



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“QUISTE DE COLEDOCO TIPO TODANI I”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autor: Sagal Porras, Andrés Eduardo

Tutor: Dr. Cazar Gallegos, Luis Fabricio

Ambato – Ecuador

Octubre, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: **“QUISTE DE COLEDOCO TIPO TODANI I”** de Sagal Porras Andrés Eduardo, 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, Septiembre 2018

EL TUTOR.

.....
Dr. Cazar Gallegos, Luis Fabricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del presente caso clínico: “QUISTE DE COLEDOCO TIPO TODANI I”. Así como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre 2018

EL AUTOR

.....
Sagal Porras, Andrés Eduardo

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este 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 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 autor.

Ambato, Septiembre 2018

EL AUTOR

.....
Sagal Porras, Andrés Eduardo

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“QUISTE DE COLEDOCO TIPO TODANI I”** de Sagal Porras Andrés Eduardo, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre 2018

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE /A

.....
1er VOCAL

.....
2 do VOCAL

DEDICATORIA

El presente análisis de caso clínico le dedico a Dios quién como ser superior me ha guiado por el buen camino, por darme fuerzas para continuar y no desmayar en los problemas que se presentaron en el trascurso de mi carrera preprofesional, enseñándome a superar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni los buenos valores los cuales han sido forjados desde mi hogar.

A mis padres y familia por su apoyo, consejos, comprensión, amor, y ternura y quienes me han ayudado en los momentos difíciles. Me han incentivado a ser una persona con valores, principios, y gracias a ellos pude conseguir mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a la Universidad Técnica de Ambato, por la formación moral ética y profesional de sus estudiantes, a Dios por otorgarme el este don de la sabiduría, perseverancia y humildad, pero sobre por ser un instrumento para calmar las dolencias de mis pacientes, a nuestros tutores por impartir el conocimiento en el proceso de formación académica, por su paciencia, sobre todo por brindarnos su amistad.

De manera muy especial a mi Tutor Dr. Luis Fabricio Cazar por haberme brindado su apoyo incondicional y ser la guía hacia el cumplimiento de este ideal al ser un ejemplo de trabajo, honestidad, fortaleza y nobleza.

A las casas de salud en las cuales realizare mi labor de externado y en especial al Hospital Regional Docente Ambato donde con cada uno de sus pacientes por darme tuve oportunidad de emprender este viaje de resistencia donde la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas serán en su honor y para su beneficio de la salud ecuatoriana.

ÍNDICE GENERAL

<u>PORTADA</u>	ii
<u>APROBACIÓN DEL TUTOR</u>	ii
<u>AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO</u>	iii
<u>DERECHOS DE AUTOR</u>	iv
<u>APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR</u>	v
<u>DEDICATORIA</u>	vi
<u>AGRADECIMIENTO</u>	vii
<u>ÍNDICE GENERAL</u>	viii
<u>RESUMEN</u>	xi
<u>I.- INTRODUCCION</u>	1
<u>2.1.- OBJETIVO GENERAL</u>	3
<u>2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	3
<u>2.3.- METODOLOGÍA</u>	3
<u>III.- RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN</u> ...4	
<u>3.1. CAMPO:</u>	4
<u>3.2.- FUENTES DE RECOLECCIÓN:</u>	4
<u>3.3.- DOCUMENTOS A REVISAR:</u>	4
<u>3.4.- PERSONAS CLAVE A CONTACTAR:</u>	5
<u>3.5.- INSTRUMENTOS:</u>	5
<u>IV.- DESARROLLO</u>	6
<u>4.1.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO</u>	34
<u>4.2.- INSTRUCCIÓN</u>	34
<u>4.3 NIVEL SOCIOECONÓMICO</u>	35
<u>4.4.- LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL</u>	35
<u>4.5.- IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.</u>	35

<u>V.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</u>	36
<u>5.2.- HISTORIA</u>	36
<u>5.3.- ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGIA</u>	36
<u>5.5.- FISOPATOLOGIA</u>	39
<u>5.6.- DIAGNOSTICO</u>	40
<u>5.7.- TRATAMIENTO</u>	42
<u>5.9- OPORTUNIDADES DE MEJORA</u>	45
<u>VII.- BIBLIOGRAFIA</u>	48
<u>VIII.ANEXOS</u>	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de Todani modificada para Quistes de colédoco.....	51
Anexo 2. Ecografía realizada en emergencia (Imagen)	52
Anexo 3.Ecografía realizada en emergencia (Informe)	53
Anexo 4. Ecografía realizando durante la hospitalización (Imagen)	54
Anexo 5. Ecografía realizando durante la hospitalización (Informe)	55
Anexo 6. Informe Colangioponancia	56
Anexo 7. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica	57
Anexo 8. Radiografía de tórax	58
Anexo 9. Tomografía axial computarizada simple y contrastada de abdomen.....	59
Anexo 10. Colangiografía trans-Kehr previa al egreso.....	60
Anexo 11. Abreviaturas.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Exámenes de laboratorio 29 de abril.....	7
Tabla 2. Exámenes de Laboratorio 30 de abril	9
Tabla 3. Resultados de laboratorio 30 de abril.....	11
Tabla 4. Balance Hídrico fecha 17/05/2017.....	23
Tabla 5. Control de ingesta excreta 21/05.....	27
Tabla 6. Control de ingesta excreta 22/05.....	28
Tabla 7. Control de ingesta excreta 23/05.....	29
Tabla 8. Control de ingesta excreta 24/05.....	30
Tabla 9. Control de ingesta excreta 25/05.....	31
Tabla 10. Exámenes de laboratorio 21-15/05	31
Tabla 11. Resultados de laboratorio 27/05.....	33
Tabla 12. Clasificación de Todani modificada para Quistes de colédoco.	37
Tabla 13. tipos de cáncer más comunes en pacientes con quistes de colédoco	40
Tabla 14. Oportunidades de mejora	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación Todani para los quistes del colédoco.....	38
Figura 2. Fisiopatología quiste del colédoco.....	39

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

“QUISTE DE COLEDOCO TIPO TODANI I “

Autor: Sagal Porras, Andrés Eduardo

Tutor: Dr. Cazar Gallegos, Luis Fabricio

Fecha: Ambato, septiembre de 2018

RESUMEN

Los quistes de colédoco son una patológica prevalente en la edad pediátrica y aunque es rara en la adulta puede presentarse e iniciar con ictericia recurrente de larga duración asemejándose a un cuadro colestásico por lo que, resulta importante considerar como diagnóstico diferencial pues los signos y síntomas concuerdan con otras patologías más comunes. (9),(18)

Esta patología está relacionada con el desarrollo de malignidad y cuando se presenta de manera aguda ocasiona la aparición de colestasis biliar desencadenando infección de la vía biliar; en ocasiones se requiere un procedimiento quirúrgico para la resolución de esta entidad patológica poco común de la vía biliar pero con un alto riesgo de muerte sobre todo en pacientes adultos.(18) En el caso que se presenta a continuación que tuvo inicialmente dolor abdominal crónico de leve intensidad acompañado de ictericia intermitente de varios años de evolución, con este antecedente el paciente acude a al servicio de emergencia con dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho.(12) Además de alza térmica e ictericia al examen físico se evidencia una masa a nivel de hipocondrio derecho, por tanto fue ingresada a sala de hospitalización con diagnóstico de colangitis aguda, se realizó estudios de imagen que reportan la presencia de una entidad quística a nivel del conducto colédoco que según la clasificación de Todani es de tipo I se decide cirugía para extraer la vesícula biliar , descomprimir la vía biliar y no se recurrió a la resección completa del quiste más una hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux(4) que según la literatura es el tratamiento más adecuado para resolver esta patología, la muestra obtenida de tejido se envió a estudio histológico que concluyó el diagnóstico de colangiocarcinoma y se remite a la paciente a un centro de salud de especialidad oncológica.

PALABRAS CLAVE: QUISTE, COLÉDOCO, VÍA BILIAR

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO FACULTY OF HEALTH
SCIENCES MEDICAL CAREER
“CYST OF COMMON BILE DUCT TYPE TODANI I”**

Author: Sagal Porras Andrés Eduardo

Tutor: Dr. Cazar Gallegos, Luis Fabricio

Date: Ambato, September. of 2018

SUMMARY

The choledochal cysts are a pathological prevalent in the pediatric age and although it is rare in the adult may present and start with long-standing recurrent jaundice resembling a cholestatic picture so it is important to consider a differential diagnosis because the signs and symptoms agree with other more common pathologies

This pathology is related to the development of malignancy and when it occurs acutely causes the appearance of biliary cholestasis triggering bile duct infection; Sometimes a surgical procedure is required to resolve this rare pathological entity of the bile duct but with a high risk of death, especially in adult patients. In the case presented below, initially had chronic abdominal pain of mild intensity accompanied by intermittent jaundice several years of evolution, with this background the patient goes to the emergency department with severe abdominal pain in the right upper quadrant

In addition to thermal elevation and jaundice to the physical examination, a mass was observed at the level of the right hypochondrium, so she was admitted to the hospital ward with a diagnosis of acute cholangitis. Imaging studies were performed that reported the presence of a cystic entity at the level of the duct. choledoch that according to the classification of Todani is type I surgery is decided to remove the gallbladder, decompress the bile duct and did not resort to the complete resection of the cyst plus a hepatojejunum Roux-en-Y anastomosis that according to the literature is the most adequate to resolve this pathology, the sample obtained from tissue was sent to a histological study that concluded the diagnosis of cholangiocarcinoma and the patient was referred to a health center specialized in oncology.

KEYWORDS: CYST, CHOLEDOCHUS, BILE DUCTS

I. INTRODUCCIÓN

Los quistes a nivel del colédoco son una entidad muy poco común y que puede confundirse con otras patologías de la vía biliar, siempre que no haya contraindicación en el estado clínico del paciente, los quistes requieren de resección con el objetivo de prevenir el desarrollo de malignidad y otras complicaciones que pueden comprometer la vida del paciente. El riesgo de desarrollar malignidad futura puede variar según la edad, sexo del paciente y del tipo de quiste. Lo peculiar de esta entidad patológica es el difícil desarrollo de un tratamiento unificado y al no ser una patología frecuente de la vía biliar es insospechada en la mayoría de casos, se debe tratar oportunamente para lograr un porcentaje menor de complicaciones como el desarrollo de colangitis aguda, pesar de la resección del quiste la aparición de malignidad puede presentarse y por lo tanto se debe conservarse la vigilancia posterior.(1)

El quiste a nivel del colédoco es diagnosticado en la infancia pero en casos excepcionales se diagnostican en edad adulta, el 80% de los casos reportados estos son diagnosticados dentro de la primera década de vida, un 20% corresponde a un diagnóstico posterior, se presume que el diagnóstico en la edad adulta responde a una eventual condición adquirida y no a un origen congénito. (10) (19)

Los quistes a nivel biliar suelen estar relacionados con un riesgo de presentar cáncer, de forma particular un colangiocarcinoma, la probabilidad aumenta considerablemente con la edad, se asocia a pacientes con edad pediátrica en menos del 1% de los casos, pero en la edad adulta el riesgo es de 10 y 30%, y aumenta hasta llegar a 50% en los pacientes mayores de 50 años y se estima en ellos una escasa tasa de supervivencia. (20)

La aparición de neoplasia es frecuente en los quistes tipo I y IV, es menos frecuente quistes tipo I y II estos pueden ser tratados con una escisión simple del quiste. (12)

La morbi-mortalidad postoperatorias se consideran bajas en pacientes en edad pediátrica niños mientras que en los adultos las complicaciones tardías > 30 días se

presentan en un 40% , dentro de estas se incluye estenosis de la anastomosis, desarrollo de cáncer además de colangitis y cirrosis (1)

Los quistes de tipo IVA se asocian a complicaciones postquirúrgicas, las cuales incluyen litos intrahepáticos y estenosis de anastomosis. La resección de quistes a nivel del colédoco son de buen pronóstico en la mayor parte de casos, tienen un porcentaje de 90% de supervivencia en los cinco años posteriores, a pesar de esto, el riesgo de malignidad se mantiene elevado después de 15 años posteriores a la cirugía de resección y el cáncer que se asocia a estos quistes es de pronóstico malo ya que tienen una supervivencia media de a alrededor de 6 a 21 meses, al conocer es fundamental un seguimiento posterior. ⁽¹⁾ El diagnóstico se fundamenta principalmente en la sospecha clínica en el adulto el síntoma principal es el dolor abdominal, otros proponen que es la triada clásica caracterizada por ictericia, masa abdominal y dolor abdominal que se evidencia entre 13 y 66% de los casos. Algunos autores están de acuerdo en que los signos síntomas de la pancreatitis es el cuadro predominante, lo que se observa en 10% de los casos. (10)

La ecografía abdominal es estudio que determina hasta 92% de quistes en la vía biliar, tiene una sensibilidad de entre 71% hasta 97% esta logra identificar con gran precisión tanto la dimensión, forma y la ubicación de los quistes; como ventaja es un método no invasivo con bajo costo, la desventaja que es dependiente del operador. (20)

En algunos casos es difícil de diagnosticar, incluso contando con la tecnología adecuada, ya que el aire, la sangre, los cálculos o los tapones de proteínas introductores, comunes en pacientes con quistes del colédoco, pueden alterar la visualización, la colangiorensonancia magnética tiene una sensibilidad de 100 %. La cirugía laparoscópica es utilizada con más frecuencia pues consta con varios beneficios entre ellos un bajo trauma quirúrgico, menor sangrado, mejor resultado estético menor infección del sitio operatorio, mejor analgesia posoperatoria y recuperación postoperatoria más rápida. En los quistes de colédoco se aplica esta técnica una resección laparoscópica con hepático-yeyunostomía la cual parece ser segura y eficaz. (12) (19)

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir manifestaciones clínicas y conducta diagnóstico terapéutica en paciente con quiste del colédoco Clasificado como TODANI tipo I.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir las manifestaciones clínicas del quiste del colédoco.
- Identificar las posibles complicaciones de un diagnóstico tardío de la presencia de un quiste en vías biliares.
- Identificar los nodos críticos en la atención de un paciente con quiste del colédoco.
- Proponer una estrategia diagnóstico – terapéutica para la solución de quistes del colédoco clasificados como Todani tipo II.

