



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN DE
COLECISTITIS CRÓNICA”**

Requisito previo para optar como título de Médico

Autor: De La Cruz Llambo Maura Belén

Tutor: Dr. Esp. Andrade Salinas Roberto Paúl

Ambato – Ecuador

Junio 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso sobre el tema:

“FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN DE COLECISTITIS CRÓNICA” de De La Cruz Llambo, Maura Belén estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación de docentes calificadores designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio 2021

EL TUTOR



.....

Dr. Esp. Andrade Salinas Roberto Paúl

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación “**FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA A PROPÓSITO DE UN CASO COMO COMPLICACIÓN DE COLECISTITIS CRÓNICA**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, junio 2021

LA AUTORA



.....

De La Cruz Llambo Maura Belén

DERECHOS DE AUTOR

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

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública; dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, junio 2021

LA AUTORA



.....

De La Cruz Llamba Maura Belén

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico sobre, sobre el tema **“FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN DE COLECISTITIS CRÓNICA”** de De La Cruz Llambo Maura Belén, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio 2021

-Para constancia firma

1er Vocal

2do Vocal

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios Todopoderoso y a la Virgen Santísima quienes me dieron la fuerza, fortaleza y sabiduría necesaria para no desmayar y poder culminar mi sueño. Lo que parecía llevar un largo camino de noches de desvelo, días de frustración y cansancio junto a mis compañeros, hoy colegas, puedo decir que el sacrificio valió la pena. Gracias padre del cielo por bendecirme y ayudarme a cristalizar mi sueño tan anhelado. Agradezco infinitamente a familia en especial a mi padre y hermana quienes fueron mi apoyo incondicional en esta larga trayectoria de formación profesional.

De La Cruz Llambo, Maura Belén

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a la memoria de mi hermana Nora, fue un pasado muy fuerte que marco mi vida y la motivación más grande de elegir la carrera de Medicina.

Cuando mis fuerzas terminaban y la tristeza agobiaba mi corazón, la memoria de mi hermana, los recuerdos me levantaban para seguir mi sueño. Sé que desde el cielo ella me iluminará y me cuidará a lo largo de esta trayectoria profesional.

De La Cruz Llambo, Maura Belén

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE TABLAS	xi
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	xi
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	xii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	4
CAMPO	4
FUENTES DE RECOLECCIÓN	4

DOCUMENTOS REVISADOS	5
PERSONAS CLAVE A CONTACTAR	5
INSTRUMENTOS	5
DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	6
DATOS DE FILIACIÓN	6
ANTECEDENTES.....	6
HISTORIA SOCIOECONÓMICA	7
MOTIVO DE CONSULTA.....	7
ENFERMEDAD ACTUAL	7
REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS	8
PRESENTACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES AL INGRESO.....	9
EXAMEN FÍSICO GENERAL	9
EXAMEN FÍSICO REGIONAL.....	9
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	10
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	11
EVOLUCIÓN DEL PACIENTE POR DÍAS	16
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	49
FACTORES DE RIESGO EXTRA HOSPITALARIO.....	49
<i>Factores De Riesgo Biológico.....</i>	<i>49</i>
FACTORES DE RIESGO INTRA-HOSPITALARIOS:.....	50
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	50
<i>Oportunidades de acceso a la consulta por especialidad.....</i>	<i>50</i>
<i>Acceso a la atención médica.....</i>	<i>51</i>

<i>Atención de Emergencia</i>	51
<i>Oportunidades de remisión</i>	51
<i>Trámites administrativos</i>	52
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	52
ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	52
MARCO TEÓRICO	54
CONDUCTOS BILIARES INTRAHEPÁTICOS.....	55
VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA.....	55
DIVISIÓN ANATÓMICA DEL HÍGADO	56
COLECISTITIS CRÓNICA.....	57
FÍSTULAS BILIOENTÉRICAS	58
<i>Definición</i>	58
<i>Generalidades</i>	59
<i>Clasificación</i>	60
<i>Signos y síntomas</i>	69
<i>Diagnóstico</i>	70
<i>Diagnóstico Diferencial</i>	72
DISCUSIÓN	76
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	79
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

ÍNDICE TABLAS

TABLA 1. INFORMACIÓN DE LA PACIENTE.....	6
TABLA 2. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	7
TABLA 3. REVISIÓN DE ÓRGANOS Y SISTEMAS.....	8
TABLA 4. REVISIÓN DEL EXAMEN FÍSICO REGIONAL	9
TABLA 5. BIOMETRÍA HEMÁTICA.....	11
TABLA 6. QUÍMICA SANGUÍNEA.....	12
TABLA 7. SEROLOGÍA	13
TABLA 8. UROANÁLISIS	13
TABLA 9. BALANCE HÍDRICO.....	26
TABLA 10. CLASIFICACIÓN DE SÍNDROME DE MIRIZZI SEGÚN MCSHERRY	73
TABLA 11. CLASIFICACIÓN DE SÍNDROME DE MIRIZZI SEGÚN CSENDES	73
TABLA 12. ESQUEMATIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	79

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. DIAGRAMA DEL DIAGNÓSTICO.....	11
ILUSTRACIÓN 2. ECOGRAFÍA ABDOMINAL	14

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ALT: alanina-aminotransferasa

AST: aspartato aminotransferasa

cc: centímetros cúbicos

cm. centímetros

Colelap: colecistectomía laparoscópica.

CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

DISH: dispositivo intravenoso sin heparina

EKG: electrocardiograma

EVA: Escala Visual Analógica

FC: frecuencia cardiaca

FR: frecuencia respiratoria

GGT: gamma-glutamil transferasa

GU: gasto urinario

HCM: Hemoglobina corpuscular media

HGB: Hemoglobina **HTO:** hematocrito **IV:** Intravenoso

Lpm: latidos por minuto

MCHC: concentración de hemoglobina corpuscular media

ml: mililitros

mm/Hg: milímetros de mercurio

n°: número

PCR: proteína C reactiva

PVC: presión venosa central

RDW-CV: Coeficiente de variación del ancho de distribución de los eritrocitos

RDW-SD: amplitud de distribución eritrocitaria desviación estándar

RIG: región inguinogenital

Rpm: respiraciones por minuto

SC: subcutáneo

TA: tensión arterial

TAM: tensión arterial media

TGP: transaminasa glutámico-pirúvica

TGO transaminasa glutámicooxalacética

UCI: unidad de cuidados intensivos

UI: unidades internacionales

VCM: volumen corpuscular medio

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN DE
COLECISTITISCRÓNICA A PROPÓSITO DE UN CASO”**

Autor: De La Cruz Llambo Maura Belén

Tutor: Dr. Esp. Andrade Salinas Roberto Paúl

Fecha: Junio 2021

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a los pacientes que presentan fístulas colecistogástricas e identificar las posibles complicaciones post quirúrgicas que estos puedan presentar.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de análisis de caso clínico.

Discusión: Las fístulas bilioentéricas son una entidad que se puede definir como la comunicación anormal entre el sistema biliar y el tracto gastrointestinal y que pueden ocurrir de manera espontánea o como en la mayoría de los casos debido a una complicación de litiasis vesicular no tratada. En donde el objetivo principal del tratamiento para esta patología es lograr la descompresión de la vía biliar y prevenir recurrencias, con un manejo expectante y conservadora de la fístula originada, ya que puede provocar consecuencias clínicas diversas que en algunas situaciones ponen en peligro la vida del paciente. Se presenta el caso de una paciente de 55 años sin antecedentes de importancia que acude al servicio de urgencias del hospital regional de Ambato con cuadro de abdomen agudo y que mediante imagen y criterios de Tokio se ha llegado a un diagnóstico de colecistitis por lo cual se decide realizar colecistectomía laparoscópica de emergencia en la cual se halla de forma incidental una fístula colecistogástrica con apertura de estómago hacia plastrón vesicular y necrosis de pared gástrica

además de abscesos subhepático y perigástrico, por lo que se decide realizar desbridamiento de las múltiples adherencias, rafia de estómago en tres planos, colecistectomía subtotal y colecistostomía, es trasladada a UCI por 14 días luego de lo cual se decide su alta y se hace seguimiento. Ocho meses post colecistectomía la paciente presenta una clínica tórpida desencadenada por una sepsis de origen biliar, por lo que paciente es internada en el servicio de terapia intensiva con seguimiento por cirugía general, debido a la complejidad resolutive de su cuadro clínico y la necesidad de un equipo quirúrgico experimentado en cirugía hepatobiliar se activa red y se deriva a un centro terciario en este caso al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo para una reconstrucción biliar y realización de Hepatoyeyunostomía donde fue intervenida de manera electiva resolviendo así su cuadro patológico.

Conclusión: Se determino que las fístulas colecistogástricas son entidades clínicas no tan frecuentes con incidencias reportadas menores al 1.2 y 3% de las patologías biliares en cirugías hepatobiliares; siendo un reto médico ya que en su gran mayoría son silenciosas clínicamente o presentan síntomas digestivos vagos, y no existen modalidades de diagnóstico lo suficientemente específicas como para hacer un diagnóstico preoperatorio por lo que los médicos deben ser conscientes de su posibilidad en pacientes con colelitiasis de larga duración y colecistitis crónica. Una vez que se detecta la fístula intraoperatoriamente, es imperativo la realización de una colecistectomía, colecistostomía o drenaje percutáneo, que permita la descompresión de la vesícula y posteriormente, en un segundo tiempo, considerar la reparación de la fístula existente, si ésta lo amerita o en pacientes con elevada morbimortalidad quirúrgica y escasa respuesta al tratamiento conservador.

PALABRAS CLAVES: COLECISTITIS CRÒNICA, FÍSTULAS BILIOENTÈRICAS, FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA, SÍNDROME DE MIRIZZI, ÍLEO BILIAR

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

**"CHOLECYSTOGASTRIC FISTULA AS A COMPLICATION OF CHRONIC
CHOLECYSTITIS PURPOSE OF A CASE"**

Author: De La Cruz Llambo Maura Belén

Tutor: Dr. Esp. Andrade Salinas Roberto Paúl

Date: June 2021.

SUMMARY

Objective: Characterize patients with cholecystogastric fistulas and identify the possible post-surgical complications that they may present.

Materials and methods: Retrospective descriptive study of clinical case analysis.

Discussion: Bilioenteric fistulas are an entity that can be defined as abnormal communication between the biliary system and the gastrointestinal tract and that can occur spontaneously or as in most cases due to a complication of untreated gallstones. Where the main objective of the treatment for this pathology is to achieve the decompression of the bile duct and prevent recurrences, with an expectant and conservative management of the originated fistula. since it can cause diverse clinical consequences that in some situations endanger the life of the patient. We present the case of a 55-year-old patient with no significant history who came to the emergency department of the Ambato regional hospital with an acute abdomen and who, through imaging and Tokyo criteria, has reached a diagnosis of cholecystitis, for which a decides to perform emergency laparoscopic cholecystectomy in which a cholecystogastric fistula is found incidentally with opening of the stomach towards the vesicular plastron and gastric wall necrosis in addition to subhepatic and perigastric abscesses, for which it is decided

to perform debridement of the multiple adhesions, raffia of stomach in three planes, subtotal cholecystectomy and cholecystostomy, she was transferred to the ICU for 14 days after which she was discharged and followed up. Eight months after cholecystectomy, the patient presents a torpid clinical picture triggered by sepsis of biliary origin, for which the patient is admitted to the intensive care service with follow-up by general surgery, due to the complex resolution of her clinical picture and the need for a surgical team experienced in hepatobiliary surgery activates the network and is referred to a tertiary center in this case to the Eugenio Espejo Specialties Hospital for biliary reconstruction and performance of Hepatojejunostomy where she was operated electively, thus resolving her pathological picture.

Conclusion: It was determined that cholecystogastric fistulas are not so frequent clinical entities with reported incidences of less than 1.2 and 3% of biliary pathologies in hepatobiliary surgeries; being a medical challenge since the vast majority are clinically silent or present vague digestive symptoms, and there are no diagnostic modalities specific enough to make a preoperative diagnosis, so doctors should be aware of its possibility in patients with cholelithiasis of long duration and chronic cholecystitis. Once the fistula is detected intraoperatively, it is imperative to perform a cholecystectomy, cholecystostomy or percutaneous drainage, which allows decompression of the gallbladder and later, in a second stage, consider the repair of the existing fistula, if it warrants it or in patients with high surgical morbidity and mortality and poor response to conservative treatment.

KEYS WORDS: CHRONIC CHOLECYSTITIS, BILIOENTHRIC FISTULAS, CHOLECYSTOGASTRIC FISTULA, MIRIZZI SYNDROME, BILIARY ILEUS

INTRODUCCIÓN

La bilis es una mezcla de solutos orgánicos e inorgánicos, cuya función principal es la digestión de las grasas en el duodeno, esta se forma en los hepatocitos y fluye a través de las vías biliares, durante este paso la bilis debe ser almacenada en la vesícula biliar, un órgano en forma de pera que no solo sirve de reservorio, sino también que concentra a la bilis aumentando su cantidad de solutos y reabsorbiendo agua y otros iones. Una de las patologías más frecuentes en los países occidentales (1) es la litiasis biliar, estos litos o cálculos se forman por la composición anormal de la bilis, y pueden ser de colesterol o pigmentados dependiendo de la misma. Aunque no se conocen los factores exactos para la formación de los mismos se asume que la obesidad, las dietas hipercalóricas, los estrógenos (anticonceptivos orales), fibratos, producen aumento de la secreción biliar de colesterol y con ello un aumento de la precipitación del mismo que a la larga causa la formación de cálculos, la hipomotilidad de la vesícula causada por el ayuno prolongado, nutrición parenteral y el embarazo también forma parte de los factores de riesgo para la formación de cálculos. Aunque en un gran número de pacientes la colelitiasis es asintomática, otro grupo presenta síntomas que incluyen el cólico biliar, un dolor súbito, frecuentemente posprandial, localizado en el epigastrio o el hipocondrio derecho y que suele irradiar al hombro y la espalda, hasta la dispepsia biliar también frecuentemente posprandial y que se acompaña de náusea, vómito y sensación de plenitud gástrica. (2) La colecistitis es una complicación de colelitiasis, esta se debe a una inflamación de la mucosa de la vesícula y que se manifiesta con dolor tipo cólico, náusea, vómito y fiebre (3) cuando se produce múltiples cuadros de colecistitis aguda conlleva a una colecistitis crónica que causante de complicaciones severas, siendo una de ellas la formación de fistulas colecistoentéricas que pueden ser poco sintomáticas o dar lugar a un íleo biliar cuando un cálculo de gran volumen obstruye la válvula ileocecal.

En muchos casos la fistulización de un órgano ocurre por la formación de adherencias, siendo las más comunes aquellas que afectan al duodeno, las que afectan al ángulo hepático del colon y el estómago, aunque se han registrado casos de fistulización de la pared abdominal y la pelvis renal, muchas fistulas bilioentéricas clínicamente silenciosas y que se complican por una colecistectomía en un 5% de los pacientes tratados de colecistitis crónica. El tratamiento de elección es la colecistectomía precoz y la colecistostomía o la realización de un drenaje percutáneo, que ayude a disminuir la presión biliar (obstrucciones de la vía biliar principal por debajo de la salida del cístico) favoreciendo la resolución de procesos inflamatorios y posteriormente, en un segundo tiempo, considerar la reparación de la fístula existente, si ésta lo amerita o en pacientes con elevada morbimortalidad y escasa respuesta al tratamiento conservador. (4)

En nuestro caso se hará referencia a las fistulas colecistogástricas, que son causadas por una erosión de las paredes vesicular y gástrica producto de la impactación de un cálculo en la bolsa de Hartmann, lo cual provoca una comunicación anómala de los tractos biliar y gastrointestinal. En la cirugía del adulto, en cuanto a complicaciones de la colecistitis de larga data esta es una entidad frecuente, y que produce una alta mortalidad si no se resuelve de manera oportuna, por lo cual es pertinente hacer referencia a este caso. (5)

Para poder tener una clara comprensión del caso nos referiremos a los factores de riesgo tales como la historia de enfermedad biliar, las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la obesidad o la diabetes y también el sexo. (6)

También se hará referencia de los métodos diagnósticos usados por el equipo que atendió a la paciente y se los compara con los métodos diagnósticos propuestos por diferentes bibliografías, así como su tratamiento, de tal manera que se pueda llegar al objetivo planteado al inicio de este caso.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el presente caso clínico de fístula colecistogástrica como un tipo poco común de la fístula bilioentérica espontánea en pacientes con colecistitis crónica, debido a su gran interés clínico, por medio de una revisión minuciosa de la historia clínica y de la búsqueda de evidencia científica actualizada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la incidencia de fístula colecistogástrica en pacientes con colecistitis crónica.
2. Establecer los factores de riesgo que presenta la paciente para el desarrollo de la fístula colecistogástrica y la prevención de la misma.
3. Describir los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en pacientes con fístula colecistogástrica.
4. Identificar las principales complicaciones quirúrgicas y post quirúrgicas de la fístula colecistogástrica.

RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

CAMPO

1. Médico – Hospital General Docente Ambato

El Análisis de Caso Clínico presente se desarrolló en el contexto de múltiples fuentes informáticas y recursos bibliográficos, detallados a continuación:

FUENTES DE RECOLECCIÓN

2. Expediente clínico de la paciente , cortesía del Hospital General Docente Ambato destacando la revisión de documentos, obteniéndose la gran parte de información del caso clínico de forma trascendente, desde su condición clínica inicial, evolución , periodo de estancia hospitalaria, manejo terapéutico, protocolos operatorios, reporte de paraclínicos solicitados , las distintas particularidades de su atención de salud ,su clínica resolutive, controles y seguimientos de forma ambulatoria por consulta externa.
3. Entrevista personal a la paciente, misma que aportó datos importantes al momento de realizar el análisis de caso clínico
4. Conversatorio con médicos especialistas a cargo del paciente y médicos residentes quienes realizaron el seguimiento del caso en particular
5. Información bibliográfica como libros, revistas médicas, artículos de evidencia científica, guías clínicas actualizadas para la realización del presente trabajo de investigación tomándose en cuenta la definición, de las fístulas gastrobiliar, Latinoamérica y Mundial debido a que la incidencia de esta particular patología es poco frecuente en nuestro medio, permitiéndonos así analizarlos distintos criterios de validez de los estudios elegidos según la eficacia metodológica, la dimensión y

exactitud de los resultados y su aplicabilidad al área de interés.

DOCUMENTOS REVISADOS

- Hoja de Emergencia (008), Anamnesis, notas de ingreso, evoluciones, reportes paraclínicos realizados, protocolos operatorios, epicrisis de alta.

PERSONAS CLAVE A CONTACTAR

- Médico tratante de cabecera del caso del servicio de Cirugía general del Hospital General Docente Ambato.

INSTRUMENTOS

- Entrevista directa a la paciente, acceso autorizado a la historia clínica, computador, Internet, material de escritorio, recursos económicos autofinanciados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Datos de filiación

Paciente femenina de 55 años nacida y residente en Ambato, estado civil casada de lateralidad diestra, religión católica, de etnia mestiza y desconoce su grupo sanguíneo.

Tabla 1. Información de la Paciente

Nombre	N.N
Edad:	55 años
Sexo:	Femenino
Lugar de Nacimiento	Ambato
Lugar de Residencia	Ambato
Nivel de Estudio	Superior (incompleto)
Ocupación	Quehaceres Domésticos
Estado Civil:	Casada
Religión:	Católica
Lateralidad:	Diestra
Tipo de Sangre:	No Refiere

Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Historia clínica del paciente

Antecedentes

Antecedentes patológicos Familiares: madre con diabetes mellitus tipo II

Antecedentes patológicos Personales: No refiere

Antecedentes patológicos Quirúrgicos: No refiere

Alergias: No refiere

Tabla 2. Antecedentes Gineco-Obstétricos

MENARQUIA:	13 AÑOS
FECHA DE ULTIMA	05/10/2016
MENOPAUSIA	52 AÑOS
PAREJAS SEXUALES:	1
INICIO DE VIDA SEXUAL:	19 AÑOS
GESTAS: 4 PARTOS: 2 ABORTOS: 2 CESÀREAS :0	

Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Historia clínica del paciente

Historia socioeconómica

Paciente habita con su hijo y nieta en departamento de arriendo en zona urbana de Ambato, mismo que cuenta con 2 habitaciones, cocina y un baño, dispone de todos los servicios básicos (luz, agua, alcantarillado, teléfono), el sustento económico está a cargo de ella y su hijo. Paciente de escasos recursos económicos, sin un ingreso Económico estable. Situación económica regular.

Motivo de consulta

Dolor abdominal

Enfermedad Actual

Paciente femenina de 55 años de edad sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos de

importancia que acude por presentar cuadro de dolor abdominal tipo cólico de más o menos 24 horas de evolución como fecha real y aparente, siendo de moderada intensidad 7 / 10 según escala de EVA, localizado en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho, teniendo como causa aparente la ingesta de comida copiosa, no tiene relación con la micción ni decúbitos. Paciente refiere que no ha tomado ninguna medicación acompañándose de náusea que lleva al vómito por varias ocasiones de contenido alimentario. actualmente, cuadro se exacerba por lo que acude en compañía de familiares al servicio de Emergencia del Hospital General Docente Ambato

Revisión actual de órganos y sistemas

Tabla 3. Revisión de órganos y Sistemas

Órganos de los sentidos	Sin patología aparente
Respiratorio	Sin patología aparente
Cardiovascular	Sin patología aparente
Digestivo	Lo referido en la Enfermedad Actual
Genital	Sin patología aparente
Urinario	Sin patología aparente
Musculo esquelético	Sin patología aparente
Endocrino	Sin patología aparente
Hemo linfático	Sin patología aparente
Nerviosos	Sin patología aparente

Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Historia clínica del paciente

Presentación de los Signos Vitales al ingreso

Presión arterial tomada en emergencia: 110/80 milímetros de Mercurio

Frecuencia cardiaca: 71 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto

Saturación de Oxígeno: 92% al Aire Ambiente

Temperatura: 37,2 grados centígrados

Datos antropométricos

Peso: 84 kilogramos

Talla: 1.67 metros

Perímetro abdominal: 105 centímetros

Índice de Masa Corporal: 30.21 kilogramos /metros²

Examen Físico General

Al momento de la evaluación paciente, consciente, orientado en las tres esferas, febril, hidratado, fascie álgica, biotipo brevilíneo.

Examen Físico Regional

Tabla 4. Revisión del Examen físico Regional

Piel	Normotensa, normo elástica con ligero tinte icterico
Cabeza	Normocefálica, cabello con implantación acorde a la edad y sexo, no se evidencia lesiones ni deformaciones
Ojos	Presencia de pupilas isocóricas reflejo fotomotor conservado, escleras normo coloreadas

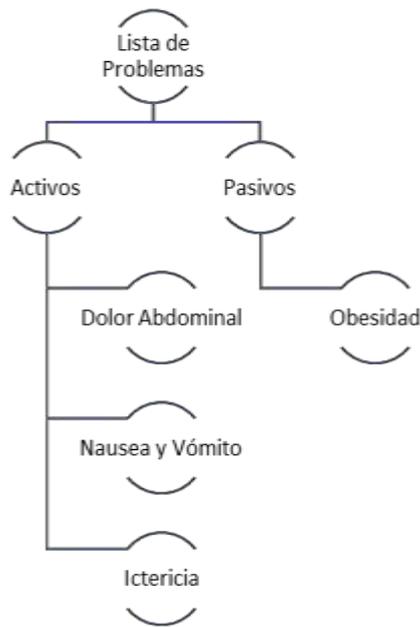
Oídos	Pabellón auricular de correcta implantación, orificio auditivo externo permeable
Nariz	Sin presencia de secreciones. Fosas nasales permeables
Boca	Mucosas orales húmedas, piezas dentales completas en regular estado. Orofaringe no eritematosa
Cuello	Movilidad conservada, simétrico sin presencia de adenopatías, tiroides grado OA
Tórax	Simétrico, expansibilidad conservada,
Cardio-Pulmonar	Conservado, sin presencia de ruidos patológicos
Abdomen	A la inspección no se evidencia deformidades, a la auscultación ruidos hidroaéreos aumentados a la palpación se encuentra suave, a la digitopresión es depresible con presencia de dolor a la palpación en región de epigastrio y también en hipocondrio derecho, con presencia de focalidad vesicular con signo de Murphy Positivo
Región	Genitales femeninos, normales
Extremidades	Móviles, simétricas, sin presencia de edema, llenado capilar menor a 3 segundos
Neurológico	Glasgow 15/15, no signos meníngeos, reflejos conservados

Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Historia clínica del paciente

Impresión Diagnóstica

Ilustración 1. Diagrama del Diagnóstico



Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía

Diagnóstico Presuntivo

- Colecistitis y Colelitiasis

Exámenes Complementarios

Tabla 5. Biometría Hemática

Leucocitos	16.370	K/u
Hematíes	4.97	M/u
HGB	13.40	g/dl
HTO	44.00	%
VCM	88.6	fl

HCM	27 .0	pg
MCHC	30.5	g/dl
Plaquetas	477	k/ul
RDW-SD	49.2	fl
RDW-CV	14.7	%
Neutrófilos	79.7	%
Linfocitos	17.9	%
Monocitos	2.1	%
Eosinófilos	0.3	%
Basófilos	0.0	%

Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía

Tabla 6. Química Sanguínea

Glucosa	120.3	mg/dl
Urea	21.6	mg/dl
Creatinina	1.07	mg/dl
Bilirrubina Total	0.89	mg/dl
Bilirrubina Directa	0.40	mg/dl
Bilirrubina Indirecta	0.49	mg/dl

AST-TGO	32	U/l
ALT-TGP	42	U/l
Gamma GT	150	U/l
Fosfatasa Alcalina	267	U/L
Amilasa	45	U/l
Lipasa	20.2	U/l

Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía

Tabla 7. Serología

PCR	221.7	mg/dl
------------	--------------	--------------

Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía

Tabla 8. Uroanálisis

Color	Amarrillo	
Aspecto	Turbio	
Densidad	1.015	
pH	6.00	
Leucocitos orina	Negativo	/cruces

Nitritos	Negativo	
Proteínas	Negativo	mg/dl
Sangre	Negativo	eri/ul
Glucosa	Negativo	mg/dl
Cetonas	Negativo	
Urobilinógeno	+	mg/dl
Bilirrubina	Negativo	
Piocytes en orina	6-10	x campo
Hematies en orina	1-4	x campo
Células Epiteliales Bajas	6-10	x campo
Bacterias	++	/cruces

Elaborado por: Maura Belén De La Cruz Llambo

Fuente: Historia clínica del paciente

Ilustración 2. Ecografía Abdominal

ECOGRAFIA ABDOMINAL: Hígado de forma y tamaño normal, parénquima aumentado de tamaño no lesiones ocupantes de espacio, ni dilatación de vías biliares intra y extra hepático. Colédoco 2,5 mm, vesícula biliar distendida pared engrosada, edematosa y mide 4,7 mm contiene cálculos que mide de 8 a 17 mm y barro biliar.

Murphy ecográfico (+)

Páncreas aumentado de tamaño a expensas de cuerpo y cola, parénquima homogéneo.

Conclusión: Colecistitis/ Colelitiasis

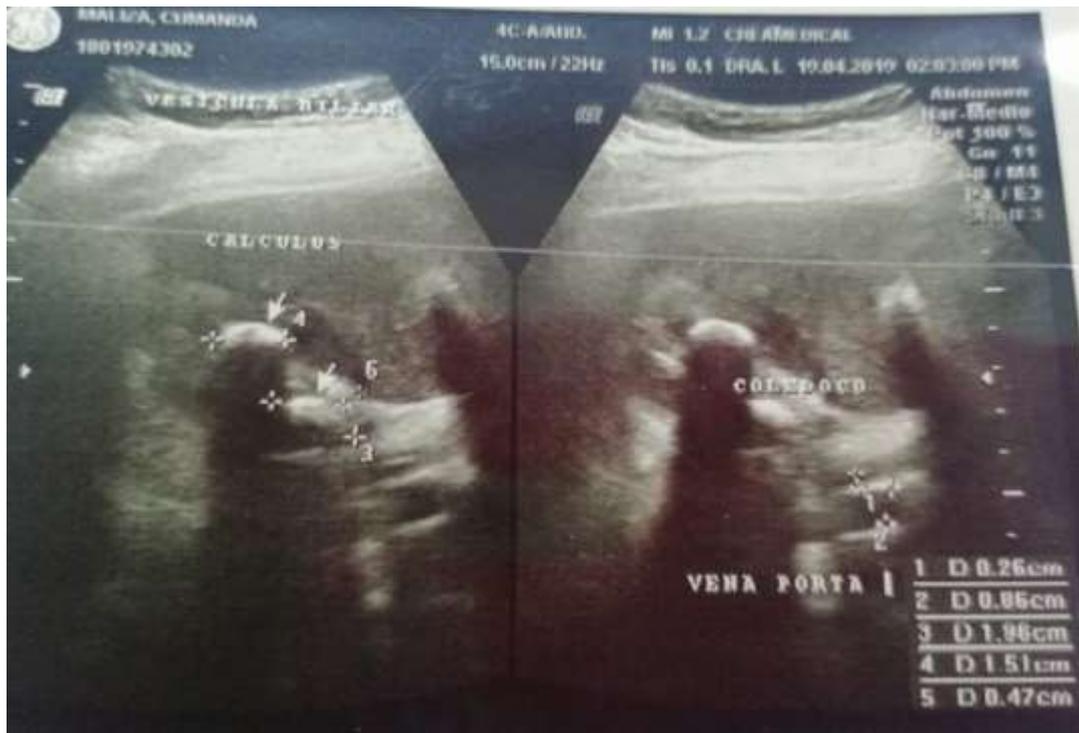
Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía 2019



Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía 2019



Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía 2019



Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía 2019



Fuente: Expediente clínico de la paciente. Hospital Docente General Ambato. Servicio de Cirugía 2019

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE POR DÍAS

Fecha: 18/04/2019

Paciente acude al Servicio de Emergencia del Hospital General Docente Ambato, presentando cuadro de dolor abdominal localizado a nivel de hipocondrio derecho acompañado de náusea que lleva al vómito, que al examen físico presenta signo de Murphy positivo, en paraclínica realizada en el servicio de emergencia se reporta presencia de leucocitosis con desviación de la fórmula leucocitaria a la izquierda y elemental microscópico de orina no infeccioso. Al no disponer de ecografía convencional en ese momento se solicita la valoración por parte de cirugía general para valorar el ingreso de la paciente por presentar criterios de Tokio A+B y supuestamente C ya que se realiza un rastreo con el eco fast de emergencia.

Fecha: 19/04/2019

Nota de Cirugía General en Emergencia

Paciente femenina de 55 años es valorada por parte del servicio de Cirugía General refiriendo dolor abdominal de larga evolución con presencia de Murphy positivo al examen físico, que en la analítica se corresponde con leucocitos de 16.370, hemoglobina 13.40, Neutrófilos 87% y Linfocitos 13%, en química sanguínea: Glucosa 120, Función renal dentro de valores normales, Función Hepática, GGT 150, Fosfatasa Alcalina 267, TGO 32, TGP 42, Amilasa 45, Lipasa 20.2 y PCR 221. En ecografía realizada el mismo día que reporta hígado de forma y tamaño normal, parénquima aumentado de tamaño, no lesiones ocupantes de espacio ni dilatación de las vías biliares ni intra y extra hepáticas, colédoco 2.5 mm, vesícula biliar distendida pared engrosada edematosa, mide 4.7 mm, contiene cálculos que mide de 8 a 17 mm y barro biliar con presencia de Murphy ecográfico Positivo. Páncreas aumentado de tamaño a expensas de cuerpo y cola parénquima homogéneo con conclusión de una Colecistitis y Colelitiasis. Por lo que deciden el ingreso al servicio de Cirugía General

Indicaciones:

1. Nada por vía oral

2. Control de signos vitales cada 8 horas
3. Cloruro de sodio al 0,9% 1000 ml pasar a 80 ml/hora
4. Tramadol 50 miligramos intravenoso cada 8 horas pasar lento y diluido
5. Ampicilina + sulbactam 3 gramos intravenoso cada 6 horas (Día 1)
6. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas
7. Omeprazol 40 miligramos vía intravenoso cada día
8. Comunicar novedades

Fecha: 20/04/2019

Paciente es llevada a quirófano para realizar Colelap, una vez explicado el procedimiento y posibles complicaciones paciente firma consentimiento informado para la autorización de la cirugía:

PROTOCOLO OPERATORIO

Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis Aguda Grado III

Diagnostico postoperatorio: IDEM + Fístula Colecistogástrica + Peritonitis Generalizada + Plastrón Vesicular + Absceso Subhepático y Perigástrico

Cirugía propuesta: Colelap

Cirugía realizada: Laparoscopia Diagnóstica + Laparotomía exploratoria+ colecistectomía + colecistostomía + limpieza de cavidad

Diéresis:

nº 1 puerto umbilical de 11 mm

nº 2 puerto hipocondrio derecho de 5 mm nº 3 puerto flanco derecho de 5 mm

nº 4 puerto fosa iliaca derecha de 5 mm

Incisión supra media e infraumbilical de más o menos 18 cm

Procedimiento operatorio

Se realiza la asepsia y antisepsia adecuada para la intervención quirúrgica, posterior a lo cual se procede a la colocación de campos estériles, posteriormente se realiza las incisiones para los puertos transumbilical, subxifoideo, subcostal y flanco derecho para proceder a la colocación de los trocares, con la ayuda del trocar n°1 localizado en el puerto transumbilical se procede a la formación del neumoperitoneo y colocación de trocares bajo visión directa, aspiración de líquido peritoneal en cavidad y en primera instancia se observa plastrón vesicular con desbridamiento del mismo de manera roma succión y gasa, así como aspiración del contenido vesicular. Se continua con la liberación del plastrón vesicular hasta encontrar fistula Colecistogástrica, se aprecia salida de líquido purulento en moderada cantidad y apertura de pared gástrica hacia plastrón vesicular y necrosis del mismo adherente a vesícula. Se procede a la liberación completa del plastrón vesicular con identificación de perforación gástrica a 5 cm del píloro y remisión de borde de pared gástrica y rafia de estómago en tres planos. Por lo que posteriormente se procede a revisar la vesícula biliar sin lograr identificación del triángulo de calot, por lo que se abren adherencias en Hartman sin liberación por riesgo de perforación, realizando colecistectomía parcial y colecistostomía. Posteriormente se realiza revisión de impermeabilidad de rafia gástrica y colecistostomía sin evidencia de fuga por lo que se lava la cavidad abdominal con abundante solución salina, así como revisión y control de hemostasia y se procede al cierre de la cavidad por planos, con la colocación de Jackson Prat en puerto número 1 en espacio Subhepático y número 2 en fondo de vesícula.

