



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado e Investigación

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

*COLECISTECTOMÍA ABIERTA EN PACIENTES
EMBARAZADAS CON COLECISTITIS CRÓNICA
LITIASICA COMO FACTOR PRONÓSTICO
GESTACIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.
DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO".*

Trabajo de Investigación que Presenta:

DR. FRANCISCO DE LA ROSA MARTINEZ

Para Obtener el Diploma de la Especialidad

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Asesor de Tesis:

DRA. ROCIO INCLAN FARIAS.

86.2008





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.

A MIS PADRES Y HERMANOS,

A MIS PROFESORES, MEDICOS ADSCRITOS,

Y COMPAÑEROS RESIDENTES.

MOTIVO

PARA MANTENER ESE ESPIRITU

DE LUCHA Y SUPERACION CONSTANTE.

INDICE.

Portada.

Índice.

Introducción.

Hipótesis de trabajo.

Objetivos

Diseño de Investigación.

Material y Métodos.

Resultados.

Discusión.

Bibliografía

INTRODUCCION

El control prenatal y la resolución del embarazo tienen una alta demanda de atención. Dentro de la demanda de atención del servicio de Cirugía General la colecistitis aguda tiene una alta incidencia. La enfermedad del tracto biliar ocupa el segundo lugar entre las afecciones quirúrgicas que complican el embarazo, solamente precedidas por la Apendicitis Aguda.

La colecistitis aguda es una de las enfermedades más frecuentes asociadas a la gestación y sus complicaciones desde la colelitiasis, hasta la peritonitis o pancreatitis, son condiciones que pueden llevar a la muerte tanto a la madre como al feto.

Dentro de los cambios fisiológicos del embarazo se encuentran los efectos directos de la progesterona sobre la vía biliar como aumento de su volúmen en el ayuno y volúmen residual después del vaciamiento, aumento de la saturación del colesterol en la bilis con disminución de las sales biliares circulantes. Estos y otros cambios como el estancamiento de la bilis pueden favorecer en la paciente gestante la formación de cálculos o el crecimiento de la litiasis ya existente que condicionan la resolución Quirúrgica del cuadro agudo antes del término de la gestación.

El estudio muestra la frecuencia de presentación de la colecistitis aguda en las pacientes embarazadas que acuden a control prenatal en la institución, a través del análisis de su casuística de marzo de 2006 a marzo de 2008. A si mismo se observan aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos y se llevan acabo consideraciones al respecto.

PREFACIO:

La relación entre Embarazo y colecistitis se fundamenta básicamente en los cambios fisiológicos que adapta el organismo materno durante el curso de la gestación, lo cual predispone el desarrollo clínico de la patología biliar aguda.

Lo que se comenta en la literatura mundial sobre el diagnóstico, manejo y tratamiento del proceso agudo de la colecistitis en la paciente embarazada, permite que la paciente pueda tener más de una recurrencia de un cuadro agudo o una agudización de un cuadro previo ya existente.

Sin embargo actualmente la colecistectomía ha permitido dar una pauta de tratamiento sin comprometer el curso fisiológico de la gestación hasta su término.

PROLOGO:

A través de esta investigación y análisis se determinan aspectos epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la colecistitis aguda en la paciente obstétrica. Una vez establecido el diagnóstico es pertinente iniciar un estudio clínico multidisciplinario para establecer una relación adecuada de manejo integral a la paciente y así de esta forma poder ofrecer, ante la presencia de un cuadro agudo, una solución terapéutica definitiva mientras la paciente se encuentra con vigilancia peri natal estrecha evitando complicaciones obstétricas inmediatas que pueden poner en peligro el curso de la gestación.

Es esta forma de manejo multidisciplinario la que favorece el manejo oportuna y resolutivo de padecimientos agudos que pudieran complicar el curso gestacional hasta su termino a través de procedimientos que son bien tolerados por las pacientes.

RESUMEN:

Objetivo. Mostrar que la colecistectomía en la paciente embarazada es un procedimiento seguro y eficaz que permite llevar a término la gestación y previene complicaciones mayores en la paciente con Colecistitis aguda.

Material y Método. Análisis retrospectivo de dos años de la casuística de colecistitis aguda en pacientes embarazadas, evaluando aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos, éste ultimo a partir de la realización de Colecistectomía.

Resultados. Se estudiaron a 17 pacientes con edad promedio de 30 años, siete (41.1%) pacientes cursando el segundo trimestre del embarazo y diez (58.9%) pacientes cursando el tercer trimestre de gestación, demostrándose colecistitis aguda en todas las pacientes por medio de estudios complementarios; ultrasonido de hígado y vía biliar y exámenes de laboratorio. Se realizo colecistectomía con técnica abierta a dieciséis pacientes, colecistectomía laparoscópica a una paciente. Sin presentar complicaciones posquirúrgicas las pacientes siguieron el curso de la gestación hasta llevar a término el embarazo. Se reporta una paciente (5.9%) con Colédoco litiasis posterior a la cirugía que ameritó realización de CEPRE (Colangiografía retrógrada endoscópica) y colocación de endoprótesis en la vía biliar. No se reporta morbimortalidad materno fetal.

ABSTRACT:

Aim. Show that cholecystectomy in the pregnant patient is a safe and effective procedure that allows to complete gestation and prevents major complications in patients with acute Colecistitis.

Materials and methods. Retrospective analysis of two years after the series of acute cholecystitis in pregnant patients, assessing epidemiological, clinical and therapeutic, the latter from conducting Cholecystectomy.

Results. We studied 17 patients with an average age of 30 years, seven (41.1) patients attending the second trimester of pregnancy and ten (58.9) patients attending the third trimester, demonstrating acute cholecystitis in all patients means of further studies; ultrasound liver and bile duct and laboratory tests. Cholecystectomy was performed with technical open sixteen patients, laparoscopic cholecystectomy to a patient. Without presenting surgical complications patients followed during pregnancy to carry the pregnancy to term. We report a patient (5.9) colédoco with stones after surgery that warrants conducting CEPR (Cholangiography endoscopic retrograde) and placement stents in bile duct. Not reported maternal fetal mortality.

ANTECEDENTES.

El control prenatal y la resolución del embarazo tienen una alta demanda de atención en los hospitales del sector público. Dentro de la demanda de atención del servicio de Cirugía General la colecistitis aguda tiene una alta incidencia. La enfermedad del tracto biliar ocupa el segundo lugar entre las afecciones quirúrgicas que complican el embarazo, solamente precedidas por la Apendicitis Aguda (14).

La colecistitis aguda es una de las enfermedades más frecuentes asociadas a la gestación y sus complicaciones desde la colelitiasis, hasta la peritonitis o pancreatitis, son condiciones que pueden llevar a la muerte tanto a la madre como al feto. La obesidad es un estado que incrementa la comorbilidad materno fetal al ser el principal factor de riesgo que complica el embarazo con padecimientos metabólicos como la diabetes gestacional, hemodinámicos como la enfermedad hipertensiva gestacional, renales, vasculares y gastro intestinales destacando la colecistitis aguda.

Dentro de los cambios fisiológicos del embarazo se encuentran los efectos directos de la progesterona sobre la vía biliar como aumento de su volúmen en el ayuno y volúmen residual después del vaciamiento, aumento de la saturación del colesterol en la bilis con incremento de las sales biliares circulantes. Estos y otros cambios como el estancamiento de la bilis pueden favorecer en la paciente gestante la formación de cálculos o el crecimiento de la litiasis ya existente que condicionan la resolución Quirúrgica del cuadro agudo antes del término de la gestación.

MARCO TEÓRICO:

La litiasis como entidad ha sido descrita desde hace mucho tiempo. Los primeros cálculos de colesterol fueron encontrados en momias que datan desde 300 años a.c. iguales descripciones y en tiempos similares fueron hechas en griegos y persas. La litiasis como entidad que producía inflamación vesicular e ictericia, fue estudiada por Vesalius hacia la mitad del siglo XV, luego de esto hacia el siglo XVIII se inician los estudios de composición de la bilis el reconocimiento de entidades y sustancias litogénicas, y se intenta darle a la enfermedad litiásica un enfoque médico por medio de la disolución que se inicio por medio de una sustancia llamada *Turpentine*, la cual logró la disolución parcial de cálculos de colesterol en perros, y que fue evolucionando, siendo superada en potencia por el *éter*, la *glicerina* y el *cloroformo*, que tuvo su auge a principios del siglo XIX pero que fue abandonado por la cantidad de complicaciones derivadas de su uso. (1)

Aparece entonces en el año de 1882 la **Colecistectomía** hecha por Langenbuch, como el primer paso para el manejo de los cálculos sintomáticos. A lo anterior se suman los esfuerzos de clínicos por hacer de ésta enfermedad una entidad de manejo médico y se proponen tres tipos de manejo alternativo: Observación, Disolución y Fragmentación. En el año de 1974 aparece el manejo **Endoscópico** de los cálculos de los conductos biliares, que generalmente son el producto de la migración de un cálculo biliar al cóledoco. Con éste abordaje endoscópico de inicia la era de los procedimientos mínimos, se disminuyen las exploraciones de los conductos biliares principales y se le soluciona al paciente un problema inicial grande realizando por medio de una papilotomía la extracción de los cálculos, y luego, en forma diferida, una colecistectomía.