2.3. Metodología

Descriptivo.

Se realizó un análisis exhaustivo de la historia clínica, los resultados de los exámenes complementarios y el tratamiento médico y quirúrgico indicado a un paciente con diagnóstico de Quiste del Colédoco clasificado como Todani tipo I.

Se realizará una entrevista al paciente, familiares, al médico de asistencia y al personal de enfermería relacionado con el tratamiento del caso.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

3.1.Campo

Médico – Hospital General Provincial Docente Ambato

3.2. Fuentes de recolección

- Entrevista personal (directa), la misma que fue colaboradora al momento del interrogatorio.
- Entrevista con un familiar de la paciente (hija) muy útil en la recopilación completa de los datos y consentimiento para el seguimiento y presentación del presente caso.
- Entrevista con el médico especialista y médicos residentes quienes realizaron el seguimiento y tratamiento de la paciente.
- Historia clínica de la paciente del Hospital Regional Docente Ambato No. 0456732 de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del presente caso clínico, desde su atención en el servicio de Emergencia, condición clínica de ingreso y evolución subsecuente de la paciente, así como tratamiento administrado, interconsultas realizadas, resultados de exámenes de laboratorio solicitados y seguimiento por consulta externa.
- En cambio, para el respectivo análisis del caso clínico se acudió a la revisión de artículos médicos de evidencia científica, Guías de práctica clínica actualizadas, en conjunto con Base de Datos (Revisiones Bibliográficas) de la Universidad Técnica de Ambato a través de la cual se obtuvieron definiciones, protocolos estandarizados, y medidas terapéuticas para la actualización teórica de la patología presentada.

3.3. Documentos a revisar

Hoja 008 de Emergencia, anamnesis, nota de ingreso, reporte de exámenes de laboratorio e imagen, reporte de histopatología, epicrisis de alta y contrarreferencia al Centro de Salud N°1.

3.4. Personas clave a contactar

Expertos en el tema (Médicos tratantes del servicio de cirugía del Hospital General Provincial Docente Ambato).

3.5. Instrumentos

Entrevista directa a la paciente (historia clínica), computador, Internet, bolígrafo, papel, dinero, cámara fotográfica.

IV. DESARROLLO

Paciente de sexo femenino con 83 años de edad con antecedente de hipertensión arterial diagnosticada hace 2 años actualmente como tratamiento se administra losartán 50 mg vía oral una vez al día. Acude conjuntamente con su familiar al Servicio de Emergencia del Hospital General Docente Ambato en el mes de abril del 2017, tras padecer desde hace 2 años como fecha real y aparente dolor a nivel abdominal de curso recurrente, el cual se exacerbó hace 7 días previos, el de dolor es de tipo cólico el cual se localiza en hipocondrio derecho y se irradia al espacio interescapular, como síntomas acompañantes presento náuseas que llegan al vómito en por 3 ocasiones de contenido aparentemente alimentario.

Examen físico de la paciente en el servicio de emergencia 29-04- 2017 hora (18:30)

Signos vitales

- TA: 169/72 mmHg
- Temperatura: 38.8° C.
- FC: 112 lpm.
- FR: 28 lpm.
- SatO₂: 90% al aire ambiente.

Paciente consciente orientado con tendencia a la somnolencia biotipo asténico pupilas reactivas isocóricas Glasgow 15/15), piel amarillenta con tinte icterico.

Regional:

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos, hiperfonéticos, no presenta soplos ni tercer ruido a la auscultación cardiaca.

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular conservado a nivel de ambos campos pulmonares

Abdomen: levemente distendido, suave depresible presencia de dolor difuso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho; ruidos hidroaéreos presentes y signo de Murphy positivo.

En emergencia se solicita la realización de una ecografía de hígado y vías biliares donde se evidencia una imagen que concuerda con hidrocolecisto más presencia de barro biliar y con escasos micro cálculos, las vías biliares intrahepáticas con distensión, a nivel de colédoco se constata una dilatación de alrededor de 1cm, además de una posible masa a nivel de epigastrio (Anexo 2-3)

Se solicitan exámenes de laboratorio se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 1. Exámenes de laboratorio 29 de abril

Fecha 29/04/2017 <i>hora (20:30)</i>	VALOR
Hematíes	4.56
Leucocitos	16.900
Hemoglobina	13.20
Hematocrito %	39.3
Plaquetas	345.000
Glucosa basal	151.1 mg/dl
Ácido úrico	1.60 mg dl
Creatinina	0.52 mg/dl
Urea	27.3 mg/dl
Tgo	84 u/l
Tgp	126 u/l
Fosfatasa alcalina	1596 u/l
Ggt	-
Bilirrubinas total	1.9 g/dl
Bilirrubina directa	1.5 G/dl

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

Según los resultados de laboratorio se demuestra un cuadro estasis biliar, al momento paciente con fiebre y leucocitosis con desviación a la izquierda sugiere un diagnóstico de colangitis aguda

Tratamiento en emergencia

Se administra tratamiento farmacológico con tramadol 100 mg más cloruro de sodio 0.9% 1000 cc pasar por vía intravenosa a 100ml.

Servicio de cirugía valora y se decide su ingreso a sala de hospitalización con diagnóstico presuntivo de Colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis y presencia de masa a nivel de epigastrio.

Fecha de ingreso a cirugía 29/04/2017 hora 11:30

Diagnóstico de ingreso colangitis aguda de presunto origen litiasico

Paciente con mal estado general se inicia antibióticoterapia

Indicaciones al ingreso a piso de cirugía:

1. NPO
2. CVS
3. Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 20cc de cloruro de Na + 10cc de Cloruro de potasio de K vía intravenosa cada 8 horas
4. Ampicilina + sulbactam 3g vía intravenosa cada 6 horas
5. Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
6. Tramadol 100 mg intravenoso cada 8 horas
7. Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas

Fecha 30/04/17

Paciente refiere dolor abdominal de moderada intensidad ubicado en hipocondrio derecho

Signos vitales FC 93 lpm TA: 120/80 T: 37.8 C FR 23 rpm dolor a nivel de hipocondrio derecho se mantiene indicaciones , se añade a esquema antibiótico metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas, se solicita una endoscopia digestiva alta exámenes de laboratorio de control: Biometría hemática, química sanguínea ,enzimas hepáticas , bilirrubinas y Hepatitis A

Tabla 2. Exámenes de Laboratorio 30 de abril

Fecha 30/04/2017	Valor
Hematíes	4.58
Leucocitos	16.300
Hemoglobina	13.20
Hematocrito %	39.3
Plaquetas	344.000
Neutrófilos	90%
Linfocitos	4.7%
Monocitos	4.7%
Glucosa basal	150.0 mg/dl
Ácido úrico	1.60 mg dl
Creatinina	0.5 mg/dl
Urea	27.3 mg/dl
Tgo	87 u/l
Tgp	130 u/l
Fosfatasa alcalina	1600 u/l
GGt	-
Bilirrubinas total	2.0 g/dl
Bilirrubina directa	1.9 G/dl

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

Se obtienen resultados de laboratorio se evidencia aumento a nivel de los leucocitos con desviación a la izquierda que sugiere una infección de origen bacteriano por lo tanto se mantiene la sospecha de una colangitis aguda ya que se han elevado ligeramente las enzimas hepáticas y las bilirrubinas

Fecha 01/05/2017

Paciente en iguales condiciones se mantiene el dolor a nivel de hipocondrio

Signos vitales FC 80 lpm TA: 110/70 T: 37.8 C FR 23 rpm se mantiene indicaciones, se obtiene turno para realizar endoscopia digestiva alta para el 03/052017 además de

una nueva ecografía de hígado y vías biliares se solicita exámenes de laboratorio de control se solicita serología para hepatitis A como resultado negativo.

Fecha 02/05/2017

O: Paciente refiere que continúa su dolor abdominal

S: La Paciente continua somnolienta e icterica el dolor a nivel de Hipocondrio derecho Signos vitales FC 100 lpm TA: 120/70 T: 37.6 C FR 23 rpm Endoscopia digestiva alta pendiente exámenes de laboratorio de control química Sanguínea, enzimas hepáticas, bilirrubinas, proteínas.

Diagnóstico: Colangitis aguda

Indicaciones

- 1) NPO
- 2) CVS
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 10cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa cada 8 horas
- 4) Ampicilina + sulbactam 3g vía intravenosa cada 6 horas (6)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso cada 8 horas
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (1)

Fecha 03/05/2017

Paciente se muestra irritable poco colaboradora además de icterica el dolor a nivel de hipocondrio derecho continua

Signos vitales FC 80 lpm TA: 110/70 T: 38.2 C FR 23 rpm

Se mantienen las mismas indicaciones, se decide colocación de sonda nasogástrica, pendiente eco de hígado y vías biliares

Se realiza una endoscopia digestiva alta en la cual se constata: "Antro gástrico con presencia de múltiples lesiones eritematosas, erosivas.

A nivel de antro gástrico se observa lesiones se toma muestra para histopatológico de las mismas.

Aparentemente se observa la posible comprensión extrínseca en la segunda porción del duodeno dependiente de la cabeza del páncreas.

Exámenes de laboratorio de control química sanguínea, enzimas hepáticas, bilirrubinas, y electrolitos. Se mantiene el diagnóstico de colangitis aguda y además se sospecha neoplasia a nivel de páncreas y vías biliares.

Tabla 3. Resultados de laboratorio 30 de abril

Fecha 30/04/2017	Valor	Fecha 02/04/2017	Valor	Fecha 03/04/2017	valor
Hematíes	4.58	Hematíes	4.67 K/UL	NA	113 meq/l
Leucocitos	16.300	Leucocitos	14.000 M/UL	K	5.02 meq/l
Hemoglobina	13.20	Hemoglobina	14.20 G/DL	CL	76 meq/l
Hematocrito %	39.3	Hematocrito %	40.5	Glucosa basal	175.0 mg/dl
Plaquetas	344.000	Plaquetas	400 K/UL	Ácido úrico	-
				Creatinina	-
Neutrófilos	90%	Neutrófilos	89%	Urea	-
Linfocitos	4.7%	Linfocitos	5.7%	TGO	259 u/l
Monocitos	4.7%	Monocitos	4.5%	TGP	165 u/l
Glucosa basal	150.0 mg/dl	Glucosa basal	109.0 mg/dl	Fosfatasa alcalina	2125 u/l
Ácido úrico	1.60 mg dl	Ácido úrico	1.60 mg dl	GGT	-
Creatinina	0.5 mg/dl	Creatinina	0.42 mg/dl	Bilirrubinas total	9.55 g/dl
Urea	27.3 mg/dl	Urea	12.3 mg/dl	Bilirrubina directa	8.0 G/dl
TGO	87 u/l	TGO	332 u/l		
TGP	130 u/l	TGP	130 u/l		
Fosfatasa alcalina	1600 u/l	Fosfatasa alcalina	1600 u/l		
GGt	-	GGt	-		
Bilirrubinas total	2.0 g/dl	Bilirrubinas total	7.55 g/dl		
Bilirrubina directa	1.9 G/dl	Bilirrubina directa	6.0 G/dl		
		Albumina	2.80 g/dl		
		Proteínas totales	5.94 g/dl		

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

En los resultados de laboratorio se evidencia un claro patrón obstructivo de la vía biliar más una hiponatremia

Fecha 04/05/2017

La Paciente despierta vigil poco colaboradora se mantiene icterica y continua dolor a nivel de hipocondrio derecho de moderada intensidad.

Signos vitales FC 80 lpm TA: 110/70 T: 37.8 C FR 23 rpm

Indicaciones:

- 1) NPO (5)
- 2) CVS
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 10cc Cloruro de Na + 10cc Cloruro de K vía intravenosa cada 8 horas
- 4) Ampicilina + sulbactam 3g vía intravenosa cada 6 horas (2)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso cada 8 horas
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (2)
- 9) Interconsulta a gastroenterología

Ecografía de hígado y vías biliares reporta:

1. Hepatomegalia con imagen quística en el segmento IV
2. Hidrocolecisto con barro biliar y microcálculos
3. Vías biliares intrahepáticas dilatadas
4. Colédoco dilatado de 1 cm
5. Masa epigástrica. (Anexo 4-5)

La paciente es valorada por el servicio de gastroenterología se presume que el cuadro clínico de la paciente es debido a una lesión de tipo quístico de alrededor de 5cm dependiente de la cabeza del páncreas causando una compresión extrínseca del píloro ocasionando distensión abdominal y justificando la colocación de una sonda nasogástrica para intentar la descompresión del tracto digestivo.

