



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEURO SOCIAL
DELEGACION No. 3 DEL DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

EXPERIENCIA DE LA GAMMAGRAFIA EN COLECISTITIS CRONICA
ALITIASICA

TESIS QUE PRESENTA
DRA. ALEJANDRA SANCHEZ ESCOBAR
PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL



ASESOR: DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ

MEXICO D.F.

NOVIEMBRE 2003

TESIS CON
PAPEL DE ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOJA RECOLECTORA DE FIRMAS



DOCTOR
ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DE LA DIVISION DE
EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI . A.M.



DOCTOR
ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR DEL CURSO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DOCTOR
PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIROGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - CMN SIGLO XII

2

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN 3 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

29 de agosto de 2003

ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

A las 12:00 horas del día de hoy se reunieron en sesión extraordinaria, en la Sala de Juntas de la División de Educación e Investigación en Salud, los doctores: Nora Hilda Segura Méndez, Juan Talavera Piña, Nils Wachter Rodarte, Eduardo Feral Osorio, Isidora Vásquez Márquez y Antonio Castellanos Olivares, miembros del Comité Local de Investigación, para evaluar la segunda versión del proyecto de investigación intitulado:

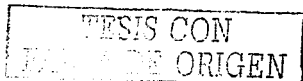
056/2003 EXPERIENCIA DE LA GAMMAGRAFÍA EN COLECISTITIS CRÓNICA ALITIÁSICA

Los comentarios emitidos por los Miembros del Comité fueron los siguientes:

1. La nueva versión se ajusta a las recomendaciones emitidas por este comité en la primera revisión.

DICTAMEN: APROBADO

DR. JORGE ALBERTO CASTAÑÓN GONZÁLEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ



3

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación 3 Sur Oeste Unidad de adscripción URCMNSXXI

Autor:

Apellido Sánchez Materno Escobar Nombre Alejandra

Matrícula 11153539 Especialidad Cirugía General Fecha Grad. / /

Asesor:

Apellido Sánchez Materno Fernandez Nombre Patricio

Matrícula 7718098 Especialidad Cirugía General Registro 056/2003

Título de la Tesis: EXPERIENCIA DE LA GAMMAGRAFÍA EN COLECISTITIS CRÓNICA ALIÉNICA

Resumen Algunos trastornos motores de la vesícula biliar, conocidos como disqui-
nesias, ocasionan datos de inflamación crónica por Reporte Histopatológico; sin
embargo las colecistitis de etiología no siempre son abordadas adecuadamente. In-
tenemos analizar Cuántas Colecistitis son diagnosticadas por ultrasonido y a
Cuántas de las realidades gammagrafía de la vesícula biliar y sus correlaciones de inflama-
ción crónica por patología y Cuántos pacientes mejoraron su sintomatología des-
pués del tratamiento quirúrgico.

Palabras Clave

1) Colecistitis 2) Colecistogammagrafía 3) Histopatología

4) Ultrasonido 5) Disquinesia Pags. 16 Ilus. 2

(Añadir el Número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada.)

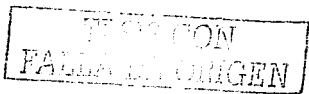
Para ser llenado por el Jefe de Educación o Investigación Médica

Tipo de Investigación: CI

Tipo de Diseño: CLA

Tipo de Estudio: TEG

4



AGRADECIMIENTOS

A mis Padres:

Adolfo Sánchez López y Elvira Escobar Castañeda (-)
Gracias por su apoyo incondicional y total, por todas sus enseñanzas y por la mejor educación, el buen ejemplo, por creer en mí como mujer y como profesionalista, gracias a ustedes soy lo que soy ahora. Gracias por la mejor de las herencias: mi carrera. Los amo mucho, a ti Mamita, te extraño mucho y me haces falta, pero solo te adelantaste en el camino, Dios te bendiga y te de la paz y el descanso eterno.

A mis hermanos: Toño, Margarita, Adolfo, Martha, Roca, Pepe, y Vicky:
Gracias por estar conmigo en los momentos más importantes de mi vida, siempre estaremos juntos y siempre estaré orgullosa de seguir el ejemplo de todos y cada uno de ustedes, siempre estarán en mi corazón.

A mi futuro esposo: Alvaro, gracias por llegar a mi vida en el momento justo, darme un motivo de vivir y buscar la felicidad. Gracias por iniciar conmigo una nueva vida, Gracias por ser TU. Te amo y siempre estaremos juntos. Eres el motor de mi vida. Si con toda la vida te agradeceré tu apoyo incondicional, mis Profesores.

Por enseñarme a formar mi criterio médico y quirúrgico, gracias a ustedes comienzo una carrera como cirujano. Al Dr. Roberto Blanco Benavides:
Por ames que Jefe de Servicio, Padre, amigo, compañero, excelente cirujano un excelente ser humano.

A la Dra. Diana Menes y la Dra. Mary Fernández
Gracias a mujeres como ustedes y gracias a su apoyo y confianza, las personas que apenas iniciamos, comenzamos con el pie derecho.

