. Dextrosa al 5% en solución salina al 0.9% 1000cc + 5cc electrosol k pasar IV a 15 cc/h
8. Omeprazol 40 mg IV QD
9. Ampicilina + ibl 1gr IV c8h (2)
10. Tramadol 100mg + solución salina 0,9% 100cc IV pasar en 24 horas
11. Metamizol 360 mg IV PRN
12. Tac simple de abdomen pd
13. Amilasa y lipasa biometría + PCR de control mañana 6am
14. TP y TTP tramitar
15. Glicemia TID
16. Indicaciones de uci
Nutrición parenteral: dx50% en agua 700cc + lipofundin al 20% 400cc + aminoplasmal al 15% 360cc+ ácido ascórbico 1 gr + complejo b 5 cc + vitamina k 1 ampolla + oligoelementos 1 ampolla + gluconato de calcio 1 ampolla + insulina 10 UI + potasio 10cc, pasar todo esto a 60 cc hora.
17. Pendiente valoración por cirugía pediátrica
18. Novedades.

16 de mayo al 20 de mayo del 2016

Nota de evolución	
Edad:	14 años.
DH:	11
Hora:	09: 03am
Lista de problemas	
P11:	colestasis por calculo en colédoco más pancreatitis leve desencadenada por CPRE.
P14:	Faringitis traumática

Subject 1:

Paciente mantiene con leve palidez.

Subject 2:

Paciente refiere tos seca esporádica y leve odinofagia. No alzas térmicas.

Object 1:

FC: 70 lpm SO2: 95%aa FR: 17 Peso 36 kg zo Talla: 155cm z+1

I: 1927 cc E: 2400 BH:-473cc DH: 2,7 cc/kg/h

Paciente, afebril, leve palidez.

Asintomático digestivo.

Object 2:

Boca: mucosa oral húmeda, orofaringe eritematosa, amígdalas hipertróficas Grado I, a nivel de úvula se observa 2 placas blanquecinas en el pilar anterior de amígdalas.

Appretiation (a)

Paciente de 14 años de edad con leucocitosis en disminución, PCR negativo, amilasa parcialmente elevada: **Coledocolitiasis resuelta + Pancreatitis post CPRE en resolución.** Y por cuadro de clínica y laboratorio: **Infección viral de vía respiratoria superior.**

Plan Diagnostico

KOH, Gram y cultivo faríngeo

Plan Tratamiento

Rp.-

1. Dieta líquida amplia hipograsa
2. CSV c/6h
3. Control de ingesta y excreta, DH.
4. Cuidados de vía central (d7)
5. Bajar temperatura por medios físicos
6. Solución salina 0.9% 1000 cc pasar IV a 15 cc h

7. Omeprazol 40 mg IV QD
8. Ampicilina + ibl 1gr IV c8h (6)
9. Metronidazol 360 mg IV c8h (d4)
10. Metamizol 360 mg IV PRN
11. Fluconazol 180 mg IV QD luego de cultivo de faringe
12. Gargareamos con bicarbonato BID
13. indicaciones de uci

Dosis de nutrición parenteral: dx en agua al 50% 400cc+ lipofundin 20% 250cc
aminoplasmal 15% 500cc+ complejo b 5cc + ácido ascórbico
1g+fitomenadiona 1 ampolla+ sulfato de magnesio 1 ampolla pasar iv a 30
cc/hora+ gluconato de calcio 1/2 ampolla iv QD fuera del preparado

14. Glicemias cada 8 horas.
15. KOH, Gram y cultivo faríngeo
16. i/c nutrición (pv)
17. Novedades

21 de mayo al 25 de mayo del 2016

Nota de evolución	
Edad:	14 años.
DH:	14
Hora:	11:26 am
Lista de problemas	
P11. Resuelto colestasis por calculo en colédoco terminal: coledocolitiasis + pancreatitis post CPRE.	
p15 Micosis por cándida.	

Subject 1:

Asintomático

Subject 2:

Odinofagia persistente

Paciente que realiza dos picos febriles. Al momento afebril, asintomático.

Object 1:

FC: 75 lpm SO2: 96% T: 36.9 FR: 18 Peso: 36 kg zo Talla: 155cm z+1

Asintomático digestivo:

Object 2:

Paciente afebril

Boca: mucosa oral húmeda, orofaringe eritematosa, amígdalas hipertróficas GI eritematosa, amígdalas hipertróficas GI, paladar blando y úvula, lesiones blanquecinas con halo eritematoso.

Apretiation 1

Paciente de 14 años de edad con Biometría hemática normal, amilasa en disminución
Coledocolitiasis resuelta + Pancreatitis post CPRE en resolución.