Exposición y Hallazgos Quirúrgicos

1. Líquido purulento libre en cavidad de aproximadamente 1000 cc.
2. Plastrón vesicular conformado por hígado, colón, vesícula, estómago y duodeno.
3. Absceso Subhepático y Perigástrico de aproximadamente 400 cc.
4. Vesícula de paredes engrosadas, fibras perforadas con contenido de líquido purulento y libre en fondo vesicular.

5. Fistula colescistogástrica con apertura de estómago hacia plastrón vesicular y necrosis de pared gástrica.
6. Calot no identificable por proceso fibrótico, se abre vía biliar respetando la misma.

Indicaciones post quirúrgicas:

1. Nada por vía oral
2. Sonda nasogástrica a caída libre
3. Monitorización continua de signos vitales
4. Oxígeno por bigotera a 3 litros
5. Diuresis horaria
6. Control y cuantificación del drenaje
7. Dextrosa en solución salina al 0,9% 1000 ml intravenoso pasar a 125 ml/hora
8. Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas
9. Tramadol 50 miligramos intravenoso cada 12 horas
10. Meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas (día 0)
11. Ácido ascórbico 1 gramo intravenoso cada día.
12. Gluconato de calcio 1 gramo intravenoso cada día.
13. Sulfato de magnesio 2 gramos intravenoso cada día.
14. Complejo B 5 ml intravenoso cada día.
15. Exámenes complementarios
16. Valoración por terapia intensiva

Fecha: 21/04/2019

Paciente femenina de 55 años con diagnóstico de colecistitis aguda grado I que cursa su primer día postoperatorio con diagnóstico de colecistitis aguda grado III + fistula Colecistogástrica + absceso Subhepático y peritonitis generalizada, permanece en regulares condiciones con ligero

dolor a nivel de sitios quirúrgicos, con medicación parenteral y con presencia de drenajes permeables.

Al examen físico: paciente, consciente, orientado, hidratada, mucosas orales húmedas con presencia de sonda nasogástrica permeable, con contenido serohemático en 50cc

Abdomen: apósitos secos, drenaje permeable, con producción de líquido biliar de 55cc con presencia de ruidos hidroaéreos.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales
3. Sonda nasogástrica a caída libre
4. Oxígeno por bigotera a 3 litros
5. Diuresis horaria
6. Control y cuantificación del drenaje
7. Dextrosa en solución salina al 0,9% 1000 ml intravenoso pasar a 100 ml/hora
8. Lactato Ringer compensar ml por ml de pérdidas de drenaje y de sonda nasogástrica
9. Ketorolaco 30 miligramos intravenoso cada 8 horas
10. Tramadol 50 miligramos intravenoso cada 12 horas
11. Meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas (día 1)
12. Ácido ascórbico 1 gramo intravenoso cada día.
13. Gluconato de calcio 1 gramo intravenoso cada día.
14. Sulfato de magnesio 2 gramos intravenoso cada día.
15. Complejo B 5 ml intravenoso cada día.
16. Exámenes complementarios
17. Valoración por terapia intensiva

Fecha: 22/04/2019

Paciente femenina de 55 años que cursa su segundo día postoperatorio con diagnóstico de colecistitis aguda grado III + fistula Colecistogástrica + absceso Subhepático y peritonitis generalizada, permanece en regulares condiciones con ligero dolor a nivel de sitios quirúrgicos, con medicación parenteral y con presencia de drenajes permeables. Es valorado por parte del servicio de Terapia Intensiva

Terapia Intensiva en Cirugía General

Paciente de 55 años con diagnóstico de colecistitis aguda grado III más fístula Colecistogástrica más peritonitis generalizada más plastrón vesicular y absceso subhepático, que al momento de la valoración se encuentra paciente consciente, orientado con mucosas orales húmedas, con tensión arterial 110/70, frecuencia cardiaca 90, frecuencia respiratoria 22, saturación de oxígeno 92% con 3 litros por bigotera nasal, que refiere dolor en hipocondrio derecho. Por lo que sugiere seguimiento por parte de terapia intensiva y mismas indicaciones de cirugía general.

Al examen físico: paciente, consciente, orientado, hidratada, mucosas orales húmedas con presencia de sonda nasogástrica permeable, con contenido serohemático en 50cc

Abdomen: apósitos secos, drenaje permeable, con producción de líquido biliar de 55cc con presencia de ruidos hidroaéreos.

Indicaciones:

1. Mantener Indicaciones

Fecha: 23/04/2019

Paciente femenina de 55 años que cursa su tercer día postoperatorio con diagnóstico de colecistitis aguda grado III + fistula Colecistogástrica + absceso Subhepático y peritonitis generalizada, permanece en regulares condiciones con ligero dolor a nivel de sitios quirúrgicos

y malestar general a nivel de drenaje acompañado con dificultad respiratoria

Al examen físico: paciente, consciente, orientado, hidratada, mucosas orales húmedas con presencia de sonda nasogástrica permeable, con contenido serohemático en 50cc. Signos vitales con signos vitales: TA: 90 /60 mm Hg, FC: 75 latidos por minuto, FR: 20 respiraciones por minuto, Saturación O2: 92 % a 3 litros de O2 por minuto, hemodinámicamente estable.

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco derecho, presencia de herida de puertos y de laparotomía medial supraumbilical de 15 cm aproximadamente con puntos de sutura sin señales de inflamación ni infección presencia de drenajes.

Indicaciones:

1. Mantener Indicaciones

Paciente es interconsultada por el servicio de unidad de cuidados intensivos en cirugía quienes valoran y al examen físico encuentra: a paciente hemodinámicamente estable TA:113/70 mm Hg, FC:86 lpm, Sat O2: 83% con mascarilla a 1 litro de O2 por minuto, pulmones : murmullo vesicular disminuido en lado izquierdo , abdomen: suave , depresible, doloroso a la palpación a nivel de epigastrio , presencia de drenajes permeables y productivos en poca cuantía , portadora de sonda vesical permeable ,diuresis clara y espontanea .

Indicaciones:

1. Ordenes de cirugía
2. Oxigenoterapia por catéter nasal a litro
3. Fisioterapia respiratoria intensa con incentivometro respiratorio
4. Acetilcisteína 300 mg intravenoso cada 6 horas
5. HBPM 40 UI subcutánea cada 12 horas
6. medias antitrombóticas

7. movilización temprana
8. continuar con meropenem 2 gramos intravenoso cada 8 horas
9. Exámenes de laboratorio, electrolitos, perfil hepático, función renal, marcadores inmunológicos de infección (PCR, Procalcitonina)
10. Comunicar resultados

En paraclínica del 23 de abril se observa hemoglobina de 9.4, hematocrito de 31%, leucocitos de 9.400, neutrófilos 83%, creatinina: 0,47, potasio: 3.12, PCR 205.

Análisis: paciente al momento hemodinámicamente estable, con apoyo de oxígeno por cánula nasal, se encuentra en radiografía de tórax, se encuentra infiltrados intersticios alveolares en campo pulmonar derecho por lo que se sugiere continuar con terapia y ejercicios respiratorios.

Resumen de su estancia hospitalaria del 24/04/2019-03/05/2019

Paciente femenina de 55 años de edad se mantuvo ingresada en el servicio de Cirugía General por 14 días por un cuadro de dolor abdominal de larga evolución en la que fue intervenida el día 20 de abril del 2019, obteniéndose un diagnóstico post operatorio de colecistitis aguda grado III + fistula Colecistogástrica + absceso Subhepático y peritonitis generalizada en la que se encontró como hallazgos más importantes plastrón vesicular, con fístula Colecistogástrica y necrosis de la pared gástrica a 5 centímetros del duodeno, por lo que se realizó desbridamiento de las múltiples adherencias acompañado de una colecistostomía, verificando la vía biliar que se encontraba sin más alteraciones de las ya mencionadas. Por lo que se procede a la colocación de dos drenajes para dar seguimiento y control de los sitios de infección.

Paciente que se mantuvo en nada por vía oral durante los primeros 4 días post quirúrgicos, iniciando tolerancia gástrica al 5 día, paciente que mantuvo sus constantes vitales en rangos dentro de los parámetros de la normalidad, regular manejo del dolor, con producción

constantes y variable de sus drenajes hasta el día 13avo de su hospitalización, cumpliendo con esquema de antibioticoterapia de amplio espectro por 14 días. Paciente evoluciona favorablemente por lo que se procede dar el alta más indicaciones y seguimiento por la consulta externa.

Fecha: 03/05/2019

Paciente que al encontrarse en mejores condiciones generales y hemodinámicamente estable y sin presencia de infección de sitios quirúrgicos se procede a dar el alta más indicaciones y control más seguimiento por parte de la consulta externa. Así mismo se explica los principales signos de alarma por los que debe acudir al Hospital y el retiro de puntos en el centro de salud más cercano.

Indicaciones:

1. Alta por cirugía genera
2. Cuidados generales y dietéticos
3. Cefuroxima 500 miligramos vía oral cada 12 horas por 7 días
4. Ibuprofeno 400 miligramos vía oral cada 8 horas por 7 días
5. Omeprazol 20 miligramos vía oral cada día por 10 días
6. Control por consulta externa en 15 días
7. Novedad

Tabla 9. Balance Hídrico

		20/04/19	21/04/19	22/04/19	23/04/19	24/04/19	25/04/19	26/04/19	27/04/19	28/04/19	29/04/19	30/04/19	01/05/19	02/05/19
INGESTA	Parenteral	650	4280	5060	3633	3547	1810	1660	1860	1130	350	400	600	750
	Oral	NPO	NPO	NPO	NPO	200	400	500	650	450	1050	950	750	950
	Total	650	4180	5060	3633	3547	2210	2160	2510	1580	1400	1350	1350	1700
ELIMINACIÓN	Orina	410	486	2750	1748	2200	1800	3300	1300	4300	3100	3000	1050	1100
	SNG	40	190	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Drenaje 1	75	160		311	0	30	14	33	21	6	12	3A	0
	Drenaje 2	100	10	756	72	25	70	120	30	21	14	46	5	0
	Drenaje 3	80	15		30	150	600	3	200	5	3	46	7	0
	Total	705	861	3506	2161	2375	2500	3437	1563	4347	3123	3104	1065	1100

Fecha: 24/01/2020

Paciente acude al Servicio de Emergencia del Hospital General Docente Ambato, con antecedente quirúrgico de colecistectomía hace 8 meses, presentando dolor abdominal localizado en mesogastrio con irradiación difusa, de moderada intensidad tipo cólico que se acompaña de náusea que lleva al vómito por varias ocasiones. Paciente refiere que se realizaba controles rutinarios por consulta externa de cirugía donde valoran y envían terapia basada en analgesia sin embargo el dolor no mejora, por lo que acude a esta casa de salud.

Al examen físico: paciente, consciente, orientada, deshidratada, con fascie álgica, mucosas orales secas. Signos vitales: TA: 90 /60 mm Hg, FC: 62 latidos por minuto, FR: 18 rpm, Saturación O₂: 93 % al aire ambiente, hemodinámicamente estable.

Abdomen: Suave depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de hemiabdomen superior, se evidencia cicatriz supraumbilical en línea media de más o menos 3 cm, con escasa secreción y no signos de inflamación. A la auscultación ruidos hidroaéreos disminuidos con matidez generalizada.

Fecha: 24/01/2020

Nota de Cirugía General en Emergencia

Paciente femenina de 55 años es valorada por parte del servicio de Cirugía General refiriendo que hace 8 meses fue intervenida de colecistitis aguda más hernia ventral, posteriormente refiere dolor a nivel de mesogastrio con irradiación a hipocondrio derecho, de moderada intensidad siendo tipo cólico, acompañándose de náusea que no lleva al vómito por varias ocasiones, anorexia por lo que acude. Al examen físico paciente vigil, álgica, deshidratada, orientado en tiempo, espacio y persona con Glasgow 15/15. Abdomen, distendido doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio, con respuesta peritoneal, signo de Mussy positivo, con herida quirúrgica sin signos inflamatorios. Por el cuadro que presenta la paciente

se cataloga con un diagnóstico de Abdomen Agudo Inflamatorio decidiendo el ingreso al servicio de Cirugía General.

Indicaciones:

1. Nada por vía oral
2. Control de signos vitales cada 8 horas
3. Lactato Ringer 1000 mililitros pasar a 100 ml/hora intravenosa
4. Parte operatorio
5. Consentimiento informado
6. Receta quirúrgica
7. Pase a quirófano según disponibilidad
8. Comunicar novedades

Fecha: 24/01/2020

Paciente es llevada a quirófano para realizarse una laparotomía exploratoria, una vez explicado el procedimiento y posibles complicaciones paciente firma consentimiento informado para la autorización de la cirugía:

PROTOCOLO OPERATORIO

Diagnóstico preoperatorio: Abdomen Agudo Inflamatorio

Diagnostico postoperatorio: Peritonitis biliar más + sepsis de foco abdominal

Cirugía propuesta: Laparotomía exploratoria

Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria + drenaje de cavidad abdominal + limpieza de cavidad + colocación de drenaje.

Diéresis:

Incisión supra media e infraumbilical de más o menos 18 cm

Procedimiento operatorio

Se realiza la asepsia y antisepsia adecuada para la intervención quirúrgica, posterior a lo cual se procede a la colocación de campos estériles, se realiza incisión supra-trans-infraumbilical de aproximadamente 18 cm, se profundiza a cavidad abdominal por planos. Seguidamente se realiza drenaje de líquido biliar de 6000 mililitros presente en toda la cavidad abdominal. Se continua con la apertura de la incisión abdominal previa, identificándose colección supra-aponeurótica sobre la malla de 400 ml de líquido achocolatado. Posteriormente se lava toda la cavidad abdominal con 12000 ml de solución salina acompañado con liberación de adherencias en asa e interasa de yeyuno, íleon, colón derecho, colón izquierdo, sigma y recto, acompañándose de adhesiolisis de las adherencias Zuhlke III – IV de ángulo hepático de colón, asas del yeyuno proximal, cara anterior gástrica y borde posterior hepático. Se procede a la colocación de drenaje de Jackson Pratt y tubular en lecho quirúrgico acompañado de empaquetamiento hepático con 3 compresas en lecho quirúrgico. Así como la colocación del segundo drenaje tubular en fondo de saco de Douglas y se termina con puntos de aproximación en la aponeurosis de mala calidad y al tejido celular subcutáneo. La paciente ingresa a Terapia intensiva para manejo postquirúrgico de su cuadro patológico.