Se solicita una colangiografía,

Se revalora el diagnóstico de la paciente como: Colangitis aguda por proceso tumoral asociado a cabeza de páncreas

Fecha 05/05/2017

S: Paciente refiere dolor a nivel abdominal

O: Paciente despierta vigil se muestra irritable poco colaboradora además de ictericia el dolor a nivel de hipocondrio derecho disminuye en intensidad

Signos vitales FC 80 lpm TA: 110/70 T: 37.8 C FR 23 rpm

Indicaciones

- 1) Dieta líquida a tolerancia
- 2) CSV
- 3) Cloruro de sodio al 0.9% 300 ml + 10 cc de cloruro de Na
- 4) Ampicilina + sulbactam 3g vía intravenosa cada 6 horas (3)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso cada 8 horas
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (3)
- 9) Control de electrolitos QD
- 10) Tramitar tac simple y contrastada

En los resultados de exámenes se evidencia una hiponatremia severa

Se valora al paciente y se da como presunción diagnóstica una colecistitis además de una masa abdominal en estudio y una hiponatremia severa

Fecha 06/05/2017

Paciente vigil con leve mejoría de su cuadro clínico de dolor abdominal en hipocondrio derecho

Signos vitales FC 89 lpm TA: 130/70 T: 38.0 C FR 20 rpm

Indicaciones

- 1) Dieta líquida a tolerancia
- 2) CSV
- 3) Cloruro de sodio al 0.9% 300 ml + 10 cc de cloruro de Na pasar a 40 ml /h

- 4) Ampicilina + sulbactam 3g vía intravenosa cada 6 horas (4)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 7) Metroclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (4)
- 9) Enoxaparina 20 mg vía subcutánea
- 10) Control de electrolitos QD
- 11) Vitamina k intravenosa 3 ml QD
- 12) Pendiente resultado de TAC

Resultado de exámenes: NA 113 meq/dl, K 4.22 meq /dl, CL 76 meq /dl

Se realiza TAC simple y contrastada en la cual se evidencia hidrocolecisto y una formación quística aparentemente dependiente de la cabeza de páncreas (**Anexo 9**)

Fecha 07/05/2017

Paciente en iguales condiciones con mejoría de tolerancia oral

Signos vitales FC 90 lpm TA: 120/70 T: 37.9 C FR 23 rpm

Indicaciones

- 1) Dieta líquida blanda amplia
- 2) CSV
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K
vía intravenosa a 60 ml/h
- 4) Ampicilina + sulbactam 3g vía intravenosa cada 6 horas (5)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 7) Metroclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (5)
- 9) Enoxaparina 20 mg vía subcutánea
- 10) Control de electrolitos QD
- 11) Vitamina k intravenosa 3 ml QD
- 12) Tramitar CPRE

Resultados de laboratorio 07/05/2017: NA119 meq/dl, K 4.24 meq /dl y CL84 meq /dl

Fecha 08/05/2017

Se mantienen indicaciones

Resultados de laboratorio 08/05/2017 hora 20:00: NA 122 meq/dl, K 4.08 meq /dl
CL 84 meq /dl.

Fecha 09/05/2017

S: paciente refiere malestar general y alza térmica

O: Paciente vigil orientado afebril ictérica hidratado con mejoría clínica de su dolor abdominal

Desde el punto de vista clínico la paciente se constata con regulares condiciones de salud, se presenta somnolienta y poco colaboradora

Signos vitales FC 98 lpm TA: 110/70 T: 38.3 C FR 20rpm

Se realiza constantes correcciones a su desbalance hidroelectrolítico y se continúa con la aplicación de terapia antibiótica de amplio espectro hasta la descompresión de la vía biliar.

Indicaciones

- 1) NPO
- 2) CSV
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 60 ml/h
- 4) Ampicilina + sulbactam 3g vía intravenosa cada 6 horas (6)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (6)
- 9) Enoxaparina 40 mg vía subcutánea
- 10) Control de electrolitos QD
- 11) Vitamina k intravenosa 3 ml QD
- 12) Colangiografía hoy
- 13) Tramitar CPRE por medio de trabajo social

Informe de Colangiorresonancia:

Hidrocolecisto secundario a obstrucción de colédoco distal por proceso tumoral: A descartar cáncer de cabeza de páncreas/Colangiocarcinoma (**Anexo 6**)

Resultados de laboratorio NA 115 meq/dl K 4.14 meq /dl CL 79 meq /dl Se mantiene una hiponatremia

Fecha 10/05/2017

Se mantiene las mismas indicaciones, en base al informe de la colangioresonancia recomiendan la realización de CPRE y referencia a hospital de tercer nivel

Resultados de laboratorio: NA 120meq/dl K4.20 meq/dl CL 80 meq /dl

Se mantiene una hiponatremia.

Fecha 11/05/2017

Paciente somnolienta icterica afebril en regulares condiciones dolor de leve intensidad a nivel de hipocondrio derecho

Signos vitales FC 95 lpm TA: 105/70 T: 37.5 C FR 23 rpm

Indicaciones

- 1) NPO
- 2) CSV
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 20cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h
- 4) Ampicilina + sulbactam 3g vía intravenosa cada 6 horas (7)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (7)
- 9) Enoxaparina 40 mg vía subcutánea
- 10) Control de electrolitos QD
- 11) Vitamina k intravenosa 3 ml QD

12) Realizar CPRE hoy

Se realizar CPRE en institución privada de la ciudad de Quito gracias a trámite de Trabajo Social del Hospital General Docente Ambato y la misma concluye:

- 1) Colédoco con importante dilatación quística distal de 7cm de diámetro, que sugiere Quiste de colédoco tipo Todani I.
- 2) Dilatación en 1/3 superior del colédoco y vía biliar intrahepática.
- 3) Conducto de Wirsung con importante dilatación irregular, en cabeza y cola, de etiología a esclarecer.

Recomendaciones: Evaluación Quirúrgica del caso (**Anexo 7**).

Se revalora el diagnóstico y se concluye la presencia de un quiste de colédoco que según la clasificación de Todani es de tipo I, se decide intervenir quirúrgicamente en turno electivo hasta mejorar el estado general de la paciente.

Fecha 12/05/2017

Paciente se mantiene en regulares icterico afebril con presencia de dolor moderado a nivel de abdomen

Signos vitales FC 80 lpm TA: 110/70 T: 37.8 C FR 23 rpm

Se informa a familiares sobre el estado y el cuadro clínico que presenta su familiar y requiere resolución quirúrgica de su quiste a nivel de las vías biliares

Indicaciones

- 1) NPO
- 2) CSV
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 20cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h
- 4) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (0)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (8)
- 9) Enoxaparina 40 mg vía subcutánea
- 10) Control de electrolitos QD
- 11) Vitamina k intravenosa 3 ml QD
- 12) Parte operatorio

- 13) Radiografía de tórax
- 14) Electrocardiograma
- 15) Chequeo pre quirúrgico

Resultado de la radiografía de tórax (**Anexo 8**)

Campos pulmonares con aumento de trama vascular silueta cardiaca con cardiomegalia grado 2

Resultado de electrocardiograma:

Signos de sobrecarga cavidades derechas e hipertensión pulmonar

Resultados de laboratorio NA 122 meq/dl, K4.40 meq /dl CL83 meq /dl

Fecha 13/05/2017

Paciente en regulares condiciones afebril ictérica irritable poco colaboradora se mantienen las mismas indicaciones

Signos vitales FC 80 lpm TA: 110/70 T: 37.3 C FR 23 rpm

- 1) NPO
- 2) CSV
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 20cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h
- 4) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (1)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (8)
- 9) Enoxaparina 40 mg vía subcutánea
- 10) Control de electrolitos QD
- 11) Vitamina k intravenosa 3 ml QD

Fecha 14/05/2017

Se mantienen indicaciones paciente en malas condiciones generales presenta la triada de Charcot paciente ictérica febril y presencia de dolor a nivel abdominal ubicado en hipocondrio derecho

Signos vitales FC 80 lpm TA: 110/70 T: 37.1 C FR 23 rpm

Indicaciones

- 1) NPO
- 2) CSV
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 20cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K
vía intravenosa a 60 ml/h
- 4) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (2)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada 8 horas
- 8) Metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas (9)
- 9) Enoxaparina 40 mg vía subcutánea
- 10) Control de electrolitos QD
- 11) Vitamina k intravenosa 3 ml QD
- 12) Ecocardiograma

Resultados de exámenes: NA 124 meq/dl K3.60 meq /dl CL85 meq /dl

Fecha 15/05/2017

Se mantienen indicaciones paciente en malas condiciones generales presenta la triada de Charcot paciente icterica febril y presencia de dolor a nivel abdominal ubicado en hipocondrio derecho

Signos vitales FC 88 lpm TA: 110/70 T: 37.1 C FR 23 rpm

Indicaciones

- 1) NPO
- 2) CSV
- 3) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 20cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K
vía intravenosa a 60 ml/h
- 4) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (3)
- 5) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 6) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 7) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada PRN
- 8) Enoxaparina 40 mg vía subcutánea
- 9) Control de electrolitos QD
- 10) Vitamina k intravenosa 3 ml QD
- 11) Pendiente chequeo prequirúrgico

Fecha 07 05/04/2017	Valor	Fecha 13/05/2017	Valor	Fecha 16/05/2017	valor
Hematíes	5.04 K/UL	Hematíes	4.14 K/UL	Hematíes	4.14 K/UL
Leucocitos	12.000 M/UL	Leucocitos	15.000 M/UL	Leucocitos	13.000 M/UL
Hemoglobina	14.80 G/DL	Hemoglobina	12.80 G/DL	Hemoglobina	11.80 G/DL
Hematocrito %	42.5	Hematocrito %	37.2	Hematocrito %	34.2
Plaquetas	534 K/UL	Plaquetas	401 K/UL	Plaquetas	271 K/UL
				Neutrófilos	93%
Neutrófilos	83%	Neutrófilos	94%	Linfocitos	2.0%
Linfocitos	9.7%	Linfocitos	1.4%	Monocitos	4.8%
Monocitos	6.5%	Monocitos	6.5%	Glucosa basal	134.0 mg/dl
Glucosa basal	104.0 mg/dl	Glucosa basal	162.0 mg/dl	Ácido úrico	1.10 mg dl
Ácido úrico	0.80 mg dl	Ácido úrico	0.80 mg dl	Creatinina	0.67 mg/dl
Creatinina	0.42 mg/dl	Creatinina	0.42 mg/dl	Urea	19.3 mg/dl
Urea	10.3 mg/dl	Urea	14.3 mg/dl	TGO	58 u/l
TGO	332 u/l	TGO	141 u/l	TGP	39 u/l
TGP	130 u/l	TGP	71 u/l	Fosfatasa alcalina	1409 u/l
Fosfatasa alcalina	2341 u/l	Fosfatasa alcalina	2085 u/l	GGT	-
GGt	-	GGt	1264	Bilirrubinas total	22.41 g/dl
Bilirrubinas total	12.55 g/dl	Bilirrubinas total	24.55 g/dl	Bilirrubina directa	18.05 G/dl
Bilirrubina directa	11.0 G/dl	Bilirrubina directa	20.0 G/dl	Albumina	2.34 g/dl
Albumina	2.70 g/dl	Albumina	2.55 g/dl	Proteínas totales	5.50 g/dl
Proteínas totales	6.07 g/dl	Proteínas	5.43 g/dl	Amilasa	18 U/L

		totales			
NA	111 meq/dl	Amilasa	19 U/L	Lipasa	13.2 U/L
K	4.47 meq /dl	Lipasa	10.2 U/L	TP	11.5 Seg
CL	75 meq /dl	TP	11.5 Seg	IRN	0.90
HIV tercera generación	No reactivo	IRN	0.90	TTP	20.2
PCR	20.5	TTP	22.2	NA	121 meq/dl

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

Resultados de exámenes: NA 116 meq/dl K 3.22 meq /dl CL 80 meq /dl

La paciente es valorada por cardiología y sugiere la realización de un ecocardiograma

Fecha 16/05/2017

S: Paciente refiere alza térmica y diaforesis

O: Paciente en mal estado general se mantiene icterico

Signos vitales FC 83 lpm TA: 108/70 T: 37.6 C FR 23 rpm

Indicaciones

- 1) Dieta líquida a tolerancia
- 2) CSV
- 3) Curva térmica
- 4) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h
- 5) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (4)
- 6) Ranitidina 50 mg intravenoso cada 12 horas
- 7) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 8) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada PR Enoxaparina 40 mg via subcutánea
- 9) Control de electrolitos QD
- 10) Vitamina k intravenosa 3 ml QD
- 11) BH, QS, TP, TTP, Perfil hepático proteínas, albumina.

La paciente continua con un cuadro de estasis biliar por obstrucción a nivel del colédoco en los valores de electrolitos el sodio continua bajo pero está subiendo su valor en comparación a los anteriores exámenes

16/05/2017 hora 14:30

La paciente es valorada por servicio de cardiología para realizar el chequeo preoperatorio y solicita un ecocardiograma

Ecocardiograma reporta:

Hipertensión pulmonar moderada

Cavidades cardiacas derechas ligeramente dilatadas

Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada

Fecha 17/05/2017

Paciente en mal estado general, ictérica, febril dolor abdominal se mantiene en hipocondrio derecho.