Apretiation 2

Odinofagia mas lesiones blanquecinas sobre fondo eritematoso en fauces, Cultivo faríngeo. Negativo: **Micosis por cándida.**

Plan Tratamiento

Rp:

1. Dieta blanda intestinal+ colación (paciente con pancreatitis)
2. CSV c/6h
3. curva térmica c4
4. control de ingesta y excreta, DH.
5. retirar de vía central
6. Bajar temperatura por medios físicos
7. Solución salina 0.9% 1000 cc pasar IV a 20 cc h
8. Omeprazol 40 mg IV QD
9. Ampicilina + ibl 1gr IV c8h (10/10)
10. Aciclovir 400 mg IV c8h d1
11. Metronidazol discontinuar
12. Metamizol 360 mg IV PRN discontinuar
13. Ibuprofeno 300 mg VO PRN
14. gargarismos con bicarbonato BID
15. Indicaciones de nutrición

16. Cultivo de punta de catéter

17. Novedades

26 de mayo del 2016

Nota de evolución	
Edad:	14 años.
DH:	17
Hora:	09:28 am
Lista de problemas	
P11. Resuelto colestasis por calculo en colédoco terminal: coledocolitiasis + pancreatitis post CPRE.	
P15 Micosis faríngea por cándida.	

Subject 1: p11

Paciente al momento asintomático.

Subject 2: p15

Paciente al momento con persistencia de tos seca esporádica. No alzas térmicas.

Object 1:

FC: 75 lpm SO2: 96%aa FR: 18 peso 36 kg zo talla 155cm z+1

Piel pálida

Digestivo asintomático.

Object 2:

Boca: mucosa orla húmedas y Orofaringe eritematosa, amígdalas hipertróficas Grado I presencia de aftas a nivel de pilar faríngeo y úvula en disminución.

Apertiation 1:

Paciente de 14 años de edad con Biometría hemática normal, química sanguínea normal, perfil hepático normal, y amilasa parcialmente elevada: **Coledocolitiasis resuelta + Pancreatitis post CPRE en resolución.**

Apertiation 2:

Lesiones blanquecinas en disminución sobre fondo eritematoso en fauces: **Micosis cándida.**

PLAN: alta

Tratamiento preventivo

1. evitar alimentación con grasas, lácteos
2. seguir cartilla nutricional
3. reposo por 5 días
4. higiene de manos
5. evitar alimentación fuera de casa

Tratamiento terapéutico

1. Aciclovir 800 mg media tableta cada 8 horas por 3 días. 6am, 2pm, 10pm
2. Gargarismos con bicarbonato dos veces al día
3. Complejo B 1 tableta cada 12 horas por 1 semana
4. pendiente cultivo de punta de catéter

5. Ibuprofeno 7.5 ml en caso de fiebre

Plan promocional

1. control por consulta externa de pediatría 31 de mayo del 2016 a las 11 am turno extra

MARCO TEÓRICO

Coledocolitiasis

La coledocolitiasis se define como la presencia de cálculos en el colédoco, pueden ser primarios si se forman del conducto biliar y secundarios cuando pasan de la vesícula al conducto biliar. ^{(1) (4)} Según datos internacionales los cálculos biliares se encuentran en el 12% de los hombres y el 24% de las mujeres. La incidencia aumenta con la edad. Más de un 10% de pacientes portadores de colelitiasis presentan coledocolitiasis. ⁽¹⁷⁾

En nuestro medio, la coledocolitiasis esta subregistrada, formando parte dentro de la patología de colelitiasis, ubicándose en el tercer lugar dentro de las diez principales causa de morbilidad. (INEC. 2009). En el Hospital Enrique Garcés durante el año 2009 se registraron un total de 1758 casos de colelitiasis y 184 casos de coledocolitiasis que corresponde al 10.4 % (Estadística Hospital Enrique Garcés. 2010).

Cuadro clínico

La coledocolitiasis puede ser asintomática o sintomática. ⁽⁴⁾

La coledocolitiasis sintomática se presenta como un síndrome colestásico obstructivo; se caracteriza por dolor abdominal de inicio brusco en epigastrio e hipocondrio derecho, nauseas, vomito. ⁽²⁰⁾ A demás se acompaña de ictericia, acolia y coluria. ⁽⁴⁾. A la exploración física: hipersensibilidad en epigastrio e hipocondrio derecho y la presencia de ictericia ligera. ⁽¹⁾

Diagnóstico:

Pruebas de Laboratorio

En la colestasis extrahepática se encuentra aumentada la fosfatasa alcalina y gammaglutamiltranspeptidasa y las transaminasas (ALT y AST). En una coledocolitiasis las transaminasas pueden elevarse hasta 10 veces de su valor normal.⁽²⁰⁾

La bilirrubina total se eleva a expensas de la directa o conjugada.

Exámenes de imagen:

Ecografía abdominal.

La ecografía de hígado y de vías biliares se emplea como primer método de examen complementario para la evaluación de una posible coledocolitiasis. Ofrece signos directos (cálculos) e indirectos (tamaño de la vía biliar).⁽¹²⁾ Presenta una sensibilidad estimada que puede variar entre 0,32-1,00, y una especificidad entre 0,77- 0,97⁽²⁰⁾.

En individuos con antecedentes de cálculos biliares, ictericia, dolor biliar, un colédoco dilatado más de 8 mm de diámetro en la ecografía sugiere la presencia de cálculo en el colédoco.⁽¹⁾

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

Se descubrió en el año de 1960 como técnica diagnóstica. Posteriormente en el año de 1974 describieron la esfinterotomía asociada a la extracción de cálculos, abriendo el terreno de la terapéutica asociada a CPRE ⁽⁸⁾.

