

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

**“ FRECUENCIA DE LOS QUÍSTES DE COLÉDOCO EN EMBARAZADAS EN
EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMN SXXI Y REVISIÓN DE LA
LITERATURA EN 50 AÑOS ”**

R-2013-3601-150

TESIS QUE PRESENTA

Dra. Magdely Yazmin Morales Camacho
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Asesores:

Dr. José Luis Martínez Ordaz
Médico Adscrito del Servicio de Gastrocirugía

México, D.F.

FEBRERO 2014



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.

DRA.DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE CIRUGIA
GENERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO SIGLO XXI

DR. JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL UMAE
HOSPITAL CENTRO MEDICO SIGLO XXI



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigaciones en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI,
D.F. SUR

FECHA 05/07/2013

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Frecuencia de los quistes de colédoco en embarazadas en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI y revisión de la literatura en 50 años

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3601-150

ATENTAMENTE

DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación.- SUR DEL DISTRITO FEDERAL.

Unidad de adscripción.- UMAE HE CMN XXI

Autor: Apellido Paterno.- Morales

Materno.- Camacho

Nombre.- Magdely Yazmin

Asesor: Apellido Paterno.- Martinez

Materno.- Ordaz

Nombre.- Jose Luis

Matricula.- 98380974

Especialidad.- CIRUGIA GENERAL

Fecha Grad.- 28/02/2014

Registro **R-2013-3601-150**

Título de la tesis: " FRECUENCIA DE LOS QUISTES DE COLÉDOCO EN EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMN SXXI Y REVISIÓN DE LA LITERATURA EN 50 AÑOS"

Resumen:

Antecedentes: La etiología es desconocida pero en 1936 Yotsuyanagi sugirió la teoría de que se originaba a partir de la desigualdad en la vacualización del tracto biliar en las etapas tempranas del embrión ^(15,16). En general los síntomas son vagos, presentan ictericia y dolor abdominal vago. La tríada clásica de presentación es: dolor abdominal, ictericia y tumor abdominal palpable en hipocondrio derecho, se da solo en 20% de los casos. Son esperadas las alteraciones en pruebas de función hepática. Los quistes de colédoco en embarazadas son raros pero representan una amenaza para la madre y para el feto. Las complicaciones esperadas son la pérdida del feto o el parto pretérmino ^(13,14). El diagnóstico durante el embarazo es difícil, requiere de sospecha diagnóstica y auxiliares de diagnóstico. El más común es el USG, sin embargo, es difícil durante el embarazo por la distorsión de la anatomía normal del abdomen y el útero grávido ^(2,13). Debe evitarse los estudios con radiación ionizante o contrastados tales como la Tomografía Computada o CPRE. La CPRE (percutánea o nuclear) puede mostrar el tipo de quiste, involucro intra o extrahepático y la anomalía de la unión biliopancreática. La IRM puede proveer de una adecuada visualización y relaciones entre el quiste de colédoco (tamaño y extensión) y el árbol biliar sin embargo tiene limitaciones para diagnosticar quistes o anomalías ductales pequeñas^(6,9,18,20).

Objetivos: Identificar la frecuencia de los quistes de colédoco en embarazadas del 01 enero del 2010 al 01 enero del 2013 en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI

Material y métodos: Es un estudio transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo con una población que abarca mujeres embarazadas con quiste de colédoco en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI del servicio de Gastrocirugía en el periodo del 01 enero del 2010 al 01 enero del 2013.

Resultados: Se revisaron los casos reportados de artículos en inglés y español de mujeres embarazadas con quistes de colédoco sin tratamiento previo del quiste incluidos los aquí reportados (Tabla 2) . En resumen se incluyeron 30 pacientes, de las cuales 17 (56.6%) fueron manejadas inicialmente de forma conservadora, 13 (76.4%) presentaron buena evolución y 4 (23.5%) mala evolución ya que hubo complicaciones como ruptura de quiste, ruptura de quiste y aborto, pancreatitis aguda y pseudoquiste de páncreas. Cinco pacientes (16.6%) de forma invasiva no quirúrgica indicado por datos de colangitis, de los cuales 4 fueron tratados con drenaje percutáneo y 1 por CPRE; 4 (80%) presentaron buena evolución y 1 (20%) tratado por drenaje percutáneo presentó mala evolución por trabajo prematuro de parto con resolución finalmente satisfactoria. Finalmente solo 8 (26.6%) con cirugía definitiva inicial. De este grupo 5 (62.5%) presentaron buena evolución clínica y 3 (37.5%) mala ya que presentaron complicaciones como muerte materna y aborto.

Conclusiones: En la revisión de la literatura y nuestra experiencia se concluyó que el tratamiento inicial es conservador, la sintomatología de la paciente es importante para valorar la evolución y el momento para intervenir de manera temporal y/o definitiva. En el momento que inician las complicaciones deben ser tratadas de manera inmediata y evitar una intervención mayor en el momento agudo de la complicación. El momento ideal para decidir el tratamiento definitivo debe valorarse de manera conjunta, con personal especializado y experimentado para un mejor pronóstico.

El éxito en el pronóstico de las pacientes embarazadas se basa en el momento del diagnóstico de la enfermedad, las condiciones generales de la paciente, de la evolución clínica durante su vigilancia y en el momento de realizarse el tratamiento definitivo. Es una enfermedad rara por lo que al momento del diagnóstico la paciente debe ser referida a unidades especializadas para su manejo integral. El tratamiento conservador se prefiere en estas pacientes y de presentar sintomatología la descompresión de la vía biliar por vía percutánea transhepática o CPRE es una forma temporal de tratamiento. Es importante valorar las condiciones generales de la paciente, el apoyo de auxiliares de diagnóstico y la experiencia quirúrgica para el tratamiento definitivo por ser pacientes de alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

Palabras Clave: 1) Quiste de colédoco 2) Embarazadas

Páginas: **Graficas:**

(Para ser llenado por el jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de Investigación: _____

Tipo de Diseño: _____

Tipo de Estudio: _____

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por todas las bendiciones y enseñanzas. Siempre estas conmigo en el corazón, en el espíritu y en la mente. Te haces presente en los momentos difíciles y aclaras toda bruma en mi ser para brindarme luz y esperanza cada día.

Agradecer a mis padres Patricia y Jaime por su amor, apoyo y comprensión en estos cuatro años tan importantes en mi vida. Por ser un ejemplo a seguir, sentirme orgullosa de ellos, sentirme siempre protegida y querida. A mis hermosos hermanos Jazmin y Jaime por estar siempre presentes, por cuidarme y caminar conmigo de la mano. Por ser las primeras personas en mi mente cada mañana.

A mis viejos y buenos amigos: Larry, Mauro, Norma, Reynie, Ludwig, Leslie, Aminta, Ixchel y Yolotzin que me escuchan, dibujan una sonrisa cuando los veo y me recuerdan lo importante de la vida. A los médicos que no solo marcaron lo académico sino también lo humano: Dr. Antonio López Arciniega, Dr. Ricardo Herrera Alanís, Dr. J Guerrero, Dr. Jose L. Martínez Ordaz, Dr. Teodoro Romero Hernández, Dra. Alicia Estrada Castellanos, Dra. Alejandra Morinelli U, Dra. Adriana Vargas Rivas, Dr. Patricio Sánchez Fernández. Me enseñaron que además de ser grandes maestros son grandes personas.

A todos los familiares, amigos y conocidos que dieron un abrazo de aliento durante esta etapa tan difícil pero bonita e importante.

“El camino que se labra en la vida esta lleno de dificultades, pero cuando lo caminas con tus seres queridos, se vuelve una aventura llena de sueños y esperanzas. Solo te pido Señor que me des sabiduría, destreza y valor para afrontar los retos. Te pido continuar amando esta vocación, honrarla y respetarla aunque la adversidad así no lo quiera” - Magdely Yazmin Morales Camacho

1. Datos del alumno (Autor)	1. Datos del alumno
Apellido Paterno: Apellido materno: Nombre Teléfono Universidad Facultad o escuela Carrera: No. de cuenta	Morales Camacho Magdely Yazmin 55 19 48 34 57 UNAM Facultad de medicina Cirugía General 510220844
2. Datos del asesor	2. Datos del asesor (es)
Apellido paterno: Apellido materno: Nombre (s)	Martínez Ordaz Jose Luis
3. Datos de la tesis	3. Datos de la Tesis
Título: Subtítulo No. de páginas Año:	Frecuencia de los quistes de colédoco en embarazadas del hospital de especialidades CMN SXXI y revisión de la literatura en 50 años 2014

Índice

Resumen.....	8
Introducción.....	10
Justificación.....	13
Planteamiento.....	14
Objetivo General.....	14
Hipótesis.....	15
Diseño de estudio.....	15
Universo de Trabajo.....	15
Criterios de Selección.....	16
Tamaño de la muestra.....	17
Variables.....	17
Consideraciones éticas.....	24
Recursos.....	25
Resultados.....	26
Discusión.....	30
Gráficas.....	34
Conclusiones.....	36
Bibliografía.....	39
Anexos.....	43