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

S

INDICE

	Página
RESUMEN	1
I TITULO	2
II AUTORES	2
III SERVICIO	2
IV ANTECEDENTES	2
V PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
VI HIPOTESIS	6
VII MATERIAL, PACIENTES Y METODOS	6
VIII CONSIDERACIONES ETICAS	11
IX RECURSOS PARA EL ESTUDIO	11
X CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	12
XI HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	13
XII CONCLUSIONES	15
XIII DISCUSION	16
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	17

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo transversal, descriptivo y observacional en el que se describe la experiencia de la Gammagrafía en Colecistitis Crónicas Alitiasicas.

Primeramente se describe la fisiopatía de la disquimecia vesicular así como sus metados, diagnósticos y abordaje Médico terapéutico, posteriormente se hace un análisis de los hallazgos por ultrasonido y los hallazgos gammagráficos en dicha patología. Describiéndose también los hallazgos durante la colecistectomía y la evolución post operatoria de nuestro grupo de pacientes.

En este estudio, como podemos observar, el grupo de edad en el que se presenta esta patología es similar a los cuadros con litiasis correspondiente también al grupo de edad, en este caso, el sexo femenino con tiempo de evoluciones de 12 a 24 meses y la mayoría presentando dolor como sintoma principal.

Se les realizó colecistectomía y se observó la evolución post-operatoria, observando finamente que la mayoría de los pacientes evolucionó hacia la mejoría. Concluyendo así la gran importancia del ultrasonido y la gammagrafía, esta última útil para intentar a primera instancia un tratamiento médico a todos los pacientes con este cuadro, y de no responder así, decidir tratamiento quirúrgico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.- TITULO:

EXPERIENCIA DE LA GAMMAGRAFIA EN COLECISTITIS CRONICA ALTIJASICA.

¿Cuántas colecistitis son diagnosticadas por ultrasonido, estudiadas por gammagrafía y confirmadas con reporte histopatológico?

II.- AUTORES:

Asesor de tesis:

DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ
Médico adscrito al Servicio de Gastrocirugía

DRA. ALEJANDRA SANCHEZ ESCOBAR
Médico Residente de Cuarto año Cirugía General

III.- SERVICIO:

Servicio Gastrocirugía HECMNSXXI

IV.- ANTECEDENTES:

El sistema biliar extrahepático recibe, transmite, almacena y concentra bilis procedente del hígado y regula su paso a la porción superior del intestino delgado. En condiciones normales, el flujo de bilis en el sistema biliar extrahepático está influido por:

1. La presión secretora del hígado
2. El volumen de la bilis secretada por el hígado
3. La permeabilidad del sistema de conducción
4. La presión en el interior del conducto hepático y del colédoco
5. La elasticidad de la pared vesicular
6. El tono y contractilidad de la musculatura vesicular
7. La actividad concentradora de la mucosa de la vesícula biliar
8. La viscosidad de la bilis
9. El tono y la capacidad de respuesta del esfínter del colédoco
10. El tono y la motilidad del duodeno
11. El grado de permeabilidad de la papila de Vater
12. La liberación de cantidades adecuadas de colecistoquininas
13. El transporte efectivo y adecuado de la colecistoquinina liberada
14. La rapidez de la inactivación de la colecistoquinina

EL
FALLA DE ORIGEN

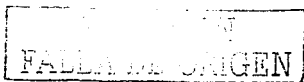
La colelitiasis, es un desorden común que afecta a 20 millones de personas en los Estados Unidos. Aunque más del 80% de las colelitiasis son asintomáticas o silenciosas, la colelitiasis asintomática es suficientemente prevalente en resultados de aproximadamente 600.000 colecistectomías anualmente en los Estados Unidos (2). Aunque más del 95% de padecimientos del tracto biliar es atribuido a los cálculos, un número significativo de pacientes tienen síntomas de padecimiento biliar pero sin cálculos demostrables. Esto representa un dilema en el diagnóstico para los médicos quienes deben diferenciar entre padecimientos biliares acalculosos de desordenes no biliares que se presentan con un cuadro clínico similar. Algunos de esos desordenes son: gastritis, úlcera péptica, duodenitis, reflujo esofágico o pancreatitis. Un número de desordenes biliares acalculosos han sido descritos recientemente, la más común es la colecistitis acalculosa crónica la cual es estimada en el 20% de los desordenes biliares crónicos. La vesícula biliar normalmente evacua el 50% de su contenido concentrado espeso en el plazo de 15min. Cuando es estimulada como, por ejemplo, tras la ingestión de una comida grasa (4).

Antes del advenimiento de la radiología vesicular, se abusaba del diagnóstico de trastornos funcionales de la vesícula y las vías biliares y del diagnóstico de colecistitis. Posteriormente con el advenimiento de la radiología de la vesícula y de las vías biliares, se ha visto que varios de los que se consideraban trastornos funcionales eran debidos a lesiones orgánicas como litiasis, deformaciones congénitas, lesiones tumorales benignas o malignas, procesos hematológicos, extravasculares y biliares que originaban la sintomatología. La disquinesia biliar es un diagnóstico dado a pacientes con síntomas consistentes con padecimientos biliares, sin evidencia de cálculos en el ultrasonido y una fracción de eyecion vesicular disminuida, esta se define como el porcentaje de contenido que se evacua de material biliar en un plazo determinado tras la ingesta de los alimentos (5).

