

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11209
127

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI

DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

MANEJO DEL QUISTE COLEDOCIANO
EXPERIENCIA QUIRURGICA EN 15 AÑOS
EN PERSONAS ADULTAS

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:
DR. OSCAR DENIZ ZARATE DAZA

ASESOR:
DR. JAVIER NIÑO SOLIS

MEXICO, D.F., FEBRERO 2003

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS CON
FALLA DE
ORIGEN**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 SEGUROS DEL D.F.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G." C.A.M.S. S XXI
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
24 DE OCTUBRE DE 2002
REF. 37 BS 09 2183 / 02

ACTA DEL COMITE LOCAL DE INVESTIGACION

Despues de revisar y discutir el documento enviado por los autores, el protocolo:

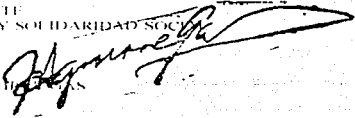
198 02 " MANEJO DEL QUISTE COLEDOCIANO EXPERIENCIA QUIRURGICA EN 15
AÑOS EN PERSONAS ADULTAS "

Comentarios de los vocales:

Dictamen: APROBADO

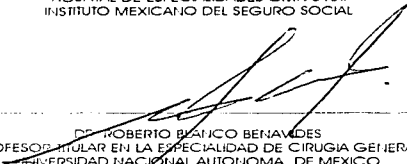
ATENTAMENTE
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DOCTOR
HECTOR AGUIRRE
DIRECTOR
SIWR







DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI
II INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



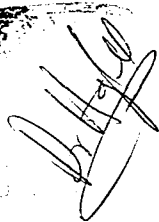
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GASTROCIROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI
II INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. JAVIER LINDO SOLIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI
II INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. OSCAR DEHISCARATE DAZA
RESIDENTE EN CUARTO AÑO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI
II INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**MANEJO DEL QUISTE COLEDOCIANO
EXPERIENCIA QUIRURGICA EN 15 AÑOS
EN PERSONAS ADULTAS**

AUTOR

DR. OSCAR DENIS ZARATE DAZA
RESIDENTE EN CUARTO AÑO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COLABORADOR

DR. JAVIER NIÑO SOLIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DEDICATORIA

A mis padres por su cariño y apoyo

A mi novia por su infinita paciencia

Al Dr. Roberto Blanco por brindar su conocimiento, experiencia y sencillez

Al Dr. Javier Niño por su asesoría en el proyecto de investigación, y compartir sus conocimientos

A nuestros enfermos, fin de nuestra labor

RESUMEN

Diecisiete pacientes con diagnóstico de quiste coledociano ingresaron al Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo 1° de enero de 1987 al 28 de agosto del 2002.

A dieciséis pacientes (94%) con quiste de colédoco tipo I (14 pacientes) y II (2 pacientes) según la clasificación de Todani, se realizó escisión completa del quiste y drenaje bilio digestivo (hepaticoyeyunoanastomosis) en Y de Roux. Y un paciente con quiste de colédoco tipo III, a esinteroplastia transduodenal.

En cuatro pacientes se presentaron complicaciones posoperatorias tempranas (24%), en tres de ellos hubo dehiscencia de la hepaticoyeyunoanastomosis (18%), y sometidos a desmantelamiento y remodelación de la anastomosis. Un paciente sufrió lesión duodenal, reintervenido con colocación de sonda transduodenal, apoyo nutricional parenteral total, evolucionando favorablemente (cierre de fistula duodenal).

Como complicación posoperatoria tardía se registró desarrollo de malignidad del tracto biliar en un paciente.

El estudio presente, muestra que la escisión completa del quiste coledociano con drenaje en Y de Roux de las vías biliares proximales, por cirujanos del Servicio de Gastrocirugía en Centro Médico Nacional Siglo XXI, resultados satisfactorios con un índice de morbi-mortalidad similar a los reportes de la literatura mundial.