Resumen

Antecedentes: La etiología es desconocida pero en 1936 Yotsuyanagi sugirió la teoría de que se originaba a partir de la desigualdad en la vacualización del tracto biliar en las etapas tempranas del embrión. En general los síntomas son vagos, presentan ictericia y dolor abdominal vago. La tríada clásica de presentación es: dolor abdominal, ictericia y tumor abdominal palpable en hipocondrio derecho, se da solo en 20% de los casos. Son esperadas las alteraciones en pruebas de función hepática. Los quistes de colédoco en embarazadas son raros pero representan una amenaza para la madre y para el feto. Las complicaciones esperadas son la pérdida del feto o el parto pretérmino. El diagnóstico durante el embarazo es difícil, requiere de sospecha diagnóstica y auxiliares de diagnóstico. El más común es el USG, sin embargo, es difícil durante el embarazo por la distorsión de la anatomía normal del abdomen y el útero grávido. Debe evitarse los estudios con radiación ionizante o contrastados tales como la Tomografía Computada o CPRE. La CPRE (percutánea o nuclear) puede mostrar el tipo de quiste, involucro intra o extrahepático y la anormalidad de la unión biliopancreática. La IRM puede proveer de una adecuada visualización y relaciones entre el quiste de colédoco (tamaño y extensión) y el árbol biliar sin embargo tiene limitaciones para diagnosticar quistes o anormalidades ductales pequeñas.

Objetivos: Identificar la frecuencia de los quistes de colédoco en embarazadas del 01 enero del 2010 al 01 enero del 2013 en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI

Material y métodos: Es un estudio transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo con una población que abarca mujeres embarazadas con quiste de colédoco en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI del servicio de Gastrocirugía en el periodo del 01 enero del 2010 al 01 enero del 2013.

Resultados: Se revisaron los casos reportados de artículos en inglés y español de mujeres embarazadas con quistes de colédoco sin tratamiento previo del quiste incluidos los aquí reportados (Tabla 2) . En resumen se incluyeron 30 pacientes, de las cuales 17 (56.6%) fueron manejadas inicialmente de forma conservadora, 13 (76.4%) presentaron buena evolución y 4 (23.5%) mala evolución ya que hubo complicaciones como ruptura de quiste, ruptura de quiste y aborto, pancreatitis aguda y pseudoquiste de páncreas. Cinco pacientes (16.6%) de forma invasiva no quirúrgica indicado por datos de colangitis, de los cuales 4 fueron tratados con drenaje percutáneo y 1 por CPRE; 4 (80%) presentaron buena evolución y 1 (20%) tratado por drenaje percutáneo presentó mala evolución por trabajo prematuro de parto con resolución finalmente satisfactoria. Finalmente solo 8 (26.6%) con cirugía definitiva inicial. De este grupo 5 (62.5%) presentaron buena evolución clínica y 3 (37.5%) mala ya que presentaron complicaciones como muerte materna y aborto.

Conclusiones: En la revisión de la literatura y nuestra experiencia se concluyó que el tratamiento inicial es conservador, la sintomatología de la paciente es importante para valorar la evolución y el momento para intervenir de manera

temporal y/o definitiva. En el momento que inician las complicaciones deben ser tratadas de manera inmediata y evitar una intervención mayor en el momento agudo de la complicación. El momento ideal para decidir el tratamiento definitivo debe valorarse de manera conjunta, con personal especializado y experimentado para un mejor pronóstico.

El éxito en el pronóstico de las pacientes embarazadas se basa en el momento del diagnóstico de la enfermedad, las condiciones generales de la paciente, de la evolución clínica durante su vigilancia y en el momento de realizarse el tratamiento definitivo. Es una enfermedad rara por lo que al momento del diagnóstico la paciente debe ser referida a unidades especializadas para su manejo integral. El tratamiento conservador se prefiere en estas pacientes y de presentar sintomatología la descompresión de la vía biliar por vía percutánea transhepática o CPRE es una forma temporal de tratamiento. Es importante valorar las condiciones generales de la paciente, el apoyo de auxiliares de diagnóstico y la experiencia quirúrgica para el tratamiento definitivo por ser pacientes de alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

Introducción

El quiste de colédoco fue primero descrito por Vatero en 1723 ^(1,2). La etiología es desconocida pero en 1936 Yotsuyanagi sugirió la teoría de que se originaba a partir de la desigualdad en la vacualización del tracto biliar en las etapas tempranas del embrión ^(3,4). Actualmente existen dos teorías, la primera sugiere que la distensión o el quiste se forma secundario a una estenosis congénita del tracto biliar; la segunda, propuesta en 1969 por Babbitt ^(3,5), es la unión anormal entre el colédoco y el conducto pancreático (mayor a 15mm) dando como resultado el reflujo pancreático, aumento de la presión intraluminal del colédoco y la distensión del mismo, siendo la más aceptada. En 1959 Alonso – Lej propuso una clasificación que fue modificada por Todani en 1977 y actualmente es la más utilizada ^(4,5,6,7,8,9). Los síntomas son inespecíficos, siendo aún más, en embarazadas. Pueden cursar con ictericia sin causa aparente durante la infancia y dolor abdominal vago. El embarazo altera de manera importante la función de la vesícula biliar, se le atribuye a los cambios hormonales por los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos han demostrado que inhiben la motilidad del esfínter de Oddi. También el útero grávido puede acentuar o agravar los síntomas por obstrucción distal de la vía biliar por compresión ⁽²⁾.

La teoría de Babbitt propone que la anomalía en la unión biliopancreática

con la formación de un conducto largo y anormal fuera del control de los esfínteres de Boyden, permiten el reflujo de las enzimas pancreáticas hacia el conducto biliar común. Las enzimas pancreáticas causan inflamación, desepitelización y adelgazamiento, por lo tanto obstrucción distal que finalmente origina la formación del quiste. La incidencia varía pero se reporta un caso entre 13 mil a 2 millones de nacidos vivos, siendo más frecuente en mujeres (M 4:1 H), en asiáticos y son diagnosticados durante la infancia (60%) también en adultos se llegan a presentar (20 a 30%)^(3,4,5). Los quistes tipo I (50-85%) y tipo IV (30-40%) son los más frecuentes^(3,5,10).

En general los síntomas son vagos, presentan ictericia y dolor abdominal vago. La tríada clásica de presentación es: dolor abdominal (87%), ictericia (57%) y tumor abdominal palpable en hipocondrio derecho (17%)⁽²⁴⁾, se da solo en 20% de los casos. Son esperadas las alteraciones en pruebas de función hepática.

Las complicaciones más frecuentes son colangitis y pancreatitis^(12,13,14).

Otras son cirrosis biliar, hipertensión portal, ruptura, peritonitis, litiasis vesicular o coledociana y la más importante, malignidad que aumenta el riesgo con la edad (0.7% en menores de 10 años, 7% entre 10 y 20 años, 14% en mayores de 20 años y 50% en mayores de 50 años)^(2,5,15,16). Los quistes de colédoco en embarazadas son raros pero representan una amenaza para la madre y para el feto. Las complicaciones esperadas son la pérdida del feto o el parto pretérmino^(15,16). El diagnóstico durante el embarazo es difícil, requiere de

sospecha diagnóstica y auxiliares de diagnóstico. El más común es el USG, sin embargo, es difícil durante el embarazo por la distorsión de la anatomía normal del abdomen y el útero grávido (15,17). Debe evitarse los estudios con radiación ionizante o contrastados tales como la Tomografía Computada o CPRE. La CPRE (percutánea o nuclear) puede mostrar el tipo de quiste, involucro intra o extrahepático y la anomalía de la unión biliopancreática. La IRM puede proveer de una adecuada visualización y relaciones entre el quiste de colédoco (tamaño y extensión) y el árbol biliar sin embargo tiene limitaciones para diagnosticar quistes o anomalías ductales pequeñas⁽¹⁸⁾.

Justificación

Los quistes de colédoco en embarazadas representan un problema para el médico general y los especialistas como los cirujanos generales y los ginecólogos debido a la inespecificidad de los síntomas que presentan las pacientes, la accesibilidad de los estudios de gabinete que se requieren para el apoyo del diagnóstico y la gravedad del mismo padecimiento.

Con este estudio se busca poder conocer la prevalencia de este padecimiento, las características clínicas que se presentan con mayor frecuencia y dar a conocer si un tratamiento conservador o invasivo es mejor según el momento del embarazo, el estado clínico del binomio y su evolución.

Por último, este estudio busca apoyar sobretodo a los especialistas en el seguimiento de las pacientes embarazadas con quiste de colédoco para poder brindar un manejo integral, de la vigilancia y del momento oportuno para poder brindar un tratamiento definitivo.

Planteamiento del Problema

¿Cuál es la frecuencia de presentación de los quistes de colédoco en embarazadas del 01 enero del 2010 al 01 enero del 2013 en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI?

Objetivo General

Identificar la frecuencia de los quistes de colédoco en embarazadas del 01 enero del 2010 al 01 enero del 2013 en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI

Objetivos Específicos

- Identificar la frecuencia de quistes de colédoco en embarazadas.
- Identificar el tipo de quiste de colédoco que se presenta con mayor frecuencia en embarazadas.
- Identificar los síntomas que se presentan con mayor frecuencia en

embarazadas con quiste de colédoco.