La colecistectomía, entonces, se ha convertido en la alternativa más utilizada para el manejo de enfermedad litiásica biliar y de la patología afines (pólipos biliares, colesterosis y procesos discinéticos biliares). (2)

Este procedimiento ha evolucionado a pasos agigantados, hasta el punto en que en 1987 P. Mouret, realizó en Lyon (Francia) la primera colecistectomía por Laparoscopia, dividiendo la historia de la Cirugía en dos, ya que la laparoscopia proporciona muchas ventajas, que la convierten en el procedimiento indicado para el manejo de la colelitiasis en el paciente sintomático.

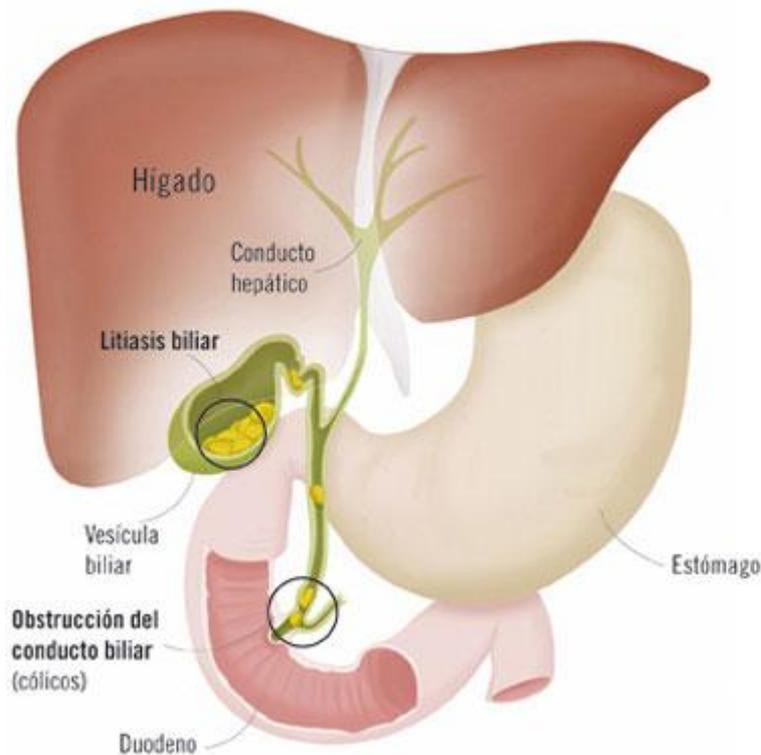
Anatomía de la Vesícula Biliar y las Vías Biliares.

Morfología.

La vesícula biliar tiene forma de pera, con capacidad de almacenamiento aproximado de 50 ml de bilis. Su localización obedece al sitio del lecho hepático en que precisamente hay la división de los lóbulos derecho e izquierdo (eje de la vena cava). Se aprecian cuatro porciones anatómicas así: *fondo, cuerpo, cuello y conducto cístico*.

Histológicamente, la pared vesicular esta compuesta por músculo liso y tejido fibroso, tapizada en su mucosa por epitelio cilíndrico que contiene glándulas túbulo alveolares a nivel del infundíbulo y cuello, cuyas células globulares mucinosas secretan moco a la luz del órgano.

Figura 1. Anatomía.

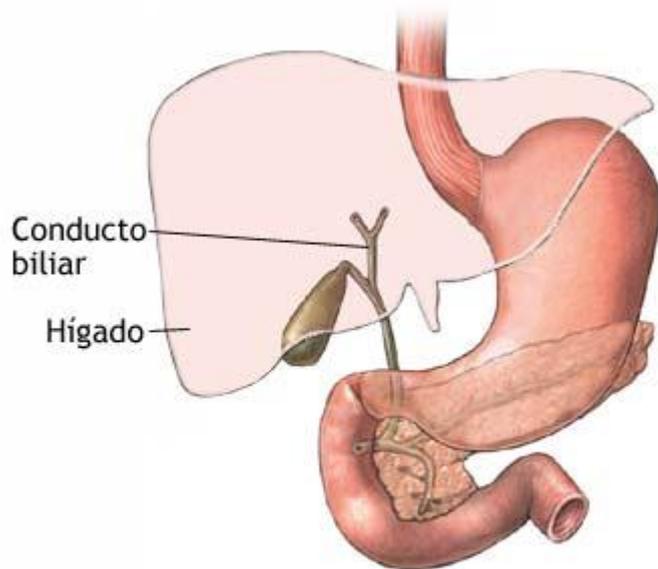


La irrigación arterial es aportada por la arteria cística, (rama de la arteria gástrica izquierda). Su localización (triángulo de Calot) es por encima y un poco más profunda que el cístico, ramificándose en dos troncos principales y luego en múltiples filamentos en su serosa peritoneal. El retorno venoso se realiza a través de pequeñas venas que penetra en el lecho hepático y por una vena recolectora que drena hacia la porta. La linfa tiene drenaje similar al venoso (directamente al hígado) y por varios grupos ganglionares peri portales.

La inervación motora (parasimpático) esta dada por el nervio vago a través de pequeñas fibras posganglionares procedentes del plexo celíaco (segmento medular T8 - T9). Las fibras sensitivas (simpático) siguen el curso de la arteria hepática y de la cística (T8 – T9).

El sistema biliar extrahepático nace en pequeños ductos, conformando finalmente dos vertientes (dorso ventral y ventero craneal) que, al unirse, formarán el conducto hepático derecho. El conducto hepático izquierdo es un poco más largo que el derecho y presenta una mayor tendencia a la dilatación; la unión de ambos origina el conducto hepático común, el cual tiene una longitud entre 3 y 4 cm, y el que además recibe el conducto cístico para conformar finalmente el conducto colédoco que mide entre 8 y 11.5 cm, cuyo diámetro varía entre 6 y 10 mm.

Figura 4. Vía biliar.



Procesos Bioquímicos para la producción de la Bilis.

Los componentes biliares mayores son el agua (80%), sales biliares, lípidos (lecitina, fosfolípidos, colesterol no esterificado y grasas neutras); los componentes menores son electrolitos, proteínas, bilirrubina conjugada, moco y desechos metabólicos.

La bilirrubina se halla en forma de mono y diglucuronato y es responsable del color amarillo de la bilis.

Las proteínas, aunque en bajo contenido, estabilizan las sales de calcio y lípidos evitando la precipitación de cristales. Los electrolitos, en concentración similar al plasma dan las propiedades osmóticas a la bilis.

El moco biliar protege la mucosa de la acción lítica de la bilis. El hepatocito sintetiza colesterol base para la formación de ácidos biliares primarios (ácidos cólico y quenodesoxicólico), siendo conjugados por la Taurina y Glicina para ser drenados a la bilis. (3)

Las sales biliares son detergentes biológicos secretados al tracto digestivo y reabsorbidos en un 95%. Su porción hidrofóbica se une a sus similares formando macromoléculas (micelios) que incorporarán y transportarán lípidos en la bilis y el intestino. El colesterol se depurará, por ende, en las sales biliares (50%) y en la bilis en forma libre, otro tanto.

En el íleon distal se reabsorben la mayoría de las sales biliares conjugadas (transporte activo) y en escasa cantidad atravesarán hasta el colon, donde se formarán los ácidos biliares secundarios (ácidos desoxicólico y litocólico) por acción bacteriana. (4) El primero estimula la secreción de agua y sodio a la luz del colon, reabsorbiéndose casi en su totalidad. El segundo se elimina en las heces por su efecto tóxico. Este ciclo entero hepático se repite dos a tres veces por cada ingesta normal.

Fisiología.

La vesícula biliar almacena periódicamente alrededor de 35 – 75 ml y concentra la bilis gracias a la gran actividad de su mucosa, capaz de absorber agua y electrolitos a tal punto que la concentración biliar a nivel de ésta víscera es diez veces mayor que su original en el hígado. Su pobre absorción de bicarbonato favorece el aumento de éste en la bilis, importante para la neutralización ácida gástrica. (5)

La sinergia para realizar el drenaje biliar y su llenado obedece a una sincronización entre el estímulo contráctil muscular de la vesícula dado por la *Colecistocinina* (hormona de las células entero cromafines de la mucosa duodenal) y el juego de las expresiones a nivel hepático, vesicular y del esfínter de oddi. La presencia de grasas y aminoácidos en duodeno estimularán la secreción de colecistocinina produciendo contracción sostenida de la vesícula durante diez a veinte minutos incrementando su presión basal de 30 mm de agua a una cifra cercana a 300 mm de agua, mientras la presión basal de 300 mm de agua a nivel del esfínter de oddi disminuye a 100 mm de agua, facilitado el vaciamiento vesicular normalmente entre el 50 y el 90%. Para su llenado, la presión del esfínter de oddi se sostiene cercana a 300 mm de agua, mientras en la vesícula solo sería de 30 mm de agua o menos y en el hígado de 375 mm de agua, lo cual explica la derivación fisiológica a la vesícula. (6)

FORMACIÓN DE CÁLCULOS BILIARES.