La CPRE es el Gold estándar para problemas pancreato- biliares. Este procedimiento tiene una sensibilidad entre 80 y 93% y especificidad del 100%, para detectar cálculos en el colédoco; la extracción de los cálculos es posible en un 85 a 90% de los casos.

La CPRE es un procedimiento con un alto porcentaje de complicaciones. La pancreatitis es la complicación más común y grave con una incidencia entre 3.5 a 4% y sigue en frecuencia la Hemorragia 2%, Colangitis 1%, Colecistitis 0.5% y la perforación 0,3%.
⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾

Indicaciones de CPRE:

- a. Sospecha de ictericia causada por obstrucción biliar.
- b. Datos clínicos, bioquímicos sugerentes de pancreatitis.
- c. Neoplasias del páncreas.
- d. Pancreatitis de causa desconocida
- e. Pseudoquiste de páncreas.
- f. Coledocolitiasis
- g. Colangitis esclerosante primaria
- h. Esfinterotomía
- i. Drenar áreas bloqueadas ⁽⁸⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽²³⁾

Pancreatitis Post CPRE.

La pancreatitis aguda es una de las complicaciones más frecuente de la CPRE. Y se la define como aumento de la amilasa tres veces sobre el valor máximo acompañado de dolor abdominal 24 horas luego del procedimiento. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Los mecanismos que pueden causar esta complicación, se debe al edema del conducto pancreático y de la papila debido al instrumental y manipulación de la vía; el daño químico causado por la inyección del contraste; el daño térmico debido a la corriente aplicada en la esfinterotomía; y la infección de la vía pancreática por las bacterias presentes en el tracto digestivo. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁹⁾

Factores de riesgo: El sexo femenino, edad menos de 60 años, sospecha de disfunción del esfínter de Oddi, episodios previos de pancreatitis post-CPRE, pancreatitis recidivantes, esfinterotomía pancreática, canulación difícil y fallida. ⁽¹⁶⁾

En los últimos años estudios revelan que el uso de los AINES como la indometacina rectal o la prótesis pancreática reduce el riesgo de esta complicación. En un metaanálisis que incluían varios ensayos clínicos controlados, el porcentaje de pancreatitis post-CPRE, fue significativamente menor en el grupo con prótesis frente al grupo control (5.8 frente al 15.5%). Así mismo el número de episodios graves de pancreatitis por esta técnica se consigue disminuir hasta casi la nulidad. ^{(8) (16)}

Aunque pueda resultar obvio la mejor manera de prevenir la pancreatitis post-CPRE es no realizar dicho procedimiento. Con el avance reciente de la colangiografía magnética y la ultrasonografía endoscópica, la indicación de la CPRE debería reservarse en casos muy seleccionados y evitar en pacientes de alto riesgo. ⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾

Colangiografía magnética

Posee una sensibilidad del 94% y especificidad del 95% en lo que se refiere a obstrucciones, pero su sensibilidad puede disminuir al 30% cuando se trata de evaluar cálculos pequeños o barro. ⁽¹²⁾

Diagnóstico Diferencial

Diagnostico	Método para el diagnóstico diferencial
--------------------	---

1. Cólico biliar	Ultrasonido transabdominal
2. Colecistitis aguda	Ultrasonido transabdominal
3. Dispepsia	Endoscopia
4. Úlcera duodenal	Endoscopia
5. Absceso hepático	Radiografía torácica, ultrasonido hepático, TAC, gammagrama hepático, Resonancia Magnética.
6. Infarto agudo de miocardio	electrocardiograma, enzimas cardíacas
7. Parasitosis de la vía biliar	Biometría hemática, CPRE, ultrasonido endoscópico o intraluminal
8. Estenosis biliares, neoplasias y quistes del colédoco.	Ultrasonido transabdominal, endoscópico o intraluminal, colangiografía percutánea, CPRE, TAC, resonancia magnética. ⁽⁵⁾

Tratamiento

Entre las opciones de tratamiento están el manejo completamente laparoscópico (colecistectomía y exploración de la vía biliar), la colecistectomía laparoscópica complementada con Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica perioperatoria con papilotomía y extracción de cálculos y la menos utilizada en la actualidad la cirugía abierta. ⁽²⁶⁾

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

La esfinterotomía endoscópica con la extracción del cálculo es eficaz en el tratamiento de la coledocolitiasis; aunque este procedimiento puede fracasar en presencia de cálculos de mayor tamaño, cálculos intrahepáticos, múltiples cálculos, anatomía del estómago o duodeno alterada, cálculos impactados y divertículos duodenales. La CPRE

junto con la esfinterotomía, alrededor del 50% de los pacientes presentan síntomas recurrentes de enfermedad biliar, sino se aplica también la colecistectomía. ^{(4) (9)}

Exploración laparoscópica del colédoco

Durante el procedimiento de la colecistectomía, una colangiografía intraoperatoria, ayuda a identificar los cálculos en el colédoco. Este procedimiento está contraindicado ante la presencia de un conducto cístico pequeño y friable, numerosos cálculos, cálculos grandes, mayor de 1 cm. ⁽⁴⁾

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son circunstancias o situaciones que condicionan la probabilidad de presentar una patología. Estos factores se pueden observar en la población sana y aumentan el riesgo sufrir una enfermedad, la identificación de los mismos es imprescindible para la prevención primaria de salud.