-Identificar el grupo de edad en el que se presenta con mayor frecuencia los quistes de colédoco en las embarazadas

-Identificar las indicaciones para brindar manejo conservador vs invasivo no quirúrgico vs quirúrgico de manera inicial.

-Identificar la mejor opción de tratamiento para la evolución del binomio

Hipótesis

Los quistes de colédoco en embarazadas se presentan en poca frecuencia pero representan un riesgo importante para la salud del binomio.

Metodología/ Diseño del estudio de investigación / Ubicación en el espacio temporal / Población

Lugar del estudio: En el Hospital de Especialidades de CMN SXXI, servicio de Gastrocirugía

Periodo de estudio: 01 enero del 2010 al 01 enero del 2013

Diseño del estudio: Transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo.

Población: Mujeres embarazadas con quiste de colédoco en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI

Criterios de Inclusión

- Género: Mujeres
- Edad: entre 15 a 40 años
- Con diagnóstico establecido de embarazo y quiste de colédoco con la Clasificación de Todani.
- Expedientes clínicos físicos y electrónicos.
- Solo pacientes adscritos al Hospital de Especialidades de CMN SXXI

Criterios de No Inclusión

- Mujeres embarazadas con tratamiento previo al embarazo para el quiste de colédoco
- Mujeres embarazadas con otras comorbilidades no asociadas al quiste de colédoco.
- Mujeres menores de 15 años de edad a pesar de contar con el diagnóstico

Criterios de Eliminación

- Pacientes que no cuenten con los datos de edad de la paciente, edad gestacional, antecedentes de importancia para el padecimiento actual, signos y síntomas y evolución de la paciente.

Tamaño de la Muestra

Muestra no probabilística. Se incluirán todos los pacientes reportados por SIMO en el periodo de estudio.

Variables

Se realizará por los investigadores una cédula de captura de datos (Anexo 1) obtenidos de expedientes clínicos que incluirá datos:

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo	Indicador
Edad	Cantidad de años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación del estudio	Cálculo a partir de su fecha de nacimiento en su ficha de identificación	Cuantitativa, continua	años
Semanas gestación	Cantidad de semanas cumplidas desde la última menstruación	Cálculo a partir de su última fecha de menstruación en el expediente	Cuantitativa, continua	semanas

Náusea	Sensación que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad de vomitar.	Obtenido a partir de la sintomatología en el expediente	Cualitativa, dicotómico	Si, No
Dolor abdominal	es el dolor que se siente en el área entre el pecho y la ingle, a menudo denominada región estomacal o vientre	Obtenido a partir de la sintomatología en el expediente	Cualitativa, dicotómico	Si, No
Hiporexia	pérdida parcial del apetito	Obtenido a partir de la sintomatología en el expediente	Cualitativa, dicotómico	Si, No

Coluria	orina de coloración oscura o marrón, es la presencia de bilis en la orina.	Obtenido a partir de la sintomatología en el expediente	Cualitativa, dicotómico	Si, No
Vómito	Emesis o la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca.	Obtenido a partir de la sintomatología en el expediente	Cualitativa, dicotómico	Si, No

Ictericia	Coloración	Obtenido a	Cualitativa,	Si, No
	amarilla de la piel y mucosas debida a un aumento de la bilirrubina (valores normales de 0,3 a 1 mg/dl) que se acumula en los tejidos, sobre todo aquellos con mayor número de fibras elásticas	partir de la sintomatología en el expediente	dicotomico	

Hemorragia	fuga de sangre fuera de su camino normal dentro del sistema cardiovascular provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias y capilares	Obtenido a partir de la sintomatología en el expediente	Cualitativa, dicotómico	Si, No
------------	--	---	-------------------------	--------

Irritación	Puede	Obtenido a	Cualitativa,	Si, No
peritoneal	<p>producirse por contaminación bacteriana o irritación química. El dolor es típicamente parietal, exacto en su localización, persistente o progresivo. La severidad del dolor y la intensidad de comienzo dependen del tipo y cantidad de material al que se ve expuesta la superficie peritoneal.</p>	<p>partir de la sintomatología en el expediente</p>	<p>dicotómico</p>	

Fiebre	Aumento en la temperatura corporal por encima de 38C, y que es causado por un evento fisiopatológico.	Obtenido a partir de la sintomatología en el expediente	Cualitativa, dicotómico	Si, No
Masa palpable	Detección de tumor en la exploración de abdomen	Obtenido a partir de la sintomatología en el expediente	Cualitativa, dicotómico	Si, No
Tamaño del quiste	Medición por estudio de gabinete del quiste de colédoco	Obtenido a partir de los datos de gabinete del expediente	Cuantitativa, continua	centímetros
Tratamiento establecido	Terapéutica empleada para la resolución de la enfermedad de manera inicial y de manera definitiva	Tomado del expediente, descripción del expediente o de la hoja quirúrgica	Cualitativa, nominal	Conservador, Invasivo no quirúrgico, Quirúrgico

Plan de Recolección de la Información y Análisis Estadístico

Revisaremos los expedientes de las pacientes embarazadas con el diagnóstico de quiste de colédoco en el periodo de tres años (2010 al 2013), revisaremos los antecedentes de importancia de las pacientes, las características clínicas (signos y síntomas), tratamiento inicial y definitivo, tipo de manejo ya sea conservador (vigilancia clínica y por laboratorio), invasivo no quirúrgico (drenaje con punción guiada por USG o TAC) y quirúrgico (derivación biliodigestiva). Se obtendrán estos datos a partir de la hoja de recolección de datos.

Variables continuas: medidas de tendencia central y dispersión

Variables nominales: frecuencias, razones y proporciones.

Aspectos Éticos

Los lineamientos y principios éticos del informe Belmont

Principios básicos y aplicables de la Declaración de Helsinki.

Ley General de Salud:

Título primero: Disposiciones Generales. Capítulo Único. Artículo 2º. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades. Numeral VII: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnología para la salud.

Título quinto: Investigación para la salud. Capítulo Único. Artículos 96 al 103.

Artículo 100, numeral I: Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos

que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

Cronograma

- 1.- Revisión bibliográfica 1 mes.
- 2.- Elaboración del protocolo: 1 mes
- 3.- Obtención de la información. 1 mes
- 4.- Procesamiento y análisis de los datos. 1 mes.
- 5.- Elaboración del informe técnico final. 1 mes
- 6.- Divulgación de los resultados. 1 mes

Fecha de inicio: 01 enero 2010

Fecha de terminación: 30 agosto 2013

Recursos

Recursos Humanos.

Investigador: Dra. Magdely Yazmin Morales Camacho

Actividad asignada: investigación

Número de horas por semana 10hr

Investigador: Dr. Jose Luis Martínez Ordaz

Actividad: Adscrito del servicio de Gastrocirugía

Número de horas por semana 5hrs

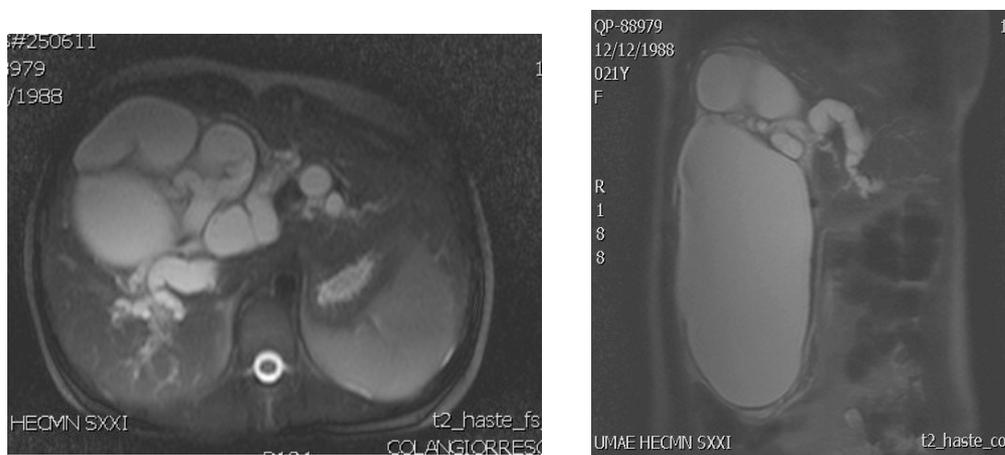
Recursos materiales

Los recursos que se requiere adquirir son: Papelería

Resultados

Caso Clínico 1. Primigesta de 22 años de edad con embarazo intrauterino de 9SDG. Inició su padecimiento con dolor abdominal, tratado con analgésicos y antiespasmódicos. Se agregó náusea posteriormente vómito, ictericia y coluria. A la exploración física (EF) se encontró consciente, cooperadora y tranquila, con adecuada hidratación, ictericia +, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con tumor palpable en hipocondrio y flanco derecho, firme, móvil, doloroso, sin datos de irritación peritoneal. Los laboratorios demostraron bilirrubina directa de 3.54 mg/dL, indirecta de 0.22 mg/dL, total 3.76 mg/dL con elevación de trasaminasas (ALT 172 AST 89). Se realizó ultrasonido con tumor abdominal dependiente de hígado. Obstétricamente sin alteraciones. La resonancia magnética reportó lesión quística de 20 cm de diámetro céfalo caudal y 11 cm antero-posterior, homogéneo, dependiente de vía biliar extra hepática (Figura 1). La paciente comenzó con datos de colangitis que no mejoró con tratamiento médico por lo que se realizó resección de quiste de colédoco gigante, colecistectomía y hepaticoyeyuno anastomosis. Fue reintervenida en dos ocasiones pos hemoperitoneo por hemorragia de lecho quirúrgico. Durante esta evolución presentó ausencia de frecuencia cardiaca fetal por lo que se realizó legrado uterino. La evolución fue mala y eventualmente falleció secundario a falla orgánica múltiple al décimo día PO.