El diagnóstico de la disquinesia biliar o disfunción vesicular no es considerada frecuentemente para los pacientes que se quejan de síntomas sugestivos de cólico biliar y un ultrasonido que no demuestra cálculos (6). Varios pacientes pasan pruebas con hallazgos normales y son dados con el diagnóstico de irritación intestinal. La hipocoquecía de la vesícula es un fenómeno inusual asociado con un número de diferentes condiciones, por ejemplo, embarazo, cálculos, diabetes, mellitus, cirugía abdominal mayor, hiperalimentación, ayuno prolongado, gastrectomía, obesidad y que pueden contribuir a la patogénesis de la formación de cálculos y a alguna extensión, colecistitis acalculosa (7).

La disquinesia biliar consta de dos entidades de padecimiento situadas en dos localidades diferentes anatómicas: espasmo del esfínter de Oddi en el punto final del conducto común y el síndrome del conducto cístico en la vesícula (8). El dolor de la disquinesia biliar, de inicio, no es severo ni constante, por estas razones varios pacientes lo toleran por un periodo largo de tiempo antes de buscar ayuda médica. Cuando los pacientes finalmente buscan ayuda, su problema no es claro inmediatamente porque las pruebas de rutina para la función del riñón y los estudios de ultrasonido de la vesícula son normales. Solo en la presencia repetida los médicos consideran una disquinesia biliar como una posibilidad y piden estadíos funcionales hepatobiliares (9).

La detección de colelitiasis es el principal papel de la ecografía vesicular con una sensibilidad mayor del 95%. La colecistitis acalculosa es un diagnóstico difícil de establecer tanto clínicamente como con técnicas de imagen, la exactitud de la ecografía y de las imágenes con isótopos radioactivos para realizar el diagnóstico correcto es



significativamente menor para la enfermedad acalculosa que para la calculosa. Por ello, el diagnóstico ecográfico depende de la identificación de un engrosamiento de la pared vesicular (en ausencia de hipalbuminemia, ascitis, talla cardíaca congestiva, etc.), edema o líquido perivesicular, gas intraluminal o desprendimiento de la membrana mucosa; el seguimiento ecográfico 24 horas después de un primer estudio no concluyente puede ser también de utilidad, especialmente si el estudio inicial revela una pared de grosor normal, la evaluación de 8 pacientes de una serie demostró engrosamiento progresivo de la pared vesicular en 4 casos, cada uno de los cuales, presentaba colelstitis acalculosa; antes de hacer este diagnóstico es importante excluir otras situaciones que pueden provocar un edema de la pared vesicular rápidamente progresivo (por ejemplo, episodios de descompensación cardíaca, sobrecarga líquida) (10).

El síndrome del conducto cístico, descrito en 1963 en el estudio de 7 pacientes sin obstrucción del conducto cístico, es un ejemplo de una patología vesicular orgánica la cual no es detectada por la ultrasonografía (8). En este desorden, la reproducción de dolor con la infusión colecistogámica y la demostración de la contracción reducida de la vesícula después de conseguir la visualización en colecistograma oral fue centro para el diagnóstico y los síntomas de los pacientes respondieron bien a la colecistectomía. En adición, un conducto cístico reducido extremadamente causara una obstrucción funcional al vaciamiento vesicular. Esta situación fue descrita como "el síndrome del conducto cístico" en los 1960s. La demostración de la obstrucción parcial del conducto cístico fue constatada por la radiografía de la vesícula después de la colecistografía oral con la administración de la colecistogámica análoga. En este estudio se encontró que la colecistografía estimulada en pacientes con síntomas apropiados y en otra forma resultados normales, incluyendo la no detección de cálculos en la ultrasonografía, una fracción de eyección menos al 35% es asociado con una exactitud para diagnosticar de otra manera padecimiento vesicular crónico no detectado de 90% (11). Esto tiene una habilidad satisfactoria para seleccionar cuales pacientes son candidatos para la colecistectomía con una alta precisión del 94%.

Desde la introducción de la gammagrafía por Krishnamurti en 1981, varios estudios se han abocado a utilizar la gammagrafía para diagnosticar colelstitis acalculosa crónica (12). La gammagrafía reemplazó la colecistografía para la medición de la contractilidad vesicular porque la colecistografía es pobre en cuanto a sensibilidad. El menor parámetro para describir el vaciamiento vesicular sería un parámetro con un alto grado de reproducibilidad combinada con una variación limitada en sujetos sanos, por consiguiente hacer posible la separación de los enfermos de los sujetos sanos (13). Varios estudios revelan información acerca de la reproducibilidad del método gammagrafía.

Ante las dificultades que plantean los estudios endoscópicos, se han implementado métodos indirectos como son el ultrasonido y la colangiocentellografía.