Exposición y Hallazgos Quirúrgicos

1. Líquido en cavidad abdominal de aspecto bilioso de aproximadamente 6000 ml en cavidad abdominal.
2. Colección supra aponeurótica sobre malla de 400 ml aproximadamente de líquido achocolatado.
3. Adherencias firmes Zuhlke III – IV en lecho hepático, que compromete colón transversal, borde posterior hepático, cara anterior gástrica y asas de yeyuno proximal.
4. Abdomen cillado en lecho hepático.
5. Gleras purulentas biliosas en toda la cavidad abdominal.

6. Se evidencia sutura de cirugía anterior en lecho aparentemente vesicular con salida de líquido bilioso.
7. Aponeurosis de mala calidad que se refuerza con malla colocada previamente.

Indicaciones post quirúrgicas:

1. Ingreso a Unidad de Terapia Intensiva
2. Comunicar Novedades

Fecha: 24/01/2020

Terapia Intensiva

Paciente ingresa a nuestro servicio, con un cuadro de choque séptico de origen abdominal + post laparotomía exploratoria + peritonitis biliar. Al momento paciente se encuentra bajo sedo analgesia con intubación orotraqueal, con las siguientes constantes; FC: 82, FR: 22, Saturando 100 %, T: 35.9, y transportado por el personal de anestesiología.

Al examen físico: Paciente orointubado con soporte ventilatorio manual, con ambú, que, al examen físico, cuero cabelludo con implantación normal, pupilas isocóricas, corazón rítmico, pulmonar murmullo vesicular presente abdomen con presencia de drenajes permeables, con producción de líquido hemático, extremidades no edemas y movilidad conservada, región inguinogenital con presencia de sonda vesical.

Indicaciones:

- Monitoreo:
 1. Manual tensión arterial media, frecuencia respiratoria, PVC, Temperatura, diuresis horaria, diámetro pupilar, nivel de conciencia, nivel de sedación.
 2. Electrónico: frecuencia cardiaca, EKG, frecuencia respiratoria, TA, TAM, Oximetría de pulso, permanente
 3. Balance: Ingesta y excreta estricto

- Cuidados:
 1. Generales de enfermería.
 2. Posición semisentada.
 3. De vías abordajes, piel, sitios de presión.
 4. Cambios de posición cada 4 horas.
 5. Cuidados de drenaje.
 6. De paciente quirúrgico en ventilación mecánica.
 7. De herida quirúrgica y drenaje, curación por parte de cirugía.
 8. Aseo bucal y perineal cada 12 horas.
 9. Peso y baño diario con clorhexidina al 0,12%.
 10. Normotermia (menos de 36 grados centígrados).
 11. Protección ocular permanente.
- Dieta e hidratación:
 1. Nada por vía oral, sonda nasogástrica a caída libre.
 2. Solución salina al 0,9% 1000 ml pasar intravenoso a 150 ml/hora.
 3. Bolos de acuerdo a hemodinamia.
 4. Reponer pérdidas con solución salina al 0,9% de apósitos cc por cc.
- Terapia
 1. Solución salina 0,9% 92cc + norepinefrina 8 miligramos pasar IV a 0,07 mcg/kg/hora y ACM.
 2. Solución salina 0,9% 80cc + fentanil 100 microgramos pasar IV 1mcg/kg/hora y ACM.
 3. Solución salina 0,9% 80cc + midazolam 100 miligramos pasar IV 0,1 mg/kg/hora y ACM.
 4. Meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas (Día 0).

5. Clindamicina 600 miligramos intravenoso cada 6 horas (Día 0).
 6. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas.
 7. Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.
 8. Gluconato de calcio 10cc intravenoso cada 12 horas.
 9. Acido ascórbico 1 gramos intravenoso cada 6 horas.
 10. Sulfato de magnesio 10cc intravenoso cada día.
 11. N- acetilcisteína 300 miligramos intravenoso cada 6 horas.
 12. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día.
 13. Complejo 10cc intravenoso cada 12 horas.
 14. Lagrimas artificiales 1 gota cada 6 horas previa limpieza ocular.
- Laboratorio
 1. Biometría, química sanguínea, tiempos de coagulación, función renal, función hepática y electrolitos.

Fecha: 25/01/2020

Terapia Intensiva

Paciente de 55 años de edad en su primer día de hospitalización con un diagnóstico de Choque séptico de origen abdominal + postlaparotomía exploratoria + peritonitis biliar.

Paciente con signos vitales con TA 90/60, FC: 82, FR: 22, Sato2: 100%, bajo efectos de sedoanalgesia, y paciente orointubado acoplado a ventilación mecánica, hemodinámicamente estable con apoyo de vasopresor tipo norepinefrina, cabeza normocefálica, pupilas isocóricas corazón rítmico, pulmonar murmullo vesicular presente, abdomen: con presencia de 3 drenajes permeables con producción de líquido hemático, extremidades no edema, región inguino genital con presencia de sonda vesical con orina clara, con diuresis 2905ml en 23 horas GU: 1,55 ml/kg/hora.

Análisis

Paciente hemodinámicamente inestable con apoyo vasopresor manteniendo presiones arteriales fluctuantes entre 90/60, no ha realizado alza térmica, que permanece orointubado acoplado a ventilación mecánica, postlaparotomía de 48 horas por cuadro de peritonitis biliar, abdomen cubierto con presencia de apósitos limpios, y drenajes productivos la misma que es curado por servicio de cirugía. En paraclínica con presencia de leucocitosis, neutrofilia, linfocitosis, con función renal dentro de parámetro normales y sin alteraciones hidroelectrolíticas.

Indicaciones

- Monitoreo:
 1. Manual tensión arterial media, frecuencia respiratoria, PVC, Temperatura, diuresis horaria, diámetro pupilar, nivel de conciencia, nivel de sedación.
 2. Electrónico: frecuencia cardiaca, EKG, frecuencia respiratoria, TA, TAM, Oximetría de pulso, permanente
 3. Balance: Ingesta y excreta estricto
- Cuidados:
 1. Generales de enfermería.
 2. Posición semisentada.
 3. De vías abordajes, piel, sitios de presión.
 4. Cambios de posición cada 4 horas.
 5. Cuidados de drenaje.
 6. De paciente quirúrgico en ventilación mecánica.
 7. De herida quirúrgica y drenaje, curación por parte de cirugía.
 8. Aseo bucal y perineal cada 12 horas.
 9. Peso y baño diario con clorhexidina al 0,12%.

10. Normotermia (menos de 36 grados centígrados).
 11. Protección ocular permanente.
- Dieta e hidratación:
 1. Nada por vía oral, sonda nasogástrica a caída libre.
 2. Solución salina al 0,9% 1000 ml pasar intravenoso a 150 ml/hora.
 3. Bolos de acuerdo a hemodinamia.
 4. Reponer pérdidas con solución salina al 0,9% de apósitos cc por cc.
 - Terapia
 1. Solución salina 0,9% 92cc + norepinefrina 8 miligramos pasar IV a 0,07 mcg/kg/hora y ACM.
 2. Solución salina 0,9% 80cc + fentanil 100 microgramos pasar IV 1mcg/kg/hora y ACM.
 3. Solución salina 0,9% 80cc + midazolam 100 miligramos pasar IV 0,1 mg/kg/hora y ACM.
 4. Meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas (Día 1).
 5. Clindamicina 600 miligramos intravenoso cada 6 horas (Día 1).
 6. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas.
 7. Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.
 8. Gluconato de calcio 10cc intravenoso cada 12 horas.
 9. Ácido ascórbico 1 gramos intravenoso cada 6 horas.
 10. Sulfato de magnesio 10cc intravenoso cada día.
 11. N- acetilcisteína 300 miligramos intravenoso cada 6 horas.
 12. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día.
 13. Complejo 10cc intravenoso cada 12 horas.
 14. Lagrimas artificiales 1 gota cada 6 horas previa limpieza ocular.

- Laboratorio
 1. Biometría, química sanguínea, tiempos de coagulación, función renal, función hepática y electrolitos.

Fecha: 26/01/2020

Terapia Intensiva

Paciente de 55 años de edad en su segundo día de hospitalización con un diagnóstico de Choque séptico de origen abdominal + postlaparotomía exploratoria + peritonitis biliar. Paciente con signos vitales con TA 90/60, FC: 82, FR: 22, SpO₂: 100%, bajo efectos de sedoanalgesia, y paciente orointubado acoplado a ventilación mecánica, hemodinámicamente estable con apoyo de vasopresor tipo norepinefrina, cabeza normocefálica, pupilas isocóricas, corazón rítmico, pulmonar murmullo vesicular presente, abdomen: con presencia de 3 drenajes permeables con producción de líquido hemático, extremidades no edema, región inguinogenital con presencia de sonda vesical con orina clara, con diuresis 2905ml en 23 horas GU: 1,55 ml/kg/hora.

Análisis

Paciente hemodinámicamente inestable con apoyo vasopresor manteniendo presiones arteriales fluctuantes entre 90/60, no ha realizado alza térmica, que permanece orointubado acoplado a ventilación mecánica, postlaparotomía de 48 horas por cuadro de peritonitis biliar, abdomen cubierto con presencia de apósitos limpios, y drenajes productivos la misma que es curado por servicio de cirugía. En paraclínica con presencia de leucocitosis, neutrofilia, linfocitosis, con función renal dentro de parámetros normales y sin alteraciones hidroelectrolíticas.

Indicaciones:

- Monitoreo:
 1. Manual tensión arterial media, frecuencia respiratoria, PVC, Temperatura,

diuresis horaria, diámetro pupilar, nivel de conciencia, nivel de sedación.

2. Electrónico: frecuencia cardiaca, EKG, frecuencia respiratoria, TA, TAM, Oximetría de pulso, permanente
 3. Balance: Ingesta y excreta estricto
- Cuidados:
 1. Generales de enfermería.
 2. Posición semisentada.
 3. De vías abordajes, piel, sitios de presión.
 4. Cambios de posición cada 4 horas.
 5. Cuidados de drenaje.
 6. De paciente quirúrgico en ventilación mecánica.
 7. De herida quirúrgica y drenaje, curación por parte de cirugía.
 8. Aseo bucal y perineal cada 12 horas.
 9. Peso y baño diario con clorhexidina al 0,12%.
 10. Normotermia (menos de 36 grados centígrados).
 11. Protección ocular permanente.
 - Dieta e hidratación:
 1. Nutrición parenteral: dextrosa en agua al 50% + aminoácidos 10% + líquidos 10% + oligoelementos pasar IV a 79 ml/hora.
 2. Medir residuo gástrico cada 4 horas
 3. Solución salina al 0,9% 1000 ml pasar intravenoso a 80 ml/hora.
 4. Bolos de acuerdo a hemodinamia.
 5. Reponer pérdidas con solución salina al 0,9% de apósitos cc por cc.
 - Terapia
 1. Solución salina 0,9% 92cc + norepinefrina 8 miligramos pasar IV a 0,07

mcg/kg/hora y ACM.

2. Solución salina 0,9% 80cc + fentanil 100 microgramos pasar IV 1mcg/kg/hora y ACM.
 3. Meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas (Día 2).
 4. Clindamicina 600 miligramos intravenoso cada 6 horas (Día 2).
 5. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas.
 6. Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.
 7. Gluconato de calcio 10cc intravenoso cada 12 horas.
 8. Ácido ascórbico 1 gramos intravenoso cada 6 horas.
 9. Sulfato de magnesio 10cc intravenoso cada día.
 10. N- acetilcisteína 300 miligramos intravenoso cada 6 horas.
 11. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día.
 12. Complejo 10cc intravenoso cada 12 horas.
 13. Lagrimas artificiales 1 gota cada 6 horas previa limpieza ocular.
- Laboratorio
 1. Biometría, química sanguínea, tiempos de coagulación, función renal, función hepática y electrolitos.

Fecha: 27/01/2020

Terapia Intensiva

Paciente de 55 años de edad en su tercer día de hospitalización con un diagnóstico de Choque séptico de origen abdominal + postlaparotomía exploratoria + peritonitis biliar.

Paciente con signos vitales con TA 100/70, FC: 90, FR: 21, Sato2: 100%, bajo efectos de sedoanalgesia, y paciente orointubado acoplado a ventilación mecánica, hemodinámicamente estable con apoyo de vasopresor tipo norepinefrina, cabeza normocefálica, pupilas isocóricas,

corazón rítmico, pulmonar murmullo vesicular presente, abdomen: con presencia de 3 drenajes permeables con producción de líquido hemático, extremidades no edema, región inguinogenital con presencia de sonda vesical con orina clara, con diuresis 2005ml en 23 horas GU: 1,35 ml/kg/hora.

Análisis

Paciente hemodinámicamente inestable con apoyo vasopresor manteniendo presiones arteriales fluctuantes entre 90/60, no ha realizado alza térmica, que permanece orointubado acoplado a ventilación mecánica, postlaparotomía de 72 horas por cuadro de peritonitis biliar, abdomen cubierto con presencia de apósitos limpios, y drenajes productivos la misma que es curado por servicio de cirugía. En paraclínica con presencia de leucocitosis, neutrofilia, linfocitosis, con función renal dentro de parámetro normales y sin alteraciones hidroelectrolíticas.

Indicaciones:

- Monitoreo:
 1. Manual tensión arterial media, frecuencia respiratoria, PVC, Temperatura, diuresis horaria, diámetro pupilar, nivel de conciencia, nivel de sedación.
 2. Electrónico: frecuencia cardiaca, EKG, frecuencia respiratoria, TA, TAM, Oximetría de pulso, permanente
 3. Balance: Ingesta y excreta estricto
- Cuidados:
 1. Generales de enfermería.
 2. Posición semisentada.
 3. De vías abordajes, piel, sitios de presión.
 4. Cambios de posición cada 4 horas.
 5. Cuidados de drenaje.

6. De paciente quirúrgico en ventilación mecánica.
 7. De herida quirúrgica y drenaje, curación por parte de cirugía.
 8. Aseo bucal y perineal cada 12 horas.
 9. Peso y baño diario con clorhexidina al 0,12%.
 10. Normotermia (menos de 36 grados centígrados).
 11. Protección ocular permanente.
- Dieta e hidratación:
 1. Nutrición parenteral: dextrosa en agua al 50% + aminoácidos 10% + líquidos 10% + oligoelementos pasar IV a 80 ml/hora.
 2. Solución salina al 0,9% 1000 ml pasar intravenoso a 80 ml/hora.
 3. Bolos de acuerdo a hemodinamia.
 4. Reponer pérdidas con solución salina al 0,9% de apósitos cc por cc.
 - Terapia
 1. Tramal 50 miligramos intravenoso cada 8 horas
 2. Meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas (Día 3).
 3. Clindamicina 600 miligramos intravenoso cada 6 horas (Día 3).
 4. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas.
 5. Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.
 6. Gluconato de calcio 10cc intravenoso cada 12 horas.
 7. Ácido ascórbico 1 gramos intravenoso cada 6 horas.
 8. Sulfato de magnesio 10cc intravenoso cada día.
 9. N- acetilcisteína 300 miligramos intravenoso cada 6 horas.
 10. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día.
 11. Complejo 10cc intravenoso cada 12 horas.
 12. Lagrimas artificiales 1 gota cada 6 horas previa limpieza ocular.

13. Vitamina k 1 ampolla administrar intravenoso martes, jueves y sábado

- Laboratorio

1. Biometría, química sanguínea, tiempos de coagulación, función renal, función hepática y electrolitos.

Fecha: 27/01/2020

Nota de Cirugía General en Terapia Intensiva

Paciente hemodinámicamente estable al momento con apoyo de vasoactivo, con abdomen suave depresible, doloroso a la palpación profunda, se evidencia de salida de líquido con aspecto hemático, por sitios de drenaje, de aproximadamente 200 ml con restos de drenajes con escasa producción. Eco abdominal reporta presencia de colecciones hemáticas a nivel de lecho hepático, por lo que se recomienda realizar colangiografía magnética para mapeo de vía biliar.

Fecha: 28/01/2020

Terapia Intensiva

Paciente de 55 años de edad en su cuarto día de hospitalización con un diagnóstico de Choque séptico de origen abdominal + postlaparotomía exploratoria + peritonitis biliar.

Paciente con signos vitales con TA 100/70, FC: 90, FR: 21, Sato2: 100%, paciente consciente, orientada, con Glasgow 15/15, con oxígeno por catéter nasal, cabeza normocefálica, pupilas isocóricas, corazón rítmico, pulmonar murmullo vesicular presente, abdomen: con presencia de 3 drenajes permeables con producción de líquido hemático, extremidades no edema, región inguinogenital con presencia de sonda vesical con orina clara, con diuresis 2005ml en 22 horas GU: 1,25 ml/kg/hora.

Abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación con presencia de ruidos hidroaéreos

presentes y drenajes productivos con eliminación de líquido serohemático.

Análisis

Paciente hemodinámicamente estable sin necesidad de apoyo vasopresor, no ha realizado alza térmica, paciente con necesidad de valoración por parte del servicio de gastroenterología, para realización de CPRE.

Indicaciones:

- Monitoreo:
 1. Manual tensión arterial media, frecuencia respiratoria, PVC, Temperatura, diuresis horaria, diámetro pupilar, nivel de conciencia, nivel de sedación.
 2. Electrónico: frecuencia cardiaca, EKG, frecuencia respiratoria, TA, TAM, Oximetría de pulso, permanente
 3. Balance: Ingesta y excreta estricto
- Cuidados:
 1. Generales de enfermería.
 2. Posición semisentada.
 3. De vías abordajes, piel, sitios de presión.
 4. Cambios de posición cada 4 horas.
 5. Cuidados de drenaje.
 6. De paciente quirúrgico en ventilación mecánica.
 7. De herida quirúrgica y drenaje, curación por parte de cirugía.
 8. Aseo bucal y perineal cada 12 horas.
 9. Peso y baño diario con clorhexidina al 0,12%.
 10. Normotermia (menos de 36 grados centígrados).
 11. Protección ocular permanente.
- Dieta e hidratación:

1. Nutrición parenteral: dextrosa en agua al 50% + aminoácidos 10% + líquidos 10% + oligoelementos pasar IV a 80 ml/hora.
 2. Solución salina al 0,9% 1000 ml pasar intravenoso a 80 ml/hora.
 3. Bolos de acuerdo a hemodinamia.
 4. Reponer pérdidas con solución salina al 0,9% de apósitos cc por cc.
- Terapia
 1. Tramal 50 miligramos intravenoso cada 8 horas
 2. Meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas (Día 4).
 3. Clindamicina 600 miligramos intravenoso cada 6 horas (Día 4).
 4. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas.
 5. Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.
 6. Gluconato de calcio 10cc intravenoso cada 12 horas.
 7. Ácido ascórbico 1 gramos intravenoso cada 6 horas.
 8. Sulfato de magnesio 10cc intravenoso cada día.
 9. N- acetilcisteína 300 miligramos intravenoso cada 6 horas.
 10. Enoxaparina 40 miligramos subcutáneo cada día.
 11. Complejo 10cc intravenoso cada 12 horas.
 12. Lagrimas artificiales 1 gota cada 6 horas previa limpieza ocular.
 13. Vitamina k 1 ampolla administrar intravenoso martes, jueves y sábado
 - Laboratorio
 1. Biometría, química sanguínea, tiempos de coagulación, función renal, función hepática y electrolitos.

Fecha: 29/01/2020

Terapia Intensiva

Paciente de 55 años de edad en su quinto día de hospitalización con un diagnóstico de Choque séptico de origen abdominal + postlaparotomía exploratoria + peritonitis biliar.

Paciente con signos vitales con TA 120/70, FC: 60, FR: 21, Sato2: 95%, paciente consciente, orientada, con Glasgow 15/15, con oxígeno por catéter nasal, cabeza normocefálica, pupilas isocóricas, corazón rítmico, pulmonar murmullo vesicular presente, abdomen: con presencia de 3 drenajes permeables con producción de líquido hemático, extremidades no edema, región inguinogenital con presencia de sonda vesical con orina clara, con diuresis 3040ml en 22 horas GU: 1,76 ml/kg/hora.

Abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación con presencia de ruidos hidroaéreos presentes y drenajes productivos con eliminación de líquido serohemático. Con salida por drenaje de Jackson pratt de aproximadamente 200 ml y restos de escasa producción.

Análisis

Paciente hemodinámicamente estable sin necesidad de apoyo vasopresor, no ha realizado alza térmica. En paraclínica no se evidencia presencia de leucocitosis, neutrofilia, función renal dentro de parámetros normales, así como no se evidencia alteración hidroelectrolítica.

Indicaciones:

- Monitoreo:
 1. Manual tensión arterial media, frecuencia respiratoria, PVC, Temperatura, diuresis horaria, diámetro pupilar, nivel de conciencia, nivel de sedación.
 2. Electrónico: frecuencia cardiaca, EKG, frecuencia respiratoria, TA, TAM, Oximetría de pulso, permanente
 3. Balance: Ingesta y excreta estricto
- Cuidados:
 1. Generales de enfermería.
 2. Posición semisentada.

3. De vías abordajes, piel, sitios de presión.
 4. Cambios de posición cada 4 horas.
 5. Cuidados de drenaje.
 6. De paciente quirúrgico en ventilación mecánica.
 7. De herida quirúrgica y drenaje, curación por parte de cirugía.
 8. Aseo bucal y perineal cada 12 horas.
 9. Peso y baño diario con clorhexidina al 0,12%.
 10. Normotermia (menos de 36 grados centígrados).
 11. Protección ocular permanente.
- Dieta e hidratación:
 1. Nutrición parenteral: dextrosa en agua al 50% + aminoácidos 10% + líquidos 10% + oligoelementos pasar IV a 80 ml/hora.
 2. Solución salina al 0,9% 1000 ml pasar intravenoso a 80 ml/hora.
 3. Bolos de acuerdo a hemodinamia.
 4. Reponer pérdidas con solución salina al 0,9% de apósitos cc por cc.
 - Terapia
 1. Tramal 50 miligramos intravenoso cada 8 horas
 2. Meropenem 1 gramo intravenoso cada 8 horas (Día 5).
 3. Clindamicina 600 miligramos intravenoso cada 6 horas (Día 5).
 4. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas.
 5. Omeprazol 40 miligramos intravenoso cada día.
 6. Gluconato de calcio 10cc intravenoso cada 12 horas.
 7. Ácido ascórbico 1 gramos intravenoso cada 6 horas
 8. Sulfato de magnesio 10cc intravenoso cada día.
 9. N- acetilcisteína 300 miligramos intravenoso cada 6 horas.

10. Eritropoyetina 2000 UI SC lunes, miércoles, viernes.
 11. Hidrocortisona 50 miligramos intravenoso día.
 12. Complejo 10cc intravenoso cada 12 horas.
 13. Lagrimas artificiales 1 gota cada 6 horas previa limpieza ocular.
 14. Vitamina k 1 ampolla administrar intravenoso martes, jueves y sábado
 15. Transfundir 2 paquetes de glóbulos rojos cada uno en 3 horas.
- Laboratorio
 1. Biometría, química sanguínea, tiempos de coagulación, función renal, función hepática y electrolitos.

Fecha: 29/01/2020

Paciente es llevada a quirófano para realizarse una laparotomía exploratoria, una vez explicado el procedimiento y posibles complicaciones paciente firma consentimiento informado para la autorización de la cirugía:

PROTOCOLO OPERATORIO

Diagnóstico preoperatorio: Shock Séptico de Origen Abdominal +hemoperitoneo

Diagnostico postoperatorio: Shock Séptico de Origen Abdominal +hemoperitoneo + fistula biliar

Cirugía propuesta: Laparotomía exploratoria

Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria + empaquetamiento hepatico + colocación de drenaje.

Diéresis:

Incisión de cirugía anterior de laparotomía exploratoria

Procedimiento operatorio

Se realiza la asepsia y antisepsia adecuada para la intervención quirúrgica, posterior a lo cual

se procede a la colocación de campos estériles y diéresis de cirugía anterior de laparotomía ,se realiza retiro de puntos de aponeurosis de mala calidad, se evidencia presencia de líquido de sangre con bilis en lecho quirúrgico de +/-1500 cc con presencia de coágulos ,Se continua con la liberación de adherencia inter asas digitalmente más lavado con solución salina al 0.9% 3000ml y retiro de drenaje anterior. identificándose en lecho quirúrgico hepático sangrado en sabana más salida de bilis que no se logra identifica. La paciente ingresa a Terapia intensiva para manejo postquirúrgico de su cuadro patológico.

Exposición y Hallazgos Quirúrgicos

1. Colección de sangre + bilis en lecho hepático de +o – 1500 ml
2. Se visualiza sangrado en sábana + liquido biliar en escasa cantidad en lecho hepático
3. Adherencias interasas tipo Zuhlke II – III compuesto de bilis y sangre de +o- 2000cc
4. Aponeurosis de mala calidad
5. Tejido de lecho de colecistectomía friables con varios coagulos desangre
6. Presencia de malla de polipropileno en aponeurosis de mala calidad

Indicaciones post quirúrgicas:

1. Ingreso a Unidad de Terapia Intensiva
2. Comunicar Novedades
3. Iniciar Referencia a Tercer Nivel

Fecha: 30/01/2020

Terapia Intensiva

Paciente de 55 años de edad en su sexto día de hospitalización con un diagnóstico de Choque séptico de origen abdominal + postlaparotomía exploratoria + peritonitis biliar + bilioma + perforación de vía biliar.

Paciente con signos vitales con TA 120/70, FC: 60, FR: 21, Sato2: 95%, paciente consciente, orientada, con Glasgow 15/15, con oxígeno por catéter nasal, cabeza normocefálica, pupilas isocóricas, corazón rítmico, pulmonar murmullo vesicular presente, abdomen: con presencia de 3 drenajes permeables con producción de líquido hemático, extremidades no edema, región inguinogenital con presencia de sonda vesical con orina clara, con diuresis 3040ml en 22 horas GU: 1,76 ml/kg/hora.

Abdomen: suave depresible no doloroso a la palpación con presencia de ruidos hidroaéreos presentes y drenajes productivos con eliminación de líquido serohemático. Con salida por drenaje de Jackson pratt de aproximadamente 200 ml y restos de escasa producción.

Análisis

Paciente hemodinámicamente estable sin necesidad de apoyo vasopresor, no ha realizado alza térmica. En paraclínica no se evidencia presencia de leucocitosis, neutrofilia, función renal dentro de parámetros normales, así como no se evidencia alteración hidroelectrolítica. Que hace 7 días se realiza laparotomía exploratoria por Bilioperitoneo, con buena evolución hasta que en eco realizado el 28 se evidencia la presencia de colección hematoma de 164x74x93mm de un volumen de 593 cc aproximadamente, por lo que se realiza colangiografía que reporta dilatación de vías biliares intrahepáticas, sin observarse procesos ocupativos en el parénquima, con un colédoco de 5,8 mm de diámetro en su segmento distal, 8,5 mm en su segmento medio y 5,6 mm en su segmento proximal, con gran cantidad de líquido perihepático loculado más probablemente en relación de bilioma. Asimismo, el día de hoy se realiza laparotomía exploratoria con colocación de drenajes y empaquetamiento con evidencia de sangrado en sábana y con perforación de vías biliares además de fístula colecistogástrica por lo que se decide referencia a centro de mayor complejidad para resolución de su cuadro clínico.

Resumen de su Segundo Ingreso al servicio de Cirugía General

Paciente femenina de 55 años de edad se mantuvo ingresada en el servicio de Cirugía General

y posteriormente permaneció en Unidad de Terapia Intensiva por un diagnóstico de Choque séptico de origen abdominal + postlaparotomía exploratoria + peritonitis biliar + bilioma + perforación de vía biliar. Asimismo, paciente permaneció 7 días hospitalizada en UCI y fue intervenida 2 veces para intentar resolver su cuadro patológico sin lograr corregir la fistula colecistogástrica y la perforación de vías biliares que era el cuadro responsable de las múltiples complicaciones que sufrió la paciente, se decide referencia a centro de mayor complejidad para resolución de su cuadro clínico, al no contar con profesionales y el equipamiento necesario para realizar cirugía hepatobiliopancreático. Paciente el día 30 del mes de enero es referida al centro de especialidad Eugenio Espejo de manera urgente para ser intervenida quirúrgicamente y resolver su cuadro patológico.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

La Organización Mundial de la Salud, define como factor de riesgo a cualquier exposición, característica o rasgo de un individuo que elevan la posibilidad de padecimiento de una enfermedad o lesión enfermedad. En nuestro caso en particular encontramos los siguientes factores de riesgo asociados a favorecer el desarrollo y complicación de su patología.

FACTORES DE RIESGO EXTRA HOSPITALARIO

Factores De Riesgo Biológico

- **El sexo femenino:** Se ha observado que existe mayor prevalencia en todos los grupos de edades, de tal forma el ratio es de 2.9 entre mujeres y hombres
- **Fertilidad y multiparidad:** nos encontramos ante una paciente que en su edad reproductiva tuvo 4 gestas y se ha evidenciado que la existencia de cálculos en mujeres multíparas es del 12.2 %.
- **La edad:** tenemos un paciente de 55 años de edad, lo cual favorece al desarrollo de la patología, ya que se hay estudios en donde indican una probabilidad de hasta cuatro veces más de desarrollar esta patología en el rango de 40 a 69 años de edad.
- **Índice de masa corporal aumentado /obesidad:** nuestra paciente presenta un Índice de Masa Corporal: 30.21 kilogramos /metros² clasificándola, así como obesidad grado I y que según estudios se ha asociado a tasas mayores de prevalencia principalmente en pacientes que sufren de obesidad abdominal, caso de nuestra paciente que presento un perímetro abdominal: 105 centímetros, misma que se corrobora en el examen físico inicial de la paciente.
- **La etnia:** también corresponde un factor que predispone al desarrollo de esta patología existiendo mayores tasas de prevalencia entre los hispanos y nativos americanos,
- Por esta razón en el caso de la paciente en particular cumplía con los factores de riesgo

relacionados a favorecer el desarrollo de colelitiasis predisponente principal para el desarrollo de colecistitis, los factores mencionados anteriormente se establecen como las 4Fs por sus siglas en inglés que abarcan: fourties, female, fat, fair. (7)

- **Factor de riesgo socio económico:** la inestabilidad económica acompañado de los regulares servicios básicos evidenciados en la paciente incrementaron la morbilidad de su patología, ya que su estatus económico limitaba el acceso a una dieta saludable predisponiendo así a una obesidad central que pudo conllevar al desarrollo de alteraciones metabólicas facilitando así la progresión de la enfermedad en primera instancia de su cuadro, y más tarde a una inmunosupresión que enlentecerá la recuperación postoperatoria.

FACTORES DE RIESGO INTRA-HOSPITALARIOS:

Debido a una clínica no tan clara con episodios de una colecistitis asintomática aislada y de larga data, la no realización de exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico clínico, no permitiendo así un diagnóstico oportuno y resolución definitiva y pertinente de la patología en su primera intervención quirúrgica, causando su derivación a un centro de especialidades de tercer nivel por complicaciones post quirúrgicas, incrementando así la morbimortalidad de la paciente.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Oportunidades de acceso a la consulta por especialidad

La constitución del Ecuador, sección séptima, artículo 32 estipula que el estado garantizará el derecho a la salud mediante el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. Siguiendo las normas del

Sistema de Salud vigente los pacientes deben acudir al centro de salud de primer nivel que corresponda al sector donde viven, para que sean valorado por el médico rural, general o familiar según sea el caso y si se llegara a cumplir criterios de referencia es el mismo médico quien debe encaminar al paciente a una institución con mayor capacidad resolutiva donde disponen de especialistas y equipamiento adecuado, llenando los formularios correspondientes. Es el proceso que cumplió la paciente, sin embargo, se debe agilizar el proceso de asignación de turnos pues dependiendo de la especialidad puede tardar varios días o semanas, pudiendo llegar a complicarse.

Acceso a la atención médica

El acceso a consulta médica general se encuentra disponibles en todas las casas de Salud en todos los niveles de salud, como lo es en el presente caso, en donde tiene fácil acceso y acude al servicio de Emergencia del Hospital Docente Ambato que tras ser evaluada en primera instancia se solicita interconsulta para el servicio de cirugía de manera oportuna con la finalidad de prestar una valoración y tratamiento oportuno por parte del Servicio y esta casa de salud.

Atención de Emergencia

La atención en los servicios de emergencia debe ser oportuna, rápida, eficaz, sabiendo discernir patologías urgentes y sus complicaciones que pongan en riesgo la vida, realizando una valoración multisistémica para tener un claro panorama de sus necesidades tanto para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Oportunidades de remisión

En el caso presentado el Hospital General Docente Ambato presento la capacidad resolutiva suficiente en primera instancia de la patología, pero debido a que la misma requería de seguimiento , controles y manejos posteriores en donde fue intervenida quirúrgicamente por en dos ocasiones más con la finalidad de resolver su cuadro patológico y al no obtener resultados favorecedores para la mejoría clínica de la paciente y resolución definitiva de la

misma, con la corrección de la fistula colecistogástrica y la perforación de vías biliares, causantes de las múltiples complicaciones que sufrió la paciente en sus seguimientos y posteriores controles, se decide referencia a otro establecimiento de salud de mayor complejidad, tercer nivel de atención, ya que el mismo no contaba con profesionales adecuados para este caso en específico además del equipamiento necesario para realización de una cirugía de subespecialidad como lo es la cirugía hepatobiliopancreática.