Las alteraciones en la composición de la bilis son la base de la génesis de la litiasis, y las anomalías en su drenaje son predisponentes importantes facilitadores de los mismos, sobre todo de su multiplicación y crecimiento. Se han referido cuatro mecanismos en la formación de la bilis litogénica:

1. Hipersecreción biliar de colesterol. Producida por: Ingestión de estrógenos (anovulatorios, embarazo), hipocolesteronémicos (clofibrato, gemfibrozid), o disminución de las sales biliares en el íleon (enfermedad de Crohn, Ancianos).
2. Formación de micelios defectuosos. Se aumentará el colesterol libre y su cristalización.
3. Formación de núcleos. Usualmente de mono hidrato de colesterol con agregación posterior de moco y solutos.
4. Presencia de lodo biliar. Sustancia densa rica en microcristales (de lecitina y colesterol), producidos por el fenómeno de nucleación y por el desequilibrio en la absorción y secreción de moco.

TIPOS DE CALCULOS.

Colesterol puro, Pigmentados y *Mixtos* (bilirrubinato de calcio y sales inorgánicas).

Cuadro Clínico.

Hay condiciones que hacen más frecuentes los cálculos, como la tendencia familiar; condiciones étnicas, como la de ciertas tribus indias americanas, **la obesidad**, la diabetes, dietas para bajar de peso en forma rápida, la nutrición parenteral, los estados de hipotiroidismo, **el embarazo**, la **ingesta de hormonales orales** por largo tiempo y la **multiparidad**. (7) Hay dos clases de pacientes con Colelitiasis:

- a. Los Asintomáticos.
- b. Los sintomáticos.

Algunas formas de presentación de la colelitiasis incluyen la presencia de síntomas clásicos, en los que predomina el dolor en hipocondrio derecho (Murphy) irradiado hacia el dorso y/o escápula relacionad con la ingesta de comidas ricas en grasas, y en los

que, fisiopatológicamente tiene que ver la colecistocinina liberada ante el estímulo, lo que aumenta la contracción vesicular con el intento de migración de cálculos.

Las formas no clásicas son aquellas en las que el dolor también es la manifestación primordial, pero éste no se localiza en las áreas conocidas (como es el caso de la paciente obstétrica), pudiendo simular otras enfermedades o síndromes, como el de enfermedad ácido péptica en cualquiera de sus formas; igualmente éste tipo de pacientes, pueden presentar el cuadro sin dolor, pero con manifestaciones digestivas como distensión, eructos o sensación de plenitud abdominal y llenura fácil, ante cualquier tipo de alimentos (predominando las grasas).

El problema principal de la litiasis sintomática es la presentación de complicaciones, que se originan en su gran mayoría por la impactación de un cálculo en el conducto cístico, o su migración hacia el conducto biliar principal e intestino. (8) estas complicaciones son la colecistitis aguda, el piocolecisto, la gangrena vesicular, la perforación vesicular, la colecistitis enfisematosa, la colecistitis crónica, la coledocolitiasis, la colangitis, la pancreatitis, la fístula bilio pancreática y el íleon biliar.

Diagnóstico de Colelitiasis.

Se inicia con el examen clínico, el cual suministra un diagnóstico presuntivo, que se corrobora con otras ayudas, en su mayoría radiológicas.

ULTRASONOGRAFIA.

Se inicio su uso hacia los años de 1960, y su base es la imagen que se genera por los ecos reflejados, provenientes de ondas sonoras no ionizantes, cuya intensidad varía de acuerdo con las propiedades acústicas de los tejidos atravesados.

El diagnóstico ecográfico de la litiasis, lo da la presencia de ecos, persistentes intraluminalmente, los cuales pueden ser confirmados en caso de duda por los cambios de posición del paciente y la movilidad de ellos.

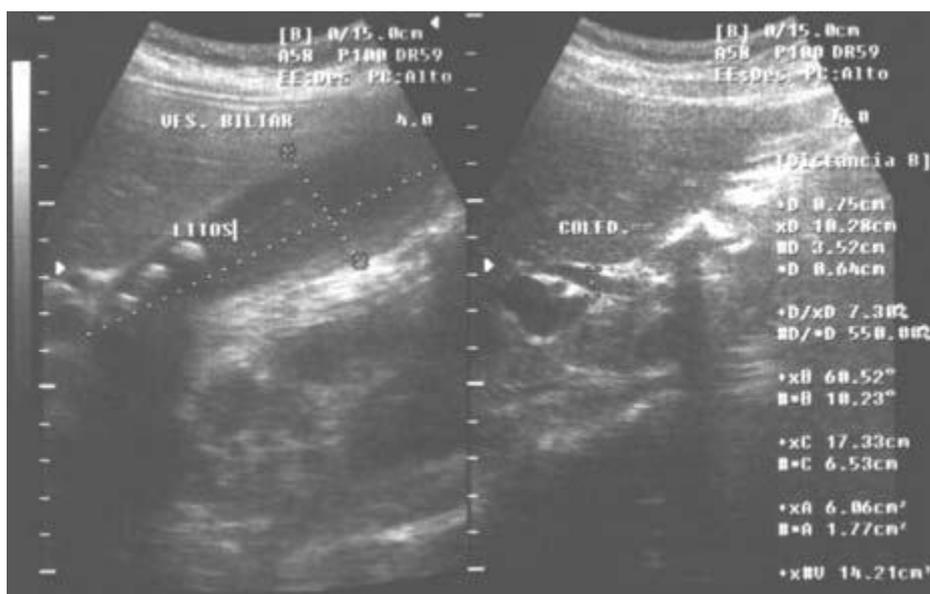
La ultrasonografía ha llegado a ser el método de elección para detectar cálculos en la vesícula biliar. A pesar de su gran sensibilidad y especificidad, pueden darse resultados falsos negativos en 5% de los enfermos, debido a cálculos pequeños, vesícula grande que es difícil visualizar, cuando los cálculos no están rodeados de líquido.

En la actualidad, y con nuevos equipos, se detectan cálculos cuyo tamaño mínimo es de 2mm. Hay situaciones en las que es difícil al examen como cuando hay exceso de gas o el paciente es obeso, ya que pueden interferir en la adecuada visualización.

El procedimiento se considera exento de riesgo, y esta por encima de cualquier otro, ya que no requiere de medicación o radiación ionizante. La ultrasonografía tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 94 al 98%. La no visualización de la vesícula es altamente predictivo de enfermedad vesicular. (9)

La ecografía también es considerada el método de elección en el diagnóstico de los pacientes con colecistitis como lo muestran los trabajos de Whorthen y col., y Ralls y col., en los que se demuestra una efectividad del 90%, siempre y cuando se sigan algunos criterios, como el hallazgo de Murphy ecográfico y aumento de grosor de la pared vesicular.

Figura 5. USG Litiasis vesicular.



RADIOLOGIA SIMPLE DE ABDOMEN.

Para que se visualice un cálculo, éste debe tener componente de calcio. Es así como el 16 al 32 % de los cálculos biliares se muestran como opacidades visibles en la radiografía simple de abdomen debido al contenido mineral (calcio). (10)

COLECISTOGRAFIA ORAL. (CGO)

Introducida en el año de 1924 por Graham y Col., fue la primera técnica que visualizo la vesícula. Hasta hace muy poco era el método más seguro para el diagnóstico de litiasis vesicular pero ha perdido su lugar por la aparición de otras modalidades diagnósticas.

Para realizar el estudio, se requiere, que el paciente ingiera una dieta libre de grasa dos días previos al examen. Se administran 3 gramos de ácido iopanóico 14 a 16 horas antes del examen (cerca del 25% de los pacientes pueden presentar disminución en la consistencia de las heces como efecto secundario). La sensibilidad del examen varia entre 92 a 95% y la especificidad del 95 al 100%. El diagnóstico se hace con la

visualización de los cálculos o la no visualización de la vesícula, sin embargo, con niveles de bilirrubina superiores a 2.5 mg/dl. (11)

Cuando la ecografía es cuestionable, la CGO juega su mejor papel en el diagnóstico de colelitiasis. Se usa adicionalmente para evaluar función vesicular, permeabilidad del cístico y número de cálculos.

Cuando la ecografía es normal y hay elevada sospecha de enfermedad vesicular, puede utilizarse como método para evaluar función, con resultados comparables a los encontrados con el método gamma gráfico.

COLANGIOGRAFÍA INTRAVENOSA.

Este examen se desarrollo en la época de los años de 1930 casi paralelo a la CGO. Consiste en la inyección de un medio iodado en 10 a 15 minutos, con radiografías que se toman a los 30 minutos, continuando con tomas sucesivas hasta alcanzar la opacificación de la vesícula y la máxima concentración. Su uso se limita en la actualidad a la evaluación de Colédoco litiasis.