La centellografía consiste en el registro externo de un radionucleido emisor gamma, de baja energía, receptivo 99m metaestable (99m). Por marcando a productos derivados del ácido iminodiacético que inyectados a dosis bajas son depurados por la glándula hepática y permiten la obtención de imágenes secuenciales en tiempos variables hasta su eliminación al intestino. En un estudio normal, el tiempo medio de captación (11.2) del bromotilpropil IDA (mefrofemina), el fármaco más usado en la actualidad, es de aproximadamente 6 minutos y la 11.2 de excreción de 13 minutos. Alrededor del 80 % de los sujetos normales muestran actividad intestinal dentro de 60-90 minutos postinyección. La mayor dosis de radiación la recibe la vejiga y es de 3 rad por dosis total administrada. La dosis de radiación



a cuerpo total es de 70mmrad. La ventaja del uso de estos radiofármacos es que son eficientemente depurados en pacientes con niveles séricos elevados de bilirrubinas (14).

En el pasado, los cirujanos estuvieron reuentes a realizar colecistectomía abierta en estos pacientes y emplearon una variedad de modalidades de diagnóstico para evaluar la función de la vesícula, incluyendo la gammagrafía. La colecistectomía es sabida para proveer alivio sintomático a largo plazo en pacientes con distensión fisiológica de la vesícula a pesar de la ausencia de cálculos (15). Una colecistitis acalculosa crónica, disquincia biliar y dolor biliar acalculoso son terminos que han sido utilizados para describir una entidad caracterizada por dolor en el cuadrante superior derecho asociado con náusea en ausencia de padecimiento ácido péptico y fallas de las pruebas de diagnóstico estándar para revelar cálculos (3).

El propósito de la colecistectomía en la mayoría de los pacientes con cálculos o colecistitis crónica es curar o deshabilitar los molestos síntomas (17). Todos los pacientes con piedras y los pacientes con pancreatitis deberían ser considerados para la colecistectomía. Sin embargo, la colecistectomía no es indicada en pacientes asintomáticos o en pacientes con cálculos silenciosos. Por ejemplo, el cólico biliar significa claramente diferentes cosas a diferentes observaciones. Varios investigadores han cometido en definir más claramente el clásico dolor biliar. El dolor biliar no es verdaderamente un cólico pero, incrementa y raramente fluctúa en intensidad. El dolor típicamente dura de 1 a varias horas, y no es usualmente post-alimenticio con una predisposición nocturnal.

La disquincia vesicular es un diagnóstico en el que se evidencia litiasis vesicular en el Ultrasonido y con fracción de eyección disminuida, esta última ha sido un indicador de dismotilidad vesicular y está cuantificada con la búsqueda hepatobiliar de Colecistografía. Todos los pacientes quienes han tenido una fracción de eyección menor o igual al 35% con síntomas de cólico biliar pasaron por la colecistectomía (18).

El diagnóstico patológico fue colecistitis crónica en todos los pacientes. La evaluación de pacientes quienes tienen síntomas compatibles con padecimiento vesicular pero no tienen cálculos han sido complicados. Grupos previos han recomendado ambos procedimientos de drenaje biliar o la colecistografía oral colecistografía para identificar pacientes quienes tienen colecistitis acalculosa. La exploración biliar colecistografía y el cálculo de la fracción de eyección son pruebas cuantitativas que son menos subjetivas que la colecistografía oral colecistografía y menos engorrosa que el drenaje biliar. Esto influye de alguna manera en el diagnóstico y tratamientos apropiados de la disquincia. En cuanto al tratamiento, los pacientes con síntomas biliares persistentes en combinación con una fracción de eyección anormal en ausencia de otra causa atribuible podemos esperar respuesta favorable a la colecistectomía (19).

Entre los pacientes sintomáticos con una sonografía vesicular normal, tienen cristales de colesterol en su bilis y se encontro que su fracción de eyección era menor a la de los pacientes que no tienen los en-tales (20). El uso de estos dos parametros produjo una sensibilidad de 82% en la detección de la colecistitis acalculosa histológicamente probada.

La evidencia histológica de la colecistitis crónica se observa en el 94% de los pacientes y la inflamación crónica de la pared vesicular y una hipertrofia del músculo pueden generar dolor con una distensión y espasmo vesicular. La evaluación microscopias en las series han mostrado normalidad hasta en un 24% y ciertas anomalías pueden síntomas con una histología anormal.



La colecistectomía es usualmente asociada con un excelente resultado terapéutico (6). Un pequeño número de pacientes continúan con una variedad de síntomas gastrointestinales. El término para describir esta condición es síndrome posicolecistectómico. Los pacientes con este síndrome forman un grupo heterogéneo los cuales incluyen problemas orgánicos y desórdenes funcionales no biliar y de origen tracto biliar. El último grupo incluye cálculos en conducto biliar común retenidos, tumores papilares, conducto cístico remanente y distinción del esfínter de Oddi.

Histológicamente en colecistitis crónica independientemente de que se trate de litiasis o alitiásica la vesícula biliar puede estar contraída (por la fibrosis), ser de un tamaño normal o grande (por la obstrucción). La pared siempre está engrosada y tiene un color blanco-grisáceo. La mucosa suele estar conservada, pero puede ser atrofica. Es frecuente observar macrófagos llenos de colesterol en la lámina propia (colesterosis) y, a menudo, se encuentran cálculos. La inflamación de la mucosa y de la pared es variable; pueden encontrarse evaginaciones de la mucosa a través de la pared (senos de Rokitsky-Aschoff). Otros hallazgos más raros son las calcificaciones distóficas de la pared (vesícula de porcelana) y una vesícula nodular y fibrosada con importante inflamación histiocitaria (colecistitis antogranulomatosa).

