

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CERTEZA DIAGNOSTICA DEL ULTRASONIDO EN
PACIENTES CON COLECISTITIS ALITIASICA AGUDA EN
EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HE CMN S XXI

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. JORGE MANUEL CATRIP TORRES

ASESOR DE TESIS

DR. MAURICIO DE LA FUENTE LIRA



IMSS

MEXICO, D. F.

2004



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.

Dr. Antonio Castellanos Olivares
Jefe de la División de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Dr. Roberto Blanco Benavides
Profesor titular del Curso de Cirugía General
Jefe del Servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.
C.M.N. SIGLO XXI
HOSP. DE ESPECIALIDADES
RECIBIDO
17 MAR 2004
IV. EDUCACION

Dr. Mauricio de la Fuente Lira
Asesor de Tesis
Médico Adscrito al Servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO

DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

1 de noviembre de 2003

ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

A las 10:00 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 miembros del Comité Local de Investigación: Oscar Orihuela Rodríguez, Cristina Rivera Nava, Juan Talavera Piña, Niels Wachter Rodarte, Eduardo Ferat Osorio, Petra Isidora Vásquez Márquez y Antonio Castellanos Olivares, para evaluar el proyecto de investigación intitulado:

166/2003 CERTEZA DIAGNÓSTICA DEL ULTRASONIDO EN PACIENTES CON COLECISTITIS ALITIÁSICA AGUDA EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL HE CMN S XXI

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

1. Como en todo estudio de diagnóstico es necesario que exista una comparación independiente y a ciegas con el estándar de oro.
2. Es importante que mencionen el análisis estadístico con el que procesarán sus datos. Deberán incluir estimaciones de sensibilidad, especificidad, valores de predicción con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.
3. Las referencias bibliográficas deberán redactarse de acuerdo a las normas aceptadas a nivel internacional, para tal fin pueden seguir las recomendaciones que indica la Revista Archives of Medical Research que edita el IMSS.

DICTAMEN: APROBADO

DR. JORGE ALBERTO CASTAÑÓN GONZÁLEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación 3 SO Unidad de adscripción HE OMN S XXI

Autor:

Apellido Paterno CATRIP Materno TORRES Nombre JORGE MANUEL

Matrícula 99380437 Especialidad CIRUGIA GENERAL Fecha Grad. 29 / 02 / 04

Asesor:

Apellido Paterno DE LA FUENTE Materno LIRA Nombre MAURICIO

Matrícula 10102914 Especialidad CIRUGIA GENERAL Registro 166/2003

Título de la Tesis:

CERTEZA DIAGNOSTICA DEL ULTRASONIDO EN PACIENTES CON COLECISTITIS ALITIASICA AGUDA EN EL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

Resumen

La colecistitis alitiasica aguda (CAA) es una entidad clínica poco común, que se presenta entre el 5 y el 12% de todos los casos de colecistitis en los adultos. Muchas veces, el diagnóstico solo se sospecha en forma tardía y se encuentra en pacientes en estado crítico. Por esto su diagnóstico temprano es difícil. El ultrasonido (USG) es el estudio de primera elección para el diagnóstico de esta patología. El objetivo de este estudio es determinar la certeza diagnóstica del USG en pacientes con CAA corroborándolo con los hallazgos transoperatorios e histopatológicos. Para esto se seleccionaron a todos los pacientes operados por el Servicio de Gastrocirugía del HE OMN S XXI, con diagnóstico de CAA, entre agosto del 2000 y agosto del 2003. Se obtuvieron los datos de los expedientes clínicos. De un total de 863 pacientes operados de colecistitis aguda, sólo 47 presentaron CAA 5,4%. Se excluyeron 10 pacientes por falta de expediente clínico y estudios. El 81% de los pacientes sufría de una enfermedad concomitante. A todos se les realizó USG preoperatorio y solo se diagnosticaron correctamente el 75,6%. El estudio reveló una sensibilidad del 87,5% y una especificidad del 99,3% para el diagnóstico de CAA con USG.