INDICE

	PAGINA
ANTECEDENTES	1
PREGUNTA DE INVESTIGACION	4
OBJETIVOS	5
MATERIALES Y METODOS	6
RESULTADOS	10
CONCLUSION	13
REFERENCIAS	15
BIBLIOGRAFIA	16
ANEXOS	21

MANEJO DE QUISTE COLEDOCIANO

ANTECEDENTES

La primera descripción del quiste coledociano la realizaron Vater y Ezler en 1723, (1) y la resección quística en 1924 por McWhorter (2). En 1959, Alonso-Lej reportó dos casos de quiste coledociano y en base a revisiones de la literatura mundial (análisis de 94 casos), los clasificó en tres tipos de quistes extrahepáticos(3). En 1958, Caroli describió la variedad de múltiples quistes intrahepáticos (16). Todani en 1977 agregó dos tipos más a la clasificación (quistes intrahepáticos);

En 1975, Flanagan (4) hizo una revisión de la literatura mundial occidental y encontró 950 casos reporte de quiste coledociano. Yamaguchi (5) revisó la literatura japonesa, y en 1980 reportó 1,433 casos de quiste coledociano. La incidencia de quiste coledociano varía de 1 en 13,000 a 1 en 2,000,000 de pacientes (6,7). Más de un tercio de los casos reportados, han ocurrido en pacientes japoneses (8, 7, 8, 9). Es tres a cuatro veces más frecuente en mujeres y raras veces es diagnosticado antes del fin de la primera década de la vida.

La etiología sobre el quiste coledociano aún es incierta. Algunos sospechan que el reflujo de enzimas pancreáticas hacia el coledoco, y consecutivas colangitis, resultan en cicatrización fibrosa(11). Esta teoría es apoyada por Babbitt en 1969, basada en hallazgos colangiográficos de uniones pancreaticobiliares anormales (conducto común), y pancreatitis recurrentes (12, 13). La presencia de un conducto común y un ineffectivo esfínter de Oddi también ha sido demostrada por varios investigadores en muchos pacientes con quiste coledociano (12, 15-18).

Neonatos o niños usualmente presentan una masa en hipocóndrio derecho y dolor abdominal (15,17). El 25% de los pacientes son diagnosticados dentro del primer año de vida y 60% antes de los 10 años de edad (3, 22). La manifestación en adultos es rara, y su presentación puede ser por dolor inespecífico, crónico o intermitente en cuadrante superior derecho, ictericia, pancreatitis aguda, o colangitis aguda (18). Una masa palpable es rara (19). La colangitis aguda es el síntoma principal (27%) (20, 21).

Anteriormente, los quistes coledocianos eran muchas veces diagnosticados (hallazgos) durante la cirugía. Actualmente, los quistes coledocianos son identificados antes de la cirugía con el uso del ultrasonido. Con la llegada de la colangiografía retrógrada endoscópica a principio de los 70s es posible la definición preoperatoria del quiste y anatomía ductal. La colangiografía transhepática percutánea también define la anatomía ductal biliar, especialmente útil en la visualización de la enfermedad de Caroli. La tomografía computada y/o la resonancia magnética define el tamaño, extensión, y características del quiste coledociano, y su relación con las estructuras vecinas.

La excisión total cística es la opción preferida para el tratamiento de quiste coledociano (23, 24). La cistoenterostomía no es muy recomendada por problemas asociados debido a retención cística incluyendo estasis biliar, colangitis recurrente, formación de litos, pancreatitis y carcinoma de la vía biliar (25, 26, 27). La reconstrucción puede ser desarrollada con una hepaticoyunostomía o hepaticoduodenostomía en Y de Roux (23, 27).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la incidencia de quiste coledociano, tratamiento quirúrgico y complicación posoperatoria temprana y tardía en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI?

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer la experiencia en el manejo del quiste coledociano en adultos, en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI en los últimos 15 años.

ESPECIFICOS

1. Identificar la variedad de quiste coledociano más frecuente en la población adulta en el Servicio de Gastrocirugía, en el Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI.
2. Conocer el tratamiento quirúrgico realizado en pacientes con quiste coledociano según la clasificación de Todani, en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades en CMN S XXI.
3. Determinar las complicaciones posoperatorias tempranas y tardías en pacientes con quiste coledociano.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio retrospectivo, longitudinal , observacional y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes del Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI con diagnóstico de Quiste coledociano operados en el periodo comprendido de 1^o. de enero de 1987 al 28 de agosto del 2002.

DESCRIPCION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Quiste coledociano

VARIABLE DEPENDIENTE

Edad

Sexo

Cuadro clínico

Clasificación del quiste coledociano

Complicaciones posoperatorias (tempranas y tardías).

CRITERIOS DE SELECCION

INCLUSION

Pacientes adultos con diagnóstico de Quiste coledociano operados por el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo comprendido : 1º. de enero de 1987 al 28 de agosto del 2002.