Indicaciones

- 1) Dieta líquida a tolerancia
- 2) CSV
- 3) Curva térmica
- 4) Control ingesta excreta estricto
- 5) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h
- 6) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (5)
- 7) Ranitidina 50 mg intravenoso cada QD
- 8) Tramadol 100 mg intravenoso PRN
- 9) Metoclopramida 10 mg intravenosa cada PRN
- 10) Control de electrolitos QD
- 11) Vitamina k intravenosa 3 ml QD

Tabla 4. Balance Hídrico fecha 17/05/2017

INGRESOS CC		ELIMINACIONES CC	
Parenteral	2444	Orina	2100
Vía oral	600	Drenaje	-
-		Otros	-
TOTAL	3044	TOTAL	2100

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

Resultados de exámenes NA124 meq/dl, K 2.37 meq /dl CL 87 meq /dl

17/05/2017 Hora: 13:30

La paciente tras realizarse el ecocardiograma es valorada nuevamente por servicio de cardiología para valorar el riesgo quirúrgico, la paciente tiene un índice cardiaco de Goldman III – IV ASA III que representa un riesgo alto de morbilidad

Fecha 18/05/2017

S: Paciente se encuentra en malas condiciones generales icterico al momento con leve dolor a nivel abdominal en hipocondrio derecho

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22 rpm

Resultados de exámenes NA 124 meq/dl K 2.85 meq /dl CL 84 meq /dl los exámenes de laboratorio indica una mejoría en los valores de sodio

Paciente se mantiene icterica con signos y síntomas de un síndrome obstructivo de vías biliares para resolución de quiste a nivel de colédoco tipo todani I se decide cirugía para el día 19 de mayo la paciente tiene un índice cardiaco de Goldman III – IV ASA III que representa un riesgo alto de morbilidad

Fecha 19/05/2017

Se interviene quirúrgicamente a la paciente

Como diagnostico preoperatorio

1. Colecistitis
2. Colelitiasis

3. Coledocolitiasis
4. Quiste de colédoco

Diagnostico post quirúrgico

1. Colelitiasis
2. Quiste del colédoco Todani tipo I

Se decide realizar:

Colecistectomía + coledocotomía + drenaje de quiste del colédoco + toma de biopsia + colocación de sonda tutor intraluminal + colocación de sonda de Kehr

Hallazgos

- Vesícula biliar de paredes delgadas 7x5x3 cm con barro biliar en su interior.
- Quiste fusiforme de colédoco, con contenido mucinoso de aproximadamente 100 ml, que según la clasificación de Todani es de tipo I.
- Vía biliar dilatada.
- Hígado de aspecto cirrótico.
- A nivel de páncreas no se evidencian ni se palpan masas tumorales.

Procedimiento quirúrgico

1. Asepsia y antisepsia
2. Colocación de campos quirúrgicos
3. Incisión de Chevron de aproximadamente 20 cm
4. Hallazgos descritos
5. Identificación de vesícula
6. Disección de ligamento colecistoduodenal
7. Identificación, disección, ligadura y corte de conducto cístico
8. Identificación, disección, ligadura y corte de arteria cística
9. Colecistectomía anterógrada
10. Identificación de vía biliar y quiste de colédoco

11. Coledocotomía y drenaje de quiste de contenido de aspecto mucinoso de aproximadamente 100 ml
12. Toma de biopsia de pared de quiste de colédoco
13. Colocación de sonda perdida en vía biliar
14. Colocación de sonda en T de Kehr
15. Coledocorrafia
16. Colocación de drenaje subhepático
17. Control de hemostasia
18. Cierre por planos

Indicaciones

- 1) NPO (0-5)
- 2) CSV
- 3) Semifowler
- 4) Curva térmica
- 5) Control ingesta excreta estricto
- 6) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h
- 7) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (6)
- 8) Ciprofloxacino 200 intravenosa cada 12 horas (0)
- 9) Clindamicina 600 intravenosa cada 8 horas (4)
- 10) Omeprazol 40 mg intravenoso QD
- 11) Tramadol 100 mg intravenoso + 100 cc de cloruro de sodio al 0.9 % cada 12
- 12) Histopatológico.

Fecha 19/05/2017 hora (19h00)

En las indicaciones se añade un inhibidor de bomba de protones además de una quinolona como es la ciprofloxacina, paciente se recupera sin ninguna complicación signos vitales estables en la sala de recuperación y posteriormente es trasladada a piso del servicio de cirugía, se decide mantener indicaciones.

Fecha: 20/05/2017

S: Paciente somnoliento facie icterica con leve dolor a nivel de herida quirúrgica.

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22 rpm herida quirúrgica en buenas condiciones no signos de infección.

A: paciente en regulares condiciones somnoliento signos vitales estables.

Indicaciones

- 1) NPO (0-5)
- 2) CSV
- 3) Semifowler
- 4) Curva térmica
- 5) Control ingesta excreta estricto
- 6) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc cloruro de Na + 10cc cloruro de K via intravenosa a 100 ml/h
- 7) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (6)
- 8) Ciprofloxacino 200 intravenosa cada 12 horas (0)
- 9) Clindamicina 600 intravenosa cada 8 horas (4)
- 10) Omeprazol 40 mg intravenoso QD
- 11) Tramadol 100 mg intravenoso + 100 cc de cloruro de sodio al 0-9 % cada 12
- 12) Histopatológico

Fecha 21/05/2017

S: paciente se mantiene con leve dolor a nivel de herida quirúrgica.

O: paciente despierto afebril vigil despertó pupilas normoreactivas, isocóricas, escleras ictericas.

A paciente con leve dolor a nivel de herida quirúrgica presencia de drenaje permeable herida quirúrgica en buenas condiciones sin signos de infección.

Indicaciones

- 1) NPO
- 2) CSV
- 3) Semifowler
- 4) Curva térmica
- 5) Control ingesta excreta estricto
- 6) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h

- 7) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (6)
- 8) Ciprofloxacino 200 intravenosa cada 12 horas (0)
- 9) Clindamicina 600 intravenosa cada 8 horas (4)
- 10) Omeprazol 40 mg intravenoso QD
- 11) Tramadol 100 mg intravenoso + 100 cc de cloruro de sodio al 0-9 % cada 12
- 12) Histopatológico.

Tabla 5. Control de ingesta excreta 21/05

INGRESOS CC		ELIMINACIONES CC	
Parenteral	2380	Orina	1500
Vía oral	0	Drenaje	90
-	-	Otros	-
TOTAL	2380	TOTAL	1590

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)
 Elaborado por: Andrés Sagal

Fecha 22/05/2017

S: Paciente canaliza flatos y el dolor a nivel de herida quirúrgica ha disminuido

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22 paciente vigil inquieto afebril ictericia herida quirúrgica con leve eritema

A: Paciente en regulares condiciones generales con disminución de la ictericia a nivel de escleras.

Indicaciones

- 1) NPO
- 2) CSV
- 3) Semifowler
- 4) Curva térmica
- 5) Control ingesta excreta estricto

- 6) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de cloruro de potasio Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h
- 7) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (6)
- 8) Ciprofloxacino 200 intravenosa cada 12 horas (0)
- 9) Clindamicina 600 intravenosa cada 8 horas (4)
- 10) Omeprazol 40 mg intravenoso QD
- 11) Tramadol 100 mg intravenoso + 100 cc de cloruro de sodio al 0-9 % cada 12 horas
- 12) Histopatológico Pendiente.

Tabla 6. Control de ingesta excreta 22/05

INGRESOS CC		ELIMINACIONES CC	
Parenteral	2700	Orina	1950
Via oral	0	Drenaje	255
-	-	Otros	180
TOTAL	2700	TOTAL	2385

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

Fecha: 23/05/2017

S: Paciente refiere disminución de dolor a nivel de herida quirúrgica.

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22.

Paciente consciente orientado abdomen suave depresible doloroso a la palpación a nivel de herida quirúrgica se evidencia apósitos manchados.

A: Paciente en regulares condiciones generales escleras con le ve tinte ictérico.

Indicaciones

- 1) Dieta Liquida
- 2) Nutricalcin 1 medida en vaso de agua cada 6 horas
- 3) Semifowler

- 4) Curva térmica
- 5) Control ingesta excreta estricto
- 6) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 100 ml/h
- 7) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (6)
- 8) Ciprofloxacino 200 intravenosa cada 12 horas (3)
- 9) Clindamicina 600 intravenosa cada 8 horas (7)
- 10) Omeprazol 40 mg intravenoso QD
- 11) Tramadol 100 mg intravenoso + 100 cc de cloruro de sodio al 0-9 % cada 12
- 12) Sulfato de magnesio 1 ampolla intravenosa QD
- 13) Histopatológico Pendiente

Tabla 7. Control de ingesta excreta 23/05

INGRESOS CC		ELIMINACIONES CC	
Parenteral	3300	Orina	2100
Vía oral		Drenaje	200
-	-	Otros	125
TOTAL	3300	TOTAL	2425

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)
Elaborado por: Andrés Sagal

Fecha 24/05/2017

S: Paciente no refiere ninguna molestia permanece tranquila.

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22 Paciente consciente orientada afebril, hidratada, abdomen suave depresible.

A: Paciente con aparente mejoría de su cuadro de dolor abdominal y no presenta ictericia.

Indicaciones.

- 1) Dieta Liquida
- 2) Nutricalcin 1 medida en vaso de agua cada 6 horas
- 3) Semifowler

- 4) Curva térmica
- 5) Control ingesta excreta estricto
- 6) Dextrosa en agua al 5% 1000 cc + 30cc de solitrol Na + 10cc de solitrol K via intravenosa a 100 ml/h
- 7) Ceftriaxona 1gr via intravenosa cada 12 horas (6)
- 8) Ciprofloxacino 200 intravenosa cada 12 horas (3)
- 9) Clindamicina 600 intravenosa cada 8 horas (7)
- 10) Ácido Ascórbico 1g intravenoso QD
- 11) Gluconato de calcio 1 ampolla intravenosa QD
- 12) Omeprazol 40 mg intravenoso QD
- 13) Tramadol 100 mg intravenoso + 100 cc de cloruro de sodio al 0-9 % cada 12
- 14) Sulfato de magnesio 1 amp intravenosa QD
- 15) Histopatológico Pendiente

Resultados de exámenes NA 124 meq/dl K 4.57 meq /dl CL 96 meq/dl

Tabla 8. Control de ingesta excreta 24/05

INGRESOS CC		ELIMINACIONES CC	
Parenteral	3000	Orina	2700
Via oral	120	Drenaje	240
-	-	Otros	60
TOTAL	3120	TOTAL	3000

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

Fecha 25/05/2017

S: Paciente refiere dolor a nivel de la herida quirúrgica

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22

A: Paciente en regulares condiciones con mejora clínica.

Tabla 9. Control de ingesta excreta 25/05

INGRESOS CC		ELIMINACIONES CC	
Parenteral	2400	Orina	1400
Vía oral	200	Drenaje	200
-	-	Otros	90
TOTAL	2600	TOTAL	1690

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal.

Tabla 10. Exámenes de laboratorio 21-15/05

Fecha 21/05/2017	Valor	Fecha 23/05/2017	Valor	Fecha 25/05/2017	Valor
Hematíes	3.02 M/ul	Hematíes	3.29 M/ul	Hematíes	2.89 M/ul
Leucocitos	14.71 K/ul	Leucocitos	12.320 K/ul	Leucocitos	11.650 K/ul
HGB	9.20 g/dl	HGB	9.60 g/dl	HGB	8.60 g/dl
HTO	27.6 %	HTO	29.6 %	HTO	26.1 %
Plaquetas	325 K/ul	Plaquetas	325 K/ul	Plaquetas	365 K/ul
Neutrófilos	93.2 %	Neutrófilos	83.7 %	Neutrófilos	83.7 %
Linfocitos	3.9%	Linfocitos	10.3%	Linfocitos	9.6%
Glucosa basal	95.0 mg/dl	Glucosa basal	111.1 mg/dl	Glucosa basal	101.1 mg/dl
Ácido úrico	1.17 mg dl	Ácido úrico	1.17 mg dl	Ácido úrico	1.17 mg dl
Creatinina	0.30 mg/dl	Creatinina	0.30 mg/dl	Creatinina	0.35 mg/dl
Urea	19.4 mg/dl	Urea	14.4 mg/dl	Urea	21.4 mg/dl
Tgo	21 u/l	Bilirrubinas total	6.41 g/dl	Bilirrubinas total	4.71 g/dl
Tgp	16 u/l	Bilirrubina directa	5.05 G/dl	Bilirrubina directa	4.18 G/dl
Fosfatasa alcalina	666 u/l	NA	120 meq/dl	TGO	15 u/l

GGt	372	K	5.18 meq /dl	TGP	9 u/l
Bilirrubinas total	22.41 g/dl	CL	90 meq/dl	NA	125 meq/dl
Bilirrubina directa	18.05 G/dl			K	5.60 meq /dl
Albumina	2.34 g/dl			CL	98 meq/dl
Proteínas totales	5.50 g/dl				
Amilasa	17 U/L				
Lipasa	5.9 U/L				

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

Fecha 26/05/2017

S: Paciente refiere dolor a nivel de herida quirúrgica

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22 paciente consiente orientada en tiempo espacio y persona abdomen suave depresible

A: paciente en regulares condiciones generales

Indicaciones

- 1) Dieta Liquida
- 2) Nutricalcin 1 medida en vaso de agua cada 6 horas
- 3) Control de signos vitales cada 8
- 4) Semifowler / Ambulatorio
- 5) Curva térmica
- 6) Control ingesta excreta estricto
- 7) Control drenaje
- 8) Lactato ringer 1000 cc + 40cc de cloruro de Na + 10cc de cloruro de K vía intravenosa a 80 ml/h
- 9) Ceftriaxona 1gr vía intravenosa cada 12 horas (6)
- 10) Ciprofloxacino 200 intravenosa cada 12 horas (3)
- 11) Clindamicina 600 intravenosa cada 8 horas (7)
- 12) Ácido Ascórbico 1g intravenoso QD
- 13) Gluconato de calcio 1 ampolla intravenosa QD
- 14) Omeprazol 40 mg intravenoso QD
- 15) Tramadol 100 mg intravenoso + 100 cc de cloruro de sodio al 0-9 % cada 12

16) Sulfato de magnesio 1 ampolla intravenosa QD

17) Reeducción vesical

18) Histopatológico Pendiente

Fecha 27/05/2017

S: Paciente al momento no refiere molestias

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22

Paciente consiente orientado en tiempo espacio y persona

A: Paciente en mejores condiciones generales

Se mantiene las indicaciones

Tabla 11. Resultados de laboratorio 27/05

Fecha 27/05/2017	Valor
Hematíes	2.89 M/ul
Leucocitos	11.650 K/ul
HGB	8.60 g/dl
HTO	26.1 %
Plaquetas	365 K/ul
Neutrófilos	83.7 %
Linfocitos	9.6%
Glucosa basal	101.1 mg/dl
Ácido úrico	1.17 mg dl
Creatinina	0.35 mg/dl
Urea	21.4 mg/dl
Bilirrubinas total	4.71 g/dl
Bilirrubina directa	4.18 G/dl
TGO	15 u/l
TGP	9 u/l
NA	125 meq/dl
K	5.60 meq /dl
CL	98 meq/dl

Fuente: historia clínica hospital (HGDA)

Elaborado por: Andrés Sagal

En los últimos exámenes de laboratorio se evidencia disminución de las bilirrubinas y transaminasas.