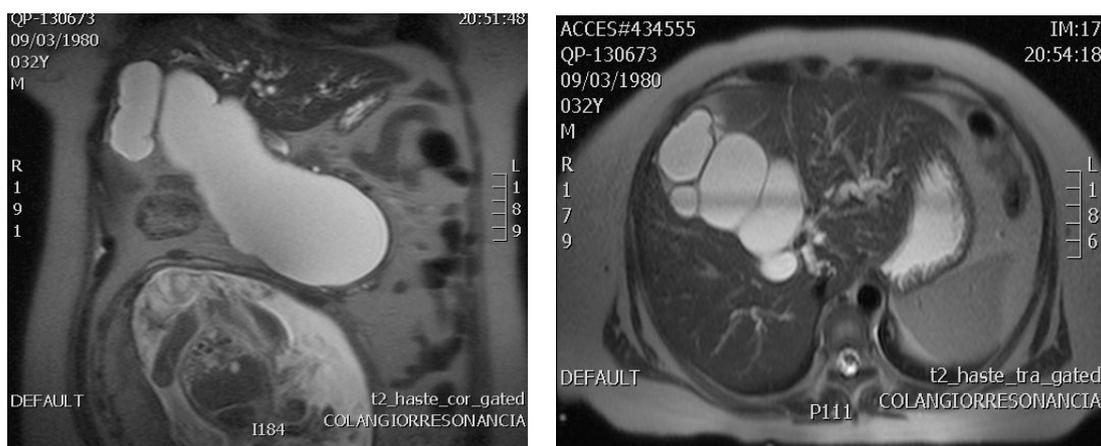
Fig 1



Caso Clínico 2. Femenino de 31 años de edad con embarazo intrauterino de 22 SDG. Antecedente de embarazo normoevolutivo obtenido por parto sin complicaciones 8 años. Tres semanas previas a su ingreso inició con ictericia, coluria, acolia, dolor abdominal localizado en epigastrio, tipo cólico, transflíctico con aumento de intensidad hasta 10/10, diaforesis y náusea. A la (EF) se encontró consciente, cooperadora y tranquila, ictericia +++, abdomen blando, globoso a expensas de pániculo adiposo y útero grávido, con dolor leve a palpación profunda, no datos de irritación peritoneal, resto sin datos patológicos aparentes. Los exámenes de laboratorio demostraron albúmina 2.5 g/dl, bilirrubina total 4 mg/dl, BI 0.54 mg/dl, BD 3.46 mg/dl, Hb de 10.7 g/dl. El ultrasonido reportó producto único vivo de 22.5 SDG por longitud femoral, hidrocefalia, calcificación intrabdominal sugestiva de feto in feto, ecos en líquido amniótico sugestivo de sangrado, placenta grado de madurez II, presentación cefálica. La resonancia magnética reportó dilatación de la vía

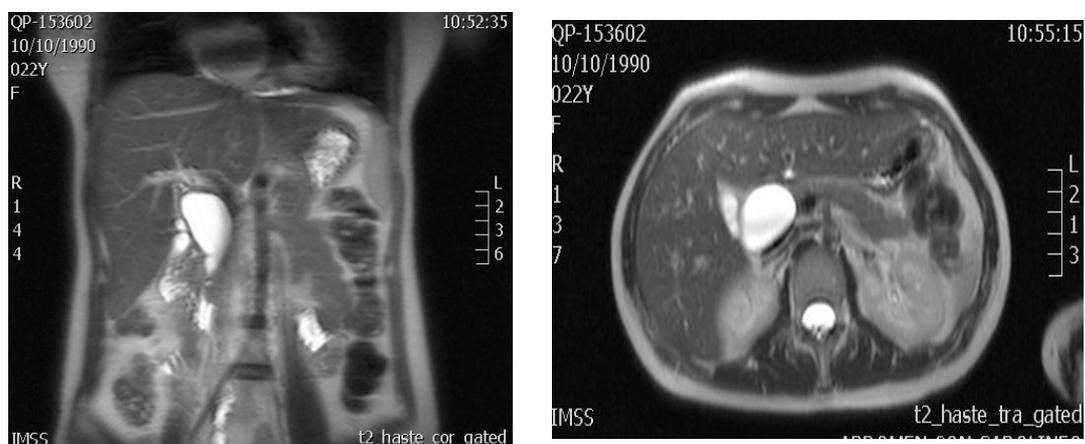
biliar intrahepática y presencia de quiste de colédoco Todani I voluminoso con compresión de estructuras adyacentes (Figura 2). Se realizó cesárea programada por sufrimiento fetal crónico obteniendo producto femenino vivo de 26 semanas por Capurro. Por persistir con hiperbilirrubinemia (BD de 25 mg/dL) y datos de colangitis 4 semanas posterior a la cesárea, se programó hepaticoyeyuno anastomosis en Y de Roux con hallazgos de quiste de colédoco de 25 x 12cm, con adherencias firmes a vena porta. Evolucionó satisfactoriamente durante los 8 días posquirúrgicos. Sin embargo, presentó hemorragia de tubo digestivo alto con descenso de la hemoglobina y deterioro hemodinámico por lo que se realizó laparotomía exploradora con hallazgo de hemoperitoneo de 1300cc y presencia de perforación isquémica en fondo gástrico. Con mala evolución clínica presentando sepsis abdominal, choque séptico, CID y falleció el día 21 postoperatorio.

Fig 2



Caso Clínico 3. Paciente de 22 años de edad sin antecedentes de importancia. Comenzó a las 20 SDG con datos de dolor abdominal de leve intensidad localizado en hipocondrio derecho relacionado con colecistoquinéticos. Por esta razón se realizaron exámenes de laboratorio los cuales reportaron TGO de 201 U/L y TGP de 343 U/L, fue realizado US donde se documentó colecistitis crónica litiásica y probable quiste de colédoco. Fue realizada colangiografía magnética la cual reportó dilatación de colédoco de 5x6 cm compatible con quiste de colédoco.(Figura 3) El manejo durante el resto del embarazo fue solamente con sintomáticos. Tuvo resolución del embarazo normoevolutivo a través de parto. Un mes después fue intervenida quirúrgicamente realizándole colecistectomía y resección del quiste de colédoco con hepaticoyeyunoanastomosis. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y fue egresada sin complicaciones.

Fig 3



Se revisaron los casos reportados de artículos en inglés y español de mujeres embarazadas con quistes de colédoco sin tratamiento previo del quiste incluidos los aquí reportados (Tabla 2) . En resumen se incluyeron 30 pacientes, de las cuales 17 (56.6%) fueron manejadas inicialmente de forma conservadora, 13 (76.4%) presentaron buena evolución y 4 (23.5%) mala evolución ya que hubo complicaciones como ruptura de quiste, ruptura de quiste y aborto, pancreatitis aguda y pseudoquiste de páncreas. Cinco pacientes (16.6%) de forma invasiva no quirúrgica indicado por datos de colangitis, de los cuales 4 fueron tratados con drenaje percutáneo y 1 por CPRE; 4 (80%) presentaron buena evolución y 1 (20%) tratado por drenaje percutáneo presentó mala evolución por trabajo prematuro de parto con resolución finalmente satisfactoria. Finalmente solo 8 (26.6%) con cirugía definitiva inicial. De este grupo 5 (62.5%) presentaron buena evolución clínica y 3 (37.5%) mala ya que presentaron complicaciones como muerte materna y aborto.

Discusión

La teoría de Babbit propone que la anomalía en la unión biliopancreática con la formación de un conducto común largo y anormal fuera del control de los esfínteres de Boyden, permiten el reflujo de las enzimas pancreáticas hacia el conducto biliar común. Estas causan inflamación, desepitelización y adelgazamiento, con obstrucción distal que finalmente origina la formación del quiste. La incidencia varía pero se reporta un caso entre 13 mil a 2 millones de nacidos vivos, siendo más frecuente en mujeres (M 4:1 H) y asiáticos. Son diagnosticados principalmente durante la infancia (60%)^(6, 8,15,16,18). Los quistes

tipo I (50-85%) y tipo IV (30-40%) son los más frecuentes ^(8,15,17).