EXCLUSION

Edad menor de 15 años

PROCEDIMIENTO:

Se captaron el nombre y cedula de afiliación de pacientes con diagnóstico de quiste coledociano que ingresaron en enero de 1987 a agosto del 2002 del archivo de Gastrología del Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI, seguida la consulta del archivo clínico en el mismo hospital a recabar los expedientes y capturar los datos siguientes: edad, sexo, métodos diagnósticos, tratamiento quirúrgico realizado, complicaciones posoperatorias tempranas y tardías, dichos datos serán recolectados en la hoja de datos. Obtenidos los datos, se analizará la variedad del quiste coledociano de acuerdo a la clasificación de Todani, procedimiento quirúrgico y las complicaciones posoperatorias tempranas y tardías, seguido del análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Por ser un estudio descriptivo se utilizó el programa SPSS para realización de frecuencias, porcentajes, promedios.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo siguiente se ajusta a los lineamientos internacionales de investigación clínica aprobados en la declaración de Helsinki. Y no se requiere autorización legal ya que es un estudio retrospectivo.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS

Los médicos responsables del estudio.

RECURSOS MATERIALES

Los propios del servicio implicado, expediente clínicos.

RECURSOS FINANCIEROS

No requiere.

RESULTADOS

Diecisiete pacientes adultos con diagnóstico de Quiste coledociano fueron operados en el Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el periodo comprendido del 1987 al 26 de febrero del 2000. Once pacientes del sexo femenino (64%), 6 pacientes del sexo masculino (36%).

La edad promedio fue de 29.4 años, con un intervalo de edad de 3 a 35 años.

El cuadro clínico de manifestación por dolor abdominal inespecífico, crónico e intermitente, se observó en 10 pacientes (59%), ictericia superior derecha, en 13 pacientes (76%), ictericia en el 47%, náuseas en 7 (41%), vómitos en 4 (23%), sorbitigils en 2 (12%), hinchazón en 2 (12%), y masa palpable en 3 (18%). 3 pacientes presentaron la triada clásica de síntomas en abdomen, ictericia y masa; ver cuadro de abajo.

Distribución de cuadro clínico en pacientes con Quiste coledociano

cuadro clínico	n	%
Triada clásica	3	18
Dolor abdominal	10	76
ictericia	13	47
vómitos	4	23
hinchazón	2	12
náuseas	7	41
masa palpable	3	18

Según la clasificación de quiste coledociano (Todani), el tipo I fué el más común (14 casos), de ellos 10 fueron del subtipo Ic (59%) y 4 del Ia (23%); en orden descendente siguió el II con 2 (12%) y para el tipo III un caso (6%).

A excepción de un paciente, el quiste coledociano fue identificado en el transoperatorio (cesárea).

Dieciséis pacientes fueron sometidos a resección de quiste coledociano y hepaticoyuncionanastomosis, y 1 paciente a esfinteroplastia transduodenal (coledococèle). Ver cuadro de abajo.

Distribución de pacientes según la clasificación de Todani y cirugía realizada

Tipo	n (%)	cirugía
I	14 (82)	escisión de quiste y HYA
II	2 (12)	escisión de quiste y HYA
III	1 (6)	esfinteroplastia transduodenal
IV	0	-
V	0	-

Complicaciones posoperatorias tempranas: 3 pacientes presentaron dehiscencia de la hepaticoyuncionanastomosis (18%), inicialmente tratados con nutrición parenteral total, y reintervenidos: desmantelamiento de la anastomosis y remodelación. Otro paciente sufrió lesión duodenal, reintervención quirúrgica y colocación de sonda transduodenal, apoyo nutricional parenteral total, evolucionando favorablemente (cierre de fístula duodenal). Ver cuadro en siguiente página.

Distribución de complicaciones posoperatorias y tratamiento específico

complicación posoperatoria n (%)	tratamiento
temprana	
deficiencia anastomótica de HYA 3 (18)	desmantelamiento y remodelación de HYA
lesión duodenal 1 (6)	colocación de sonda transduodenal
complicación posoperatoria tardía	
adenocarcinoma coledociano 1 (6)	(defunción)

Como complicación tardía sólo se registró una defunción por Adenocarcinoma coledociano invasor (masculino de 38 años). Ver cuadro de arriba.