V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuántas colecistitis crónicas alitiásicas se complementan con ultrasonido y reporte histopatológico?

VI.- HIPOTESIS:

No es valorable por tratarse de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

VII.- MATERIAL, PACIENTES Y METODOS:

1. Diseño del estudio

Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional

2. Universo de trabajo

Servicio de Gastrocirugía del HECMNSXXI

Población de estudio: pacientes de servicio de Gastrocirugía del HECMNSXXI, en el periodo comprendido del 2000 al 2002 a los cuales se les realizó gammagrafía por encontrar colecistitis crónica alitiásica por ultrasonido y que se sometieron a colecistectomía y desarrollaron inflamación crónica corroborada por examen histopatológico

3. Descripción de variables

- Variable predictora. Diagnóstico de colecistitis crónica alitiásica mediante colecistogammagrafía y datos de inflamación crónica en reporte histopatológico.
- Variable de contrastación. Diagnóstico de colecistitis crónica alitiásica mediante ultrasonografía.

c) Covariables

- Edad
- Tiempo de evolución del cuadro
- Signos y síntomas prequirúrgicos
- Tratamiento previo a la cirugía
- Pruebas de funcionamiento hepático

4. Selección de la muestra

a) Tamaño de la muestra

Se estudiaron todos los pacientes que acudieron al servicio de Gastrocirugía con diagnóstico de colecistitis crónica alitiasica corroborada por ultrasonido y gammagrafía en el periodo comprendido del año 2000 a 2002.

b) Criterios de selección

- Criterios de inclusión

- 1.- Derechohabientes al IMSS
- 2.- Adscritos al HE CMNSXII
- 3.- Pacientes a cargo del servicio de Gastrocirugía del HECMNSXII
- 4.- Pacientes con edad de 18 a 65 años
- 5.- Sexo masculino y femenino
- 6.- Pacientes que cuenten con expediente clínico completo

- Criterios de no inclusión

- 1.- No derechohabientes al IMSS
- 2.- No adscritos al HE CMNSXII
- 3.- Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años
- 4.- Pacientes que no tengan expediente clínico completo
- 5.- Pacientes embarazadas

- Criterios de exclusión

- 1.- Pacientes a quienes se les halla realizado cirugía previa abdominal
- 2.- Pacientes con antecedentes de enfermedades crónico degenerativas
- 3.- Pacientes con algún tipo de cáncer diagnosticado
- 4.- Pacientes que hallan sido intervenidos quirúrgicamente en otro centro hospitalario

5. Procedimientos

Se analizaron estudios gammagráficos realizados posteriormente a ultrasonografía biliar y que reportaron colecistitis crónica alitiasica, este estudio gammagráfico sera revisado y comparado con el ultrasonido y con la sintomatología del paciente así como pruebas de funcionamiento hepático, todo esto en el periodo comprendido del 2000 al 2002.

Se revisara hoja quirúrgica con el objetivo de corroborar litiasis o alitiasis, y el reporte histopatológico se revisara subsecuentemente en busca de datos de inflamación crónica.

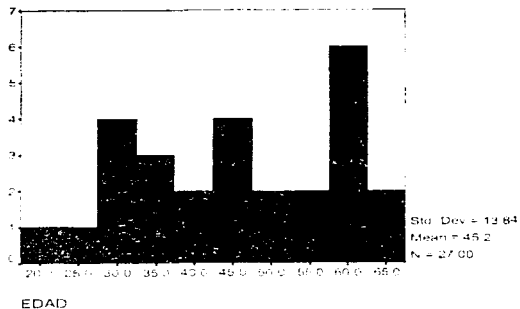
6. Análisis estadístico

Media

CON
FALLA DE ORIGEN

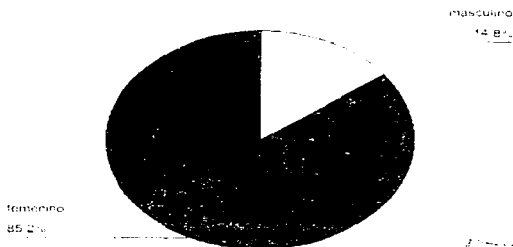
Mediana
Moda
Medidas de tendencia central y dispersión
T de student

Gráfica por edad.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION POR GENERO



ESTADÍSTICA
FACULTAD DE CIENCIAS
UNIVERSIDAD DE CALDAS

TABLAS DE FRECUENCIAS..... PORCENTAJES

patología previa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid no	27	100.0	100.0	100.0

tiempo de evolución en meses

Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	11.1	11.1	11.1
2	3	11.1	11.1	22.2
3	2	7.4	7.4	29.6
4	1	3.7	3.7	33.3
5	3	11.1	11.1	44.4
6	1	3.7	3.7	48.1
12	4	14.8	14.8	63.0
24	4	14.8	14.8	77.8
36	2	7.4	7.4	85.2
48	2	7.4	7.4	92.6
60	2	7.4	7.4	100.0
Total	27	100.0	100.0	

signos y síntomas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	dolor	20	74.1	74.1	74.1
	ictericia	4	14.8	14.8	88.9
	dolor e ictericia	1	3.7	3.7	92.6
	náuseas y dolor	2	7.4	7.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

tratamiento previo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	3	11.1	11.1	11.1
	si	10	37.0	37.0	48.1
	se desconoce	14	51.9	51.9	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

ultrasonido/diagnóstico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sin litos	25	92.6	92.6	92.6
	con litos	2	7.4	7.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