Algunos factores predisponentes para la formación de cálculos biliares incluyen:

Edad: La frecuencia de la litiasis vesicular aumenta con la edad y más aun a partir de los 40 años de edad. En los niños se ha visualizado en un 5 a 7% aunque aumenta cada día.

Género: En las mujeres existe mayor predisposición de formación de cálculos biliares hasta casi tres veces las cifras en varones del mismo grupo de edad. En las mujeres jóvenes el elevado riesgo se relaciona con el embarazo, la paridad, el tratamiento con anticonceptivos y la terapia de reemplazo con estrógenos en la menopausia.

En la población masculina, los factores ambientales y fisiológicos asociados con CB incluyen obesidad, historia personal de reducción de peso, bajo nivel sérico de colesterol y la elevación de los triglicéridos, el tabaquismo y la diabetes mellitus.

Antecedentes familiares: Los genes asociados a la litiasis interactúan con los factores ambientales.

Obesidad: La incidencia de Litiasis Biliar se eleva en forma paralela al incremento del índice de masa corporal (IMC); 35% de las mujeres con $IMC > 32 \text{ kg/m}^2$, presentan Cálculos biliares; se ha encontrado que los obesos, sintetizan una mayor cantidad de colesterol en hígado, el cual se secreta en cantidades excesivas, lo que origina sobresaturación de la bilis.

Pérdida rápida de peso: Paradójicamente la pérdida de peso en corto tiempo también es un factor de riesgo de cálculos biliares. En estudios donde se utilizaron dietas de reducción de peso de 500-520 kcal/día, se encontró que la incidencia de formación de cálculos biliares fue de 11- 28%.

Dieta: Estudios epidemiológicos comparativos entre sujetos sanos y pacientes con litiasis biliar, han examinado la relación entre hábitos alimentarios, composición de la dieta y el riesgo para desarrollar cálculos biliares. Los factores dietarios de alto riesgo encontrados son: consumo energético excesivo, dietas con elevado contenido de colesterol y de grasa de origen animal. El consumo excesivo de carbohidratos simples, la obesidad y los episodios frecuentes de reducción- recuperación de peso, también parecen jugar un papel importante en la aparición de la enfermedad vesicular.

En un estudio de colelitiasis infantil en el que se incluyeron a pacientes entre 0 a 13 años de edad reportaron que los factores de riesgos asociados a la formación de cálculos biliares son: Enfermedad hemolítica (39%), infección sistémica con uso de antibioterapia (hasta un 29% de barro biliar), obesidad (9,7%), cirugía abdominal especialmente la resección ileal, nutrición parenteral prolongada (13%), fibrosis quística (13%), enfermedad oncológica y trasplantes de órganos (7,8%), antecedentes familiares (28%), enfermedad hepatobiliar crónica (5-15%), empleo de técnicas como la fototerapia y/o exanguinotransfusión, síndrome de intestino corto, diabetes mellitus, fármacos (furosemida, ciclosporina, narcóticos, ceftriaxona, estrógenos, contraceptivos orales, clofibratos u octreótida, entre otros), hipercolesterolemia, enfermedad de Gilbert, déficit de IgA, celiaquía o cromosomopatías como el síndrome de Down, donde la prevalencia de colelitiasis se sitúa entre el 4,7 y el 6,9%. ^{(7) (13) (18) (24) (27)}

ANALISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico exacto de coledocolitiasis y el contacto con los profesionales especialistas de salud se retardo debido a que paciente acude a Hospital Municipal y allí indican diagnóstico presuntivo de gastritis, pero al persistir dolor acude a médico gastroenterólogo y envía eco abdominal el mismo que reporta sugestivo de áscaris en colédoco, por lo que medico recomienda acudir al servicio de emergencia del Hospital del IEES Ambato.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.

Paciente en primera instancia acudió a Hospital Municipal donde fue manejado ambulatoriamente, sin embargo posteriormente paciente al persistir con molestias acude a médico gastroenterólogo, quien realiza pedido de Eco abdominal y recomienda con resultados acudir al servicio de emergencia del Hospital del IEES Ambato, que demográficamente se encontraba accesible ya que el paciente vivía en una zona urbana de la misma ciudad.

Atención en emergencia.

El servicio de emergencia del Hospital IESS Ambato recibe un paciente con antecedente de Obstrucción de colédoco por lo que deciden administración de líquidos y analgesia, solicitando nuevos exámenes de sangre, de imagen y es trasladada al servicio de Pediatría.

Según revisiones sobre Obstrucción del colédoco refieren que un diagnóstico precoz, disminuye el porcentaje de complicaciones y realizar un adecuado diagnóstico diferencial es por lo tanto esencial y para ello serán útiles desde los hallazgos clínicos iniciales hasta pruebas invasivas como la ecoendoscopia, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).^{(22) (20)}

Manejo en Pediatría.