Trámites administrativos

Los trámites administrativos se realizaron sin mayor inconveniente y de forma emergente, inmediatamente se solicitó referencia a tercer nivel de atención de salud, activándose SIREM con respuesta oportuna y aceptación para hospital de tercer nivel quien valoró el caso y procede a la cirugía, misma que se programó a la brevedad posible.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- No se dispone de datos epidemiológicos, ni protocolos sobre el manejo de patología en Ecuador
- Patología en la mayoría de los casos asintomática o con una amplia gama de síntomas inespecíficos
- Ineficientes modalidades de diagnóstico.
- Gran porcentaje de diagnóstico intraoperatorio y de forma accidental

ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

1. Debido a que es una patología poco frecuente, potencialmente mortal y de gran complejidad diagnóstica ya que su planificación preoperatoria es difícil de lograr y además de que existe muy poca información acerca de la misma causa controversias durante el manejo, existiendo ciertas recomendaciones que no llegan a ser absolutas

la cual quedara a consideración del cirujano.

2. El diagnóstico de esta patología es muy importante y desafiante para el binomio paciente-médico debido a que los signos y síntomas clínicos son inespecíficos y poco claros.
3. El 92,1% de los casos de fístulas colecistogástricas se diagnostican intraoperatorios de forma incidental, debido a una amplia gama de síntomas inespecíficos e ineficientes modalidades de diagnóstico

MARCO TEÓRICO

El hígado de un ser humano en condiciones normales se caracteriza por ser de color marrón y además posee una superficie externa lisa. Posee un peso de aproximadamente 1400 g en mujeres y llegando a 1800 g en hombres, esto quiere decir que corresponde al 2 % del peso de una persona en edad adulta. (8)

El hígado posee un aporte sanguíneo fundamental del cual corresponde: el 80 % que proviene de la vena porta, la cual se origina en el bazo y el intestino, y el otro 20 % es sangre que procede de la arteria hepática es decir sangre oxigenada. (7)

El hígado se encuentra fijado a la pared abdominal mediante sus componentes de fijación los cuales son: el ligamento redondo que posee la vena umbilical, suspensorio, coroneales y triangulares derecho e izquierdo; también encontramos el ligamento hepatogástrico y hepatoduodenal, que junto a esto se añade la vena cava y el pedículo hepático, que se encuentra conformado por la vena porta, la arteria hepática propia y el conducto colédoco. (8)

En relación a la anatomía de la vesícula biliar se puede mencionar que se encuentra en un saco en forma de pera que presenta una longitud de 7 a 10 cm aproximadamente y una capacidad cuyo promedio es relacionado a 30 a 50 ml. Asimismo, según Moore un gran anatomopatólogo, indica que la vesícula biliar se halla en la fosa de la vesícula biliar en la cara visceral del hígado. Siendo esta fosa poca profunda y que se encuentra en la unión de las porciones de los lóbulos portales derecha e izquierda del hígado. (9)

De esta manera es como la vesícula biliar presenta una división en tres áreas anatómicas, entre las que se menciona el fondo, correspondiéndose con el extremo ancho y redondo, el cual se localiza desde el borde inferior del hígado en el extremo del noveno cartílago costal. Sin embargo, el fondo contiene la mayor cantidad de músculo liso de este órgano, a diferencia del cuerpo que es el área principal de almacenamiento relacionándose con la mayor parte de tejido

elástico. Además, el cuello como lo señala Moore es el e x t r e m o estreso y abusado que se encuentra en una posición opuesta al fondo, dirigiéndose hacia la porta hepático. Por lo que distintos autores entre los que destacan Moore y Brunicardi mencionan que esta porción de la vesícula biliar presenta la forma de S y se une al conducto cístico. (10)

Conductos biliares intrahepáticos

Se inician en los canales de Hering los mismos que son conductillos o canalículos limitados por la membrana de los hepatocitos; estos canales se continúan con conductos de calibre progresivamente mayor calibre hasta conformar el conducto hepático derecho. Además, este conducto drena a los segmentos V, VI, VII y VIII mientras que el conducto hepático izquierdo que se conforma por la confluencia de los ductos que se corresponden con los segmentos II, III y IV. Dentro de las funciones principales que mantienen los conductos es la de secreción y absorción de agua y electrolitos modificando el contenido de la bilis. (11)

Vía Biliar extrahepática

Se halla conformada por la unión de los conductos hepático derecho e izquierdo a nivel de la base del lóbulo derecho, conformando el conducto hepático común. Su longitud varía entre 1,5 a 3,5 cm con un diámetro de 3 a 4 mm. El trayecto que sigue es hacia abajo en la parte superior del ligamento hepatoduodenal, por delante de la vena porta y a la derecha de la arteria hepática, por lo que conforman el triángulo de Calot junto al conducto hepático común, el borde inferior del hígado y la arteria cística, este punto anatómico es importante para el cirujano pueda realizar una buena disección cuando va a realizar una colecistectomía. (11)

El conducto hepático se continúa luego con el colédoco que adquiere el nombre al unirse con el conducto cístico, dependiendo del nivel de esta unión. Dentro de su longitud es aproximadamente 5,5 a 7,5 cm de diámetro, desciende hasta terminar en la pared posterior de

la segunda porción del duodeno, uniéndose previamente con el conducto pancreático o de Wirsung antes de terminar a nivel de la ampolla de Vater. Según la anatomía de L. Testud la irrigación del conducto hepático común y del colédoco está dada por arterias que provienen de la arteria hepática y las venas que drenan a la vena porta. Sin embargo, el conducto cístico se encuentra irrigado por ramas de la arteria cística y la inervación está dada por ramilletes del plexo posterior del plexo solar. (11)

División anatómica del Hígado

Según su ubicación el hígado posee sus relaciones peritoneales, es así como se localiza en el compartimiento supramesocólico, pero también ocupa una parte del inframesocólico.

De acuerdo con la clasificación de Couinaud, el hígado se encuentra dividido en ocho segmentos funcionales los cuales poseen su irrigación vascular arterial y a su vez poseen un drenaje venoso y linfático. (12)

Las cisuras propias del hígado que dividen cada segmento se encuentran conformadas por tres organizaciones vasculares verticales que pertenece a cada vena suprahepática que son tres y por las tres ramas horizontales portales. Los dos lóbulos hepáticos, el derecho e izquierdo se encuentran divididos por la vena suprahepática media. Es así como el lóbulo izquierdo es dividido en dos segmentos por la vena suprahepática izquierda:

El segmento medial que corresponde al segmento IV y el segmento lateral. Este segmento, también está dividido por la rama de la vena porta izquierda del segmento lateral en los segmentos II (craneal) y III (caudal). (12)

En el lóbulo hepático derecho, la vena suprahepática derecha diferencia a los segmentos VIII y V de los segmentos VII y VI. La porción de la rama derecha de la vena porta divide el segmento VIII (craneal) del V (caudal) por su parte la rama posterior de la vena porta derecha, separa el segmento VII (craneal) del VI (caudal). (12)

Colecistitis Crónica

Es el proceso inflamatorio de la vesícula biliar y que en su mayoría se correlaciona con la presencia de cálculos biliares, originando cambios a nivel micro y macrosómico que evoluciona a partir de una fase inicial congestiva repetida (colecistitis aguda) siendo el 10% de estas las que conllevan a una atrofia de la mucosa y fibrosis de la pared de la vesícula biliar. luego una fase de supuración, teniendo como desenlace final la gangrena y/o perforación. (13)

La enfermedad litiásica en la vesícula biliar representa el 95 % del total de las enfermedades a nivel del tracto biliar, la colelitiasis presenta una prevalencia que se ha visto condicionada por distintos factores de riesgo que potencializan la probabilidad de desarrollar esta patología, encontrándose una mayor prevalencia a partir de la cuarta década de vida aumentando en 1 a 3% por cada año. (14) En la población general se ha visto un desarrollo de 11 a 35%; de los cuales un 2% por año desarrollan síntomas o complicaciones, siendo este el cólico biliar, colecistitis aguda a repetición, coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis y carcinoma de vesícula; (15) variando según el sector y la etnia de cada individuo. (16) Existen estudios de un aumento en la incidencia por debajo de los 40 años, con prevalencias en ciertos grupos de 26.5% bajo los 30 años de edad en su mayor parte mujeres, correlacionando con un aumento paralelo en pacientes entre los 30 y 40 años de edad, con relación en tendencias de aumento vistas en series previas. (16)

En la población en la que se ha observado un mayor número de prevalencia en lo que respecta a colelitiasis se encuentra los indios pima de América del Norte, en los mismos que se ha evidenciado valores que llegan hasta un 73% en mujeres. (17) Por otra parte en países de América del Sur, se han registrado países como Colombia donde se ha encontrado una prevalencia de colelitiasis de 8.6%, Chile un 44% de mujeres y un 25% de varones mayores de los 20 años de edad, Ecuador este ente es la primera causa de morbilidad con una tasa del 17%

según datos del INEC, en el 2014 representando una incidencia del 22.5%; en centro América y México un aproximado de 14.3% de pacientes con colelitiasis, evidenciando además que de estos pacientes el 20% presentará un cólico biliar y a su vez de estos un 5 a 20% aproximado desarrollarán colecistitis aguda por año. (15,17) Además se ha observado que su frecuencia es mayor en el sexo femenino manteniendo una variable de 2:1 con respecto al sexo masculino. (18,19) La mortalidad debido a colelitiasis es baja aproximada de 0.6%, la misma que se incrementa hasta un 6% en colecistitis severas. (17)

La clínica depende básicamente del tamaño del cálculo y si este se impacta contra el órgano generando dolor abdominal, náuseas, vómitos y en ocasiones distensión abdominal. (19,20) Y en donde su recurrencia a nuevos episodios es bastante elevada razón por la cual el tratamiento electivo en esta patología es la exéresis quirúrgica. (21) Con el propósito de evitar las posibles y futuras complicaciones como: perforación, fístula, piocolecisto y peritonitis generalizada. Siendo así, de gran relevancia en temas de salud pública actual. Las más frecuentes complicaciones de esta patología incluyen colangitis, coledocolitiasis, mucocele, pancreatitis secundaria, empiema y que de acuerdo a la evolución de cada una representa su índice de severidad y su tratamiento en cada caso. (17,23) Por otro parte, no se debe obviar las complicaciones más raras y de evolución hacia la mortalidad que se pueden originarse tales como: perforación vesicular, síndrome de Mirizzi, fístulas bilioentéricas, síndrome de Bouveret e íleo biliar. (24)

Fístulas Bilioentéricas

Definición

Se define como fístula a la comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas o endoteliales, por lo general con tejido de granulación como en un órgano, vaso sanguíneo y

otra estructura en donde la mejor manera de definir este trayecto es la mención de las estructuras que se conectan. (25)

Generalmente, las fístulas son el producto de una lesión o cirugía. Las infecciones o inflamaciones también pueden provocar la formación de una fístula. Para identificar las características de una fístula deben considerarse esencialmente tres aspectos: su anatomía (orificio de origen, trayecto y orificio de descarga), etiología y fisiopatología (flujo bajo o alto). estas variantes en la forma de presentación pueden modificar significativamente la forma de manejo, evolución ulterior y el pronóstico de la patología. (25)

Generalidades

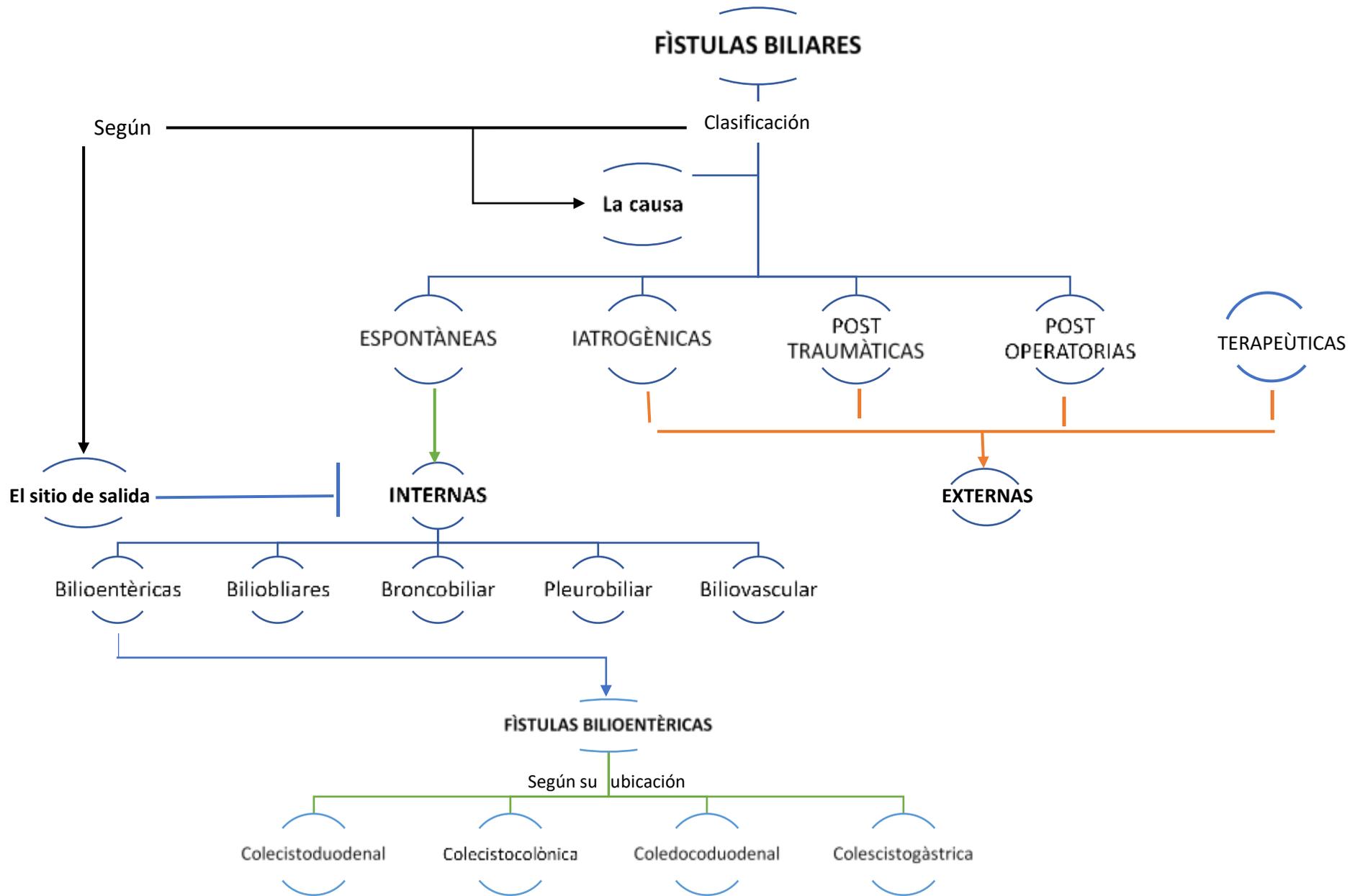
Las fístulas bilioentéricas se caracterizan por ser un padecimiento raro y tienen una presentación clínica variable y que generalmente aparecen como una complicación de la enfermedad litiásica biliar. Asimismo, se caracterizan todas las fístulas biliares internas que tienen como causa común la perforación de la pared vesicular producida por un cálculo que al empujar la pared por la presión intraluminal perforan la vesícula y las estructuras anatómicas que se encuentran alrededor, dando así una conexión anormal entre estructuras vecinas que pueden causar múltiples complicaciones. Sin embargo, se ha fundamentado que esta patología de la vía biliar se puede acompañar con padecimientos neoplásicos de la vesícula biliar, así como colecistitis aguda la cual se encuentre asociada a colangitis purulenta, pancreatitis, sepsis abdominal y todo procedimiento patológico que obstruya el conducto colédoco. (26)