CCGM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	normal	16	59.3	59.3	59.3
	anormal	11	40.7	40.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Pruebas de función hepática

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	normal	18	66.7	66.7	66.7
	anormal	2	7.4	7.4	74.1
	no realizado	7	25.9	25.9	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

TESIS CON
 ORIGEN

Colecistectomía

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sin litos	23	85.2	85.2	85.2
con litos	2	7.4	7.4	92.6
escleroatrófica	1	3.7	3.7	96.3
picocolecisto	1	3.7	3.7	100.0
Total	27	100.0	100.0	

RHP

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid normal	1	3.7	3.7	3.7
inflamación	25	92.6	92.6	96.3
adenocarcinoma	1	3.7	3.7	100.0
Total	27	100.0	100.0	

Evolucion postoperatoria

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid satisfactoria	17	63.0	63.0	63.0
no satisfactoria	10	37.0	37.0	100.0
Total	27	100.0	100.0	

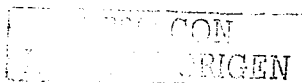
VIII.- CONSIDERACIONES ETICAS:

Este estudio se ajusta a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, y así como la declaración Helsinki, con modificación en el congreso de Tokio, Japón en 1983.

Por ser un estudio de tipo observacional los pacientes no son sometidos a ningún tipo de riesgo. Se mantendrá la información confidencial.

IX.- RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

- Recursos humanos
 - Médico adscrito al servicio de Gastrocirugía del HECMNSXXI
 - Médico adscrito al servicio de Radiología e Imagen del HECMNSXXI
 - Médico adscrito al servicio de Medicina Nuclear del HECMNSXXI
 - Médico adscrito al servicio de Anatomía Patológica del HECMNSXXI
- Recursos Materiales
 - Registros y expedientes gammagráficos
 - Expedientes clínicos
 - Archivos ultrasonográficos
 - Expedientes anatomopatológicos
- Recursos financieros
 - No se requiere financiamiento especial



X.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
IDEA DE Y TESIS	XXXXX										
ELABORACION DE INFORMACION		XXXXX									
ELABORACION DEL PROTOCOLO			XXXXXX								
PRESENTACION DEL PROTOCOLO				XXXXXX							
RECOLECCION DE RESULTADOS					XXXXXX						
ANALISIS DE RESULTADOS						XXXXXX					
ELABORACION DE TESIS							XXXXXX				
ENTREGA DE TESIS											XXXXXX

REVISOR
 PALESTIN
 ORIGIN

XI.- ANEXO													
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS													
Paciente No.	Edad	Sexo	Patol. Pr.	T. Evol.	Stij. Sint.	Tx previa	USG	CCGM	PTII	CCT	RHP	Evol. PO	
1 Sara	33	F	No	3 Meses	Dolor	Si	Síntos	Norm	Norm	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
2 Brenda	47	F	No	2 Años	Dolor e intolerancia	Se Desc.	Síntos	Anorm	Norm	Síntos	Inflamación	No Satisfactoria	
3 Efrén	23	M	No	1 Sem	Dolor	Si	Síntos	Norm	Norm	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
4 Ma Carmen	60	F	No	2 Mese	Dolor	Se Desc.	Síntos	Anorm	No Real	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
5 Monica	41	F	No	1 Mes	Nauseas y Dol	Se Desc.	Síntos	Norm	Norm	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
6 Socorro	19	F	No	5 años	Dolor	Si	Síntos	Norm	No Real	Síntos	Inflamación	No Satisfactoria	
7 Ramón	50	M	No	6 Meses	Intolerancia	Se Desc.	Síntos	Anorm	Norm	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
8 Fernando	33	M	No	5 Años	Dolor	Se Desc.	Cíntos	Norm	No Real	Síntos	Inflamación	No Satisfactoria	
9 Trinidad	25	F	No	3 Años	Dolor	Se Desc.	Síntos	Norm	Norm	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
10 Emma	53	F	No	4 Años	Dolor	Si	Síntos	Norm	No Real	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
11 Esperanza	29	F	No	2 Meses	Intolerancia	Se Desc.	Síntos	Anorm	Norm	Síntos	Inflamación	No Satisfactoria	
12 Eva	37	F	No	5 Meses	Dolor	Si	Síntos	Norm	No Real	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
13 Eugenia	54	F	No	5 Meses	Nauseas y Dol	No	Síntos	Anorm	Norm	Cíntos	Inflamación	Satisfactoria	
14 Amelia	61	F	No	4 Meses	Dolor	Se Desc.	Síntos	Norm	Anorm	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	
15 Ceina	30	F	No	5 Meses	Dolor	No	Síntos	Anorm	Norm	Síntos	Inflamación	No Satisfactoria	
16 Gpe	44	F	No	3 Meses	Dolor	Se Desc.	Síntos	Anorm	Norm	Esclerótica	Inflamación	Satisfactoria	
17 Esther	65	F	No	2 Años	Dolor	Si	Síntos	Norm	Norm	Síntos	Inflamación	Satisfactoria	