Palabras Clave

1) colecistitis 2) alitiasica 3) ultrasonido

4) _____ 5) _____ Pags. 15 Ilus 3

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

Para ser llenado por el Jefe de Educación e Investigación Médica.

Tipo de Investigación: cl

Tipo de Diseño: cll

Tipo de Estudio: TE-3a

INDICE

TEMA	PAGINA
1. INTRODUCCION	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3. HIPOTESIS	3
4. OBJETIVOS	4
5. MATERIAL Y METODOS	
a) Diseño del estudio	4
b) Universo de trabajo	4
c) Descripción de las variables	4
d) Selección de la muestra	5
6. PROCEDIMIENTOS	6
7. ANALISIS ESTADISTICO	6
8. CONSIDERACIONES ETICAS	6
9. RECURSOS PARA EL ESTUDIO	6
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	7
11. ANEXOS	8
12. RESULTADOS	9
13. DISCUSION	10
14. CONCLUSIONES	11
15. GRAFICOS	12
16. BIBLIOGRAFIA	14

1) INTRODUCCIÓN:

La colecistitis alitiásica aguda es una entidad clínica no común que se presenta entre el 5 y el 12% de todos los casos de colecistitis en los adultos. (1,2,3) Es más común en hombres que en mujeres, 3:1, y en pacientes con edades que van de los 50 a los 65 años. (3, 4)

Muchas veces el diagnóstico solo se sospecha en forma tardía y se encuentra en pacientes con otras afecciones, no pudiéndose realizar el tratamiento quirúrgico en forma temprana, lo cual aumenta su mortalidad que oscila entre el 10 y el 50%, (3,4) de acuerdo a diferentes reportes, ya que suele complicarse con gangrena y perforación.

Esta patología es común observarla en pacientes con traumas (3,5,6), sepsis (3,7), enfermedades graves (3,8), cardiopatías (9), ventilación mecánica, nutrición parenteral prolongada (1), así como en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (10)

La patogénesis precisa no está bien definida y numerosas etiologías se pueden enumerar. (3) Los dos factores predisponentes más importantes son:

- a) Estasis biliar, producida por la disminución en la estimulación de la vesícula, espasmo ampular u obstrucción. (3)
- b) Incremento en la viscosidad de la bilis como resultado de la deshidratación o múltiples transfusiones. (3)

La combinación de estos factores predispone una alteración en el metabolismo de las prostaglandinas que desencadenan una secuencia de eventos que resultan en la inflamación aguda de la vesícula biliar.

El cuadro clínico es similar al de los pacientes con colecistitis aguda litiásica, caracterizado por presentar fiebre, dolor en hipocondrio derecho y leucocitosis; por lo que diferenciarlos mediante la historia clínica y la exploración física resulta imposible. (11)

El diagnóstico es aún más difícil, ya que en muchos casos de colecistitis alitiásica aguda los pacientes se encuentran graves, con disminución de la conciencia, con apoyo mecánico ventilatorio, en manejo

con analgésicos y narcóticos, o con presencia de dolor postoperatorio de incisiones por otras cirugías, lo cual enmascara el cuadro, y hace la exploración física poco valorable. (1,3)

Por otra parte, los laboratorios no son de mucha ayuda ya que estos se encuentran alterados la mayor de las veces por otras patologías. (1,3) Bioquímicamente, pueden aparecer aumento de bilirrubinas y fosfatasa alcalina, lo cual no es patognomónica de esta enfermedad.

Los hallazgos que ofrece una placa simple de abdomen dependen del estadio y de la gravedad de la enfermedad. Si la reacción inflamatoria es leve, la radiografía puede ser normal. La progresión de la inflamación a las zonas peritoneales contiguas produce una inhibición refleja de la motilidad de los segmentos intestinales vecinos, pudiéndose observar un asa centinela. Es así, como en la radiografía simple de abdomen se refleja un íleo con asas intestinales distendidas características, niveles hidroaéreos localizados en hipocondrio derecho. (12)

El ultrasonido puede explorar en forma rápida todo el abdomen y puede ser capaz de diagnosticar tanto la colecistitis aguda como muchas otras condiciones que simulan afecciones vesiculares, por lo que creemos que este estudio es el de elección para el estudio inicial de los pacientes con esta patología.