El servicio de Pediatría al tener una paciente con diagnóstico de Obstrucción de colédoco, procede a la realización de una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), en la cual se evidencia la presencia de un cálculo de aproximadamente 5 mm en el tercio distal, se realiza esfinterectomía amplia y se extrae en cálculo. Posteriormente a las 24 horas paciente presentó pancreatitis post CPRE, iniciando antibioticoterapia, analgesia y líquidos de mantenimiento.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

En el presente caso el paciente acudió a un Servicio de atención al Hospital Municipal que brindan, sin embargo en ese momento no se evidenció un indicio clínico acerca de la complicación que pudiera aquejar al paciente, utilizando como medida terapéutica la administración de analgesia y posteriormente su envió hacia el domicilio, cuando el procedimiento pertinente hubiese sido su derivación hacia el área hospitalaria para su valoración adecuada.

OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

El paciente desde un inicio no fue derivada de forma oportuna por parte del facultativo quienes valoraron en primera instancia, posteriormente al ser revalorado por especialista se deriva a Hospital de mayor complejidad.

TRAMITES ADMINISTRATIVOS

Al momento de realizar los trámites pertinentes para CPRE, no se pudo realizar dicho procedimiento en Riobamba por falta de equipo pediátrico; posteriormente se realiza nuevo trámite y CPRE se realizó en el North Hospital de Quito al cuarto día desde su ingreso.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.

En el presente caso clínico se identificaron varios puntos críticos dentro de los cuales estarían involucrados:

- Diagnóstico y manejo inadecuado en la primera unidad de salud.
- Diagnóstico erróneo mediante apoyo complementario de imagen (eco abdominal).
- Demora en realizar la derivación del paciente por el manejo inadecuado de la primera unidad de salud.
- Retraso en el trámite para realizar Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- Demora en el diagnóstico definitivo del paciente, para un tardío inicio de tratamiento.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Correcto diagnóstico y manejo de obstrucción de coledoco.	Establecer guías y protocolos ante el manejo de obstrucción de coledoco.
Derivación oportuna desde las primeras unidades de salud.	Mejoramiento en los mecanismos de referencia a instituciones de mayor nivel.
Reducción en el tiempo de demora y cantidad de tramites a realizar.	Establecer prioridades de atención de acuerdo al estado y diagnóstico del paciente.
Estandarizar protocolos de manejo en una obstrucción de coledoco.	Proponer e implementar protocolos estandarizados en donde se describa manejo y seguimiento en la

	coledocolitiasis.
--	-------------------

CONCLUSIONES:

- La presencia de coledocolitiasis en adolescentes es poco frecuente y cuando existe la clínica es muy sugestiva de colestasis extrahepática; por lo que resulta difícil clínicamente identificar la causa exacta de la colestasis extrahepática y es necesario utilizar pruebas diagnósticas invasivas como la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE); este procedimiento actualmente es el Gold estándar para el diagnóstico de la coledocolitiasis.
- En el manejo de este caso se puede orientar desde dos puntos de vista si no presenta complicaciones en el cual se emitirá un tratamiento invasivo mediante la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), realizar esfinterectomía amplia y se extrae el cálculo, este procedimiento está contraindicado en complicaciones como son la pancreatitis,

Síndrome de Mirizzi, cálculos grandes o intrahepáticos, en cuanto a procesos complicados se iniciarían medidas quirúrgicas.

- Los exámenes complementarios tienen sus riesgos beneficios, es así en este caso el paciente se realizó una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), llegando a un diagnóstico definitivo, posterior a este procedimiento el paciente presentó una de las complicaciones más frecuentes, pancreatitis post CPRE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brunnicardi C., Andersen D., Biliar T. Dunn D., Hunter J., Matthews J., Pollock R. Chwartz Principios de Cirugía. 9na Edición. México: McGraw Hill. 2010
2. Lozcalzo J., Harrison T., Longo D., Fauci A., Kasper D., Hauser S., Jameson J. Harrison principios de medicina interna. 18a Edición. México: McGraw Hill. 2012.
3. Schafer L., Goldman A. Cecil y Goldman Tratado de medicina interna. 24ª Edición. España: Elsevier. 2012.
4. Townsend C., Beauchamp D., Evers B., Mattox K. Sabiston Tratado de cirugía. 19a Edición. España: Elsevier. 2013.
5. Vega J., Pérez A., Magaña I., Carrasco J., Bernal R. Tratado de cirugía general. 2da Edición. México: Manual Moderno. 2008.