13

18 Enrique	43 M	No	1 Años	Dolor	Se Desc	S.itos	Anorm	Norm	S.itos	Normal	Satisfactora
19 Lucia	62 F	No	1 Mes	Dolor	Se Desc	S.itos	Norm	No Real	S.itos	Adenocarci	No Satisfactora
20 Rebeca	56 F	No	2 Meses	Dolor	Si	S.itos	Norm	Norm	S.itos	Inflamacion	No Satisfactora
21 Belen	45 F	No	2 Años	Dolor	No	S.itos	Norm	No Real	S.itos	Inflamacion	Satisfactora
22 Lourdes	38 F	No	1 Años	Ictericia	Se Desc	C.itos	Anorm	Norm	S.itos	Inflamacion	No Satisfactora
23 Rocío	46 F	No	3 Años	Dolor	Si	S.itos	Norm	Norm	C.itos	Inflamacion	Satisfactora
24 Maria	64 F	No	4 Años	Dolor	Se Desc	S.itos	Anorm	Norm	S.itos	Inflamacion	No Satisfactora
25 Gloria	31 F	No	1 Años	Ictericia	Se Desc	S.itos	Norm	Anorm	S.itos	Inflamacion	Satisfactora
26 Ma Elena	61 F	No	2 Años	Dolor	Si	S.itos	Anorm	Norm	Pancreoisto	Inflamacion	No Satisfactora
27 Elizabeth	61 F	No	1 Mes	Dolor	Si	S.itos	Norm	Norm	S.itos	Inflamacion	Satisfactora

NEEDS REVIEW
 MIAH COV
 ROB BMDA

24

XII-CONCLUSIONES:

Nosotros estudiamos un grupo de edad de 18 a 65 años, con ciertas características, es decir, con criterios de inclusión y exclusión que ya fueron mencionados previamente, la edad media de presentación de la sintomatología fue de 45.2 años, el grupo total fue de 27 pacientes, con una desviación estándar de 13.84, siendo los grupos de edad de 30, 45 y 60 años, los que más frecuentemente presentaron la patología vesicular tratada en esta tesis, siendo más frecuente en el grupo de mujeres en un 85.2 % y 14.8 % hombres. Ninguno de los pacientes presentaba patología previa, pues esta variable fue uno de los criterios de exclusión. En cuanto al tiempo de evolución, el mayor número de pacientes presentó los síntomas con un tiempo de evolución de 24 meses (14.8%), 3 pacientes (11.1%) 1 mes, 3 pacientes (11.1%) 5 meses, es importante mencionar que solo 2 pacientes presentaron un tiempo de evolución 4 y 6 meses respectivamente, y una minoría de los pacientes, solo 6 presentaron un tiempo de evolución de más de 36 meses. El síntoma predominante fue el dolor en 20 pacientes (74.2%) y se acompañó de náuseas en 2 pacientes (7.4%), dentro de los signos, el más predominante fue la ictericia y sin embargo, solo se presentó en 4 pacientes. De nuestro grupo de 27 pacientes, 10 (37%), requirieron tratamiento previo y en 14 pacientes (51.9%) se desconoce si tuvieron tratamiento previo, 3 pacientes (11.1%) negaron tratamiento alguno. Cuando el protocolo de estudio de estos pacientes se llevó a cabo, se realizó primero Ultrasonido de Hígado y Vías biliares y a 25 pacientes (92.6%) se les reportó sin litos y a 2 pacientes (7.4%) se les reportó Litiasis vesicular. Posteriormente se les realizó Colecistografía, la cual, fue normal en 16 pacientes (59.3%) y anormal en 11 pacientes (40.7%). También se realizaron Pruebas de Funcionamiento Hepático en 18 pacientes y fueron normales (66.7%) y en 2 pacientes (7.4%) resultaron normales, en 7 pacientes (28.9%) no se realizaron dichas pruebas. Finalmente a los 27 pacientes se les realizó Colectostomía abierta, revisamos las hojas quirúrgicas, las cuales no reportaron en 23 pacientes (85.2%) sin litiasis vesicular, 2 pacientes (7.4%) con litiasis, 1 paciente con vesícula escleroatrófica y se reportó un pociocleisto, se realizó estudio histopatológico en todas las piezas y en 25 piezas (92.6%) se reportaron células inflamatorias, ya sea aguda o crónica, y 1 paciente se reportó con reporte histopatológico normal, así mismo, y sorpresivamente se reportó un Adenocarcinoma. Se estudio la evolución postoperatoria de todos los pacientes, en 17 de ellos (63%) se reporta mejoría clínica importante, más no lo fue así para 10 pacientes, quienes persistieron con la sintomatología y continuaron vigilancia y control por la consulta externa.