DISCUSION

El tratamiento quirúrgico recomendado por cirujanos en la literatura mundial de los quistes coledocianos (I, II y IV) es la escisión total del quiste, con drenaje en Y de Roux de las vías biliares proximales (33).

En caso del colerodococèle (tipo III), los cirujanos difieren en sus recomendaciones, en lactantes y niños pequeños el tratamiento consiste en la estinteroplastia transductal, que proporciona descompresión y drenaje. En el niño mayor y en el adulto, la papilotomía endoscópica que proporciona resultados satisfactorios (32,35).

En el caso del quiste coledociano intrahepático (tipo V), por su rareza, la experiencia es limitada, siendo el drenaje en Y de Roux el sugerido (32).

El presente estudio concuerda con los reportes de la literatura mundial, entre ellos el quiste coledociano tipo I es el más frecuente [(82% vs 50% de la literatura) (31)]. El tratamiento quirúrgico consistió en la escisión completa del quiste con un drenaje biliogastro (hepaticoyeyunoanastomosis) en Y de Roux, con una morbi-mortalidad temprana de 24% y 0% respectivo. [(14% y 0% en literatura) (29)].

Las complicaciones a largo plazo más frecuentes (literatura mundial) son la estrechez anastomótica (34), y riesgo de malignidad del tracto biliar [(2.5% al 28% (20)], el estudio presente registró como complicación posoperatoria a largo plazo sólo un caso : adenocarcinoma del tracto biliar (5.3%).

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra la experiencia quirúrgica en 15 años en pacientes adultos con quiste coledociano en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades en Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La resección completa y drenaje biliodigestivo (hepaticoyeyunoanastomosis) en Y de Roux, es realizado por cirujanos del Servicio de Gastrocirugía en CMN S XXI, y presenta resultados satisfactorios, con un índice de morbi-mortalidad bajo, similar a los reportes de la literatura mundial.

BIBLIOGRAFIA

1. Vater A, Ezler CS. *Dissertatio de scirrhis viscerum occasione sectionis viri tympanite defuncti*. Wittenburgae 1723, 4 Pamphlers, 881:22.
2. McWhorter GL. Congenital cystic dilatation of the common bile duct. *Arch Surg* 1924; 5: 604-26.
3. Alonso-Lei F, Rever WB Jr, Pessagno DJ. Congenital choledochal cysts, with a report of 2, and an analysis of 94 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1959; 108: 1-30.
4. Flanagan DP. Biliary cysts. *Ann Surg* 1975; 182: 635-43.
5. Yamaguchi M. Congenital choledochal cysts. Analysis of 1,433 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980; 140: 635-57.
6. Kasai M, Asakura Y, Taira Y. Surgical treatment of choledochal cysts. *Ann Surg* 1970; 172: 641-51.
7. Olbourne NA. Choledochal cysts: a review of the cystic anomalies of the biliary tree. *Ann R Coll Surg Engl* 1975; 56: 26-32.
8. Powell CS, Sawyers JL, Reynolds VH. Management of adult choledochal cysts. *Ann Surg* 1981; 193: 666-76.

9. Maukkanen K, Obeid S, Slim M. Congenital choledochal cysts. Arch Surg 1976; 111: 1112-4
10. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi J, Okajima K. Congenital bile ducts cysts: classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including a cancer arising from choledochal cysts. Am J Surg 1977; 134: 263-9.
11. Ng WD, Chan YF, Fung H. Recurrent pancreatitis contributing to choledochal cyst formation. Br J Surg 1987; 74: 206-8.
12. Ono J, Sakada K, Akita H. Surgical aspect of cystic dilatation of the bile duct: an anomalous junction of the pancreaticobiliary tract in adults. Ann Surg 1982; 195: 203-8.
13. Babitt DP. Congenital choledochal cysts: new etiological concept based on anomalous relationship of common bile duct and pancreatic bulb. Ann Radiol 1969; 12: 231-40.
14. Caroli J, Sourbut R, Kossakowski J et al: La dilatation polikystique congenitale des voies biliaires intra-hépatiques: essai de classification. Semaine des Hôpitaux de Paris 34: 488-495, 1958.