La ecografía es un estudio suplementario y la selección de este depende de la disponibilidad y experiencia del usuario. Es un estudio no invasivo, rápido, con alto grado de eficacia y que se puede realizar en la cama del enfermo. Su sensibilidad es del 89% y su especificidad del 98%. (3)

Múltiples reportes han descrito hallazgos ultrasonográficos asociados con colecistitis alitiásica aguda que incluyen engrosamiento de la pared mayor de 4 mm, distensión vesicular, imagen de doble halo, gas intramural, colecciones perivesiculares, signo de Murphy positivo, falta de contractilidad vesicular y ausencia de litos.

Sin embargo, la mayoría de los hallazgos son inespecíficos, haciendo del ultrasonido un estudio no muy sensible para el diagnóstico de colecistitis alitiásica aguda.

El engrosamiento de la pared vesicular puede ser normal en el 15 al 30% de los pacientes, además de que hay otras causas de la misma que incluyen hipoalbuminemia, ascitis, insuficiencia cardiaca derecha, falla renal, hepatopatías.

La distensión vesicular puede no estar presente en pacientes con inflamaciones previas, ya que la fibrosis imposibilita a la vesícula distenderse. Si la etiología de la colecistitis alitiásica aguda es la isquemia, esta, de igual manera no permite a la vesícula distenderse. Otras causas que no permiten la distensibilidad vesicular son la nutrición parenteral, la diabetes mellitus o vagotomías previas.

Las colecciones perivesiculares no son muy sensibles para el diagnóstico, además de que en estadios tempranos de la enfermedad no se encuentran presentes. El signo de Murphy no esta presente cuando existen datos de isquemia o pueden ser enmascarados.

Es por esto importante tener en cuenta que el diagnóstico temprano de la colecistitis alitiásica aguda es muy difícil, aún por estudios de gabinete como el ultrasonido, siendo este el estudio más preciso para detectar la enfermedad vesicular. (6,13,14)

2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los hallazgos transoperatorios e histopatológicos de pacientes operados por colecistitis alitiásica aguda corresponden a los hallazgos ultrasonográficos realizados preoperatoriamente?

3) HIPÓTESIS:

a) Hipótesis de trabajo:

Los pacientes con colecistitis alitiásica aguda son diagnosticados correctamente por los estudios ultrasonográficos realizados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

b) Hipótesis de nulidad:

Los pacientes con colecistitis alitiásica aguda no son diagnosticados correctamente por los estudios ultrasonográficos realizados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

4) OBJETIVOS:

Determinar la certeza diagnóstica del ultrasonido en pacientes con colecistitis alitiásica aguda, corroborando la misma con hallazgos transoperatorios y resultados histopatológicos en pacientes operados por el Servicio de Gastrocirugía en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

5) MATERIAL Y METODOS:

a) Diseño de estudio:

El estudio realizado es retrospectivo, prospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

b) Universo de trabajo:

Se realizó revisión de los censos del Servicio de Gastrocirugía, hojas de alta, expedientes clínicos, expedientes radiológicos y reportes histopatológicos de pacientes diagnosticados con colecistitis alitiásica aguda en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI de agosto del 2000 a agosto del 2003.

c) Descripción de las variables:

I. Variables del estudio:

- Independiente: Criterios ultrasonográficos de colecistitis alitiásica aguda.
- Dependiente: Frecuencia de colecistitis alitiásica aguda en el transoperatorio y reporte histopatológico.

II. Definición operacional de variables:

- Criterios ultrasonográficos de colecistitis alitiásica aguda: Se definen como tales los siguientes: ausencia de litos intravesiculares, engrosamiento de la pared mayor a 4 mm, distensión vesicular, imagen de doble halo, gas intramural, colecciones perivesiculares, signo de Murphy positivo, falla de contractilidad vesicular.
- Colecistitis alitiásica aguda: Es un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar en ausencia de litiasis y de causa multifactorial, cuya causa más frecuente es una enfermedad grave subyacente.

a) Selección de la muestra

I. Tamaño de la muestra:

Se sometieron al estudio a todos los pacientes operados en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, con diagnóstico preoperatorio de colecistitis alitiásica aguda a partir de agosto del 2000 hasta agosto del 2003.

II. Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes con diagnóstico preoperatorio de colecistitis alitiásica aguda.
 - Pacientes afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - Pacientes mayores de 17 años.
- Criterios de no inclusión:
 - Pacientes que no cuenten con expediente clínico.
 - Pacientes sin reporte de ultrasonido preoperatorio.
 - Pacientes sin reporte histopatológico.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes no sometidos a cirugía.
 - Pacientes con diagnóstico de colecistitis litiásica aguda.

6) PROCEDIMIENTOS:

Los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos de los pacientes que reunían los criterios de inclusión, los cuales se encontraron en el archivo clínico del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, y cuando procedió, se recabaron al momento de admisión del paciente. Toda captura de información se realizó en hojas de recolección de datos que se anexaron en este trabajo. (Anexo I).

7) ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se analizaron los datos obtenidos con medidas de estadística descriptiva de tipo aritmético, incluyéndose estimaciones de sensibilidad, especificidad, y los valores de predicción respectivos.

8) CONSIDERACIONES ETICAS:

El estudio realizado cumplió con las normas éticas internacionales y con la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como con la declaración de Helsinki, modificada en el congreso de Tokio, Japón en 1983.

De igual manera, se ajustó a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo que se solicitó su aprobación por el comité local de investigación.

9) RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

- a) Recursos humanos: El estudio lo realizó el autor del presente trabajo en conjunto con el asesor de tesis.
- b) Recursos materiales: Expedientes clínicos, hojas de papel bond, computadora personal con Office 2000, utensilios de oficina.
- c) Recursos financieros: No ameritó recursos económicos, ya que el estudio se realizó con recursos disponibles en la Institución.

10) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	Dic	Enero	Feb	Mar	Abril	May	Jun	Jul	Ago
Selección del tema	X								
Investigación bibliográfica	X	X	X	X					
Elaboración del protocolo			X	X	X	X	X	X	X
Recolección de datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis estadístico									X
Elaboración de tesis									X

11) ANEXO 1:

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
PROTOCOLO DE COLECISTITIS ALITIASICA AGUDA,
CORRELACIÓN ULTRASONOGRAFICA CON HALLAZGOS
TRANSOPERATORIOS Y REPORTE HISTOPATOLOGICO

NOMBRE: _____

AFILIACIÓN: _____ **SEXO:** _____ **EDAD:** _____

ANTECEDENTES:

1. CARDIOPATIA : SI ___ NO ___

2. CIRUGÍAS PREVIAS: SI ___ NO ___

3. ESTANCIA EN LA UCI: SI ___ NO ___

4. NPT PROLONGADA: SI ___ NO ___

5. CANCER: SI ___ NO ___

6. TRAUMAS: SI ___ NO ___

9. OTRAS: _____

PA:

DOLOR: SI ___ NO ___ SITIO _____

OTRA SINTOMATOLOGÍA: _____

LABORATORIOS:

HB: ___ HTO: ___ LEUCOS: ___ BANDAS: ___ GLUCOSA: ___ UREA: ___

CREAT: ___ BT: ___ BD: ___ BI: ___ TGO: ___ TGP: ___ FA: ___ GGT: ___

ULTRASONIDO:

VESICULA: DIMENSIONES: _____ cm X _____ cm PARED: _____ mm

HALO PERIVESICULAR: SI ___ NO ___ COLECCIONES: SI ___ NO ___

VIA BILIAR DILATADA: SI ___ NO ___

REPORTE: _____

DX. PREOPERATORIO: _____

DX. POSTOPERATORIO: _____

CIRUGÍA PROGRAMADA: _____

CIRUGÍA REALIZADA: _____

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS: _____

VESÍCULA: _____ cm X _____ cm

NECROSIS: SI ___ NO ___ PERFORACIÓN: SI ___ NO ___

PIOCOLECISTO: SI ___ NO ___

HIDROCOLECISTO: SI ___ NO ___ LITOS: SI ___ NO ___

EVOLUCION POSTOPERATORIA: _____

COMPLICACIONES: _____

REPORTE HISTOPATOLÓGICO: _____

ESTANCIA HOSPITALARIA: _____ DIAS

12) RESULTADOS

De agosto del 2000 a agosto del 2003 se realizaron 863 colecistectomías en pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, en el Servicio de Gastrocirugía del CMN S XXI. De estos, solo 47 pacientes contaban con diagnóstico de colecistitis alitiásica aguda (CAA). La incidencia de CAA en nuestro Hospital durante este periodo fue de 5.4%. Se excluyeron del presente estudio 10 pacientes por falta de expedientes clínicos, reportes de ultrasonidos así como reportes histopatológicos, con esto reduciéndose la muestra a 37 pacientes.

Dieciséis pacientes (43.2%) fueron hombres, con una edad promedio de 48.2 años (rango de 33 a 81 años); y 21 fueron mujeres (56.8%), con una edad promedio general de 53.9 años (rango de 28 a 80 años). Se obtuvo una relación hombre mujer de 1 a 1.3.

Treinta pacientes (81%) del total de los pacientes sufrían de alguna enfermedad crónico degenerativa, siendo la cardiopatía la más frecuente (19 pacientes), seguida por la diabetes mellitus (10 pacientes), nefropatía (5 pacientes), pancreatitis crónica (2 paciente), neumopatía (1 paciente), cáncer de páncreas (1 paciente), cáncer gástrico (1 paciente).

Más del 90% de los pacientes tuvieron como síntoma principal el dolor en hipocondrio derecho. El 13% de los pacientes presentó fiebre y 14 pacientes (37.8%) presentaron leucocitosis.

En todos los casos se realizaron de rutina ultrasonido preoperatorio, diagnosticándose correctamente 28 pacientes (75.6%) cotejado con los hallazgos transoperatorios y el reporte histopatológico. Los 9 pacientes restantes (24.3%) fueron mal diagnosticados, obteniendo un total de falsos negativos del 10.8%, y de falsos positivos del 13.5. Se obtuvo una sensibilidad del 87.5% y una especificidad del 99.3%. El valor predictivo positivo fue de 84.8% y el valor predictivo negativo del 99.5%.

Ocho pacientes presentaron complicaciones postoperatorias graves (21.6%) dentro de las cuales en orden de frecuencia fueron insuficiencia renal aguda, pancreatitis severa, sepsis y descontrol metabólico. Se registraron 3 fallecimientos (8.1%) entre estos pacientes con complicaciones.

El promedio de la estancia hospitalaria fue de 5 días y en todos los pacientes incluidos se practicó colecistectomía.

13) DISCUSIÓN

En este estudio se demuestra que los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de colecistitis aguda alitiásica tienen como común denominador a pacientes en estado crítico en el cual destacan estados de hipoperfusión sistémica en donde existe redistribución del gasto cardiaco hacia órganos vitales, sacrificando el lecho esplácnico.

Cabe mencionar que no se incluyeron un gran número de casos en el estudio debido a la falta de expedientes en archivo, y en algunos casos por falta de estudios de diagnóstico completos.

La literatura mundial refiere que la colecistitis alitiásica aguda se da del 5 al 12% de todos los pacientes con colecistitis aguda, en nuestra muestra se obtuvo un 5.4% lo cual concuerda con la incidencia de presentación de esta patología.

La presentación fue más común en mujeres que en hombres y la edad promedio de los dos grupos de sexos fue de 51 años.

El diagnóstico preoperatorio de certeza se obtuvo en el 75.6% de los pacientes por medio del ultrasonido de hígado y vías biliares, con una frecuencia de 24.3% para colelitiasis, (figura 1). Estos resultados demuestran la importancia del operador de este medio diagnóstico tan utilizado en los pacientes con esta patología, siendo los radiólogos de mayor experiencia los que cursan con menor índice de errores.

14) CONCLUSIONES

La colecistitis aguda alitiásica ocurre en pacientes con patologías asociadas tanto agudas, como crónicas, siendo la cardiopatía y la diabetes mellitus las más frecuentes, en la población estudiada.