LINKOGRAFÍA

6. Alberca F., Sánchez E., Carballo F. Pancreatitis aguda. *Medicine*. 2016; 12(8): 407-420. Disponible en:
<http://sci-hub.bz/10.1016/j.med.2016.03.018>.
7. Almora C., Prado Y., Plaza T., Ferro Y., Hernández Z. Diagnóstico Clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. *Rev. Ciencias Médicas*. 2012; 16 (18): 200-214. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n1/rpr21112.pdf>.
8. Artifon E., Asadur J., Aguirre P. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución. *Rev. Gastroenterol Peru*. 2013; 33(4): 321-327. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/vol33_n4/pdf/a06v33n4.pdf
9. Barreras J., González J., Torres R., Martínez M. Coledocolitiasis. Opciones actuales de tratamiento laparoscópico y endoscópico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2010; 9 (3): 374-384. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n3/rhcm12310.pdf>
10. Basurto E. *Ascaris lumbricoides* en vesícula y colédoco. *Cirugía General*. 2009; 31(2): 129-130. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2009/cg092k.pdf>.
11. Dall P., Cantou V., Rosano K., Santos K., Fernández N. *Ascaris lumbricoides*. *Arch Pediatr*. 2014; 85(3): 149-154. Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v85n3/v85n3a02.pdf>
12. Flisfisch H., Franz N. Métodos actuales de estudio en coledocolitiasis. *Rev Medicina y Humanidades*. 2012; 4 (1,2 y 3): 24-27. Disponible en:
http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_3_2012/06_COLEDO COLITIASIS.pdf.
13. González M., Bastidas B., Panduro A. Factores de riesgo en la génesis de la litiasis vesicular. *Medigraphic*. 2005; 7 (3): 71-78. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg0511.pdf>.
14. González O., Moreno L., Pradella L., Saladino R. Pancreatitis como complicación post- colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Pren. Méd. Argent*. 2014; 100 (7): 492-498.

Disponible en:

file:///C:/Users/PC/Downloads/CRPE%20PMA%20PALERMO.pdf

15. Lizarazo J., Reflexiones acerca de las indicaciones de CPRE en pacientes con sospecha de coledocolitiasis. Rev Col Gastroenterol. 2011; 26 (4): 239-242. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v26n4/v26n4a01.pdf>
16. Pérez G., Parra A. Pancreatitis post- colangiopancretografía retrograda endoscopica mediante el empleo de prótesis pancreáticas. GH. Continuada. 2010; 9 (3): 142-146. Disponible en:
[http://sci-hub.bz/10.1016/S1578-1550\(10\)70031-0](http://sci-hub.bz/10.1016/S1578-1550(10)70031-0)
17. Quintanilla C., Flisfisch H. Coledocolitiasis. Rev. Medicina y Humanidades. 2009; 3(1): 160-17. Disponible en:
http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n32009/15_Alumnos_coledocolitiasis.pdf.
18. Quirós N., Rubio J., Rodríguez S., Ortiz J. Colecistitis Infantil: Aportación de 51 nuevos casos y revisión bibliográfica. Acta pediátrica. 2014; 72(6): 194-201. Disponible en:
[file:///C:/Users/PC/Downloads/Originales_Colelitiasis_infantil%20\(3\).pd](file:///C:/Users/PC/Downloads/Originales_Colelitiasis_infantil%20(3).pd)
19. Rodríguez D., Falomir G., Puerta A. Casos en imagen. Radiología. 2007; 49 (5) 373. Disponible en:
[http://sci-hub.cc/10.1016/S0033-8338\(07\)73800-6](http://sci-hub.cc/10.1016/S0033-8338(07)73800-6)
20. Romero C., Sanchez C. Protocolo diagnóstico de la colestasis extrahepática. Medicine. 2016; 12 (11): 640-643. Disponible en:
<file:///C:/Users/PC/Desktop/bibliografias/colestacis%20extrahepatica.html>.
21. Serrano J. Ascariasis de las vías biliares, abordaje laparoscópico. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica. 2003; 4 (4): 204-207. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2003/ce034g.pdf>.
22. Urquia H., Ochoa T., Elvir N., Rodriguez A. Invasión masiva de la vía biliar por Áscaris lumbricoides: reporte de un caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2015; 2(1): 149: 154. Disponible en:

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

23. eBrary: Montenegro K. Principales patologías asociadas a la vía biliar y pareas y la aplicación de la colangiopancreatografía retrograda endoscopica en el diagnóstico y tratamiento en algunas de ellas. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2015; 33 (1) : 1-9 ; [citado 22 Enero 2015]; Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152016000100282&lang=pt
24. Biblioteca virtual en Salud: Pérez C., Perea R., Hernández B., Ponce F. Prevalencia y Factores de riesgo de colelitiasis en menores de 18 años de edad en un Hospital de segundo nivel. *Medigraphic*.2009; 34 (4): 267-269. ; [citado 4 Diciembre 2012];Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v34n4/v34n4a8.pdf>
25. SCOPUS: Ramos J., Martínez L., Infante M., Brizuela R. Utilidad de la colangiopancreatografía retrograda endoscopica para tratar litiasis de la vía biliar principal. 2012; 41 (4): 361-369; [citado 22 Octubre 2012]; Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n4/mil06412.pdf>
26. SCOPUS: Restrepo C., Sierra S., Penagos S., Palacios O., Mendoza M. Manejo sincrónico de coledocolitiasis. *Rev Colomb Cir*. 2014; 29: 197-203. ; [citado 29 Mayo 2014];Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc070610.pdf>
27. SCOPUS: Tozatti J., Parizi A., Frazon O. Predictor factors for choledocholithiasis. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014; 28(2): 109-112; [citado 12 Septiembre 2015];Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v28n2/0102-6720-abcd-28-02-00109.pdf>