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA. (CEPRE)

Es uno de los exámenes de elección para el diagnóstico de la colédoco litiasis y es, así mismo, un arma terapéutica para el manejo de la misma. Tiene muchas complicaciones, que hacen que su práctica este verdaderamente justificada.

Las complicaciones se presentan en un 10 a un 12 % y son: sangrado, perforación duodenal, desgarros del colédoco, pancreatitis y colangitis. Una limitante mayor para su empleo, es que requiere personal altamente calificado con entrenamiento especial.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA. (TAC)

Es la única modalidad imagenológica capaz de evaluar los patrones de imagen del cálculo, de acuerdo a su composición química, la TAC detecta cálculos en solo 75% de los casos. Lo anterior cobra importancia cuando se esta pensando en una terapia de disolución de cálculos o de litotripsia Extracorporea, lo cual habla de muy bajo uso de este examen diagnóstico en el examen rutinario de la colelitiasis. (12)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El tratamiento inicial en la colelitiasis aguda en la paciente embarazada es NO operatorio. Mantener en reposo el tracto gastro intestinal mediante una sonda nasogástrica, con líquidos intravenosos y monitoreo fetal, generalmente resuelve los síntomas en la mayoría de las pacientes. Si hay sospecha de colecistitis aguda, el tratamiento antibiótico puede requerirse si no ha disminuido la fiebre o la leucocitosis después de un período de manejo conservador.

La paciente embarazada con colecistitis aguda, es manejada con tratamiento conservador y vigilada estrictamente a través del curso del embarazo para programar la resolución Quirúrgica de su padecimiento una vez en el Puerperio Inmediato; con el fin de no complicar el curso de la gestación hasta su término. La falla en el tratamiento conservador puede ocurrir de dos maneras:

- 1 La paciente que NO respondió al tratamiento conservador durante la admisión inicial, o en las cuales los síntomas recurren después del reinicio de la ingesta oral durante la misma hospitalización.
- 2 Las que requieren reingreso, que son candidatas al tratamiento quirúrgico. En general la cirugía está indicada en el embarazo y es mejor realizarla durante el segundo trimestre.

Hay múltiples opciones para que el cirujano trate a la paciente embarazada con colecistitis aguda. La colecistectomía abierta durante el embarazo ha sido la técnica más frecuentemente utilizada y bien tolerada por la madre y el feto. Cuando la cirugía se realiza durante el tercer trimestre de la gestación, la posibilidad de un parto prematuro es latente aunque esta situación en general se puede prevenir mediante la utilización de agentes tocolíticos.

Según lo reportado en la literatura mundial se prefiere que la paciente embarazada sintomática deba ser manejada conservadoramente hasta finalizar el embarazo y siempre que se requiera tratamiento quirúrgico ésta cirugía deberá realizarse en el segundo trimestre de gestación.

Es por esta razón que se pretende demostrar mediante este estudio que la Colectomía en la paciente obstétrica, independiente de la edad de la gestación es un procedimiento quirúrgico sencillo, eficaz y bien tolerado por las pacientes que no impide que la gestación pueda llegar a su término y si es una forma oportuna y segura de evitar complicaciones propias de la colecistitis como la formación de abscesos, la peritonitis o la pancreatitis procesos que comprometen seriamente el bienestar fetal e incluso materno. (13)

HIPÓTESIS.

Si se realiza un tratamiento quirúrgico oportuno a la paciente embarazada con colecistitis aguda de manera temprana **Entonces** la paciente tendrá un mejor pronóstico sobre el curso de la gestación hasta su término, **Por que**, de iniciar con un manejo expectante la paciente tendrá posibilidad de una nueva agudización del cuadro y posibilidad de presentar complicaciones que pondrían en riesgo el bienestar materno y fetal antes que éste llegue al término de su gestación.

JUSTIFICACIÓN.

Poco se ha escrito sobre este problema en las revistas nacionales en los últimos cinco años. Por lo anterior se realizó este trabajo para determinar la proporción de colecistitis aguda y embarazo, así como su evolución y tratamiento en la población adscrita a un hospital de segundo nivel del sector público.

El estudio muestra la frecuencia de presentación de la colecistitis aguda en las pacientes embarazadas que tiene como factor de riesgo, adicional al embarazo, determinado grado de obesidad, que acuden a control prenatal en la institución, a través del análisis de su casuística de marzo de 2006 a marzo de 2008. A si mismo se observan aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos y se llevan a cabo consideraciones al respecto.

OBJETIVO GRAL.

- Demostrar que la Colectomía abierta es un procedimiento quirúrgico sencillo y eficaz, bien tolerado por la paciente obstétrica, independientemente de la edad gestacional, que no impide que la gestación pueda llegar a su término; es una forma oportuna y segura de evitar complicaciones propias de la Colecistitis que pueden comprometer seriamente el bienestar fetal e incluso materno.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Demostrar la relación existente entre embarazo y colecistitis aguda.
- Determinar que no es necesario mantener un manejo conservador en la paciente con colelitiasis sintomática.
- Demostrar que la Colectomía abierta es un procedimiento seguro y eficaz para la resolución quirúrgica del cuadro, independientemente de la edad de la gestación.
- Determinar la necesidad de un seguimiento pertinente en la evolución de la embarazada post operada, con manejo tocolítico y monitorización fetal.
- Destacar la existencia de otros factores de riesgo como: multiparidad, ingesta de hormonales orales y edad están asociados al incremento en la incidencia de colecistitis en la paciente obstétrica.
- Demostrar que la colecistitis aguda puede complicar el curso de la gestación si no es tratada de forma oportuna y definitiva.

MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO.

Se llevo acabo un análisis retrospectivo de la casuística de colecistitis aguda en pacientes embarazadas que llevaron control prenatal en un hospital general de segundo nivel del sector público en el período comprendido de **marzo de 2006 a marzo del 2008** y que tuvieron un mínimo seguimiento de 1 año, hasta finalizar el puerperio. De los expedientes se obtuvo información relacionada con la edad y factores asociados dentro de los cuales destaco principalmente determinado grado de obesidad, y otros factores de riesgo asociados (paridad, antecedente de ingesta de hormonales orales, edad gestacional al momento de la cirugía), manifestaciones clínicas relevantes, curso de la gestación hasta su término y hallazgo histopatológico.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Pasiva, Observacional, Retrospectiva, Descriptiva, Transversal.

Se trata de un análisis en la casuística de Colecistitis aguda en la paciente obstétrica, con un enfoque de prevención primaria y un enfoque terapéutico a través de los casos de Colecistectomía abierta en pacientes que cursaban con colecistitis aguda en diferente edad gestacional, en un tiempo específico de dos años, el tamaño de la muestra es fijo de acuerdo al total de casos quirúrgicos reportados en el centro hospitalario donde se realizo la investigación. Es un estudio descriptivo y las variables que determinan el estudio son obtenidas a través de métodos secundarios para lo que se basa en la información recolectada de los datos de los expedientes del archivo clínico.

GRUPOS DE ESTUDIO.

Pacientes embarazadas que llevaron control prenatal en el período de estudio comentado. Tratadas de manera multidisciplinaria por distintas especialidades y provenientes de la consulta externa de los servicios de: Perinatología, Cirugía General así como pacientes captadas a través del servicio de Urgencias Adultos primer contacto con sintomatología sugestiva de patología Biliar.

GRUPO PROBLEMA.

Pacientes obstétricas cursando edad gestacional desde las trece semanas hasta las treinta y cinco semanas de gestación; abarcando básicamente los dos últimos trimestres del embarazo en quienes se diagnóstica un cuadro de Colecistitis aguda, crónica, sintomática, o asintomática como hallazgo secundario.

GRUPO TESTIGO.

No se tiene.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La demanda de atención de consulta fue de la siguiente forma: se valoraron como consulta de urgencias por padecimientos agudizados: diecinueve casos (63.3%) contra solo once casos (36.7%) de enfermedad crónica referida de la consulta prenatal.

Se realizó el diagnóstico de Colecistitis aguda a diecisiete (56.6%) pacientes embarazadas de las cuales; dieciséis (53.3%) pacientes fueron sometidas a colecistectomía abierta y una paciente a colecistectomía Laparoscópica. Se reporta un

caso(3.3%) de coledocolitiasis; paciente que amerito realización de CEPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) con colocación de endoprótesis en la vía biliar. La técnica Anestésica siempre fue Bloqueo Peridural. En el posoperatorio inmediato se realizo Monitorización fetal a las pacientes en segundo y tercer trimestre sin demostrar actividad uterina. Todas las pacientes llevaron a término la gestación sin presentar complicaciones obstétricas como parto prematuro.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes obstétricas, con Dx. De embarazo confirmado.
- Pacientes con Dx. Establecido de Colecistitis aguda, crónica, litiásica o alitiásica, sintomática o asintomática.
- Pacientes embarazadas, que cursen con sobrepeso u obesidad.
- Pacientes derechohabientes a los servicios de salud del instituto.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Inmuno compromiso y padecimientos concomitantes (lupus eritematoso sistémico, anticuerpos antifosfolípidos, diabetes gestacional, etc.)
- no autorización de la paciente para efectuar estudios de Diagnóstico y tratamiento Quirúrgico.
- Pacientes No embarazadas.
- Pacientes con padecimientos no biliares como causa de su cuadro Doloroso.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Abandono del estudio en el puerperio.
- No autorización al tratamiento quirúrgico o el procedimiento anestésico.