En general los síntomas son vagos, presentan ictericia y dolor abdominal vago. La tríada clásica de presentación es: dolor abdominal (87%), ictericia (57%) y tumor abdominal palpable en hipocondrio derecho(17%)⁽²⁴⁾, se da solo en 20% de los casos. Son esperadas las alteraciones en pruebas de función hepática.

Las complicaciones más frecuentes son colangitis y pancreatitis ^(10,12,16). Otras son cirrosis biliar, hipertensión portal, ruptura, peritonitis, litiasis vesicular o coledociana y la más importante, riesgo de malignidad que aumenta con la edad (0.7% en menores de 10 años, 7% entre 10 y 20 años, 14% en mayores de 20 años y 50% en mayores de 50 años)^(4,8,13,14).

Los quistes de colédoco en embarazadas son raros pero representan una amenaza para la madre y para el feto. Las principales complicaciones esperadas son la pérdida del feto o el parto pretérmino ^(13,14). El diagnóstico durante el embarazo es difícil, requiere de sospecha diagnóstica y auxiliares de diagnóstico. El más común es el US, sin embargo, es difícil durante el embarazo por la distorsión de la anatomía normal del abdomen y el útero grávido ^(2,13). Pueden realizarse estudios con radiación ionizante o contrastados tales como la Tomografía Computada o Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada(CPRE) pero con extrema precaución. La CPRE (percutánea o nuclear) puede mostrar el tipo de quiste, involucro intra o extrahepático y la anomalía de la unión biliopancreática. La imagen por Resonancia Magnética puede proveer de una adecuada visualización y relaciones entre el quiste de

colédoco (tamaño y extensión) y el árbol biliar, sin embargo, tiene limitaciones para diagnosticar quistes o anomalías ductales pequeñas^(6,9,18,20).

Una vez realizado el diagnóstico las pacientes deben referirse a una unidad especializada ya que un tratamiento inadecuado puede ser catastrófico para el binomio. El tratamiento en las embarazadas debe ser conservador en los casos en que los quistes son asintomáticos ^(1,2,3,4). En los casos sintomáticos debe realizarse la descompresión del quiste por vía percutánea transhepática o CPRE ^(2,8,15,16). El tratamiento definitivo es quirúrgico por lo que el momento de decisión quirúrgica debe tomar en cuenta el riesgo quirúrgico del binomio y las complicaciones de la misma enfermedad. De posponerse el tratamiento quirúrgico debe realizarse hasta el segundo trimestre ya que la cirugía conlleva un riesgo alto de morbilidad en embarazadas ^(4,5,13). Se justifica la cirugía en el primer trimestre cuando la vida de la madre está amenazada y durante el tercer trimestre realizar cesárea cuando exista una adecuada madurez fetal^(15,17). La cirugía definitiva debe basarse en la clasificación del quiste y las condiciones generales. Existen estudios que reportan una alta incidencia de carcinoma de colédoco mayor que en la población general en aquellos pacientes que solamente se trataron con drenaje de la vía biliar sin excisión del quiste ^(4,5).

La cirugía de preferencia es la coledocoyeyuno anastomosis o hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux por menor morbilidad en colangitis y menor necesidad de reintervención quirúrgica. La excisión del quiste es ampliamente aceptado para los tipos I, II y IV. En quistes tipo III requiere de

drenaje quirúrgico o generalmente por vía endoscópica para esfinterotomía. Para los tipo IV aún es controversial siendo las opciones la excisión únicamente del quiste extrahepático o realizar excisión total del quiste con hepatectomía. En los quistes tipo V algunos autores recomiendan la resección hepática para la para la enfermedad que se confina a un solo lóbulo.

Se revisaron los casos reportados de artículos en inglés y español de mujeres embarazadas con quistes de colédoco sin tratamiento previo del quiste incluidos los aquí reportados (Tabla 2) . En resumen se incluyeron 30 pacientes, de las cuales 17 (56.6%) fueron manejadas inicialmente de forma conservadora, 13 (76.4%) presentaron buena evolución y 4 (23.5%) mala evolución ya que hubo complicaciones como ruptura de quiste, ruptura de quiste y aborto, pancreatitis aguda y pseudoquiste de páncreas. Cinco pacientes (16.6%) de forma invasiva no quirúrgica indicado por datos de colangitis, de los cuales 4 fueron tratados con drenaje percutáneo y 1 por CPRE; 4 (80%) presentaron buena evolución y 1 (20%) tratado por drenaje percutáneo presentó mala evolución por trabajo prematuro de parto con resolución finalmente satisfactoria. Finalmente solo 8 (26.6%) con cirugía definitiva inicial. De este grupo 5 (62.5%) presentaron buena evolución clínica y 3 (37.5%) mala ya que presentaron complicaciones como muerte materna y aborto.

En nuestra experiencia los dos primeros casos desarrollaron colangitis, recibieron manejo médico sin respuesta satisfactoria con el primer caso siendo intervenido de manera definitiva con mala evolución. En el segundo, llama la

atención el deterioro con aumento progresivo de bilirrubina que evolucionó a colangitis y el tratamiento quirúrgico definitivo también con mala evolución. De acuerdo a nuestra revisión, probablemente el manejo con descompresión por punción transhepática o endoscópica pudo haber sido utilizado para el control de la infección y de acuerdo a la evolución determinar otro tiempo de tratamiento quirúrgico. En el tercer caso fue manejada inicialmente de manera conservadora ya que prácticamente cursó el embarazo de manera asintomática y recibió tratamiento quirúrgico definitivo al mes del parto con adecuada evolución de la madre y del recién nacido. Hay que recalcar que la principal diferencia entre los casos es el desarrollo de colangitis que no respondió a tratamiento médico y que influyó en la toma de decisiones.

Tabla 1.

CLASIFICACIÓN DE TODANI	
TIPO I	Quiste clásico. Dilatación del conducto biliar común. Representan el 50-85% de los casos. Subdivide en IA (quístico) IB (fusiforme) IC (sacular).
TIPO II	Divertículo simple de los conductos extrahepáticos. Representan el 5% de los casos. Se localiza proximal al duodeno.
TIPO III	Dilatación quística intraduodenal del conducto biliar extrahepático también conocido como colédococele. Representan el 5% de los casos.

TIPO IV	Múltiples quistes de los conductos biliares intrahepáticos y extrahepáticos. Se subdividen en IVA (quistes intrahepáticos y extrahepáticos) y IVB (múltiples quistes extrahepáticos sin involucro de los conductos intrahepáticos). El tipo IVA es el segundo tipo que más se presenta de los quistes, representa el 30-40% de los casos.
TIPO V	Quistes intrahepáticos aislados también conocida como Enfermedad de Caroli. Asociada con fibrosis periportal o cirrosis. Puede ser multilobar o estar confinada a un solo lóbulo.

Imagen A.

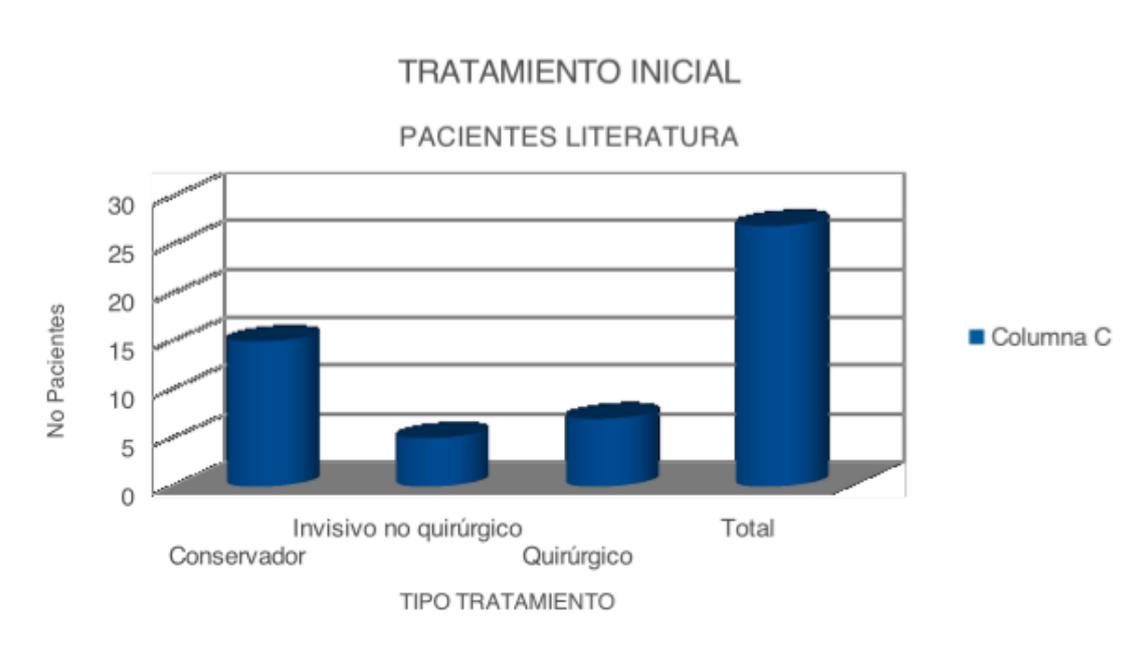


Imagen B.