Se realizan una Colangiografía trans-Kehr previa al egreso donde se evidencia la permeabilidad de la vía biliar (**Anexo 10**).

Fecha 28/05/2017

S: Paciente al momento no refiere molestias

O: Signos vitales FC 80 lpm TA: 120/80 T: 36.8 C FR 22 paciente consiente afebril orientado hidratado

A: Paciente al momento en mejores condiciones con evidencia por imágenes de permeabilidad de vía biliar principal y con una resolución paliativa a su cuadro.

Indicaciones

- 1) Alta
- 2) Ciprofloxacina 500 mg vía oral por 7 días completar 15 días
- 3) Control por consulta externa en 15 días
- 4) Malgaldrato + simeticona vía oral 1 cucharada
- 5) Pendiente histopatológico

Fecha 20/06/2017

Se recibe resultado de histopatológico que reporta:

Adenocarcinoma mucinoso en las vías biliares extrahepáticas tras lo cual se refiere a la paciente a SOLCA donde se pierde contacto con la misma.

4.1. Descripción de factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la paciente se encuentran:

4.2. Instrucción

La paciente posee un nivel de educación bajo por lo cual tiene escaso conocimiento del sistema de salud por lo tanto al empezar su sintomatología no acude de forma oportuna para realizarse chequeo médico a tiempo para su diagnóstico y tratamiento

adecuado, además que la idiosincrasia del pueblo minimiza ciertos síntomas o buscan alternativas de tratamiento que no tienen evidencia científica.

4.3. Nivel socioeconómico

Bajo: al no contar con una fuente de ingresos económicos estable debido a que se dedica a los quehaceres del hogar y en ocasiones ayuda en la agricultura, su interés es mínimo o casi nulo respecto a su cuidado de la salud, de esta forma al presentarse su sintomatología inicial excusando de su situación económica acude a remedios caseros asumiendo que no cuenta con el dinero necesario para realizarse exámenes paraclínicos o adquirir medicación.

4.4. Lugar de residencia habitual

Paciente que vive en una zona rural lo que dificulta la salida para realización de exámenes en un centro de segundo nivel de atención además no muestra iniciativa ni voluntad pese a que cuenta con un Centro de Salud el cual según la paciente; no brinda asistencia inmediata a los usuarios.

Probablemente al iniciar la sintomatología hace varios meses o años atrás, la paciente oculta sus síntomas y no acude de forma oportuna, convirtiéndose en el mayor problema que afecta a la paciente.

4.5. Identificación de los puntos críticos.

- Desconocimiento de enfermedad de base y sus complicaciones.
- Retraso de un adecuado tratamiento.
- Falta de una adecuada valoración por parte del personal de salud
- Falta de especialistas para una adecuada valoración.
- Demora en la realización de exámenes diagnósticos de mayor complejidad.
- Demora en la transferencia a un nivel de mayor complejidad de atención de la Salud.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

5.1. QUISTE DE COLEDOCO

Es una entidad quística en la vía biliar y pueden repercutir en la función hepática con gran capacidad de producir malignidad y a menudo siendo confundidos en primera instancia con cálculos en el conducto colédoco debido a la estasis biliar que estos producen y a la similitud de sus síntomas, fueron descritos en 1723 por Vater y Ezler, la primera vez que se realizó una cirugía para resolver esta entidad patológica fue en el año 1924 por MacWhorter (12) , tiene una alta prevalencia en Asia Oriental, el diagnóstico puede ser incierto en primera instancia a pesar de presentar signos y síntomas muy comunes de la vía biliar como son ictericia, dolor abdominal en hipocondrio derecho esto en el adulto, en la edad pediátrica el signo característico que se presenta es la ictericia, esta entidad se puede presentar en cualquier parte del árbol biliar extrahepático siendo este el tipo más frecuente o puede ser de origen intrahepático.(10),(14)

5.1.1. Historia

Descrita por primera vez por Vater Y Ezler en 1872 , Douglas publica la primera descripción clínica en 1852 (10), En 1959 Alonso Lej y colaboradores publicaron una amplia revisión de alrededor de 94 casos y los clasificó en tres tipos: Tipo I Fusiforme, Tipo II Divertículo del Colédoco y Tipo III (coledococèle).(14) En 1977 Todani describe con más exactitud e incluyó los quistes intrahepáticos hasta la actualidad este sistema de clasificación es la más utilizado y difundido, menciona cinco tipos de quistes, según su forma y localización. (7)

5.1.2. Etiología y epidemiología

La incidencia es de 1/100,000-1/150,000 en Occidente, es cuatro veces más frecuente en el sexo femenino. La etiología no es definida hasta el momento pero guarda relación genética existen diversas teorías que pueden que explican la patogenia y etiología la más conocida menciona una unión alterada del conducto pancreático y biliar está mal formación es consecuencia de un fallo de origen

embrionario.(6),(8),(18) Los exámenes de imagen pueden apoyar esta teoría, además de una obstrucción de la vía biliar puede presentarse una elevación de la presión del esfínter de Oddi lo que causaría más reflujo de enzimas vía retrograda causando la formación quística , sin embargo se mencionan otras teorías:

1.- Una mala función del esfínter de Oddi puede generar la aparición de un quiste en vías biliares.

2.- En el segmento distal de la vía biliar existen pocas células ganglionares desencadenando una dilatación en el segmento proximal. (11)

5.1.3. Clasificación

La primera clasificación fue hecha por Alonso Lej en 1960 pero Todani en el año de 1978 describe con más exactitud e incluyó los quistes intrahepáticos hasta el momento esta clasificación es la más utilizada en el ámbito de cirugía ya que describe cinco tipos de quistes basándose en su dimensión y localización.(tabla 1) (1) (4) (5).

Tabla 12. Clasificación de Todani modificada para Quistes de colédoco.

Clasificación de Todani modificada para Quistes de colédoco.	
Tipo I:	dilatación fusiforme del colédoco
Tipo II:	de forma diverticular
Tipo III:	Coledococoele, Intraduodenales o intrapancreáticos,
Variante A:	compromete la confluencia del colédoco y el Wirsung
Variante B:	Origen a partir de la ampolla de Vater.
Tipo IV:	Multiquistica
Variante A:	compromiso intra y extrahepática
Variante B:	Confinada a la vía biliar extrahepática.
Tipo V:	Síndrome de Caroli
Tipo VI:	Dilatación quística del conducto cístico

Fuente: (4)

Elaborado por: Andrés Sagal

La clasificación de Todani es la más utilizada actualmente, los por cientos de cada tipo de quiste varían de un autor a otro, y la divide en cinco tipos:

Tipo I: dilatación fusiforme de la vía biliar extrahepática, 50-85 %.

Tipo II: dilatación diverticular del colédoco, 2-3 %.

Tipo III: dilatación quística del colédoco en su porción intramural del duodeno, este protruye en la luz del duodeno, del 1 %-5 %. También se le llama coledocele.

Tipo IV: se divide en dos. A, dilataciones quísticas del árbol biliar intra y extrahepática. B, dilataciones quísticas de las vías biliares extrahepática. 15-40 %.

Tipo V: Dilataciones quísticas de las vías biliares intrahepática, alrededor del 1 %. También se le llama enfermedad de Caroli.

Hay autores que subdividen el tipo I en a, b y c para un mejor entendimiento y tratamiento quirúrgico.

Tipo I A: dilatación quística del conducto biliar común. El conducto cístico desemboca en el quiste biliar.

Tipo 1 B: dilatación quística focal del conducto biliar común, habitualmente en la porción distal.

Tipo 1 C: dilatación fusiforme del conducto biliar extrahepático, que corre desde la unión anómala pancreático-biliar hasta poder extenderse, tan lejos, como los conductos intrahepático. (9)

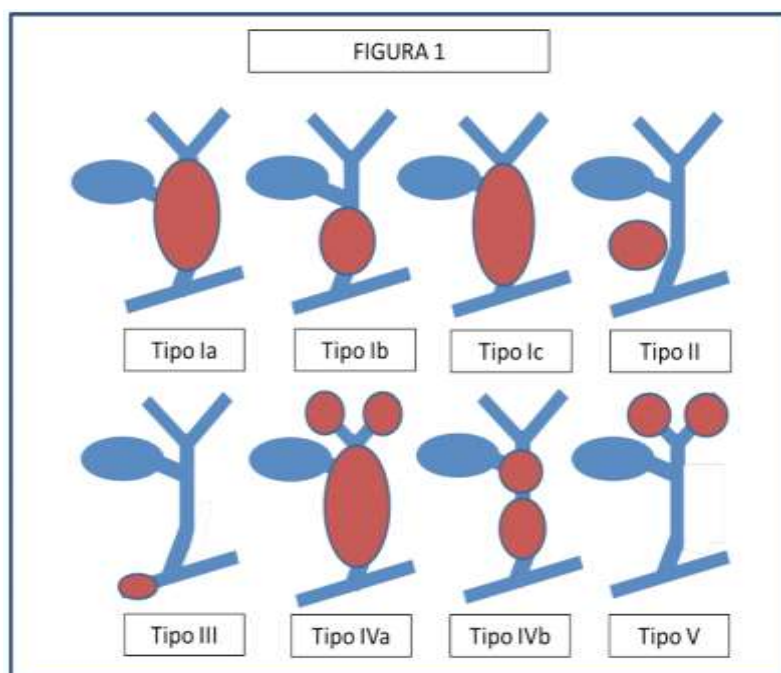


Figura 1. Clasificación Todani para los quistes del colédoco
Fuente: (5)

5.1.4. Fisopatología

Dentro de la fisiopatología se presume que al aumentar la replicación de células en la parte superior del colédoco ocasiona una dilatación del conducto tras lo cual la pared se debilita a nivel proximal y existe una estenosis en la parte distal, al aumentar la presión dentro del conducto a lo que se conoce como protodilatación sería la causa fundamental de la formación de un quiste en la vía biliar, Babbitt dio a conocer en 1969 una teoría que señala lo siguiente: a nivel de la convergencia biliopancreática se forma un conducto que permite un reflujo de líquido pancreático hacia el conducto de la vía biliar ocasionando inflamación debilitamiento de la pared con denudación epitelial y desarrollando una entidad quística pero en ciertos casos este canal suele estar ausente; Por lo tanto otros autores mencionan que solo los quistes tipo I y IV tienen una alteración bilio-pancreática anómala ellos aseguran que también la aparición de estos quistes están en relación a la herencia, a presencia de infecciones ocasionadas por virus, disminución de las células ganglionares a nivel de la pared de la vía biliar sin embargo estas teorías no están aún demostradas. (7),(18)