La colecistectomía es el método más seguro y apropiado para el tratamiento de esta patología si se realiza tempranamente, evitando complicaciones como perforaciones vesiculares, sepsis abdominal, lo cual aumenta la morbilidad y mortalidad de la población en estudio.

El ultrasonido continúa siendo el método de elección en el estudio inicial de los pacientes con colecistitis aguda, de ahí la importancia de una buena interpretación de los mismos por parte del personal médico, incluyendo radiólogos y cirujanos, para poder prestar una atención oportuna a los pacientes y con esto evitar las complicaciones.

La especificidad del estudio ultrasonográfico mejoraría con una muestra mayor, sin embargo por la poca frecuencia de presentación de esta patología, aunada a la falta de expedientes no nos permitió recabar el 100% de todos los casos de colecistitis alitiásica aguda, sin embargo, se muestra una tendencia aceptable para los operadores del ultrasonido, de acuerdo con otras estadísticas publicadas.

En la mayoría de las ocasiones, el retardo del tratamiento quirúrgico por especulaciones diagnósticas empeora el pronóstico de los pacientes con colecistitis alitiásica aguda.

15)GRAFICOS

DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO EN PACIENTES CON COLECISTITIS ALITIASICA AGUDA AGOSTO 2000 – AGOSTO 2003 HE CMN S XXI

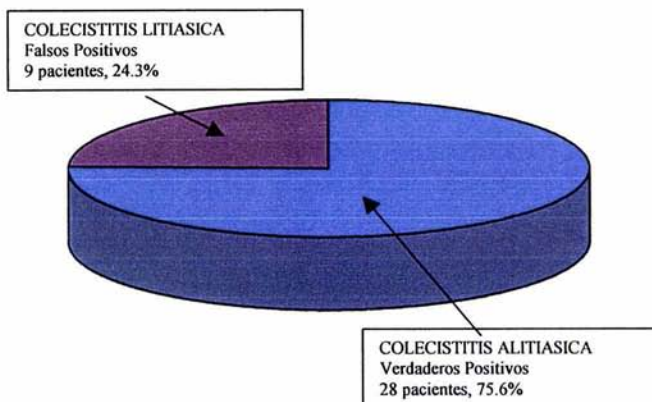


Figura 1

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS EN PACIENTES CON COLECISTITIS ALITIASICA AGUDA AGOSTO 2000 – AGOSTO 2003 HE CMN S XXI

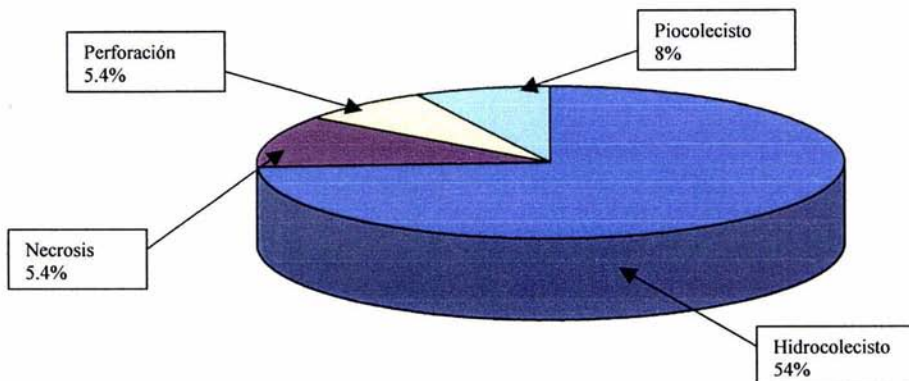


Figura 2

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES
CON COLECISTITIS ALITIASICA AGUDA
AGOSTO 2000 – AGOSTO 2003
HE CMN S XXI