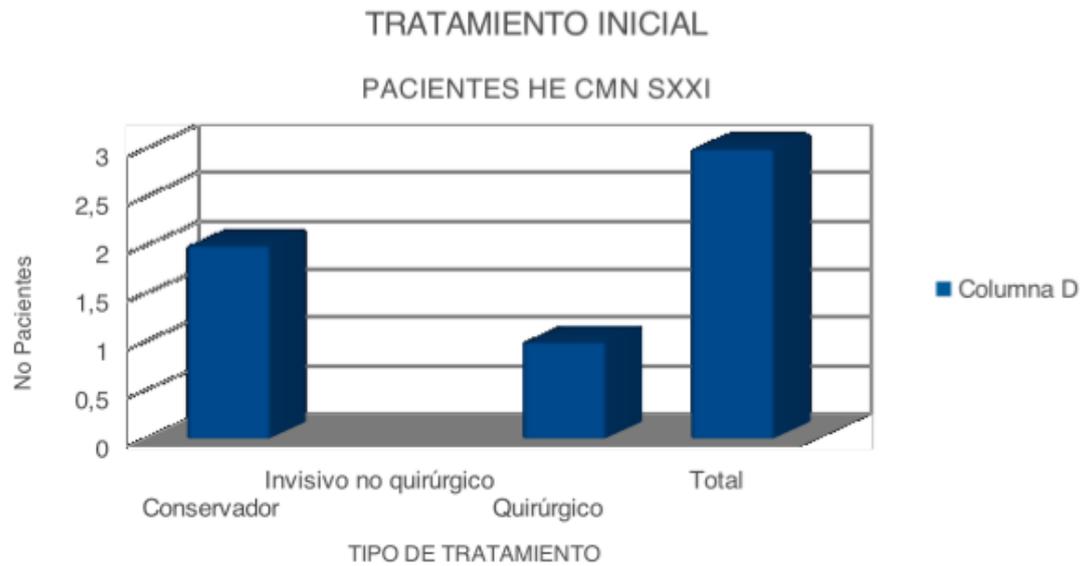


Imagen C.



Conclusiones:

En el análisis retrospectivo y en los resultados obtenidos podemos concluir que ante el hallazgo de quiste de colédoco en paciente embarazada el manejo inicial recomendado es conservador hasta lograr la resolución del embarazo y posterior a esto el tratamiento definitivo del quiste por el riesgo de malignidad. En caso de síntomas de colangitis el manejo con antibióticos y el drenaje invasivo en un primer tiempo de manera temprana deben ser manejadas solo las complicaciones del quiste de colédoco, por ejemplo en caso de colangitis debe ser de manera invasiva no quirúrgica. Ya una vez resuelta la complicación valorar la evolución o interrupción del embarazo, y realizarse el tratamiento definitivo del quiste de colédoco posteriormente. En todos los casos de quiste de colédoco en embarazadas asintomáticas o sin complicaciones debe tomarse en cuenta que inicialmente el tratamiento se sugiere ser solo conservador.

La sintomatología de la paciente es importante para valorar la evolución y el momento para intervenir de manera temporal y/o definitiva. En el momento que inician las complicaciones deben ser tratadas de manera inmediata y evitar una intervención mayor en el momento agudo de la complicación. El momento ideal para decidir el tratamiento definitivo debe valorarse de manera conjunta, con personal especializado y experimentado para un mejor pronóstico.

El éxito en el pronóstico de las pacientes embarazadas se basa en el momento del diagnóstico de la enfermedad, las condiciones generales de la paciente, de

la evolución clínica durante su vigilancia y en el momento de realizarse el tratamiento definitivo. Es una enfermedad rara por lo que al momento del diagnóstico la paciente debe ser referida a unidades especializadas para su manejo integral. El tratamiento conservador se prefiere en estas pacientes. En aquellos con colangitis el manejo es antibiótico y en caso necesario la descompresión de la vía biliar por vía percutánea transhepática o CPRE es una forma temporal de tratamiento. Es importante valorar las condiciones generales de la paciente, el apoyo de auxiliares de diagnóstico y la experiencia quirúrgica para el tratamiento definitivo por ser pacientes de alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

Bibliografía

- 1.- Angel JL, Knuppel RA, Trabin J. Choledochal cyst complicating a twin gestation. South Med J 1985; 78: 463-6.
- 2.- Nassar AH, Chakhtoura N, Martin D, Parra Davila E, Sleeman J. Choledochal cysts diagnosed in pregnancy: a case report and review of treatment options. J Matern Fetal Med 2001; 10: 363-5.
- 3.- Wu DQ, Zheng LX, Wang QS, Tan WH, Hu SJ, Li PL. Choledochal cysts in pregnancy: case management and literature review. World J Gastroenterol 2004; 10: 3065-9.
- 4.- Gmijovic D, Stojanovic M, Radojkovic M, Jeremic L, Siric Z. Complicated choledochal cyst in pregnancy. Medicine and biology 2006; 13, 90-93.
- 5.- Prochazka R, Ojeda M, Cedron H, Vila S, Piscocoya A, de los Rios R, Pinto JL, Huerta-Mercado J, Bussalleu A. Quiste de colédoco en la gestación y puerperio: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev Gastroenterología. 2007; 27: 71-76.
- 6.- Shanley DJ, Gagliardi JA, Daum-Kowalski R. Choledochal cyst complicating pregnancy: antepartum diagnosis with MRI. Abdom Imaging 1994;19:61-63
- 7.- Hurtado Díaz JL; Betancourt Carmona R; García Chávez JC. Quiste de colédoco: Informe de dos pacientes / choledochal cyst: report of two patients

Cir. Gen;19(2):135-8, Abr.-Jun. 1997

8.- Dimitris Hasiakos, Katerina Papakonstantinou, George Vaggos, Nikolaos Vitoratos and Konstantinos Papadias. Full-term pregnancies after multiple hepatobiliary operations for choledochal cyst: a case report . J. Obstet. Gynaecol. res. vol. 35, no. 1: 169–172, february 2009

9.- Arce Sáñez H, Gallardo Angulo e, Lizárraga López JA, Tamayo de la Cuesta JL, Inzunza González A, Sainz Calderón H. Quiste gigante de colédoco y embarazo. A S Sin . 2009; 3, 65-67.

10.- Jabbour N, Brenner M, Gagandeep S, Lina, Genyk Y, Selby R, et al. Major hepatobiliary surgery during pregnancy: safety and timing. Am Surg 2005; 71: 354-8.

11.- Martinez Ordaz JL, Niño Solís J. Quistes de colédoco en adultos. Cir Ciruj 2010;78:61-66

12.- Battie G, Keay S, Muir BB, Boddy K. Acute pancreatitis with pseudocyst formation complicating pregnancy in a patient with a co-existent choledochal cyst. BR J Obstet Gynaecol 1993; 100: 957-9.

13.- Diamond T, Panesar KJ, Biliary peritonitis due to choledochal cyst presenting in late pregnancy. Ulster Med J 1986; 55: 190-2.

14.- Nasu K, Matsuki S, Kawano Y, Miyakawa I, Nakashima K, Anai H. Choledochal cyst diagnosed and conservatively treated during pregnancy. *Am J Perinatol* 2004; 21: 463-8.

15.- Hewitt PM, Krige JE, Bornman PC, Terblanche J. Choledochal cyst in pregnancy: a therapeutic dilemma. *J AM Coll Surg* 1995;181:237–240

16.- Wig JD, Goenka MK, Chawla YK, Nagi B. Cholangitis secondary to choledochal cyst in pregnancy and puerperium. *J Clin Gastroenterol* 1997; 25: 489-91

17.- Binstock. M, Sondak VK, Herd J, Reimintz C, Lindsay K, Brinkman C, et al. Adenocarcinoma in a choledochal cyst during pregnancy: a case report and guidelines for management. *Surgery* 1988; 103: 588-92.

18.- Aszodi a, Ponski JL, Kiwi R, Parulekar SG. Choledochal cyst in a pregnant adult. *Am J Gastroenterol* 1990; 85: 1048-9.

19.- Fok WY, Yip SK, Leung TN, Leung KF, Chui AK. Large Choledochal cyst present through 2 pregnancies. A case report. *J Reprod Med* 2003; 48: 482-4.

20.- Wu YK, Chang YJ, Margarat Lee YT, Chen HT, Huang SM, Lee MC, Huang YM. Choledochal cyst in pregnancy report of two cases. *Tzu Chi Med J* 2005; 17: 4

21.- Conway WC, Mr Campos G, Gagandeep S. Choledochal Cyst during pregnancy. The patientes first pregnancy was complicated by congenital anomaly. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2009.

22.- Son HJ, Paik SW, Rhee PL, Kim J-J, Koh KC, Rhee JC. Acute pancreatitis complicating pregnancy in a patient with co existing choledochal cyst. Korean J Intern Med 1997;12: 105–108

23.- Grotz RL, Macdermid RG, Orlando R, Pyrtek LJ. Choledochal cyst diagnosed in pregnancy. Conn Med 1991; 55: 262-6.