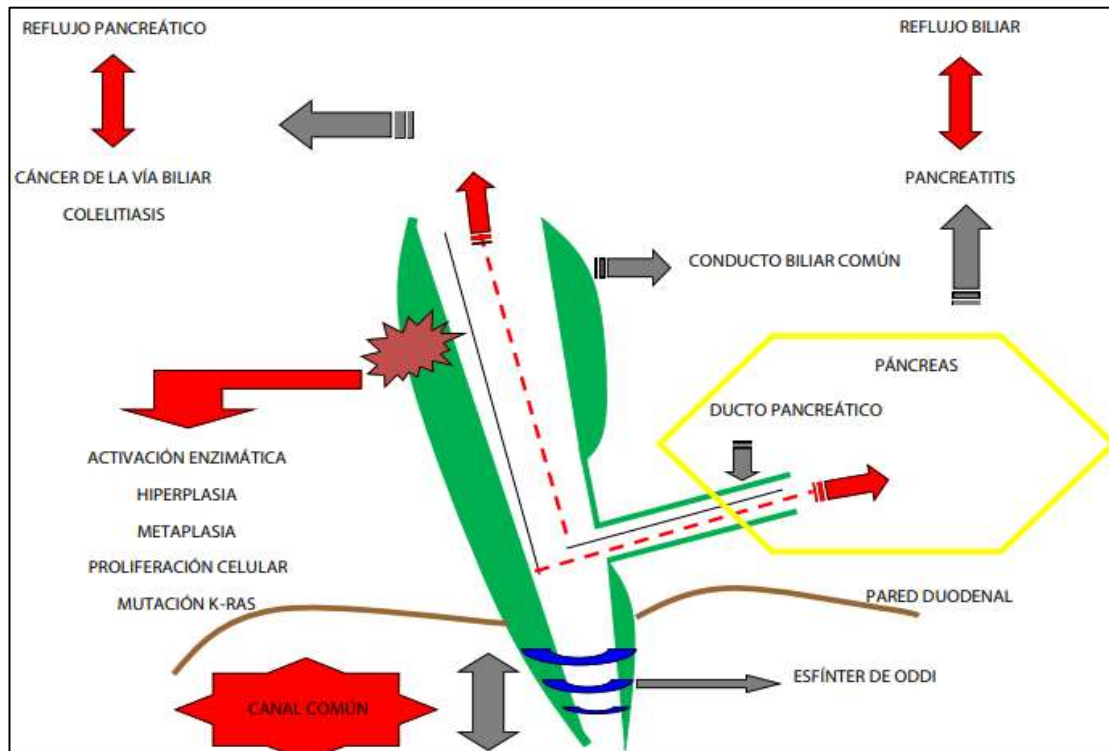


Figura 2. Fisiopatología quiste del colédoco
Fuente: (12)

5.2. Carcinogénesis

Todos los quistes tienen riesgo de presentar cáncer en cualquier momento comúnmente el tipo I y IV son los que desarrollan con más frecuencia malignidad, los de menor riesgo son los tipos II, III y V en ellos puede aparecer un colangiocarcinoma. (2),(3)

Tabla 13. tipos de cáncer más comunes en pacientes con quistes de colédoco

Tipos de cáncer en pacientes con quistes del colédoco	
Tipo	Prevalencia %
Adenocarcinoma	73 – 84
Carcinoma anaplásico	10
Carcinoma indiferenciado	5-7
Carcinoma de células escamosas	5
Otros	1,5

Fuente: (12),(21)

5.2.1. Diagnóstico

En la mayoría de casos los signos y síntomas están muy relacionados a la estasis biliar con la aparición de una triada característica de procesos de obstrucción de la vía biliar con ictericia dolor abdominal y presencia de una masa palpable ubicada en hipocondrio derecho esto se presenta en alrededor de 40 a 80 % de pacientes quienes usualmente manifiestan 2 de estos tres síntomas , en un tercio de los pacientes se presenta náusea, en pacientes adultos también puede aparecer síntomas que sugieren una pancreatitis aguda o una colangitis aguda como síntoma inicial. (4) Ciertos pacientes desarrollan sepsis y peritonitis como causa de la ruptura del quiste en este caso el diagnóstico se realiza. paracentesis donde se evidencia presencia de líquido biliar libre en la cavidad abdominal. (10)

El examen de rutina es la ecografía que muestra una dilatación del conducto biliar, en algunos pacientes se pueden observar cálculos o barro biliar dentro del quiste esta tiene una especificidad cercana al 97% (5) (21) para detectar la presencia de un quiste en las vías biliares, la resonancia magnética es muy útil para valorar las

estructuras biliares pero en ciertos casos el diagnóstico es difícil debido a la presencia de sangre, cálculos, formaciones proteínicas, aire dentro de la vía biliar interfiriendo con la señal o alterando la visualización, la colangiografía se observa zonas hiperintensas posee una sensibilidad del 96 -100% y una especificidad de 90- 100% siendo el examen de elección para el diagnóstico. (5),(9),(18)

Si se desea visualizar la salida bilio-pancreática la resonancia magnética tiene una escasa sensibilidad esto debido al tamaño de esta unión requiriendo la administración previo al examen de secretina esta sustancia aumenta el grosor del conducto para visualizar mejor las ventajas más clara de la resonancia magnética con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es la no utilización de radiación ionizante, no es invasiva menos índice de complicaciones como son la colangitis o pancreatitis.(9),(12)

El quiste tipo III tiene como diagnóstico diferencial inicial los divertículos duodenales estos usualmente se llenan de contraste y no se presentan opacos en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en la enfermedad de Caroli se incluye insuficiencia hepática, colangitis esclerosante, colangitis piógena, se puede evidenciar una protrusión del paquete fibrovascular intraluminal que está formado por ramas de la arteria hepática y la vena porta a este signo se denomina el signo de punto central y se puede apreciar en la tomografía y la resonancia magnética pero no es signo específico y puede estar relacionado también con dilataciones obstructivas .(11)(12)

La tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis, útil en definir el tamaño, localización y continuidad de la anomalía con el árbol biliar, alcanza una sensibilidad de 93% (18), si se utiliza contraste se puede evidenciar lesión quísticas hipodensas(5) Finalmente, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica tiene la ventaja de definir la anatomía ductal inferior y específicamente la presencia de uniones anómalas entre el colédoco y el conducto pancreático de Wirsung. No obstante, sus desventajas radican en las complicaciones inherentes al procedimiento. (20)

Para obtener un diagnóstico definitivo se realiza CPRE pudiendo esta ser diagnóstica y resolutoria a la vez pero con complicaciones relacionadas al

procedimiento pues este es invasivo, se puede obtener una visión del quiste bien definida además de la anatomía del conducto biliar, la mala unión pancreático biliar y la disfunción del esfínter de Oddi. Este estudio tiene complicaciones a tomar muy en cuenta por lo que se utiliza cuando no hay otros recursos y está siendo sustituido por la colangiopancreaticografía por resonancia magnética (21), el tratamiento está en dependencia del tipo de quiste usualmente se recomienda una resección de la vía biliar dilatada y conjuntamente con una derivación biliodigestiva este usualmente es el más realizado para la resolución del quiste, el riesgo de malignidad llega a un 30% y el proceso no está solo relacionado con la vía biliar este puede presentarse en el hígado, páncreas a pesar de la resección del quiste.(3) (18)

5.2.2. Tratamiento

El tratamiento es una resección quirúrgica completa además de una colecistectomía, se realiza también una reconstrucción de la vía biliar utilizando el remanente de la vía biliar a nivel proximal que haya sido afectado con una hepatoyeyunostomía en “Y” de Roux, existen distintos procedimientos quirúrgicos para la resolución de los quistes de la vía biliar y está en dependencia de su presentación:

Quiste Tipo I: En este quiste se realiza una colecistectomía además de una resección total de los conductos extrahepáticos y una reconstrucción mediante hepático-yeyunostomía en “Y” de Roux. (9),(12)

Quiste Tipo II: Se recomienda realizar una resección del quiste de la vía biliar y además de una colecistectomía, la resección completa de la vía biliar extrahepáticas no se considera una prioridad, se tiene en cuenta la dimensión que tenga el cuello del quiste, como sugerencia se utiliza el cierre primario y se coloca un tubo de tipo Kehr.(12)

Tipo III o más conocido con el nombre de coledococelo: cuando tiene una dimensión menor de tres centímetros se opta por la esfinterotomía endoscópica puesto que posee un riesgo de malignidad escaso cuando este es superior a tres centímetros causando una obstrucción se realiza una escisión transduodenal.(12)

Tipo IVA: En estos quistes el único tratamiento es la resección y la reconstrucción con la realización de una hepáticoyeyunostomía; si hay afectación intrahepáticas afectan solo un lóbulo hepático se realiza una hepatectomía parcial.(12)

Tipo IVB: una resección total de la zona afectada de la vía biliar extrahepática, conjuntamente con una escisión transduodenal, en ciertos casos se opta por una esfinterotomía endoscópica (12)

Tipo V o conocida como enfermedad de Caroli está afecta casi siempre al lóbulo izquierdo del hígado por lo tanto se realiza una hepatectomia parcial acompañado de una colangio-yeyunostomía cuando los quistes son intrahepáticos y exista una insuficiencia hepática irreversible requiere un trasplante de este órgano. En las complicaciones es importante mencionar que la incidencia se encuentra en menor grado cuando el tratamiento inicial es la resección completa dentro de estas se mencionan la aparición de cálculos desarrollo de colangitis pancreatitis, los casos de quistes tipo III si su dimensión es pequeña la esfinrectomía es un tratamiento efectivo pues estos tienen poca capacidad de desarrollo de cáncer. (12)

La cirugía laparoscópica es utilizada con más frecuencia pues consta con varios beneficios entre ellos un bajo trauma quirúrgico, menor sangrado, mejor resultado estético menor infección del sitio operatorio, mejor analgesia posoperatoria y recuperación postoperatoria más rápida. En los quistes de colédoco también se aplica esta técnica, en los cuales se ha descrito la resección laparoscópica con hepático-yeyunostomía, la cual parece ser segura y eficaz, e incluso, podría convertirse en el método ideal de tratamiento, especialmente en niños, por la seguridad y riesgo bajo, la cirugía laparoscópica puede ser el tratamiento de elección para los quistes de colédoco de tipo II. (10)

5.3. ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO

Se expone una paciente adulto que inicio con ictericia intermitente y dolor abdominal crónico, el cuadro clínico de esta entidad patológica quística aparenta una obstrucción de la vía biliar ocasionada por cálculos, se debe tener siempre en cuenta dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con signos y síntomas de procesos obstructivos de la vía biliar, ya que un diagnóstico tardío está ligado a un elevado índice de mortalidad debido al alto riesgo de malignidad que puede desarrollar. (2) En este caso se planteó como primer diagnóstico una colangitis aguda secundaria a un proceso obstructivo del conducto colédoco para el diagnóstico definitivo se realizó exámenes de imagen de los cuales la colangiografía magnética que según Angel Piriz Momblant y colaboradores(6) indica en su estudio es el gold estándar para el diagnóstico con una sensibilidad de 54 a 100% y especificidad de 90 a 100%, logro identificar la presencia de un posible colangiocarcinoma demostrando que este examen es el método de elección para evidenciar precozmente un proceso quístico con tendencia maligna, por otro lado la CPRE fue de suma importancia ya que nos indicó la ubicación y la forma de esta entidad quística que según la literatura posee una concordancia del 100% con la colangiografía intraoperatoria (18), Durante el acto operatorio se visualizó de forma macroscópica la presencia del quiste que según la clasificación de Todani es de tipo I, se decidió el drenaje de la vía biliar para descompresión y coadyuvar a la mejoría del cuadro agudo, el método quirúrgico más aceptado para la resolución del quiste coledociano del tipo mencionado es la resección completa del quiste más una hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux que según el artículo de revisión de Sanchez.(7),(16) es el método quirúrgico adecuado, sin embargo en esta paciente se decidió la colocación de una sonda de Nélaton haciéndola pasar desde el colédoco hasta rebasar la ampolla de Váter y su extremo proximal estuviera a la altura de la bifurcación de los hepáticos. Esto tendría el objetivo de permitir la dilatación del esfínter de Oddi y se garantizaría el paso del contenido biliar al duodeno se finalizó el procedimiento con la colocación de una sonda de Kehr en el colédoco sobre la sonda de Nélaton, la cual serviría como tutor,

intentando la descompresión de la vía biliar como procedimiento habitual de toda coledocotomía, se consideró sobre todo que se trata de medidas paliativas en una enferma con muy mal estado general se evitó la comorbilidad derivada de procedimientos resecativos, fugas potenciales de derivaciones biliodigestivas siendo esto algo innovador y que demostró tener resultados satisfactorios se podría considerar este procedimiento como método paliativo existe evidencia de que este método fuera utilizado exitosamente según un artículo publicado por Navarrete y colaboradores para resolución de estos quistes en pacientes con esperanza de vida limitada. (4) (13)

5.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 14. Oportunidades de mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Replantear a los nuevos médicos la importancia de realizar una historia clínica completa y detallada	Acentuar prácticas semiológicas de pregrado
Aclarar criterios diagnósticos, que indiquen la presencia de un quiste a nivel de vías biliares.	Actuar de forma inmediata clasificando a cada paciente y así evitar complicaciones graves como la colangitis y sepsis
Dar un diagnóstico oportuno y precoz.	Utilizando pruebas de laboratorio específicas y confiables (exámenes de histopatología).
Implementación de equipos técnicos para exámenes complejos	Equipos para la realización de CPRE lo cual garantiza un diagnóstico rápido de diversas patologías ya q este examen es diagnóstico y terapéutico
Mejorar la oferta para la transferencia a un centro de tercer nivel de atención de salud	Optimizar la recepción de pacientes con patologías que requieren un centro de mayor capacidad resolutive para patologías específicas

Elaborado por Andrés Sagal

VI. CONCLUSIONES

1. La manifestación clínica de esta entidad patológica es el dolor abdominal, ictericia y masa palpable en el cuadrante superior derecho puede manifestarse como fue en el presente caso con una colangitis, alteración a nivel de la función hepática. En adultos es frecuente el dolor abdominal asociado a sintomatología biliar o pancreática. Puede haber litiasis vesicular sintomática, colecistitis aguda secundaria a estasis biliar también puede asociarse con anomalías congénitas cardiacas. La historia clínica detallada y ordenada es fundamental ya que nos guio a la elaboración de un cuadro clínico, conjuntamente con los exámenes de laboratorio e imagen se logró llegar al diagnóstico definitivo con lo cual se procedería a la resolución mediante cirugía.
2. Las complicaciones debido a la obstrucción por quistes en la vía biliar aparecen debido a la estasis biliar el ejemplo más común son los cálculos, la infección e inflamación y en ciertos casos pueden terminar con de insuficiencia hepática con signos y síntomas de hipertensión portal y hemorragia digestiva alta
3. Como punto crítico en el diagnóstico es la demora en la obtención del resultado histopatológico es un obstáculo para que el paciente obtenga un tratamiento oportuno ya que los quistes de vía biliar están asociados a un cáncer a nivel de la vía biliar por esto se recomienda al MSP agilizar o implementar más centros de patología para garantizar la realización rápida del examen histopatológico y así evitar complicaciones y dar un tratamiento oportuno y eficaz
4. El procedimiento quirúrgico recomendado comprende la escisión completa del quiste además de una reconstrucción mediante una anastomosis bilioentérica en Y de Roux este es el tratamiento de elección para la mayoría de los tipos de quistes coledocianos. Sin embargo si el quiste es de gran tamaño y su escisión completa no es posible y tomando en cuenta el mal estado general de la paciente se realizó el procedimiento descrito, se podría también realizar una resección de la pared anterior y a la pared posterior se le

efectúa una mucosectomía para evitar la carcinogénesis. Las excepciones a esta práctica comprenden los abordajes del tipo III y V. En los tipos I, II y IV se realiza una escisión y reconstrucción biliar. Se ha tratado el coledococèle (tipo III) con esfinteroplastía transduodenal o papilotomía endoscópica. El quiste tipo V o enfermedad de Caroli se puede abordar de tres maneras:

Si el quiste intrahepático tiene grandes dimensiones, se drena el mismo en un primer tiempo quirúrgico, se espera a que disminuya y luego se reseca.