ANEXOS

	9/05/16	13/05/16	14/05/16	16/05/16	17/05/16	19/05/16	23/05/16	25/05/16
Leucocitos	8.0	15.50	15.9	13.70		10.20	6.70	7.10
Glóbulos rojos	5.98	5.50	4.61	4.49		4.53	5.23	4.61
Hgb	18.6	16.6	13.9	13.6		13.6	16.1	13.8
Hto	53.6	49.4	41.3	40.3		40.6	47.3	41.7
MCV	90	90	90	90		90	90	91
MCH	31	30.1	30	30.4		30.1	30.7	29.9
MCHC	34.6	33.6	33.6	33.8		33.6	34.0	33.0
Plaquetas	263	330	285	276		332	275	316
Neutrófilos	51.5	87.2	77.3	67.6		68.7	67.7	57.2
Linfocitos	35.6	8.8	12.4	22.2		20.2	23.5	27.3
Monocitos	3.1	3.1	9.4	7.8		7.9	7.1	13.9
Eosinófilos	4.4	0.8%	0.9	2.4		3.2	1.8	1.5
Basófilos	0.2	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.1
PCR	Negat.	6	6	6	6	negativo		
Glucosa	91	109.10	152.70		119.40	87.40	91.30	66.3
Urea	29	39.3	17.9		24.4	36.3	40.9	31.8
Creatinina	0.7	0.7	0.6		0.4	0.6	0.7	0.8
Ácido úrico			6.8					

BT	2.3		0.80					
B D	1.86		0.2					
BI	0.44		0.59					
AST	141		33			31	60	86
ALT	229		59			26	38	74
Fosfatasa alca	757							
GGT	400		188					
Amilasa	140	859	1176	425	279	276	298	266
Lipasa	31.5	6359.4	440.8		34.6	33.7	57.5	84.6
Albumina			3.2			3.6	4	
Prot. total			5.6			6.7		
HDL			49.6				1398	517
Na	138.9			137		130	142	
K	4.16			3.7		4.60	4.80	
Ca total						8.9		

GASOMETRIA 13/05/2016	
Cloro:	-
Sodio:	138.2
Potasio:	3.97
Ph:	7.375
PCO2 :	29.9
PO2 :	78.0
BE :	-6.7
TCO2 :	18.0
HCO3 :	17.1
SATURACION DE OXIGENO :	94.7
CALCIO IONICO EN SUERO:	1.198.

EMO 16/05/2016	
Densidad: 1.018	1.018
PH :	6.5
Nitritos :	-
Urobilinógeno :	6
Piocitos :	0.7
Hematies :	2.9
Bacterias:	2.0
Células epiteliales:	0.4

ECOSONOGRAFIA DE HIGADO Y VIAS BILIARES: 09/05/2016

Hígado: homogéneo de bordes regulares con ligero aumento de su tamaño. Las venas porta y suprahepáticas son de trayecto y calibre normal.

Vías biliares: no existe dilatación de las vías biliares intrahepáticas. El colédoco se encuentra dilatado tiene 9,3 mm de diámetro y presenta una imagen ocupativa en su extremo distal, redondeada de 5,2 mm de diámetro sin sombra acústica que sugiere la presencia de áscaris.

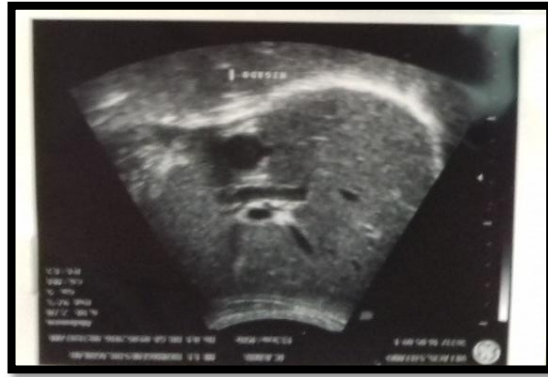
Vesícula biliar: de paredes finas, mide 6,7 cm de longitud por 1,9 cm de ancho con un grosor en su pared de 2,3 mm, no se observan imágenes litiasicas.

Páncreas: la cabeza mide 1,9 cm , el cuerpo 1.0 cm y la cola 0,8 cm. de características normales.