24.- Michael Zinner, JR. Stanley Ashley. Maingots Abdominal Operations. 11th Ed. McGraw-Hill. 2006.

Anexos

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____ Edad _____

No. Afiliación _____

Antecedentes Personales Patológicos:

Número de Gesta:

Primigesta ____

Multigesta ____

Edad Gestacional:

Semanas de edad gestacional ____

Síntomas a su ingreso:

náusea ____

dolor abdominal ____

hiporexia ____

Signos a su ingreso:

coluria ____

vómito ____

ictericia ____

hemorragia ____

irritación peritoneal ____

fiebre ____

masa palpable ____

Tamaño del quiste:

medidas _____

Tipo de Quiste:

Tipo I A ____ B ____ C ____

Tipo II ____

Tipo III ____

Tipo IVA ____ B ____

Tipo V ____

Manejo inicial:

Conservador ____

Invasivo no quirúrgico ____

Quirúrgico ____

Manejo definitivo:

Conservador ____

Invasivo no quirúrgico ____

Quirúrgico ____

Evolución de la paciente:

Bueno ____

Malo ____

Evolución del producto:

Bueno ____

Malo ____

N Pac/	PACIENTE	EDAD	ANTECEDENTES	EDAD GESTACIONAL	SINTOMAS	SIGNOS	TAMANO DEL QUISTE	TIPO DE QUISTE	MANEJO	EVOLUCION PACIENTE	EVOLUCION PRODUCTO
1 (7)	PRIMIGESTA	20	DOLOR ABDOMINAL DESDE LOS 6 AÑOS	22 SEMANAS	NAUSEAS, DOLOR ABDOMINAL EN HD	VOMITOS, FIEBRE	NO SE MENCIONA	TIPO i	INICIAL: COLECISTOSTOMIA DE URGENCIA DEFINITIVO: 4 SEMABS POSTERIOR RESOLUCION DE EMBARAZO COLECISTECTOMIA + HYA	BUENA	NO SE MENCIONA
2 (19)	1ER EMBARAZO	18	NO SE MENCIONA	37 SEMANAS	ASINTOMATICA	ASIGNOLOGICA	9.1 X 8.5 X 10.5 CM	NO SE MENCIONA	CONSERVADOR PARTO NORMAL A LAS 41 SEMANAS	BUENA	NO SE MENCIONA
	2DO EMBARAZO		LESION QUISTICA EN HD DURANTE EL 1ER EMBARAZO	18 SEMANAS	POSTERIOR A LA CESAREA DOLOR EN HD, NAUSEAS	MASA EN HD	12 X 9 X 10 CM	TIPO i	CESAREA A LAS 38 SEMANS, 3 DIAS DESPUES COLECISTECTOMIA, RESECCION DEL QUISTE HYA EN Y DE ROUX	BUENA	NO SE MENCIONA
3 (15)	PRIMIGESTA	19	NO SE MENCIONA	33 SEMANAS	NO SE MENCIONA	ICTERICIA	15 CM	TIPO i	CESAREA DE URGENCIA OBSTETRICA 5 SEMANAS DESPUES DE LA CESAREA HYA EN Y DE ROUX	BUENA	NO SE MENCIONA
4 (15)	PRIMIGESTA	17	NO SE MENCIONA	16 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL EN HD	VOMITOS, FIEBRE	NO SE MENCIONA	TIPO i	INICIAL: CONSERVADOR TRATADA COMO COLANGITIS, A LAS 18 SEMANAS ABDOMEN AGUDO POR RUPTURA DEL QUISTE, LAPE PERITONITOS BILIAR DRENAJE DE QUISTE CON Sonda en T, SEPTISEMIA Y CID HISTERECTOMIA DEFINITIVO A LOS 6 MESES HYA EN Y DE ROUX	BUENA	ABORTO ESPONTANEO
5 (15)	MULTIPARA	25	DOLOR EN HD DURANTE 4 AÑOS, Y LOS ULTIMOS 3 MESES DEL EMBARAZO PREVIO	PUERPERA	NO SE MENCIONA	MASA PALPABLE EN HD	NO SE MENCIONA	TIPO IV a	DEFINITIVO : HYA EN Y DE ROUX	BUENA	NO SE MENCIONA
6 (18)	MULTIPARA	20	ABORTO PREVIO	20 SEMANAS	NAUSEAS	VOMITOS, DOLOR EPIGASTRICO	10 X 7.5 X 7.5 CM	TIPO I	DEFINITIVO: RESECCION DEL QUISTE , HYA EN Y DE ROUX A LAS 20 SEMANAS DE GESTACION CONTRACCIONES UTERINAS CONTROLADA CON RITODRINA CESAREA ELECTIVA A LAS 40 SEMANAS	BUENA	BUENA
7 (6)	MULTIPARA	34	NO SE MENCIONA	34 SEMANAS	DOLOR INTERMITENTE EN HD	ICTERICIA, COLURIA	10 X 8 X 14 CM	TIPO I	INDUCCION DE PARTO DEFINITIVO: RESECCION DEL QUISTE, HYA EN Y DE ROUX	BUENA	BUENA
8 (17)	MULTIPARA	39	DOLOR ABDOMINAL EN HD DESDE HACE 15 AÑOS	27 SEMANAS	DOLOR URENTE EN EPIGASTRIO Y DOLOR EN LA ESPALDA, NAUSEA, HIPOREXIA	VOMITOS, PERDIDA DE PESO, ICTERICIA	10 X 14 CM	TIPO IA	CESAREA A LAS 35 SEMANAS,	BUENA	BUENA
				34 SEMANAS	COLURIA, DOLOR ABDOMINAL EN HD		20 CM		DEFINITIVO: LAPE RESECCION DEL QUISTE CON COLECISTECTOMIA Y HYA EN Y DE ROUX (RPH CISTADENOCARCINOMA PAPILAR BIEN DIFERENCIADO)		
9 (2)	NULIPARA	18	NINGUNO DE IMPORTANCIA	18 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL EN HD, NAUSEAS	ICTERICIA, VOMITOS, MASA EN HD	14.5 X 10 X 15 CM	NO SE MENCIONA	INICIAL: DRENAJE PERCUTANEO DEFINITIVO: LAPAROTOMIA CON RESECCION COMPLETA DEL QUISTE, RECONSTRUCCION DE LA VIA BILAR CON HYA EN Y DE ROUX PARTO VAGINAL A LAS 39 SEMANAS	BUENA	BUENA
10 (13)	PRIMIGESTA	23	NINGUNO DE IMPORTANCIA	35 SEMANAS	POSTERIOR A LA CESAREA DOLOR ABDOMINAL	HEMORAGIA Y DATOS DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO IRRITACION PERITONEAL, FIEBRE,	NO SE MENCIONA	NO SE MENCIONA	INICIAL: CESAREA DE EMERGENCIA CON PRODUCTO EN BUENAS CONDICIONES, APENDICECTOMIA, CECOSTOMIA URGENTE: LAPE CON PERITONITIS BILIAR, COLECISTECTOMIA + COLOCACION DE Sonda T DEFINITIVO: COLEDOCOCISTO - DUODENOSTOMIA	MALA BUENA	BUENA