Los primeros casos fueron descritos por Courvoiser desde 1890, como una complicación tardía y poco común de colecistitis, cuya incidencia de las fístulas bilioentéricas en pacientes con colelitiasis es del 0,15 al 8% y se presentan entre 1 al 5% de todas las cirugías del tracto biliar, por lo que es una patología sumamente rara y poco frecuente dentro de la población. En Ecuador esta patología es poco frecuente presentándose 1 a 2 casos sobre 10.000 personas según los

estudios realizados por la Sociedad de Cirugía del Hospital Eugenio Espejo de Quito en el año 2016. Asimismo, la localización más frecuente de los trayectos fistulosos es: colecistoduodenal con un porcentaje del 77 al 90%, seguida de la colecistocolónica 8 al 20%, la coledocoduodenal con cerca del 5% y en último lugar la colescistogástrica 1.2 a 3 % del total de los casos, por lo que es sumamente raro la aparición de esta complicación. (5)

Clasificación

Es posible clasificar a las fístulas bilioentéricas según el lugar donde se encuentre la conexión anormal, es decir según su localización así bien encontramos en orden de frecuencia:



Sin embargo, por su presentación clínica inespecífica se pueden dividir en las de tipo no obstructivo, las que producen colangitis recurrente, dentro de las que se caracterizan el síndrome de malabsorción y pérdida de peso, así como la de tipo obstructivo, que desarrollan íleo biliar o síndrome de Bouveret, hematemesis o melena secundaria a la erosión de la pared gastrointestinal ocasionada por el lito que va a su paso. (27)

Dentro de la patogenia de las fístulas biliodigestivas se relaciona importantemente con un proceso inflamatorio, que produce un menor flujo arterial vesicular y del drenaje venoso y linfático, lo que ocasiona un incremento de la presión intraluminal que favorece la necrosis, tras la perforación y fistulización a estructuras vecinas; en la mayoría de las ocasiones el proceso de precipitado por un cálculo vesicular que erosiona las paredes de la vesícula y del tubo digestivo es importante ya que es la principal causa para que haya la perforación y se establezca la fístula definitiva entre la vía biliar y el tracto gastrointestinal. (27)

Signos y síntomas

El cuadro clínico va a depender de la localización de las fístulas y muchas veces los pacientes son asintomáticos y el hallazgo de una fístula biliodigestiva es completamente accidental, lo que demuestra el amplio espectro clínico de este padecimiento. Sin embargo, la sintomatología de presentación más común es la oclusión intestinal mecánica con distensión abdominal, dolor abdominal generalmente localizada en hipocondrio derecho y constipación, anorexia, saciedad temprana, náuseas, vómito que puede ser bilioso (por obstrucción del intestino delgado), o fecaloide (por obstrucción del intestino grueso), signos de hemorragia digestiva alta tales como hematemesis o melena en probable relación a la erosión de la arteria gastroduodenal. La perforación intestinal con o sin peritonitis es extremadamente rara. (28,29)

El dolor abdominal es el síntoma común en casi todos los pacientes, siendo de características tipo cólico y que ocurren en episodios intermitentes, por lo que los pacientes pueden demorar

tres a ocho días antes de acudir al hospital de tal forma, que la presentación suele ser insidiosa por el llamado fenómeno de trumbling, en el que el lito obstructivo migra continuamente. (30) El examen físico no es específico, pueden presentar signos de deshidratación y distensión abdominal. Fiebre y signos de peritonitis pueden estar presentes si existe perforación de la pared intestinal. El examen puede ser normal si no hay obstrucción (30,31)

Diagnóstico

Por lo poco específico de los síntomas y signos de esta dolencia, llegar a un diagnóstico preoperatorio es difícil y es realizado en la mayoría de los casos durante la cirugía, ya que en un estudio llevado a cabo por la Sociedad Española de Cirugía en el 2018 se concluyó que cada 12 pacientes con un diagnóstico de fístula bilioentérica, solamente el 2% de pacientes se llegó a un diagnóstico acertado preoperatorio, y el resto de pacientes fueron diagnosticados en la cirugía. (28)

Por lo que se observa que los exámenes imagenológicos son la piedra angular para ayudar al diagnóstico de esta patología.

Radiografía Simple de abdomen

Se considera la herramienta básica para el diagnóstico de las complicaciones de las fístulas biliodigestivas y que nos hagan pensar que existe algún proceso de fistulización entre la vía biliar y el tracto gastrointestinal. Generalmente, la visualización de un cálculo biliar es complicada con rayos X. Su sensibilidad se sitúa entre el 40-70% y con un valor predictivo positivo del 80%. Los signos radiográficos son obstrucción intestinal parcial o completa, neumobilia o material de contraste en el árbol biliar, cálculo aberrante o cambio de posición del mismo al realizar radiografías seriadas. La presencia de dos de los tres primeros signos se considera patognomónico y se ha encontrado en el 20% al 50% de los casos. (29,30,31)

Ecografía abdominal

Es una herramienta de bajo costo, no invasiva y de elección para detección de cálculos biliares con una eficacia superior al 95%. Siempre y cuando esta sea realizada por un ecografista experimentado se podría demostrar los signos de la tríada de Rigler. Además, su valor se incrementa a un 74% de sensibilidad cuando está en combinación diagnóstica con radiografía abdominal.

Tomografía computarizada

Permite observar signos de obstrucción del intestino delgado, cálculos biliares ectópicos, anormalidades de la vesícula biliar (como presencia de aire, niveles hidroaéreos, o líquido acumulado en el interior de una pared con irregularidades) y la fistula biliodigestiva. El estudio contrastado tiene una sensibilidad superior al 93%, especificidad de 100% y exactitud de 99%. Permite además definir el nivel de la obstrucción intestinal, el tamaño y estructura del cálculo ectópico.

Considerándose modalidad diagnóstica más precisa dada sus capacidades de reconstrucción multiplanar y volumétrica. Siendo la mejor técnica imagenológica en pacientes de emergencia por su rápida interpretación y mejor resolución, pero requiere la validación de criterios diagnósticos. Ha incrementar la detección de cálculos aún no impactados. Por esta razón, es considerada el Gold standard, contribuyendo a la toma de decisiones sobre el manejo del paciente sea este conservador o quirúrgico. (30,31)

Resonancia magnética

Es considerado el estudio gold standard para la visualización del árbol biliar. La sensibilidad de la colangiopancreatografía magnética en el diagnóstico de cálculos biliares es del 97,7% y provee detalles anatómicos del árbol biliar, siendo útil en casos seleccionados donde el diagnóstico no es claro después del estudio tomográfico. (30,31)

Esofagogastroduodenoscopia

Permite la visualización directa de una masa de consistencia dura, convexa, lisa y no friable

que son características de un cálculo (30)

Las anomalías bioquímicas no son específicas. Pueden incluir leucocitosis, desbalance electrolítico debido a deshidratación y elevación de niveles de aminotransferasas. (31)

Diagnóstico Diferencial

Dentro de las enfermedades que se pueden relacionar y a veces confundirse con las fístulas biliodigestivas, es el síndrome de Mirizzi y el Síndrome de Bouveret, los mismos que se explicaran a continuación:

1. Síndrome de Mirizzi:

Se caracteriza por una inflamación poco frecuente y crónica ocasionada por un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann con obstrucción parcial o completa del conducto biliar principal. Asimismo, se considera una complicación prolongada de la enfermedad litiásica biliar e interfiere en el diagnóstico preoperatorio de la fístula colecistogástrica, así como una compleja conducción terapéutica. (27)

Hay diferentes medios radiodiagnósticos para el síndrome de Mirizzi, siendo el procedimiento más utilizado es la Colangiografía considerada el gold- estándar. Sin embargo, uno de los métodos de abordaje y tratamiento quirúrgico del síndrome sea cual sea la clasificación que se le otorgue, aborda desde una colecistectomía laparoscópica hasta una coledocoplastía por laparotomía. Además, el diagnóstico preoperatorio conlleva un abordaje más adecuado con mejores resultados postoperatorios. (32)

La fisiopatología se ha descrito por varios autores, pero los estudios más recientes son realizados por McSherry y Csendes; que establecen la secuencia de eventos a partir del impacto del cálculo en el conducto cístico. Esto se produce por la obstrucción mecánica de la vesícula biliar hasta la erosión a través de la pared vesicular formando la fístula colecistobiliar. Asimismo, las diferentes clasificaciones se han basado en la presencia o ausencia, de la erosión

fistulosa entre la vesícula y la vía biliar, así como la extensión de la destrucción de esta última.

(33)

Tabla 10. Clasificación de Síndrome de Mirizzi según McSherry

Tipo I	Compresión externa del conducto hepático común por lito grande impactado en el conducto cístico, sin lesión estructural.
Tipo II	Fístula colecisto-coledical, provocada por lito biliar, erosionando el conducto hepático común parcial o totalmente.

Fuente: Cárdenas Quirós MF, Álvarez Chaves R. Síndrome de Mirizzi. Revista Clínica HSJD. 2018; 8 (3): 2.

Tabla 11. Clasificación de Síndrome de Mirizzi según Csendes

Tipo I	Compresión externa del conducto hepático común, causada por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar.
Tipo II	Fístula colecistobiliar producto de erosión de la pared anterior y lateral del conducto hepático común, cuya fístula compromete menos de 1/3 de la circunferencia del hepático común.
Tipo III	Fístula colecistobiliar, con erosión del conducto hepático común que compromete hasta 2/3 de su circunferencia
Tipo IV	Destrucción completa de toda la pared del conducto hepático común.
Tipo V	Casos del I al IV con presencia de fístula colecisto entérica con fleo biliar (Va) o sin fleo biliar (Vb).

Fuente: Cárdenas Quirós MF, Álvarez Chaves R. Síndrome de Mirizzi. Revista Clínica HSJD. 2018; 8 (3): 2.

2. Síndrome de Bouveret:

Este cuadro de patología se caracteriza por ser una enfermedad infrecuente manifestada principalmente como obstrucción gástrica secundaria al impacto de un cálculo en el bulbo duodenal. Es una causa rara de obstrucción del tracto de salida del estómago debido a que el lito se impacta a través de una fístula colecistoduodenal hacia el duodeno, que resulta en una obstrucción intestinal.

Este síndrome es extremadamente raro, pero tiene la mayor prevalencia en mujeres con edad mayor a los 60 a 70 años y una historia clínica de litiasis biliar en un 60% de los casos. Asimismo, el género es un factor de riesgo que se debe tomar en consideración, ya que las mujeres son afectadas seis veces más que los hombres. (34)

Se trata de una forma poco frecuente de íleo biliar con una clínica inespecífica, con náuseas, dolor epigástrico y en ocasiones hay una afección biliar conocida. El principal método de diagnóstico es la radiología donde se encontrará la triada de Simón, y el tratamiento definitivo se propone mediante 2 pautas de actuación, siendo la primera la simple extracción del cálculo o la asociación de colecistectomía y cierre de la fístula biliodigestiva. (34)

Tratamiento

El objetivo principal es lograr la descompresión de la vía biliar y prevenir recurrencias, el manejo óptimo de esta patología consiste en el manejo quirúrgico basado en la clasificación según su clínica de presentación de tipo obstructivo y no obstructivo

En donde básicamente el tratamiento de elección en fistulas con clínica de tipo no obstructivo es la colecistectomía precoz y la colecistostomía o la realización de un drenaje percutáneo, que permita la descompresión de la vesícula en casos de distensión para resolución de procesos inflamatorios y posteriormente, en un segundo tiempo, considerar la reparación de la fístula existente, si ésta lo amerita o en pacientes con elevada morbimortalidad y escasa respuesta al tratamiento conservador. Se cree que la reparación de la fístula no tiene ningún beneficio adicional y podría ser potencialmente perjudicial en grupos etáreos, siendo asociada con

mayores complicaciones posquirúrgicas

Es importante mencionar que en algunos casos donde colecistectomía es técnicamente difícil ya sea por del triángulo de Calot impida una disección segura, la colecistectomía subtotal está indicada. La apertura de la vesícula biliar, extracción de la litiasis y colecistectomía retrógrada (35,36)

En cuanto al tratamiento de fistulas bilioenterias con clínica obstructiva consiste:

Disección meticulosa de adherencias, colecistectomía y reparación del trayecto fistuloso en caso de que lo amerite. Sin embargo, dentro de las opciones terapéuticas para el íleo biliar se detalla a continuación;

1. Procedimiento de la primera etapa se caracteriza por una enterolitotomía, seguido de una colecistectomía y cierre de la fístula en un solo tiempo quirúrgico, caracterizándose con una mortalidad cerca del 17%.2. Otro procedimiento es la enterolitotomía simple con una mortalidad del 12% pero con riesgo de recidiva de íleo biliar del 2 al 8%, considerada como la mejor opción de tratamiento en pacientes con malas condiciones, como pacientes deshidratados, sépticos y con peritonitis, que tienen dificultad para tolerar un tiempo quirúrgico prolongado. (34)
2. Por último, el procedimiento en dos etapas consiste en una enterolitotomía seguidamente de la colecistectomía y cierre de la fístula en un intervalo de 4 a 6 semanas, relacionándose con una mínima mortalidad. Sin embargo, en los pacientes que poseen un tipo de íleo obstructivo la mejor técnica terapéutica se consideró la enterolitotomía. Además, la por vía laparoscópica es una opción para la resolución de fístulas bilioentéricas e íleo biliar: disminuye la estancia hospitalaria y la tasa de conversión a procedimiento abierto es del 7%, por lo que se considera como un procedimiento que va hacer de elección en tiempos venideros. (35,36)

La mortalidad en otros estudios para las fístulas biliodigestivas son aproximadamente del 5 al

15% provocadas por múltiples complicaciones entre las que se destacan la pancreatitis, fístula biliar externa, lesión de la vía biliar, infarto agudo de miocardio, neumonía, acidosis metabólica, desequilibrio hidroelectrolítico, tromboembolia pulmonar, obstrucción intestinal por adherencias. Asimismo, la mortalidad provocada por las fístulas colecistogástricas es alrededor del 30%, la misma que se incrementa por retraso en el diagnóstico, neumonía nosocomial y colangitis. (33,37,38)

Finalmente, es importante resaltar que, dada la poca frecuencia de la entidad, se debe valorar la posibilidad de ser tratada mediante técnicas laparoscópicas, que constituyen una vía de abordaje segura y eficaz para el tratamiento definitivo de la complicación de las colecistopatías litiásicas, aunque dado el proceso inflamatorio alrededor de la vesícula biliar, no siempre es posible llevar a cabo estos procedimientos. (35)

DISCUSIÓN

La presencia de una fístula colecistogástrica ocurren de manera fortuita como complicación poco frecuente de la colecistitis crónica.

Se menciona en la literatura desde 1968. Gestión que ha evolucionado ampliamente desde el primer caso reportado en la literatura con los avances de la cirugía y la introducción del abordaje laparoscópico. Uno de los aspectos difíciles en el manejo de estos casos son las características inespecíficas preoperatorias y el difícil diagnóstico con solo una ecografía convencional, que básicamente es la primera modalidad en el diagnóstico de cálculos biliares. En los casos de alta sospecha, la tomografía computarizada puede demostrar neumobilia, cálculos en el tracto gastrointestinal o la vesícula biliar atrofiada, lo que sugiere el diagnóstico preoperatorio. Dado que la mayoría de los casos se diagnostican intraoperatoriamente, la planificación preoperatoria es difícil de lograr. El manejo quirúrgico todavía demuestra ser un área de disputa.

Los exámenes imagenológicos juegan un rol fundamental en la detección y manejo de esta patología, Si bien Campos y col. Mencionan que el apoyo imagenológico en particular para pacientes con síndrome no obstructivo es la Colangiorresonancia considerándose estudio gold standard para la visualización del árbol biliar y descartar o visualizar la posible fistula, que inclusive ayuda al diagnóstico diferencial con otras patologías similares. A pesar de las superioridades que ostenta, es subutilizado por su baja disponibilidad en centros de salud y alto costo. Mientras que Saraguro y col. Mencionan que la tomografía simple y contrastada representa otra modalidad diagnóstica más precisa para aquellos casos que presenten síndrome obstructivo, constituyendo la mejor técnica imagenológica en pacientes de emergencia por su rápida interpretación y mejor resolución, pero esta requiere la validación de criterios diagnósticos.

En nuestro caso, no se pudo corroborar con esta afirmación ya que ante la falta de antecedentes de una enfermedad biliar crónica y una clínica que arrojaba hacia una colecistitis aguda, no hubo la necesidad y justificación de la solicitud de un examen más sensible para nuestro caso en cuestión.