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ninguna especial, Interrogatorio dirigido e Historia Clínica completa. Tomada de los expedientes del archivo Clínico.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se estudiaron a 30 pacientes con edad promedio de 30 años, trece pacientes (43.3%) fueron excluidas del estudio por no cumplir con los criterios de inclusión antes mencionados y diecisiete pacientes (56.7%) ingresaron al estudio hasta su término, de éstas, siete pacientes (41.1%) cursando el segundo trimestre del embarazo y diez (58.9%) pacientes cursando el tercer trimestre de gestación, demostrándose colecistitis aguda en todas las pacientes por medio de estudios complementarios; ultrasonido de hígado y vía biliar y exámenes de laboratorio. Se realizó colecistectomía con técnica abierta a dieciséis pacientes, colecistectomía laparoscópica a una paciente. Sin presentar complicaciones posquirúrgicas las pacientes siguieron el curso de la gestación hasta llevar a término el embarazo. Se reporta una paciente (5.8%) con Colédoco litiasis posterior a la cirugía que ameritó realización de CEPRE (Colangiografía retrógrada endoscópica) y colocación de endoprótesis en la vía biliar. No se reporta morbimortalidad materno fetal. En el cuadro 1 se presenta la estructura de Organización de la investigación.

ANALISIS DE DATOS.

Diagnóstico.

En el lapso mencionado se estudio a las pacientes embarazadas valoradas en la consulta de urgencias con la presencia de dolor abdominal en cuadrantes superiores, náusea y/o vómito, en las que se demostró la presencia de colecistitis aguda. Para apoyar el diagnóstico se necesito de realización de ultrasonografía de hígado y vías biliares demostrando la presencia de pared vesicular engrosada hasta 5 mm, litiasis y micro litiasis. Los exámenes de laboratorio demostraron la presencia de: Hipercolesterolemia en cuatro casos (23.5%), Leucocitosis en seis casos (35.3%) a expensas de neutrofilia en nueve casos (52.9%) y bandemia en tres casos (17.6%), así como alteración en las pruebas de funcionamiento hepático con elevación de las bilirrubinas en tres casos (17.6%) y elevación de las enzimas hepáticas en dos casos (11.7%).

Para establecer el diagnóstico se necesito el apoyo del departamento de radiología e Imagen, se encuentran resultados de USG de hígado y vías biliares en todos los casos y los principales hallazgos reportan: Micro litiasis en 5 casos (29.4%), pared vesicular engrosada en 11 casos (64.7%), lodo biliar en 4 casos (23.5%), litiasis en 9 casos (52.9%) y coledocolitiasis 1 solo caso (5.8%). Grafica 2.

Dentro del rastreo de hígado y vía biliar No se encuentra reporte de alteraciones a nivel de otras glándulas como páncreas, bazo u otros órganos abdominales.

En todos los casos se encuentra reporte de Ultrasonido Obstétrico previo al manejo quirúrgico el cual es acorde para las semanas de gestación y se encuentra control ultrasonográfico por trimestre como seguimiento del control prenatal, destacando los principales datos obstétricos de interés: Fetometría para cálculo de edad gestacional,

determinación de índice de phelland en embarazos de segundo y tercer trimestre, localización y grado de madurez placentaria.

En el seguimiento posterior al manejo quirúrgico no se encuentra reporte de estudios especiales como la cervicometría para valorar riesgo de parto prematuro, en ninguno de los casos.

Se encuentra reportado solo en 3 casos (17.6%) la realización de determinación de fibronectina fetal para valorar actividad uterina en tres embarazadas operadas en el segundo trimestre gestacional, siendo los tres resultados negativos.

Edad.

La paciente más joven fue de 20 años y la mayor de 44 años con una media de 32 años y predominaron las pacientes de 30 a 34 años con seis casos (35.2%), de 25 a 29 y de 35 a 39 años cuatro casos para cada grupo respectivamente (23.5%), dos casos en el grupo de 40 a 44 años (11.7%) y solo un caso en el grupo de 20 a 24 años (6%). Gráfica 3.

Factores de Riesgo.

Multiparidad.

La multiparidad coincide con lo reportado en la literatura mundial en un aumento en el riesgo de colecistitis aguda durante el embarazo. Se encontraron diez casos de pacientes multigestas, cinco casos de pacientes con dos gestas y dos casos de pacientes primigestas. La clasificación respectiva se muestra en cuadro 2. Gráfica 4.

Se menciona en la literatura mundial aumento del riesgo en pacientes con antecedentes de ingesta de hormonales orales (15), Se identificaron nueve casos (52.9%) de pacientes con antecedente de ingesta de hormonales orales por más de 2 años como método de planificación familiar. Gráfica 5.

Edad Gestacional al momento del tratamiento Quirúrgico.

Es difícil la presentación clínica de Colecistitis aguda durante el primer trimestre de gestación, más comúnmente se identifica la sintomatología clásica del padecimiento durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (16). Se presentaron siete casos de colecistitis aguda en paciente que cursaban el segundo trimestre de gestación y diez casos de pacientes cursando el tercer trimestre de gestación, al momento de someter a las pacientes al tratamiento quirúrgico. El análisis respectivo se muestra en el cuadro 3. Gráfica 6.

Monitorización Fetal Post Quirúrgica.

La colecistitis aguda en el embarazo es una asociación poco frecuente, cuando las pacientes rebasan el segundo trimestre de gestación se prefiere iniciar con manejo conservador en favor de evitar complicaciones para que la gestación llega a término tales como lo es el parto prematuro, que incrementa la morbimortalidad al aumentar la frecuencia de productos con prematuréz (17). Se realizó monitorización fetal en el posoperatorio inmediato y mediano a siete casos de pacientes en el segundo trimestre con el fin de identificar actividad uterina, sin identificar ningún caso que presentará contracciones uterinas. Se realizó de igual manera monitorización fetal en el posoperatorio inmediato y mediano a las diez pacientes que cursaban el tercer trimestre de gestación, encontrando en todos los casos (58.8%) trazos reactivos y solo 2 casos (11.7%) con irritabilidad uterina (contracciones uterinas de leve intensidad) que respondieron con éxito al tratamiento tocolítico vía oral, con remisión de la actividad uterina. Gráfica 7.

Tratamiento Quirúrgico.

Se realizó en dieciséis casos colecistectomía abierta, solo un caso de Colecistectomía laparoscópica y en todas las pacientes la técnica anestésica siempre fue el Bloqueo peridural, sin presentar ninguna complicación en el transoperatorio.

Resolución del embarazo.

Fue a través de la interrupción de la gestación por cesárea programada en quince pacientes (88.2%), y 2 cesáreas de urgencia indicadas por taquicardia fetal sostenida (11.7%). En el puerperio inmediato y mediato no se reporta ninguna complicación en las pacientes.

Reporte Histopatológico.

En todos los casos se envió muestra al servicio de Patología para su análisis concluyendo con los siguientes reportes: Colecistitis aguda y crónica litiásica en trece casos (76.4%), Colecistitis abscedada con serositis en un caso (5.8%) y Colesterolosis en tres casos (17.6%). Gráfica 8.

CONCLUSIONES.

En éste estudio se demuestra que la asociación entre embarazo y colecistitis aguda es frecuente, y como se menciona en otras literaturas solo es precedida por la apendicitis aguda como causa de padecimientos quirúrgicos que complican el embarazo (18).

Se destaca que la colecistitis aguda es más frecuente en tanto se incrementa la edad materna puesto que se presentan 14 casos en el grupo de edad comprendido entre los 25 y los 34 años ocupando el 82.2%, contra solo 3 casos en el extremo de edades: de 20-24 años 1 caso (6%) y en el grupo de 40 a 44 años con dos casos (11.7%).

La morbilidad del padecimiento demuestra que el 82.3% de los casos se presentó como agudización del cuadro ocupando la consulta de urgencias como primer contacto, con sintomatología diversa como dolor en hemiabdomen superior relacionado con la ingesta de alimentos, cólico, náusea y vómito; contra el 17.7% de los casos restantes referidos de su control prenatal por sintomatología crónica o hallazgo de estudios de gabinete como el ultrasonido de hígado y vías biliares.

En lo que se refiere al número de embarazo previos resalta que el 88.3% de los casos se presentó en pacientes con más de dos gestas previas incluyendo un caso con cuatro gestas previas, y solo el 11.7% de los casos en pacientes que cursaban su primera gesta.