11 (1)	PRIMIGESTA	25	DOLOR ABDOMINAL DESDE LOS 9 AÑOS 19 AÑOS PANCREATITIS AGUDA, 19 AÑOS DX VESICULA DOBLE	20 SEMANAS GEMELAR	DOLOR ABDOMINAL HD, NAUSEAS	COLURIA, ACOLIA, ICTERICIA	11 X 8 CM	NO SE MENCIONA	INICIAL: DRENAJE PERCUTANEO A LAS 21.5 SEMANAS, POSTERIORMETE DESARROLLO COLANGITIS QUE RESOLVIO CON ANTIBIOTICOS PARTO A LAS 35 SEMANAS CON AMBOS PRODUCTOS DE SEXO FEMENINO DEFINITIVO: A LAS SEMANAS POSTERIORES AL PARTO SE REALIZO COLECISTECTOMIA RESECCION DEL QUISTE, CON HYA EN Y DE ROUX	MALA BUENA	BUENA
12 (3)	PRIMIGESTA	27	NO SE MENCIONA	20 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL INTERMITENTE EN HD, NAUSEAS, ANOREXIA	ICTERICIA, VOMITOS, COLURIA, PERDIDA DE PESO, FIEBRE MASA PALPABLE DE 12 X 10 CM	12 X 9 X 10 CM	TIPO IV	INICIAL: CISTOYEYUNOSTOMIA EN Y DE ROUX CON DRENAJE DE SONDA EN T PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA DESARROLLA SHOCK SEPTICO Y FALLECE 25 DIAS POSGX	MALA MUERTE	ABORTO
13 (3)	PRIMIGESTA	23	NO SE MENCIONA	36 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL EN HD Y EPIGASTRIO NAUSEAS, ANOREXIA	VOMITOS, ICTERICIA	15 X 10 X 16 CM	TIPO IV	INICIAL: DRENAJE PERCUTANEO POR USG PARTO NORMAL A LAS 37 SEMANAS DEFINITIVO: CISTOYEYUNOSTOMIA	BUENO	BUENO
14 (3)	MULTIPARA	26	NO SE MENCIONA	28 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL EN HD	ICTERICIA Y MASA PALPABLE EN HD DE 10 X 12 CM	20 X 20 X 20 CM	NO SE MENCIONA	INICIAL: PARTO INDUCIDO A LAS 28 SEMANAS ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS DEFINITIVO: CISTOYEYUNOSTOMIA EN Y DE ROUX 8 DIAS DESPUES DEL PARTO, PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA CON CUADROS DE HASTA 5 EPISODIOS DE COLANGITIS POR AÑO POR 10 AÑOS, FALLECE POR COLANGIOADENOCARCINOMA A LOS 36 AÑOS	MALO	NO SE MENCIONA
15 (14)	PRIMIGESTA	26	NO SE MENCIONA	14 SEMANAS 18 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL NAUSEAS AUMENTO DEL DOLOR ABDOMINAL	FIEBRE	6 CM 12 CM	TIPO I	INICIAL: MANEJO CONSERVADOR CON DRENAJE PERCUTANEO POSTERIORMETE CESAREA ELECTIVA A LAS 37 SEMANAS DEFINITIVO: 6 SEMANAS DESPUES DEL PARTO RESECCION DEL QUISTE, COLECISTECTOMIA HAY EN Y DE ROUX	BUENO	BUENO
16 (10)	NO SE MENCIONA	32	DX DE CCL CON MANEJO MEDICO EN 3 OCASIONES	15 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL EN HD	NO SE MENCIONA	3 X 5 X 5 CM	NO SE MENCIONA	DEFINITIVO: RESECCION DEL QUISTE, COLECISTECTOMIA, HAY EN Y DE ROUX PARTO NORMAL	BUENO	BUENO
17 (10)	NO SE MENCIONA	19	NO SE MENCIONA	28 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL EN HD DOLOR ABDOMINAL IMPORTANTE	FIEBRE, ICTERICIA	7.5 CM	TIPO I	INICIAL: CONSERVADOR CUADRO DE PANCREATITIS EL CUAL E RESUELVE DEFINITIVO: RESECCION DE QUISTE DE COLEDOCO HYA EN Y DE ROUX PARTO NORMAL	BUENO	BUENO
18 (16)	NO SE MENCIONA	20	ANTECEDENTE DE DOLOR TIPO DISPEPSIA DESDE HACE 1 AÑO OPARTO NORMAL	PUERPERIO INMEDIATO	DOLOR ABDOMINAL	FIEBRE, ICTERICIA, HEPATOMEGALIA, DESHIDRATACION	10 CM	TIPO I	INICIAL: MANEJO CONSERVADOR PACIENTE AFEBRIL CON DISMINUCION DE LAS PFH DEFINITIVO: RESECCION DEL QUISTE DE COLEDOCO, COLECISTECTOMIA, HAY EN Y DE ROUX	BUENO	NO SE MENCIONA
19 (16)	NULIPARA	24	4 EMBARAZOS 3 ABORTOS PREVIOS DOLOR ABDOMINAL ICTERICIA Y COLANGITIS HACE 3 SEMANAS	20 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL	FIEBRE, ICTERICIA	NO SE MENCIONA	NO SE MENCIONA	INICIAL: LAPE CON DRENAJE DE MATERIAL PURULENTO, COLECISTECTOMIA, PRESENCIA DE QUISTE DE COLEDOCO Y DRENAJE CON SONDA EN T DEFINITIVO DESPUES DE 2 MESES RESECCION DE QUISTE DE COLEDOCO CON HAY EN Y DE ROUX	MALO BUENO	ABORTO
20 (5)	NO SE MENCIONA	29	COLECISTECTOMIA HACE 6 AÑOS	35 SEMANAS	DOLOR EPIGASTRICO Y EN HD, NAUSEAS HIPOREXIA	VOMITOS, PALIDEZ,	12 X 11 X 10 CM	TIPO I	INICIAL: CONSERVADOR CESAREA CON PRODUCTO NORMAL CPRE DEFINITIVO HYA EN Y DE ROUX	BUENO	BUENO

21 (5)	NO SE MENCIONA	23	NO SE MENCIONA	32 SEMANAS	DOLOR COLICO EPIGASTRICO IRRADIADO A HD, NAUSEAS	VOMITOS, ICTERICIA HEPATOMEGALIA APALPABLE	15 X 15 X 10 CM	NO SE MENCIONA	INICIAL : MANEJO CONSERVADOR PARTO VAGINAL PRETERMINO DEFINITIVO: RESECCION DE QUISTE DE COLEDOCO, HYA EN Y DE ROUX	INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	NO SE MENCIONA
22 (20)	PRIMIGESTA	28	NO SE MENCIONA	37 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL EN HEMIABDOMEN SUPERIOR	NO SE MENCIONA	13 CM	TIPO I	INICIAL: CONSERVADOR CESAREA ELECTIVA 37 SEMANAS EVOLUCION MALA COLANGITIS QUE AMERITO DRENAJE PERCUTANEO DE LA VIA BILIAR DEFINITIVO 6 SEMANAS DESPUES RESECCION DE QUISTE DE COLEDOCO RECONSTRUCCION EN Y DE ROUX	INICIAL MALA BUENA	NO SE MENCIONA
23 (20)	PRIMIGESTA	30	NO SE MENCIONA	38 SEMANAS	DOLOR ABDOMINAL EN HEMIABDOMEN SUPERIOR	NO SE MENCIONA	12 X 6 CM	TIPO I	INICIAL: CONSERVADOR CESAREA ELECTIVA 38 SEMANAS DEFINITIVO: RESECCION DE QUISTE DE COLEDOCO RECONSTRUCCION EN Y DE ROUX	BUENA	NO SE MENCIONA
24 (12)	PRIMIGESTA	20	NINGUNO DE IMPORTANCIA	24 SEMANAS	DOLOR EPIGASTRICO	VOMITOS A LA PALPACION DOLOR EN EPIGASTRIO	4.5 X 4.6 CM	TIPO I	MANEJO CONSERVADOR PANCREATITIS AGUDA PSEUDOQUISTE PANCREATICO DRENADO CON USG GUIADO 35 SEMANAS CESAREA ELECTIVA DEFINITIVO: RESECCION DE QUISTE, HYA EN Y DE ROUX	INICIAL MALA BUENA	BUENA
25 (21)	PRIMIGESTA	19	NO ESPECIFICA	22 SEMANAS	DOLOR HD	FIEBRE ICTERICIA	NO SE MENCIONA	TIPO I	SE REALIZO COLECISTECTOMIA + RESECCION QUISTE + HYA Y ROUX CESAREA ELECTIVA A LAS 40 SDG	BUENA	BUENA
26 (9)	PRIMIGESTA	15	SIN IMPORTANCIA	31 SEMANAS	DOLOR HD	FIEBRE ICTERICIA	NO SE MENCIONA	TIPO I	TX ENDOSCOPICO; ESFINTEROTOMIA Y ENDOPROTESIS HASTA EL PARTO	NO SE MENCIONA	NO SE MENCIONA
27 (4)	PRIMIGESTA	28	NO ESPECIFICA	32 SEMANAS	DOLOR HD	FIEBRE ICTERICIA	16 CMS	TIPO I	TX DRENAJE PERCUTANEO GUIADO POR USG CESAREA ELECTIVA 7 SEMANAS POSTERIOREMENTE HYA Y ROUX 8 SEMANAS POSTERIOR A CESAREA	BUENA	NO SE MENCIONA
28 CM N SXX I	PRIMIGESTA	22	NO ESPECIFICA	9 SEMANAS	DOLOR EN HD	FIEBRE, ICTERICIA, TUMOR EN HIPOCONDRIO DERECHO	20X11 CM	TIPO I	POR COLANGITIS RESECCION DE QUISTE DE COLEDOCO CON HEPATICOYEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX	MALA. HEMORRAGIA POSOTOPERATORIA, FOM Y MUERTE	MUERTE Y LEGRADO
29 CM N SXX I	SECUNDIGESTA	31	PRIMER EMBARAZO NORMOEVOLUTICO	22 SEMANAS	DOLOR EN HD	FIEBRE, ICTERICIA	25X12 CM	TIPO I	TRES SEMANAS POSTCESAREA, AUMENTO ICTERICIA Y FIEBRE. RESECCION QUISTE DE COLEDOCO Y HEPATICOYEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX	MALA. PERFORACION ULCERA GASTRICA Y MUERTE POR FOM	CESAREA A LAS 26 SDG POR SFA. MUERTE EN LA PRIMERA SEMANA
30 CM N SXX I	PRIMIGESTA	22	NINGUNO	20 SEMANAS	DOLOR EN HD	NINGUNO	6X4 CM	TIPO I	MANEJO CONSERVADOR. PARTO SIN COMPLICACIONES. OPERADA UN MES DESPUES CON RESECCION HEPATICOYEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX	BUENA	BUENA