Resección del quiste con una hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux.

Si la dilatación es muy grande y el hígado presenta una lesión importante, se realiza trasplante hepático.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Acevedo , Rivas , Rodríguez. Quiste de colédoco: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. Acta Médica grupo Los Angeles. 2015 julio; 13(3): p. 23-45.
- 2.- Aguilar MD, Montalva EM, Neus , Pérez Rojas J. Malignización de quiste de colédoco en edad adulta una entidad poco frecuente 2015. 1st ed. España: Editorial Elsevier España; 2015.
- 3.- Castrillón GA, Gómez. Obstrucción maligna de La vía biliar: hallazgos imagen usuales y recientes Malignant Biliary Obstruction: Usual and Recent Imaging Findings. Rev. Colombiana. Radiología. 2015 mayo; 26(4): p. 317.
- 4.- Galindo , colaboradores. Enciclopedia Cirugía Digestiva. In Capitulo IV. Dilataciones quísticas congénitas y divertículos de las vías biliares. Argentina: Universidad Católica Argentina (UCA); 2016. p. 1- 20.
- 5., García G, Aguilar C, Gutiérrez I, Sanclemente J. Caso Clínico: Quiste de Colédoco Tipo IA, Resolución Quirúrgica. Revista Médica HJC. 2017 Septiembre; 34(11): p. 69-74.
- 6.- González , Fernández , Blanco. Quiste de colédoco gigante Giant choledochal cyst. Revista Cubana de Cirugía. 2015 abril; 54(2): p. 163-171.
- 7.- López , Aguilera , Muñoz , Fonseca. Quistes de colédoco, una causa inusual de ictericia en pediatría. Presentación de serie de casos Revista pediatría. 2016 octubre; 87(2): p. 137-142.
- 8.- Navarrete M, Bastidas D, Andrade S, Mariño L. Alternativa quirúrgica paliativa para el Quiste de colédoco con degeneración maligna en paciente anciana. MEDICIENCIAS. [Carrera de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. UTA]. 2017 julio; 1(3): p. 34-40.
- 9.- Piriz Momblant , Figueras Torres. Quiste del colédoco. Revista de Medicina de Cuba. 2016 mayo; 95(3): p. 508- 523.

- 10.- Said G, Redondo , Quintero. Quiste de colédoco: diagnóstico y manejo intraoperatorio. revista Pediatría EU. 2016 enero; 9(2): p. 213-222.
- 11.- Sánchez A, Vilanova , Martínez M, Reyes M, Romo V, Hernández M. Crecimiento en el niño con quiste de colédoco Madrid. 2016. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1487/426145.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 12.- Sánchez J, Gómez , Morales. Quistes del colédoco. Revista Colombiana de Cirugía. 2015 julio; 30(7): p. 296-305.
- 13.- Sanei B, Kollahdouzan M, Sheikhabaei S, Janbazi. Surgical Palliative Drainage in Un-resectable Malignant Biliary Obstruction. Rev. J Vasc Med Surg. 2016; 6(4).
- 14.- Varela , San Martín , Abelleira , Ettlín , Harguindeguy. Enfermedad quística de la vía biliar principal en una paciente embarazada. rev española. 2015 julio; 23(5): p. 278-284.

LINKOGRAFÍA

- 15.- Vivas G, Millán A, De Agustín. Optimización en la estrategia diagnóstica y terapéutica en el quiste de colédoco [Digital]. Rev Chil Cir. 2015 junio; 7(3): p. 67-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0718-402620150003&nrm=iso&lng=pt.
- 16.- Zacarías-Ezzata JR, Ramos , Palafox , Chapa. uiste de colédoco mixto (tipo I y II) asociado a malformación de la unión pancreatobiliar. Descripción de un caso y revisión de la literatura. [Digital]. Revista de Cirugía Española - Elsevier. 2015 marzo; 93(5): p. 273-356. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X13003680>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

- 17.- **SCOPUS:** Candigliota M, Carbonara C, Doronzo R, Biliary Cystadenoma in a Female Patient Report Clinic Case Rep 2018, Vol 8(5): p. 1117

18 **SCOPUS:** Cubillo, M., Brenes ,D., (2011).Quiste de Colédoco revista médica de costa rica y centroamérica;, p.49-56

19.- **SCOPUS:** Meneses, L., Martínez, A.,.Quiste de colédoco tipo I. Diagnóstico por imagen y anastomosis hepático-duodenal como medida terapéutica Hospital Infantil Mexico; (2013)70(6): p.482-487.

20. - **SCOPUS:** Molina, S. Quiste de colédoco Todani tipo II: caso clínico y revision bibliografica Medwave (2016) 9: p.6583

21. - **SCOPUS:** Perez P, Gonzalez M,Carcinoma de la vía biliar sobre quiste de coledoco. España: Editorial Elsevier (2013) 1ra. ed., Vol. 91 .p 1-64.

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Clasificación de Todani modificada para Quistes de colédoco

Clasificación de Todani modificada para Quistes de colédoco.	
Tipo I:	dilatación fusiforme del colédoco
Tipo II:	de forma diverticular
Tipo III:	coledococoele, intraduodenales o intrapancreáticos,
Variante A:	compromete la confluencia del colédoco y el Wirsung
Variante B:	Origen a partir de la ampolla de Vater.
Tipo IV:	multiquística
Variante A:	compromiso intra y extrahepática
Variante B:	confinada a la vía biliar extrahepática.
Tipo V:	Síndrome de Caroli
Tipo VI:	Dilatación quística del conducto cístico

Anexo 2. Ecografía realizada en emergencia (Imagen)

MEDICO: DR. JULIO ESPIN
FECHA: AMBATO, ABRIL 29 DEL 201

ECOGRAF

HIGADO: Hígado de tamaño, paredes y cr parénquima. Ausencia de quistes, nód presentase vasos de flujo y calibre normal 0.89 cms.

VESÍCULA: Presentase aumentada de ta presentase espesa midiendo 0.62 cms. / La vesícula mide en sus mayores dimensio

VIAS BILIARES: Las vias biliares intr hepato colédoco presentase fino, sin señ colédoco mide 0.41 cms

PÁNCREAS: Localización, tamaño, pared del parénquima normales con los contorr ducto pancreático. El páncreas mide 5.86

BAZO: Tamaño, localización, paredes y conservada. Ausencia de nódulos o masas

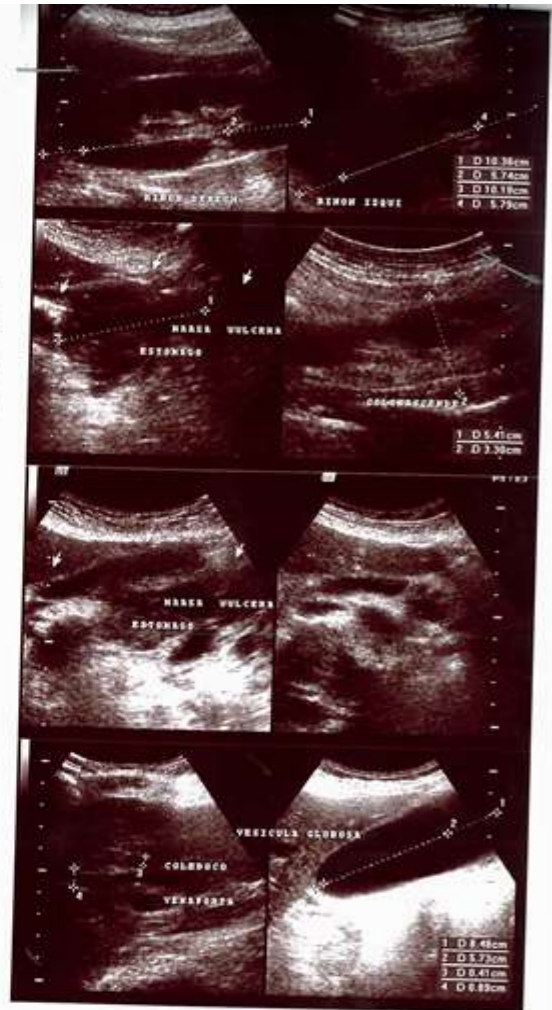
CAVIDAD ABDOMINAL: En topografía visualiza una alteración del pliegue muc Abdomen globoso con visualización de asa Colon ascendente, transverso y descender Ausencia de masas abdominales. Ausenci de Morrison y cavidades parieto colicas.

RIÑONES: de localización, tamaño pared conservado. Diferenciación cortico medula xT 5.34 xAP 4.12 cms. El riñón izquierdo:

CONCLUSIÓN:

1. COLECISTITIS AGUDA
2. NODULO DE LA CURVATURA MAY con proceso expansivo neoplásico?
3. HIGADO, COLEDOCO, PANCREAS BAZO Y RIÑONES NORMALES.

DR. PEDRO SEVILLA C.



Anexo 3. Ecografía realizada en emergencia (Informe)

ECOGRAFIA ABDOMINAL

HIGADO: Hígado de tamaño, paredes y contornos regulares. Eco refringencia normal del parénquima. Ausencia de quistes, nódulos o masas internas. La vascularización presentase vasos de flujo y calibre normal. Paredes vasculares finas. La vena porta mide: 0.89 cms.

VESÍCULA: Presentase aumentada de tamaño, globosa, sensible, dolorosa. La pared presentase espesa midiendo 0.62 cms. Ausencia de cálculos en el interior de la vesícula. La vesícula mide en sus mayores dimensiones: L 8.48 xT 5.73xAP 4.52 cms.

VIAS BILIARES: Las vias biliares intra y extra hepáticas presentase normales. El hepato colédoco presentase fino, sin señales de obstrucción de cálculos o de masas. El colédoco mide 0.41 cms.

PÁNCREAS: Localización, tamaño, paredes y contornos normales. Estructuras Internas del parénquima normales con los contornos externos regulares. No hay obstrucción del ducto pancreático. El páncreas mide 5.86 cms.

BAZO: Tamaño, localización, paredes y contornos regulares. Textura del parénquima conservada. Ausencia de nódulos o masas internas.

CAVIDAD ABDOMINAL: En topografía de la curvatura mayor del estómago se visualiza una alteración del pliegue mucoso con características de úlcera o masa.
Abdomen globoso con visualización de asas de entéricas visibles de distribución normal. Colon ascendente, transverso y descendente visibles conservados. Ausencia de masas abdominales. Ausencia de colecciones retro peritoneales en el espacio de Morrison y cavidades parieto colicas. Fondo del saco de Douglas libres.

RIÑONES: de localización, tamaño paredes y contornos normales. Sistema pielocalicial conservado. Diferenciación cortico medular conservada. El riñón derecho mide L 10.36 xT 5.34 xAP 4.12 cms. El riñón izquierdo mide L 10.19 x T 5.79 xAP 4.23 cms.





CONCLUSIÓN:

1. COLECISTITIS AGUDA
2. NODULO DE LA CURVATURA MAYOR DEL ESTOMAGO. Diagnóstico diferencial con proceso expansivo neoplásico? Nódulos ceroso
3. HIGADO, COLEDOCO, PANCREAS BAZO Y RIÑONES NORMALES.

DR. PEDRO SEVILLA C.