15. Nagata E, Sakai K, Kinoshita H, Hirohashi K. Choledochal cyst: complications of anomalous connection between the choledochus and pancreatic duct and carcinoma of the biliary tract. *World J Surg.* 1986; 10: 102-110.
16. Iwai N, Yanagihara J, Tokiwa K, Shimotake T, Nakamura K. Congenital choledochal dilatation with emphasis on pathophysiology of the biliary tract. *Ann Surg.* 1992; 215: 27-30.
17. Oguchi Y, Okada A, Nakamura T, et al. Histopathologic studies of congenital dilatation of the bile duct as related to an anomalous junction of the pancreaticobiliary ductal system: clinical and experimental studies. *Surgery.* 1988; 103: 168-173.
18. Okada A, Nakamura T, Higaki J, Okumura K, Kamata S, Oguchi Y. Congenital dilatation of the bile duct in 100 instances and its relationship with anomalous junction. *Surg Gynecol Obstet.* 1990; 171: 291-298.
19. Lipsett PA, Pitt HA, Colombani PM, Boitnott JK, Cameron JL. Choledochal cyst disease: a changing pattern of presentation. *Ann Surg.* 1994; 220: 644-652.
20. Jan YY, Chen HM, Chen MF. Malignancy in choledochal cysts. *Hepatogastroenterology* 2000; 47: 337-340.

21. Chaudhary A, Dhar P, Sachdev A, et al. Choledochal cysts-differences in children and adults. Br J Surg. 1996; 83: 186-188.
22. Spitz L. Choledochal cyst. Surg Gynecol Obstet. 1978; 147: 1444-52.
23. Nagornev DM, McIlrath DC, Adson MA. Choledochal cysts in adults: clinical management based on type of choledochal cysts. Am J Surg 1991; 161: 612-15.
24. Lopez RR, Pinsky CW, Campbell JR, Harrison M, Koton R. Variation in management based on type of choledochal cyst. Am J Surg 1991; 161: 612-15.
25. Deziel DJ, Rossi FE, Munson JL, Braasch JW, Silverman ML. Management of bile duct cysts in adults. Arch Surg 1986; 121: 410-15.
26. Lilly JR. Total excision of choledochal cyst. Surg Gynecol Obstet 1978; 146: 254-6.
27. Flanigan DP. Biliary carcinoma associated with biliary cysts. Cancer 1977; 40: 850-3.
28. Chaudhary A, Dhar P, Sachdev A. Choledochal cysts - differences in children and adults. Br J Surg 1996; 83: 186-188.

29. Liu Ch, Fan S, Lo Ch. Choledochal cysts in adults. *Arch Surg* 2002; 137: 465-468.
30. Hewitt P, Krige J, Bornman P. Choledochal cysts in adults. *Br J Surg* 1995; 82: 382-385.
31. Skandalakis JE, Gray SW, Ricketts R, et al: The extrahepatic biliary ducts the gallbladder. In: Skandalakis JE, Gray SW (eds): *Embriology for surgeons*, ed 2. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994, pp 296-333.
32. O'Neill J, Templeton J, Schnauffer L, et al. Recent experience with choledochal cyst. *Ann Surg* 1987; 205: 533-538.
33. Lopez R, Pinson W, Campbell R, et al. Variation in management based on type of choledochal cyst. *Am J Surg* 1991; 161: 612-615.
34. Chijiwa K, Tanaka M. Late complications after excisional operation in patients with choledochal cyst. *J Am Coll Surg* 1994, 179: 139.

HOJA RECOLECTORA DE DATOS

NOMBRE _____

AFILIACION _____ EDAD _____ SEXO _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS _____

CUADRO CLINICO

DOLOR ABDOMINAL _____

ICTERICIA _____

COLANGITIS _____

PANCREATITIS _____

MASA PALPABLE _____

OTROS _____

LABORATORIO Y GABINETE PREOPERATORIO

HB _____ HTO _____ LEUCOCITOS _____ DIFERENCIAL _____

BT _____ BD _____ FA _____ GGT _____ TGO _____ TGP _____ AMILASA _____ LIPASA _____

ULTRASONIDO _____

CPRE _____

TAC _____

DX PREOPERATORIO _____

CIRUGIA PROYECTADA _____

HALLAZGOS _____

DX POSOPERATORIO _____

CIRUGIA REALIZADA _____

COMPLICACION POSOPERATORIA TEMPRANA _____

TRATAMIENTO _____

EMH _____

COMPLICACION POSOPERATORIA TARDIA _____

TRATAMIENTO _____

SEGUIMIENTO _____