Conclusiones:

1. Ligera hepatomegalia
2. Proceso ocupativo en el extremo distal del colédoco sugestivo de áscaris.





RX DE ABDOMEN 09/06/2016



COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA
13/05/2016

HALLAZGOS:

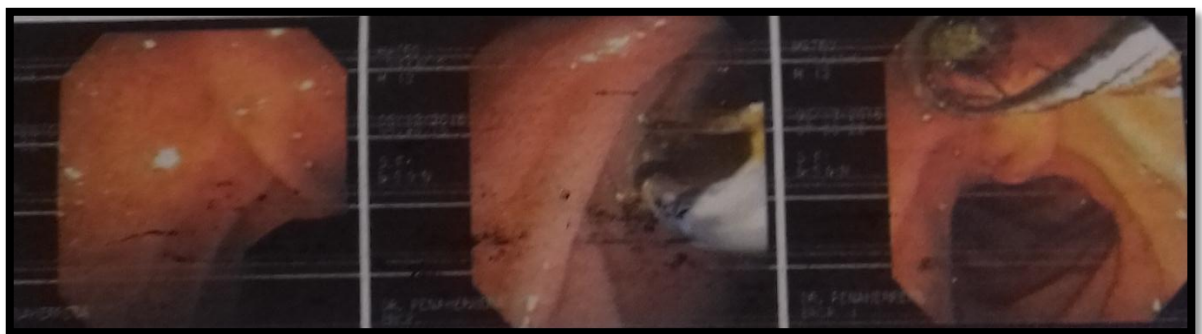
1. Papila en la segunda porción duodenal, de aspecto normal con drenaje de bilis.
2. Se canula y contraste selectivamente la vía biliar la cual es dilatada, con una imagen radio lucida de aproximadamente 5 mm en el tercio distal. las intrahepáticas son normales. se contrasta la vesícula que impresiona tener cálculos.
3. se realiza esfinterectomía amplia y con canastilla se extrae un cálculo. En la revisión no se encuentran más cálculos.
4. Procedimiento sin complicaciones

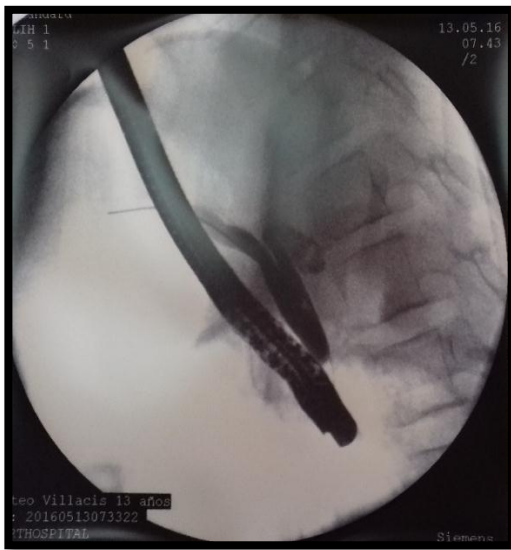
Conclusiones

Coledocolitiasis

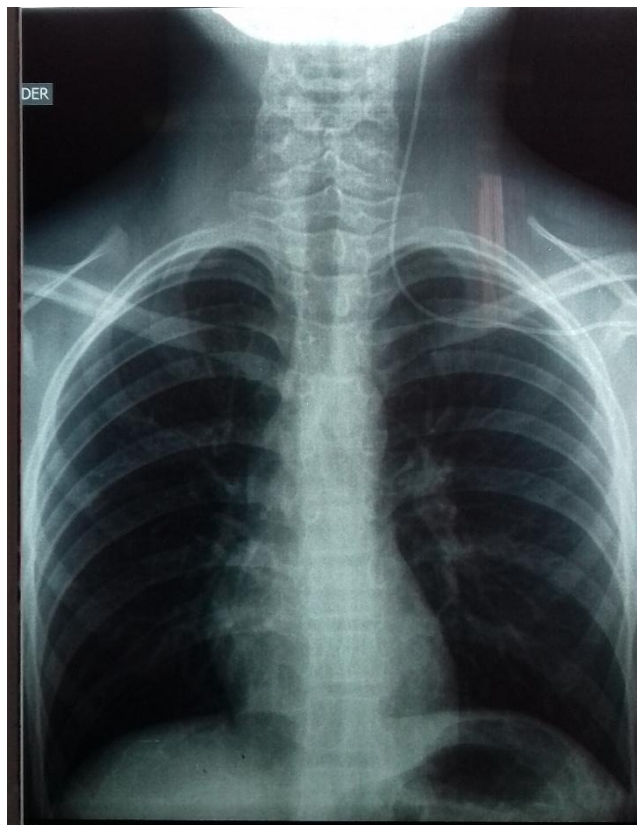
Esfinterectomía

Extracción de cálculo





RX DE TORAX 14/05/2016



TAC ABDOMEN SIMPLE: 16/05/2016

INFORME:

Se realizan cortes tomográficos de 5 mm de espesor a nivel de abdomen en fase simple y contrastada, observándose: en la transición toraco-abdominal se observa mínimo derrame pleural bilateral.

Estomago bien distendido, sin defectos de repleción

Hígado de tamaño normal, no presenta lesiones parenquimatosas ocupativas ni difusas.

Vesícula alitiásica sin signos inflamatorios

Vías biliares intrahepáticas no dilatadas; colédoco con un diámetro de 9 mm.

Páncreas de forma normal, situación y morfología normales, sin evidencia de imágenes quísticas o cálculos.

No existe aire ni líquido libre en cavidad.

Presencia de mínima cantidad de líquido libre intrabdominal a nivel perirenal izquierdo.

Conclusión:

1. imagen sugestiva de pancreatitis
2. ascitis