XIII-DISCUSSION.

El grupo de edad en el que se presentan las patologías vesiculares, independientemente de litiasicas o alitiasicas, es el mismo, predominando en el sexo femenino y más en la edad reproductiva, con un tiempo de evolución de 12 a 24 meses, correspondiendo al tiempo en el que un paciente acude al médico por persistencia de la sintomatología, y probablemente el tiempo de evolución crónico sea corto, por la resolución quirúrgica o abandono al tratamiento. La mayoría de los pacientes presentan dolor, síntoma vago que puede dilucidar diferentes patologías, solo 4 presentaron ictericia y un menor grupo náuseas, el Ultrasonido demuestra su alta sensibilidad para litiasis vesicular, y la gammagrafía su utilidad para reportar disquinecias o alguna otra patología, es importante mencionar que en casi la mitad de los estudios realizados se reportó normalidad del mismo, esto refleja el abuso de estudios de gabinete para el diagnóstico de patologías que se pueden diagnosticar con la clínica como respuesta al tratamiento o solicitar a los pacientes estudios como colon por enema como parte del protocolo de estudio en este tipo de pacientes. Sin embargo, la Gammagrafía es de suma importancia para diagnóstico de dismotilidades en la vía biliar y así proponer en primera instancia tratamiento médico o quirúrgico de mínima invasión, los pacientes que presentan Aitiasis por Ultrasonido, y se corroboran por Gammagrafía, se someten a Colectectomía y presentan en la gran mayoría mejoría de la sintomatología, demostrando así su utilidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1) J.J. Villalobos. Introducción a la Gastroenterología. Méndez Editores. 1994.Pp 556-572.
- 2) Henry Bockus. Gastroenterología .Salvat editores,3ª edición, 1991,Vol.2.Pp-789-92.
- 3) Dwijen C. Misra JR.M.D. et al. Results of Surgical Therapy for biliary dyskinesia. Arch Surg Vol 26. Aug 1991.957-960.
- 4) L. Frederick Fenster, MD et al. What symptoms cholecystectomy cure? Insights from out comes measurements projects and review of the literature. The Am J of Surg Vol 169,May 1995, 533-538.
- 5) Andrew Smith MD et al. The utility of CCK- DISIDA scan in the treatment of occult biliary tract disease. The Am Surg Vol 61, No 3, March 1995, 229-228.
- 6) Fredrick Yost, MD et al. Cholecystectomy Iscen effective treatment for biliary dyskinesia. Arch Surg Vol 65, No 3, Nov. 1996-433-445.
- 7) Krishnapunda Binyarata Ver, MD, et al. Gallbladder hipokinesia: An unusual Cause of duodenal obstruction. The Am Surg Vol 64, No 5, May 1998. 441-443.
- 8) Krishnamurthy et al. Biliary Dyskinesia: Role of the sphincter of Oddi, Gallbladder and cholecystokinin. The J of Nuclear Medicine Vol 38, No 11, Nov. 1997,1824-1830.
- 9) Láslo Madaecsy et al. Differentiation between organic stenosis and with amyli nitro-augmented quantitative hepatobiliary scintigrafia. Eur J of Nuclear medicine Vol 21, No 3, March 1994. 203-208.
- 10) Diagnostico por ecografía. Segunda edición. Tomo 1. Carol M. Rumack MD,Marban libros, Madrid España. Vol 2. Pp 1021-1046.
- 11) Donald S. Reed MD et al. Kinevac asisted cholenseintigraphy as an accurate predictor of symptom relief with cholecystectomy. The Am Sur Vol 59, No 5, May 2993 273-277.
- 12) Mark E. Mishkind MD et al. Effectiveness of cholecystokinin-stimulated cholescintigraphy in the diagnosis and treatment of acalculous gallbladder disease. The Am Surg Vol 63, No 9 Sept. 1997, 769-774.
- 13) Kent Skipper MD et al. Laparoscopic cholecystectomy for and abnormal hepato-Imunodiacetic acid scintia Worthwhile procedure. The Am Surg Vol 66, No 1, Jan 2000 30-32.
- 14) Peter S. Klieger MD et al. Clinical Nuclear Medicine. Vol 23 No 5, May 1998,278-282.
- 15) Rod M. Goncalves MD et al. Biliary dyskinesia: natural History and Surgical results. The am Surg Vol 64, No 6, Jun 98, 493-98.
- 16) Martin L. Freeman MD et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. Vol 335, No 13, Sept 1996,909-918.
- 17) Manrey k. Sorenson MD et al. Abdominal gallbladder Nuclear ejection fraction patients with biliary dyskinesia. The Am J of Surg Vol 166, Dec 1993. 672-75.
- 18) David B. Adams MD et al. Outcome after laparoscopiccholecystectomy for chronic acalculous cholecystitis. The Am Surg Vol 64 No. 1, Jan 1998 1-6.
- 19) Mark T Poynter MD et al. Chronic acalculous biliary disease. The Am Surg Vol 68, No 4,382-384.
- 20) Patología estructural y Funcional,6ª edición, McGraw-Hill-Interamericana, Stanley L. Robbins. MD et al. Pp 501-504.