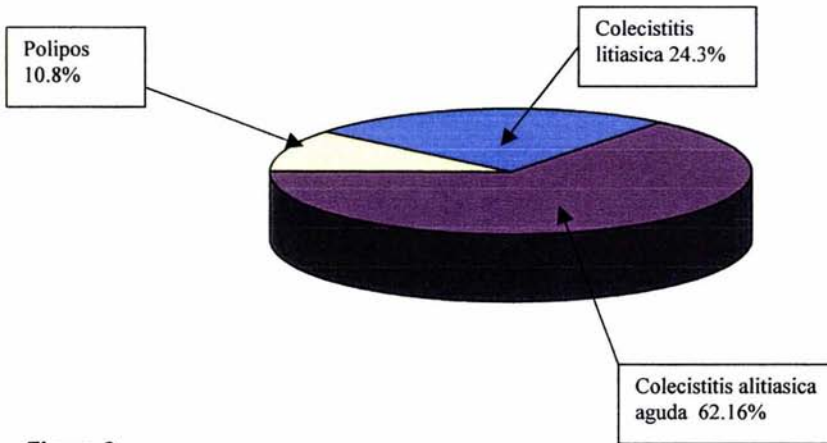


Figura 3

16) BIBLIOGRAFIA:

1. Sheila Dooley, Sherlock K.S.
Enfermedades del hígado y vías biliares.
9ª edición, Marban, España: 1996.
2. Lynt B.
The importance of early diagnosis of acute acalculous cholecystitis.
Surgery, Gynecology & Obstetrics, 1987; 164:197-203.
3. Corson.
Surgery.
1ª edición, Mosby, Spain:2000, pp: 3.13.13.
4. Johlin F.C., Neil G.A., et al.
Drainage of the gallbladder in patients with acute acalculous cholecystitis by transpapillary endoscopic cholecystostomy.
Gastrointestinal Endoscopy, 1993; 39:645-51.
5. Rauniest J., Raueu U., Thon K.P., et al.
Acute cholecystitis : A complication in severely injured intensive care patients.
J. Trauma, 1992; 32:422-40.
6. Kaplan M., Daras B., et al.
Acute acalculous cholecystitis in the critically injured patient. The early sonographic diagnosis.
Injury, 1994; 25:267-68.
7. Boland G.W., Leu M.J., Leug J., et al.
Percutaneous cholecystostomy in critically ill patients : Early response and final outcome in 82 patients.
Am J Roent., 1994; 163:339-42.
8. Shpitz B., Sigal A., Kaufman, et al.
Acute cholecystitis in diabetic patients.
Am Surg., 1995; 61:964-67.
9. Session S.C, Scoma R.S., Sheik F.H., et al.
Acute acalculous cholecystitis following open heart surgery.
Am Surg., 1993; 59:74-77.

10. Wind P., Chevallier J.M., Jones D., et al.
Cholecystectomy for cholecystitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome patients.
Am Surg., 1993; 59:679-84.
11. Chung S.C.
Acute acalculous cholecystitis. A reminder that this condition may appear in primary care practice.
Postgrad Med., 1995; 98:199-200.
12. Margulis Burheme.
Radiología del aparato digestivo.
4ª edición, Hardcourt, España, tomo II, 1991; pp:1006-1126.
13. Ekberg O., Weiber S., et al.
The clinical importance of a thick wall, tender gallbladder without stones in ultrasonography.
Clin Radiol., 1991; 44:38-41.
14. Jeffrey R.B., Sommer F.G.
Follow up sonography in suspected acalculous cholecystitis.
J Ultrasound Med., 1993; 4:183-7.
15. Frazee R.C., Nagorney D.M., Mucha P., et al.
Acute acalculous cholecystitis.
Mayo Clin Proc., 1989; 64:163-167.
16. Kalliafas S., Ziegler D.W., Flancbaum L., et al.
Acute acalculous cholecystitis : Incidence, risk, factors, diagnosis, and outcome.
Am Surg., 1998; 64:471-475.
17. Savoca P.E., Longo W. E., Zucker K.A., et al.
The increasing prevalence of acalculous cholecystitis in outpatients. Results of a 7-year study.
Ann Surg., 1990; 211:433-437.
18. Shapiro M.J., Luchtefeld W.B., Kurzweil S., et al.
Acute acalculous cholecystitis in the critically ill patients.
Am Surg. 1994; 60:335-39.