Los cambios fisiológicos propios del embarazo que aumentan el riesgo del padecimiento o la agudización de un cuadro crónico ya existente; explica gran parte de los casos, sin embargo un porcentaje importante de pacientes: nueve pacientes (52.9%) tenía el antecedente de haber ingerido hormonales orales por períodos variables de tiempo como método de planificación familiar, lo cual incrementa el riesgo de colecistitis en el curso de la gestación actual.

En lo referente a edad gestacional el 58.9% de los casos se realizó el procedimiento quirúrgico cursando el tercer trimestre de embarazo, contra el 41.1% de los casos que cursaban el segundo trimestre. El total de las pacientes llevaron a término la gestación, sin presentar complicaciones en el posoperatorio inmediato que pudieran desencadenar trabajo de parto prematuro. En el total de los casos para la técnica quirúrgica se utilizó siempre anestesia regional por medio de Bloqueo Peridural, sin presentar complicaciones.

En este estudio no se reporta morbilidad materna fetal lo que concuerda con lo reportado en otras literaturas: la Colectomía en la paciente obstétrica, independiente de la edad de la gestación en un procedimiento quirúrgico sencillo, eficaz y bien tolerado por las pacientes que no impide que la gestación pueda llegar a su término y sí es una forma oportuna y segura de evitar complicaciones propias de la colecistitis como la formación de abscesos, la peritonitis o la pancreatitis procesos que comprometen seriamente el bienestar fetal e incluso materno (19).

RECURSOS.

Humanos y de apoyo diagnóstico.

Pacientes derechohabientes a los servicios de salud del instituto.

Médicos Adscritos, Médicos residentes, personal de Enfermería y técnicos en los diferentes servicios como son: Perinatología, Cirugía General, Anestesiología, Consulta Externa, Urgencias Adultos, Quirófano, Recuperación post anestésica, Hospitalización, Radiología e Imagen y Laboratorio Central, Toco Cirugía, Monitorización Fetal.

RECOMENDACIONES:

- Las pacientes embarazadas con cuadro agudo de Colecistitis pueden ser valoradas de primera instancia una vez realizado el diagnóstico para protocolo de tratamiento quirúrgico.
- La Colectomía abierta es un procedimiento seguro, bien tolerado por las pacientes en cualquier trimestre del embarazo.
- Se prefiere que la Colectomía Laparoscópica sea realizada de preferencia transcurrido el primer y hasta el segundo trimestre ya que en el tercer trimestre las dimensiones uterina no permiten una visualización y campo quirúrgico adecuados.

Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado para Cirugía Programada.



SUBDIRECCIÓN MÉDICA.

ZONA SUR. HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ F.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA.

SERVICIO DE : Ginecología Y Obstetricia.

DIAGNÓSTICO :

PACIENTE :

INTERVENCIÓN : Cesárea Kerr.

CIRUJANO : Dra. Rocío Inclán Farías.

1. Con ésta información se trata de poner los medios para la mejor curación de sus padecimientos o lesiones, o para mejorar su calidad de vida, en caso de cirugía por cáncer o trauma.
2. Para la realización de dicha intervención se necesita de una anestesia general, local o regional. Cada técnica y cada paciente tiene un riesgo diferente, que será valorado cuidadosamente por su anesthesiologo. En general después de una intervención se precisa de un periodo de recuperación que transcurre en la unidad de Recuperación Postanestésica la cual está dotada para una vigilancia adecuada hasta que usted se encuentre en condiciones de volver a su habitación.

3. Toda intervención quirúrgica tiene un riesgo, unos comunes a toda técnica quirúrgica y unos específicos a cada una de ellas.

Entre los comunes, ello por su mayor frecuencia se

Pueden esperar las siguientes complicaciones:

- **Infección de herida**, o mas profundo que pudiera comprometer la viabilidad de la **región** intervenida e incluso la **vida**.
- **Hemorragia** de herida quirúrgica, o sus consecuencias como lo son los **hematomas**, hipotensión, **anemia** e incluso la muerte; siendo necesario en muchos casos la **transfusión** de hemoderivados o sangre.
- **Lesiones** de troncos **vasculares** o **nervios** con **anestesia**, **parálisis** o ambos. Flebitis o tromboflebitis que pueden dar lugar **embolismos** pulmonares incluso la muerte.
- Calcificaciones de una parte o de toda la región intervenida.
- Síndrome **compartmentales** en la zona intervenida.
- Trastornos cutáneos como flictenas, escaras, retardo de la cicatrización de las heridas. O **dehiscencia** de suturas, cicatrices viciosas o **no** estéticas.
- Reacciones **alérgicas** o **rechazo** al material implantado de sutura o incluso de los fármacos empleados durante y después de intervención.
- Rotura o estallido del tejido u órgano que se manipula durante la intervención.
- Aflojamiento, rotura o infección tardía del material implantado en la intervención.

- Dolor o hinchazón de la zona intervenida.
- Lesiones en partes blandas (músculos, tendones, vísceras, etc.).
- Síndrome del embolismo graso e incluso la muerte.

4. Existen además unos riesgos personalizados según su propia idiosincrasia de cada individuo y según sus enfermedades previas. En caso concreto podría ser:

A.- Hemorragia, Atonía uterina. Necesidad de Histerectomía Obstétrica.

B.- Lesión de órganos vecinos como: Vejiga o Intestino.

C.- Serosas, Hematomas.

D.- Endometritis.

5. Durante el curso de la intervención, por causas imprevistas, podría considerarse necesario o conveniente realizar **cualquier otra intervención** o manipulación complementaria.

6. Pudieran aparecer lesiones o daños provocados durante el correcto **transporte del paciente** o durante la correcta utilización de la mesa de quirófano, monitores, vías vasculares, manguitos de presión, placas de bisturí u otros aparatos empleados en el quirófano.

7. El cirujano responsable le ha informado sobre las características de su enfermedad, y de los mejores métodos de tratamiento a nuestro alcance, así como de la técnica a priori, elegida para su operación. También le ha sido practicado un preoperatorio adecuado para su edad y estado de salud.

8. Totalmente de acuerdo he sido informado en forma clara y comprensible para mí, de los beneficios y riesgos del padecimiento al que voy a ser sometido, de modo que firmo la presente declaración, **OTORGANDO MI CONSENTIMIENTO**, para que se realicen todas las acciones médicas quirúrgicas que se consideren convenientes. Así mismo afirmo que no he omitido ni ocultado datos en la historia médica de mis antecedentes personales o familiares que pudieran variar el resultado de la intervención.

FIRMA MEDICO TRATANTE

FIRMA PACIENTE.

Dra. Rocio Inclán Farias.

Sra.

México, D. F. a de de 200 .

Anexo 2. Cuadros y Gráficas.

Cuadro 1. Programa de trabajo.

MARZO	2006	ELABORACION DE PROTOCOLO DE TESIS.
ABRIL 2006	MARZO 2008	Recolección de Datos.
ABRIL/MAYO	2008	Elaboración de tesis.
MAYO/JULIO	2008	Revisión, Registro y Elaboración de Tesis.
AGOSTO	2008	Presentación y Entrega de tesis.

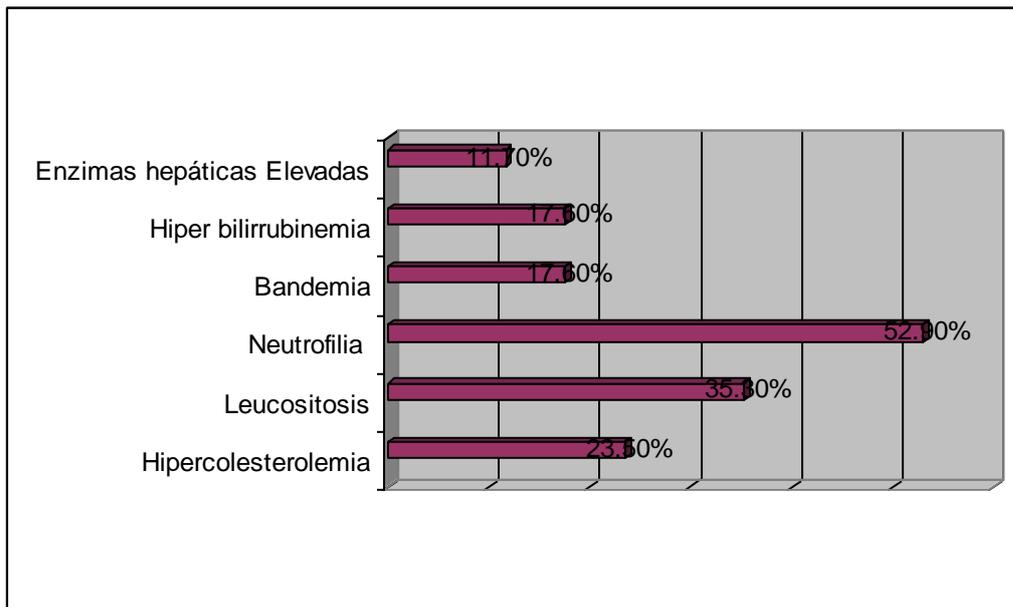
Cuadro 2. Factores de Riesgo para colecistitis aguda en el embarazo (*multiparidad*).