Dr. Pedro Sevilla C.
MÉDICO RADIÓLOGO
C.M.T. 434 F188

Anexo 4. Ecografía realizada durante la hospitalización (Imagen)

**BOCEN DE AMBAY
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
RADIOLOGÍA**

en imagen quística con tabique delgado de
y micro cálculos

conservada
rica, lobulada tabicada que
rizada, no se puede identificar

el segmento VI
y microcálculos

de abdomen y páncreas

.....
Firma y Nombre del Médico

INFORME DE IMAGEN

Anexo 5. Ecografía realizando durante la hospitalización (Informe)

FECHA: 4 DE MAYO 2017

ECO ABDOMEN

Hígado mide 21 cm aumentado de tamaño con imagen quística con tabique delgado de 3,4 cm

Vesícula mide 11,7 cm con barro biliar denso y micro cálculos

Vías biliares intra hepáticas dilatadas

Colédoco no dilatado mide 10 mm

Bazo normal

Páncreas no visible

Riñones de tamaño y ecogenicidad conservada

Se evidencia posible masa epigástrica, l lobulada tabicada que mide 4,8 cm x 3,3 cm no vascularizada, no se puede identificar su dependencia

CONCLUSIONES

Hepatomegalia con imagen quística en el segmento VI

Hidrocolecisto con barro biliar denso y microcálculos

Vías biliares intra hepáticas dilatadas

Colédoco dilatado de 1 cm

Masa epigástrica

Se sugiere TAC simple y contrastada de abdomen y páncreas


Dra. ADA LOPEZ

Médico Radiólogo

Anexo 6. Informe Colangiorenancia

COLANGIO RESONANCIA
MSP TUNGURAHUA
09 de mayo de 2017

INFORME:

Se realizan cortes axiales y coronales en secuencias T1, T2 y T2-FAT-SAT, observándose:

Hígado de tamaño normal, con bordes lisos. Estructura interna sin alteraciones de señal, Quiste simple de 3.0 cm en lóbulo derecho

Vesícula biliar distendida (12.5 cm de longitud, volumen 185 cc) presenta pared no engrosada, presencia de barro biliar.

Vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas muy dilatadas, el colédoco mide 19 mm de diámetro.

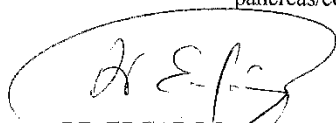
Bazo de tamaño normal, con contorno exterior liso y estructuras interna homogénea.

En cabeza de páncreas se aprecia proceso tumoral sólido de 5.5 cm hipointenso en T1, intensidad intermedia en T2.

A nivel de retroperitoneo sin crecimiento ganglionar.

CONCLUSIONES:

1. Hidrocolecisto secundario a obstrucción de colédoco distal por proceso tumoral probablemente en relación con Ca de cabeza de páncreas/colangiocarcinoma.



DR. EDGAR LOPEZ L.
MD. IMAGENOLOGO
AMBAIMAGENES

Quiz Quiz 1370 entre Cañaris y Calicuchima
Fono. 032400240 - 032400241 - 032400242
Emergencias. 0994650957

Nota. El contenido del reporte médico es de absoluta responsabilidad del profesional que firma

Anexo 7. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica



INFORME DE ERCP

FECHA: 11 - 05 - 2017 RUP: 113938

NOMBRE: EDAD: 82

REFERIDO POR: Hospital General Docente Ambato

EQUIPO: Duodenoscopio TJF 160

Previa firma de consentimiento informado, luego de explicar riesgos la paciente y familiares están de acuerdo.

MEDICACIÓN: Fentanilo 50ug/ propofol 70mg/ N-butilbromuro de hioscina 20mg

OTROS: MEDIO DE CONTRASTE: Ioversol al 68% (Optiray 320)

Bajo sedación profunda y con vigilancia de médico anestesiólogo, se procede a realizar el estudio.

ERCP: Papila de aspecto normal, de ostium amplio, la vía biliar se canula selectivamente con guía 0,25 y catéter 5fr.

PAPILOTOMÍA: No.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA: -Colédoco con importante dilatación quística distal de 7cm de diámetro, que sugiere quiste de colédoco tipo Todani I.

-1/3 superior del colédoco y vía biliar intrahepática dilatados.

-Conducto de Wirsung con importante dilatación irregular, en cabeza y cola, de etiología a esclarecer.

SUGERENCIAS: -NPO 24hrs.

-Evaluación quirúrgica del caso.

FOTO 1 papila

FOTO 2 canulación - catéter - guía

FOTO 3

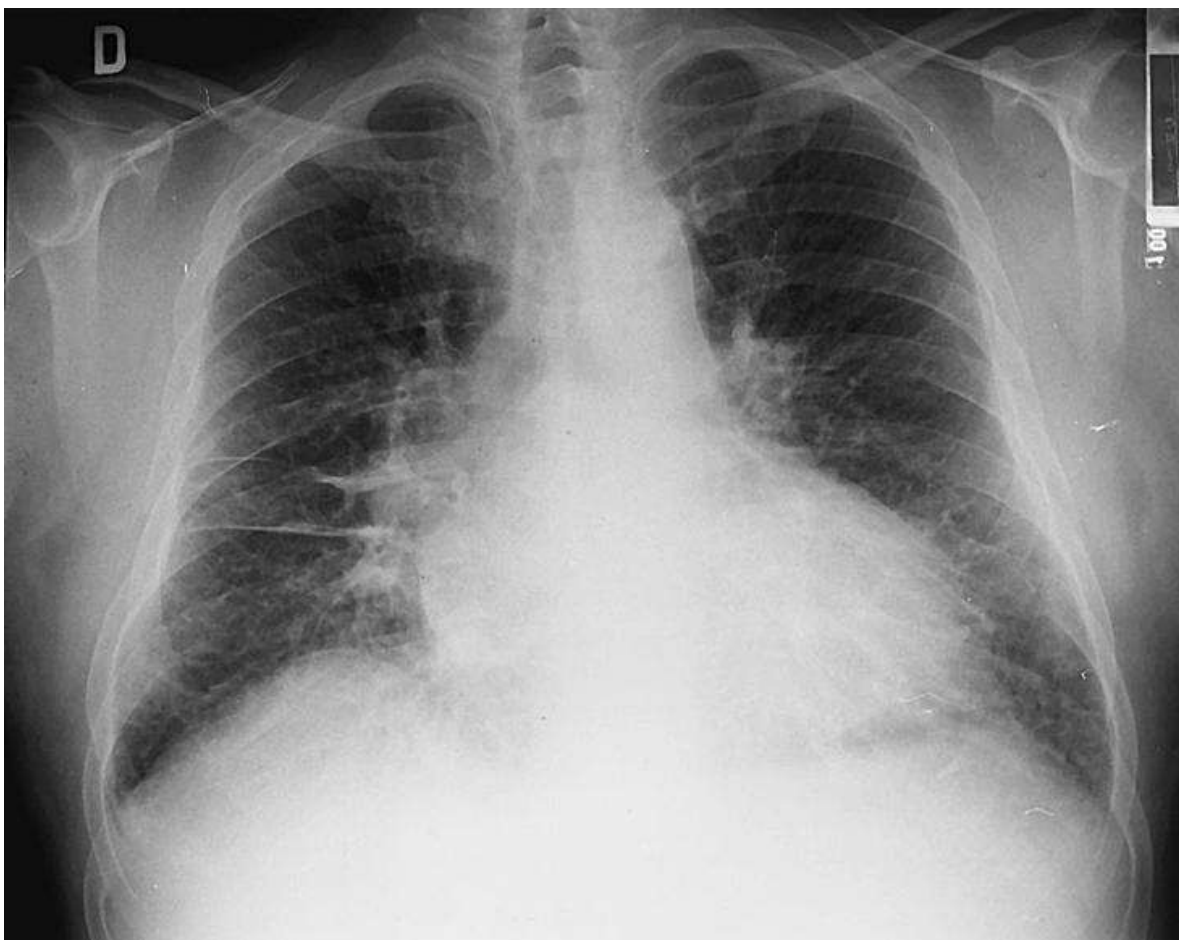
FOTO 4



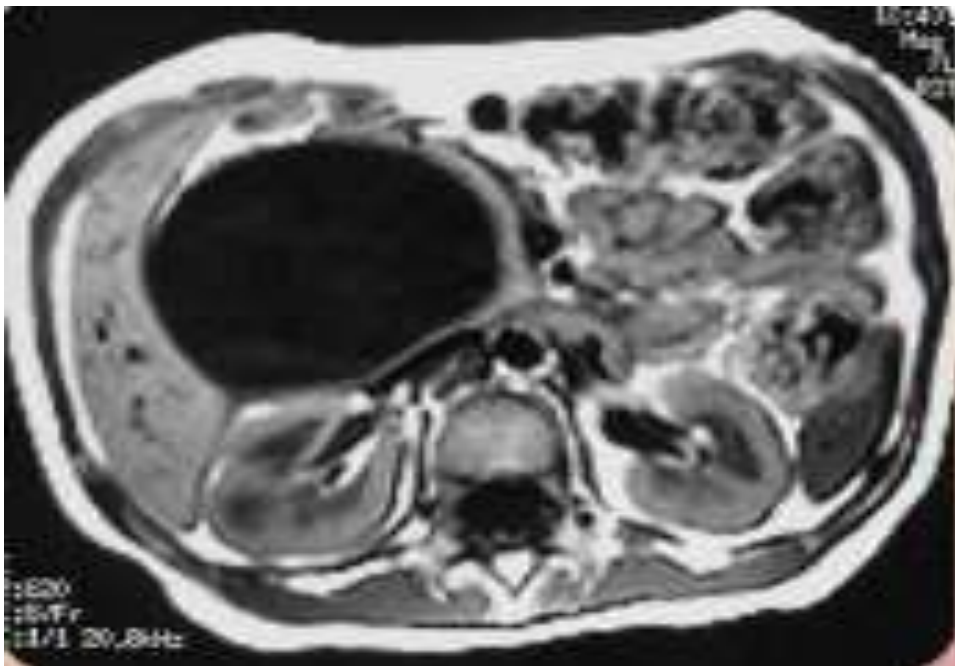
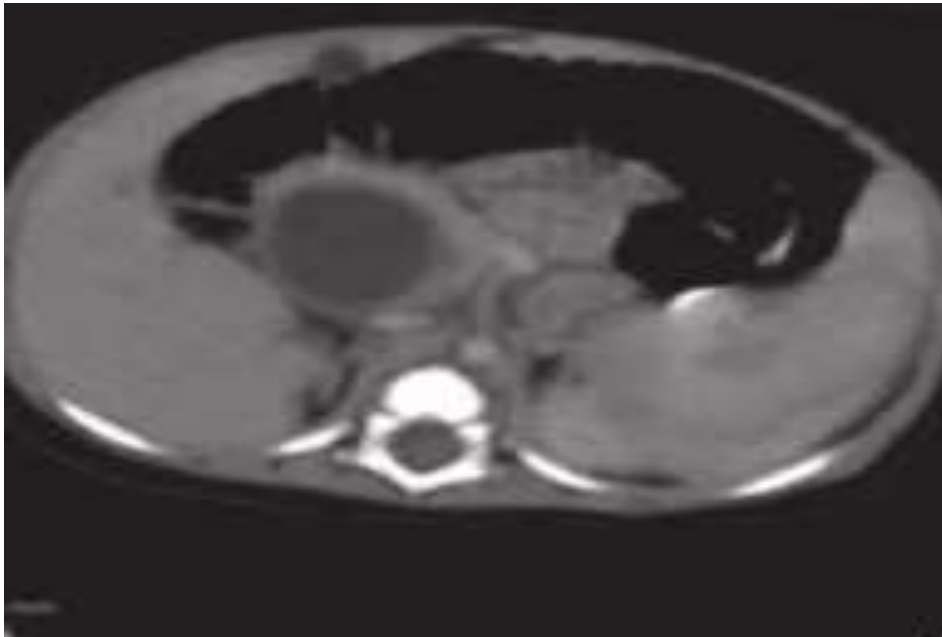
DR. XAVIER ZALDUMBIDE S.

Dr. Xavier Zaldumbide S.
Especialista en Endoscopia
0110 1774211-250

Anexo 8. Radiografía de tórax



Anexo 9. Tomografía axial computarizada simple y contrastada de abdomen



Anexo 10. Colangiografía trans-Kehr previa al egreso



Abreviaturas

<p>SGB: Síndrome de Guillain Barré HGDA: Hospital General Docente Ambato Dr.: Doctor Esp.: Especialista Nº: Número HV: Hijos vivos HM: Hijos muertos MmHg: milímetros de Mercurio Lpm: latidos por minuto Rpm: respiraciones por minuto Sat.O2: saturación de oxígeno Kg: kilogramo M.: metro Kg/m2: kilogramo por metro cuadrado UCI: Unidad de Cuidados Intensivos TFNP: técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva CSV: Control de signos vitales S.S. 0.9% 1000cc: solución salina al 0.9% mil centímetros cúbicos IV: intravenoso QD: al día VO: Vía oral G/dl: gramos por decilitro Mg/dl: miligramos por decilitro</p>	<p>Mmol/l: milimol por litro Mm3: milímetros cúbicos Control de I/E: control de ingesta y excreta TA: Tensión arterial FC: Frecuencia cardíaca FR: Frecuencia respiratoria T: temperatura RAS: revisión actual de sistemas EMO: examen microscópico de orina EKG: electrocardiograma HS: hora sueño MI: mililitro CPK: creatina-fosfocinasa TGO: transaminasa glutámico-oxalacética TGP: transaminasa glutámico-pirúvica LDH: lactato deshidrogenasa CKMB: creatina quinasa-MB</p>
---	---

Anexo 11. Abreviaturas