En lo referente a los datos sociodemográficos, de nuestro caso, no concuerda con lo reportado en el estudio realizado por Beltrán y col. En donde menciona que el desarrollo del síndrome de Mirrizi y la formación de fistulas colecistogástricas tienen una alta relación con antecedentes de enfermedad litiásica de larga data y con cuadro intermitentes de colecistitis aguda. Al parecer y con los datos obtenidos en la historia clínica de nuestra paciente esta no cumplía con los factores predisponentes para el desarrollo de esta patología por lo que nos lleva a pensar que talvez no se indago de forma adecuada dicho dato, que en su tiempo hubiese sido de gran importancia diagnóstica y terapéutica.

En cuanto a la clínica presentada, nuestro caso tiene mucha relación con los datos presentados en artículos que hablan de casos de fístulas colecistogástricas , donde los distintos autores,

mencionan que muchas veces los pacientes son asintomáticos o que demuestra clínica enmascarado, lo que conlleva a un amplio espectro clínico de este padecimiento, sin embargo, la sintomatología de presentación más encontrada es: dolor en hipocondrio derecho, constipación náuseas, vómito, sensación de saciedad temprana, intolerancia a grasas y diarrea. El tratamiento definitivo es quirúrgico con el objetivo de resolver el cuadro obstructivo, y posteriormente la colecistectomía y un manejo conservador de la fístula

La literatura describe que el tratamiento quirúrgico de las fístulas colecistogástricas consiste en disección meticulosa de adherencias, colecistectomía total, colecistostomía o drenaje percutáneo con manejo expectante de la fístula y en el caso resección del trayecto fistuloso la reparación de la misma, lo cual puede ser en un tiempo quirúrgico con una mortalidad cercana al 20% y en dos tiempos quirúrgicos con una mortalidad mínima. En nuestro caso, se realizó en un solo tiempo quirúrgico debido a que fue un hallazgo incidental, por lo que creemos que el determinante más importante, no son los tiempos quirúrgicos, sino la clínica de la paciente y por ende una resolución temprana y un abordaje adecuado, generará una disminución real de la morbimortalidad.

Amaar y col. llegaron a la conclusión, de que una colecistectomía laparoscópica temprana para los cálculos biliares puede prevenir las complicaciones de la colecistitis crónica. Y que para un diagnóstico de fístula colecisto gástrica debe tomarse como referente la cronicidad de los síntomas y presentación inespecífica. En estos casos, el uso de la TC como modalidad de imagen debe ser considerado para descartar el diagnóstico y para un adecuado y mejor enfoque. Finalmente, la elección del abordaje laparoscópico versus abierto y de una etapa versus dos etapas debe guiarse por la condición clínica del paciente, la experiencia local y el mejor resultado post operatorio para el paciente.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla 12. Esquematización de las oportunidades de mejora

PUNTO CRÍTICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	OPORTUNIDADES DE MEJORA
Carencia de conocimiento sobre el tema en el pregrado que limita su manejo rápido y oportuno de referencias	Solicitar que se incluya temas como de esta patología de diversa índole en el silabo que aporten con bases y conocimientos actualizados para un óptimo manejo tanto diagnóstico como terapéutico	Capacitarse de forma continua sobre patologías de distinta índole y sus posibles complicaciones. Establecer guías diagnosticas aplicadas a los niveles primarios de salud con el objeto de mejorar la atención a los pacientes
Identificación precoz de la patología para su pronta resolución y seguimiento futuro	Realizar una anamnesis de calidad para la identificación y el diagnóstico de la patología para su correcta intervención, manejo y evitar futuras complicaciones	Instruir e incentivar al equipo médico sobre la importancia de una correcta anamnesis y lo importante de esta para el correcto manejo y diagnóstico de la patología
Falta de información sobre datos que ayuden al seguimiento clínico diagnóstico y terapéutico	Aplicar un esquema en el que se especifique los pasos de un correcto examen físico cuya utilidad es de suma importancia para complementar y correlacionar una hipótesis diagnóstica, a su vez de la valoración de la evolución del paciente	Mejorar la evaluación clínica del paciente realizando un examen físico óptimo que aporte datos significativos al momento de resolver dudas diagnósticas, además de la correcta valoración del paciente en su instancia hospitalaria

<p>Necesidad de dotar de recursos necesarios para realizar los estudios complementarios que aporten datos significativos para establecer un diagnóstico oportuno y así tomar una decisión terapéutica</p>	<p>Indicar las necesidades de recursos para la realización de pruebas complementarias que sean de utilidad y ayuden a la identificación oportuna de la patología, realizando un uso de los distintos recursos de forma óptima, a su vez una respuesta eficaz por parte del personal a cargo del reporte de dichos resultados</p>	<p>Notificar al personal de gerencia y administración encargados de la obtención de recursos hospitalarios, la necesidad de contar con medios suficientes para la realización de pruebas complementarias que ayuden a la optimización de una atención eficaz y oportuna a su vez para poder realizar un seguimiento de la evolución del paciente</p>
---	--	--

CONCLUSIONES

1. La fistula colestogástrica es una complicación poco conocida asociada al síndrome de Bouveret y que debido a su sintomatología vaga y clínica enmascarada su diagnóstico preoperatorio es <5%. Los métodos diagnósticos y terapéuticos han avanzado de en medida, por lo cual esto nos permite estudiar esta patología de diversa índole poco conocido ,mejorando los índices de morbilimortalidad asociadas a un diagnóstico tardío o erróneo.
2. La incidencia de las fístulas bilioentéricas en pacientes con colelitiasis es del 0.15-8%. En donde la localización más frecuente de los trayectos fistulosos es: colecistoduodenal (77- 90%), colecistocolónica (8- 26.5%), coledocoduodenal (5%) y colecistogástrica (1.2% a 3%)
3. Se determinó que para el desarrollo de colelitiasis sintomática tenemos factores de riesgo modificables y no modificables, siendo los factores de riesgo modificables en los cuales nosotros como estudiantes y futuros médicos del primer nivel de atención debemos actuar.
4. Los factores de riesgo para desarrollar Síndrome de Mirizzi posteriormente una complicación como una fistula colecistogástrica es tener una colecistitis crónica con múltiples recurrencias sin un tratamiento oportuno y precoz.
5. Varios artículos consideraron que el Gold standard para la visualización del árbol biliar con una sensibilidad del 97.7% es la colangiopancreatografía magnética es útil en casos seleccionados donde el diagnóstico no es claro después del estudio tomográfico, sin obviar que esta es la mejor técnica imagenológica en pacientes de emergencia por su rápida interpretación y mejor resolución, pero que requiere la validación de criterios diagnósticos.
6. Ante la falta de antecedente de una enfermedad biliar crónica que justifique la

realización de una colangiografía o algún examen más sensible, se optó por la realización de una colecistectomía laparoscópica de emergencia al encontrarse una fístula colecistogástrica o al ser una vesícula de difícil disección, lo mejor sería la realización de una colecistectomía o drenaje percutáneo y posterior a eso la solicitud de una colangiografía.

7. Ante los hallazgos de una colecistectomía complicada el mejor accionar quirúrgico es la realización de una colecistectomía subtotal más drenaje de vía biliar y posteriormente hacer un estudio de mayor complejidad.
8. En caso de apertura de la fístula se deberá realizar una fistulectomía más, colecistectomía completa y reparación del trayecto fistuloso.
9. La complicación descrita por la medicina basada en evidencia es el Síndrome de Bouveret (Íleo biliar) nos dimos cuenta que en este caso en cuestión no hubo dicha complicación.

RECOMENDACIONES

1. Al categorizarse las fístulas colecistogástricas como casos extremadamente raros y esporádicos en la práctica se recomienda que en el pensum de la cátedra de cirugía se nombren estas patologías raras y que sean de conocimiento para los médicos clínicos y quirúrgicos.
2. Se recomienda que al utilizar una guía clínica para el diagnóstico de alguna patología esta misma sea aplicada para la estadificación y el tratamiento siendo así lo más asertivo para el paciente.
3. Aplicar las recomendaciones instauradas, para el manejo racional de los antibióticos en el servicio.
4. Es crucial impulsar a todo el equipo de salud a cargo de la atención del paciente sobre

la importancia de una correcta solicitud de pruebas complementarias que ayuden a la optimización de una atención eficaz, tratamiento oportuno y precoz y a su vez un adecuado seguimiento de la evolución del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍAS

- (12) Bolaños CyM. Vesícula Biliar y Sistema Biliar. Fundación Universitaria San Martín de Pasto. 2018;: p. 120 a 125.
- (2) Farreras, Rozman. Goldman L, Ausiello D. Cecil Tratado de Medicina [Internet] 17 ed. Barcelona, Elsevier; 2013
- (1) Kasper D, Fauci A, Stephen H, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna [Internet]. 19 ed. Madrid: McGraw Hill; 2016 [citado 20 nov 2016].
- (10) INTRAMED. Vías Biliares Y Vesícula Biliar. INTRAMED. 2019 julio;: p. 26 A
- (9) Solares MRZ, Calatayud MG, García AR. Capítulo 42: Anatomía y fisiología de la vesícula biliar HILL MG, editor.: McGraw Hill; 2018.
- (18) Vehbi H, Agirgun C. Abdominal CT Findings of Cholecystogastric Fistula. J Gastroenterol. 2017;3(2): p. 1009.

LINKOGRAFÍAS

- (16) Aamery A, Pujji O, Mirza M. Operative management of cholecystogastric fistula: case report and literature review. Journal of Surgical Case Reports. 2019 Noviembre; 2019(11): p. rjz345. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
- (31) Abich E, Glotzer D, Murphy E. Gallstone Ileus: An Unlikely Cause of Mechanical Small Bowel Obstruction. Case Rep Gastroenterol Available from: 2017;11:389-395 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29033757/>
- (37) Acquafresca PA. Síndrome de Mirizzi: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Acta gastroenterologica Latinoamericana. 2019 December; 44(3): p. 323 a 328. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/270956951_Sindrome_de_Mirizzi_Prevalenci

a_diagnostico_y_tratamiento

- (5) Aguilar-Espinosa F. Fístula colecistoduodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico. *Revista de gastroenterología de México*. 2018 Julio a Septiembre; 84(2): p. 1234 a 1345. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-fistula-colecistoduodenal-complicacion-infrecuente-litiasis-articulo-S0375090617300423>
- (15) Ali MF, Friedel D, Levin G. Two Anomalies in One: A Rare Case of an Intrahepatic Gallbladder with a Cholecystogastric Fistula. *Case Rep Gastroenterol*. 2017; 11: p. 148–154. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5465658/pdf/crg-0011-0148.pdf>
- (6) Almora Carbonell CL, Arteaga Prado Y, Plaza González T, Prieto Ferro Y, Hernández Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. *Rev Ciencias Médicas*. 2012 Enero-Febrero; 16(1): p. 200-214. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/883>
- (34) Alvarez Chica LF, Bejarano Cuéllar W. Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto Descripción de dos casos y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Cirugía y Gastroenterología*. 2019 Marzo; 24(2): p. 345 a 356. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v25n1/en_v25n1a17.pdf
- (19) Ayoub K, Alkarrash MS, Shashaa MN, Zazo A, Rhayim R, Mahli N. A rare complication of gallstones ended with spontaneous cholecystocutaneous fistula in an old man: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2020; 67: p. 42-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.01.008>
- (14) Beksac K, Erkan A, Kaynaroglu V. Double Incomplete Internal Biliary Fistula: Coexisting Cholecystogastric and Cholecystoduodenal Fistula. *Case Reports in Surgery*. 2016;; p. 3. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/291385878_Double_Incomplete_Internal_Biliary_Fistula_Coexisting_Cholecystogastric_and_Cholecystoduodenal_Fistula

- (4) Cabrera Ordóñez CM. Validez de la guía de Tokio para colecistitis aguda litiásica en el departamento de emergencia de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca 2014. Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca. 2016;: p. 1-44. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23758/1/TESIS.pdf>
- (27) Carpio-Deheza Gonzalo BAJ. Síndrome de Mirizzi V, un desafío diagnóstico para el cirujano: Reporte de un caso Cohabamba: SciELO; 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3250/325057841007.pdf>
- (23) De Dios Díaz Rosales J, Alcocer Moreno JA, Domínguez LE. Síndrome metabólico y colecistitis complicada en mujeres adultas. Archivos de Medicina. 2016 Julio-Diciembre; 16(2): p. 304-311. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273849945009.pdf>
- (24) De Dios Díaz Rosales J, Morales Polanco S. Sangrado de tubo digestivo alto debido a fístula colecistoduodenal. Hallazgo quirúrgico. Archivos de Medicina. 2020 Febrero; 20(1): p. 221-225. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338990100_Sangrado_de_tubo_digestivo_alto_debido_a_fistula_colecistoduodenal_Hallazgo_quirurgico
- (21) Enríquez Sánchez LB, García Salas JD, Carrillo Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. Cir Gen. 2018; 40(3): p. 175-178. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83963#>
- (13) Granados Ferrufino AM, Canales Gómez CE. Adherencia a las guías de práctica clínica en los pacientes con colecistitis aguda. Repositorio Institucional de la Universidad de El Salvador. 2020 Julio;: p. 1-29. Disponible en:

<http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/22341/1/593-11106315.pdf>

- (20) Gutierrez Quispe EG. Factores de riesgo y formación de fístula colecistoduodenal en colelitiasis Hospital San José del Callao 2011-2017. Repositorio Institucional de la Universidad de San Martín de Porres. 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3645>
- (32) Herrero López M, Cantín Blázquez S. Fístula Colecistocólica. Una rara complicación de la Colecistitis Aguda. Hospital Universitario Miguel Servet. 2019 Marzo; p. 210 a 220. Disponible en: https://www.semesaragon.org/media/cd_sesiones_clinicas/2010_IV_JSCIH/2010_Publicaciones/Fistula_colecistocolica/Fistula_colecistocolica.pdf
- (22) INEC. VDatos. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>.
- (38) Lander Gallego Otaegui ASL. Síndrome de Bouveret. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2019 aGOSTO; 108(27): p. 434-436. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n7/imagenes3.pdf>
- (36) Marilyn CQ. Síndrome de Mirizzi. Revista Médica Sinergia. 2019 Julio; 23(2): p. 220 a 320. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/513/875>
- (8) Mitidieri V. NEO. La Vía Biliar Intrahepática. Clasificación Anatómo-Quirúrgica. SCIELO. 2019 Junio; 20(2): p. 120 a 130. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000400039
- (30) Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg. 2016 Jan 27;8(1):65-76 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4724589/>

- (11) Pacheco DAC. 18.1. Vesícula Biliar. Cirugía General Basada En Evidencia. 2018 Agosto; 25(3): p. 120 a 130. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_18-1_Ves%C3%ADcula%20y%20V%C3%ADas%20Biliares.htm
- (33) Pekolj J, Quiñones E. Tratamiento lapascópico de las fístulas biliodigestivas. Published Medicine. 2017 Julio; 23(2): p. 34 a 45. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-454450>
- (17) Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: Una consulta frecuente en la guardia médica. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2018 Julio - Agosto; 61(4): p. 35-37. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11245/1/T-UCE-0006-014-2017.pdf>
- (28) Ramírez Chacón JL. Íleo Biliar y Fístula Bilioentérica. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2018 Julio;: p. 155 a 158. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
- (35) Ramón Baños-Madrid HSBEOBFCÁ. Diagnóstico Endoscópico de una fístula colecistogástrica.SCIELO. 2017 Julio 27; 49(3): p. 25 a 30. <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2512/5484>
- (3) Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. Aplicación de la guía de Tokio en Colecistitis Aguda Litiásica. Rev Med La Paz. 2018 Enero-Junio; 24(1): p. 19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v24n1/v24n1_a04.pdf
- (29) Saraguro B, Chiguano M, Mendoza C, Paredes L, Martínez C. Síndrome de Bouveret: Presentación de Caso Clínico. MetroCiencia. 2020 abr 1;28(2):19-24 diagnostico Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/72/82>

- (25) Tuma F, Crespi Z, Wolff CJ, Daniel DT, Nassar AK. Enterocutaneous Fístula: A Simplified Clinical Approach Etiology. 2020;12(4). doi:10.7759/cureus.7789 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32461860/>
- (7) Villagómez Yáñez CM. Evaluación de las complicaciones de la colecistitis aguda resuelta quirúrgicamente de manera electiva y por emergencia tanto por cirugía convencional como laparoscópica en el Hospital San Francisco de Quito en el período de Mayo a Octubre del 2016. Repositorio Institucional de la Universidad Central del Ecuador. 2017 Enero;: p. 1-84. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11245>
- (26) Vivas M. JL, Girón M. J, Miranda F. P. Fístula Biliodigestiva espontánea secundaria a patología biliar. Sociedad de Cirugía General de México. 2019 Julio; 70(2): p. 72 a 79. Disponible en: <http://45.238.216.13>