Número de Gesta	Numero de Pacientes	%
I	2	11.7
II	5	29.4
III	9	52.9
IV	1	6%

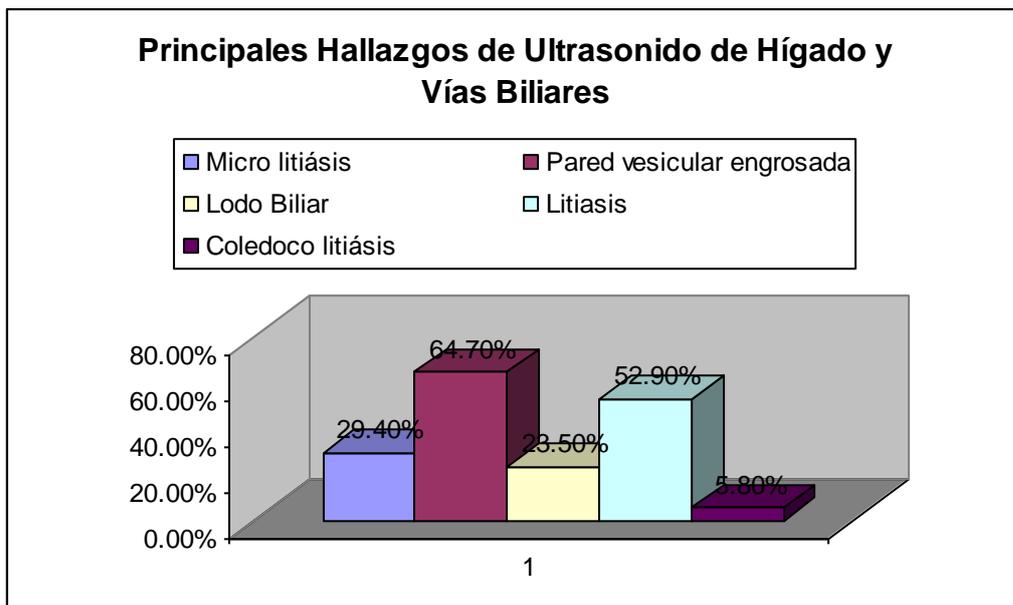
Cuadro 3. Edad gestacional al momento de la Colecistectomía.

Semanas de gestación	Número de pacientes	%
14 a 26	7	41.1
27 a 40	10	58.9

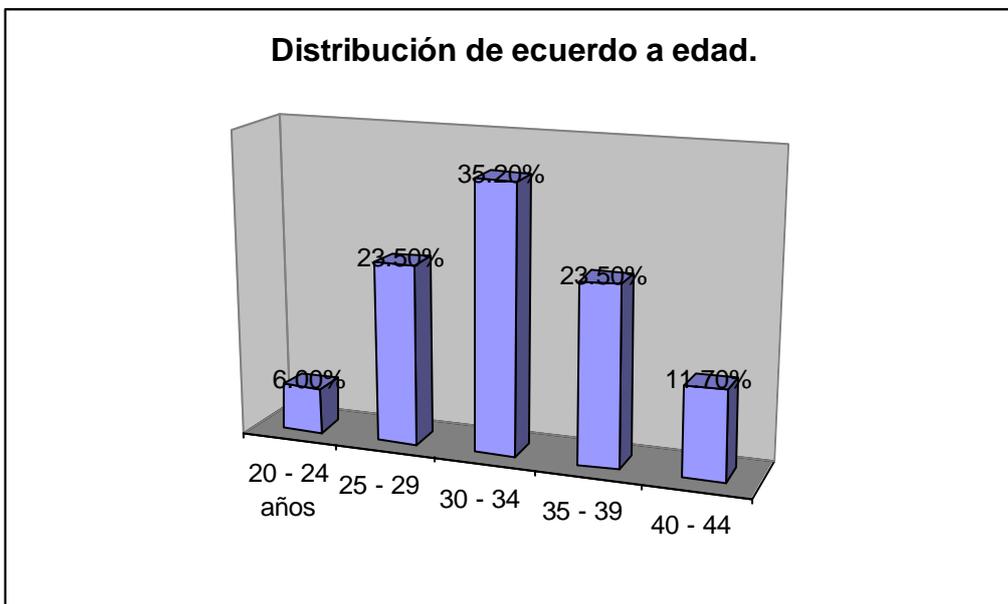
Gráfica 1. Principales hallazgos en pruebas de Laboratorio.



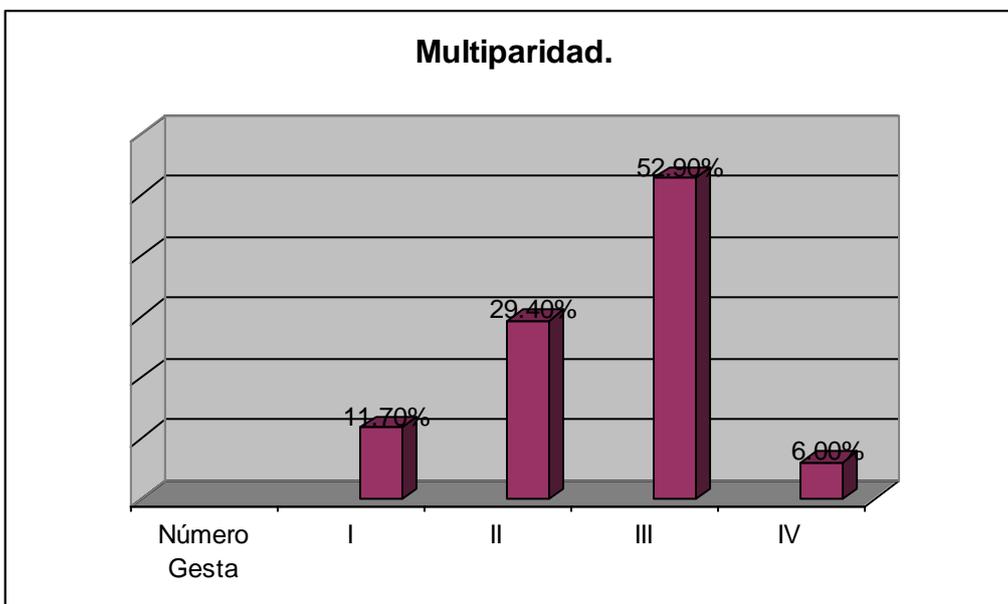
Gráfica 2. Hallazgos por Ultrasonido.



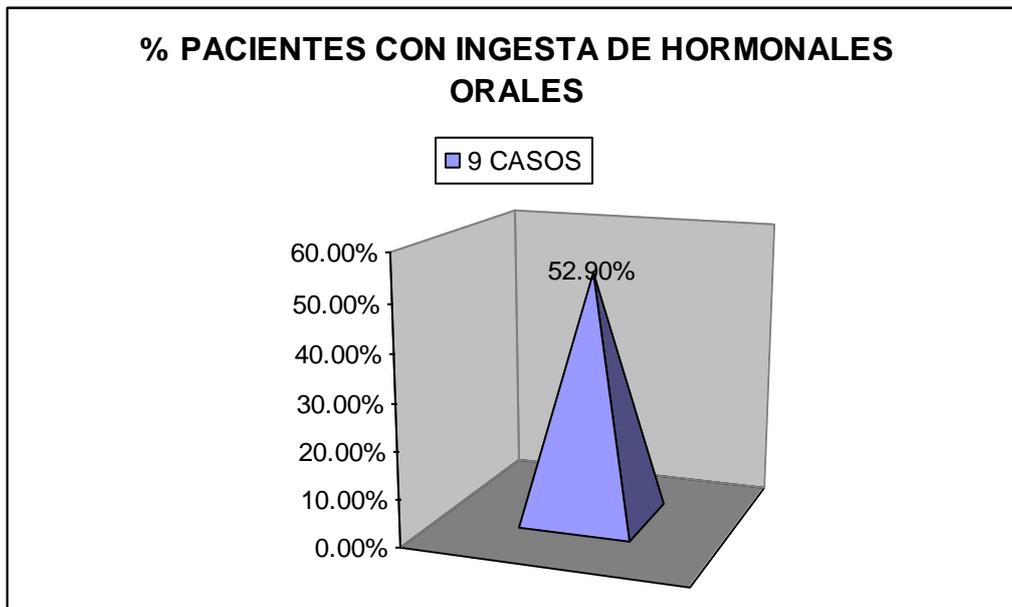
Gráfica 3. Edad materna al momento del Diagnóstico.



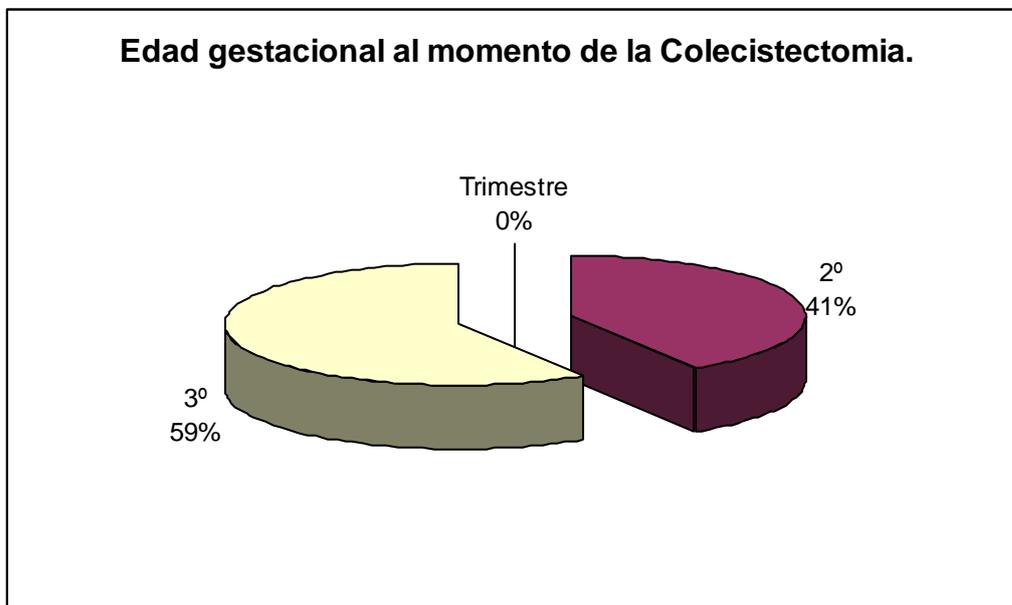
Gráfica 4. Multiparidad como factor de riesgo para Colecistitis en la paciente obstétrica.



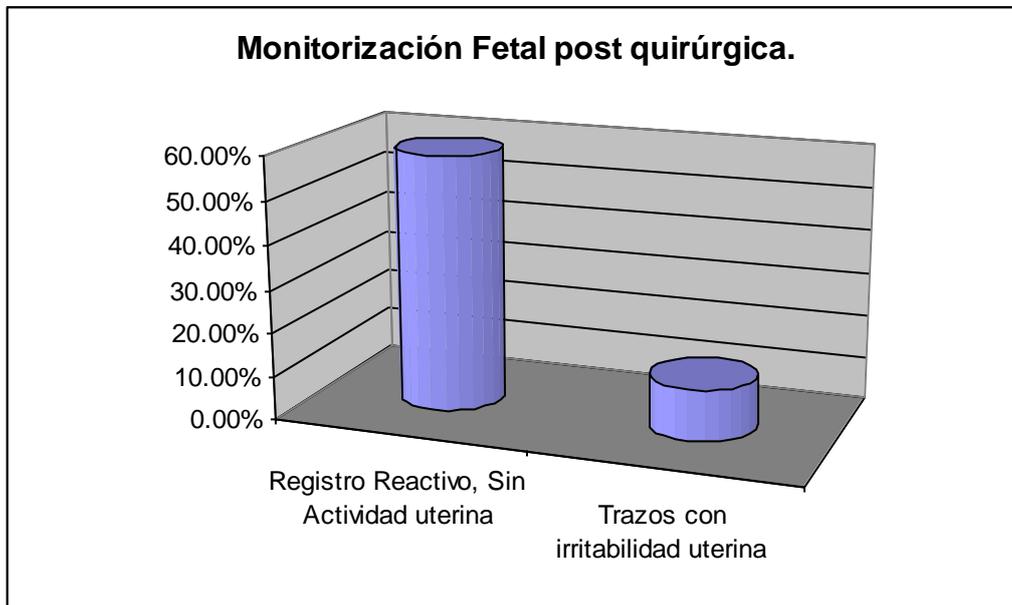
Gráfica 5. Porcentaje de pacientes con Antecedente de Ingesta de hormonales orales.



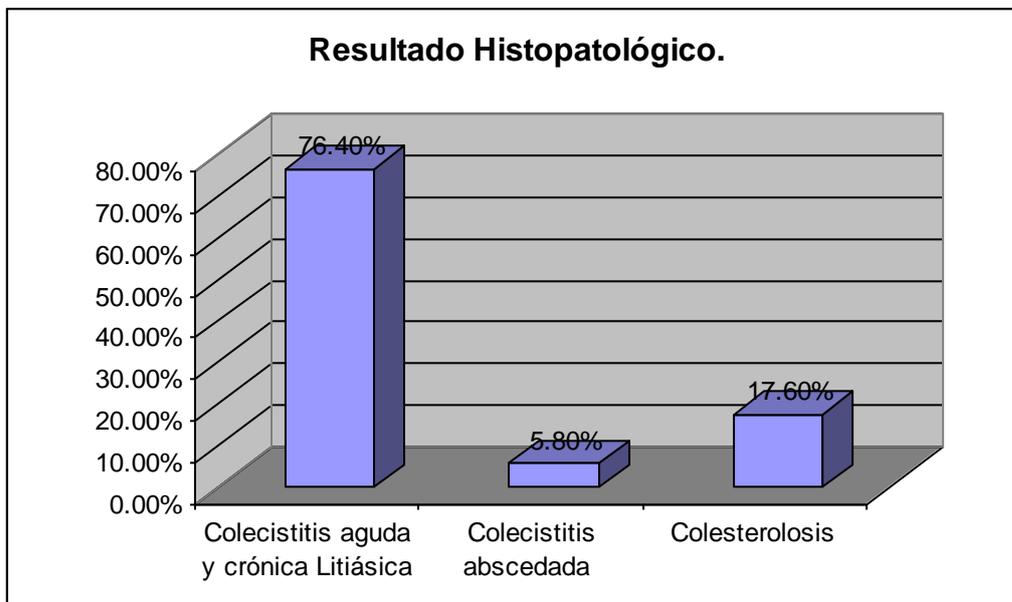
Grafica 6. Trimestre de gestación al momento del tratamiento Quirúrgico.



Gráfica 7. Monitorización Fetal para Valoración de Actividad Uterina.



Gráfica 8. Reporte Histopatológico Definitivo.



BIBLIOGRAFIA.

1. Dixon N.P., Faddis D.M. Silberman H. Aggressive management of Cholecystitis during pregnancy. *Am J Surg* 1997; 154; 292-4.
2. Hiatt J.R., Hiatt J.C., William R.A., et. Al: Biliary disease in pregnancy: strategy for surgical management. *Am J Surg* 1996; 161; 263-5.
3. Kort B., Katz X.I., Watson W.J.: The effecto of non obstetric operation during pregnancy. *Surg Gynecol Obst* 1993; 177: 371-6.
4. Allen J.R., Helling T.S., Langefeld M.: Intraabdominal surgery during pregnancy. *Am J. Surg* 1989 158: 567-9.
5. Cunningham, Mc Donald, Gant.: *Williams Obstetrics*. 20th Edition. Gastro intestinal Disorders. Pag: 1145-50.
6. Sherp H.T.: Enfermedades quirúrgicas en el embarazo. *Clínicas ginecológicas y obstétricas de Norte América, México*, Ed. Interamericana, 1994; 2: 282-3.
7. Piriz Momblant A: Litiasis Biliar. Nuestra experiencia. *Rev Cubana Cir* 1987 : 26(6) : 83-8.
8. Simon J.A.: Enfermedades y procesos quirúrgicos de las vías biliares en el embarazo. *Clin Obstet Gynecol* 1983-4: 989.
9. Nesbitt T.H., Kay H.H., Mc Coy M.C.: Endoscopio management of biliary disease during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 806-9.
10. Petrozza J.C., Mastrobattista J.M., Monga M.: Perforation in pregnancy. *Am J Perinatology* 1995; 12: 339-41.
11. Roncaglia N., Arreghini A., Locatelli A. : Obstetric Cholestasis outcome with active management. *Am J Obstet Gynecol* 2002 Jan 10: 100(2): 167-70.

12. Nishit L.F. Ultrasonographic Diagnosis of Cholecystitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 23(3): 251-4.
13. Brasca A., Scalvini G., Tannon H.: Aspectos ecográficos de la litiasis vesicular sintomáticas y asintomáticas. *Rev Argent Radiol* 1991-55 (3): 151-5.
14. Carey L.C., Catalano P.W.: Colecistitis aguda. En: Davis-Christopher. *Tratado de Patología Quirúrgica*. 11 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983;v1,t1:1246-53.
15. Soper N.J.: Effect of nonbiliary problems on laparoscopic cholecystectomy. *Am J Sur.* 1993; 165: 522-6.
16. Fallon W.F. Jr.: The surgical management of intraabdominal inflammatory conditions during pregnancy. *Surg clin N A* 1995; 75(1).
17. Liberman M.A., Phillips E.H., Carroll B., Management choledocholithiasis during pregnancy: a new protocol in the laparoscopic era. *J Laparoendosc Surg* 1995; 5: 399-403.
18. Elerding S.C.: Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. *Am J Surg.* 1993;165: 625-7.
19. Davis A, Katz VL, Cox R. Gallbladder disease in pregnancy. *J Reprod Med* 1995; 40: 159-62.