



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE

**MANEJO DE COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE LA
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN
PACIENTES GERIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Beltrán López Édison Gabriel

Tutor: Dr. Esp. Yépez Yerovi Fabian Eduardo

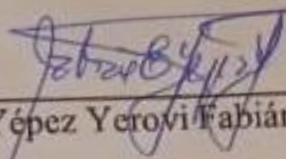
Ambato – Ecuador

enero 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico “MANEJO DE COLÉDOCOLITIASIS MEDIANTE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTES GERIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO” de Beltrán López Édison Gabriel, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, enero 2021



HOSPITAL GENERAL AMBATO
iESS
Dr. Fabián Yépez Yerovi
CIRUJANO GENERAL
CI 1712059714

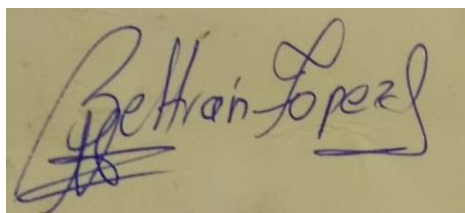
Dr. Esp. Yépez Yerovi Fabián Eduardo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “MANEJO DE COLÉDOCOLITIASIS MEDIANTE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTES GERIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, enero de 2021

EL AUTOR

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is cursive and reads "Beltrán López".

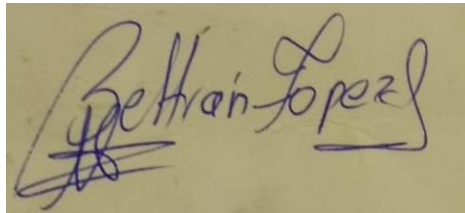
.....
Beltrán López Édison Gabriel

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

EL AUTOR

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature reads "Beltrán López" in a cursive script. There are some additional scribbles and a horizontal line below the name.

.....
Beltrán López Édison Gabriel

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema:
“MANEJO DE COLÉDOCOLITIASIS MEDIANTE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTES GERIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO” de Beltrán López Édison Gabriel estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, enero de 2021

Para constancia firma:

.....
PRESIDENTE/A

.....
. 1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A mis queridos padres Luis y Guillermina que siempre estuvieron apoyándome en cada momento de este largo viaje y sobre todo por su cariño y comprensión que me mantuvo con la idea clara de llegar hacia mi objetivo.

¡Caer está permitido, levantarse es obligatorio! (Proverbio Ruso)

Beltrán López Édison Gabriel

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento muy especial a mi creador DIOS por haberme dado el aliento de vida a mis padres Luis Beltrán y Guillermina López, a mis hermanos y hermanas, Dolores Beltrán, Lupe Beltrán, Blanca Beltrán, Luis Beltrán y Juan Carlos Beltrán, a mis sobrinos, Kelvin, Jean Carlos, Dayana, Mabel, Guadalupe, Gabriel, Yosué, Kimberly, Nathaly, Jeriko, Jeremy, Domenica por ser un pilar fundamental para mi desarrollo como persona y por ende como futuro médico, gracias por siempre confiar y nunca dejar de apostar en mí, a mi tutor Dr. Fabián Yépez por guiarme en el proceso vital de educación y mejora cada día de profesionalismo, y dedicatoria a esta carrera; que exige todos los días de compromiso y predisposición educativa y práctica, el camino para llegar a este fin no ha sido fácil, ha estado lleno de obstáculos, retos, que para algunos fueron imposibles pero con la ayuda de las personas indicadas que nunca me dejaron desfallecer ante los mismos, esto me enseñó a ver que esta carrera no es de velocidad sino de perseverancia, constante aprendizaje y mucha entrega.

Beltrán López Édison Gabriel

ÍNDICE

Contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	xi
SUMMARY	xii
INTRODUCCIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	15
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS	16
DESARROLLO TEÓRICO.....	17
DEFINICIÓN:	17
EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO	17
SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	18
FACTORES PREDICTIVOS:	18
DIAGNÓSTICO	19
TRATAMIENTO	19
LITOTRÍCIA LASER	19
CPRE (COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA)	20
COMPLICACIONES.....	21
La pancreatitis aguda	21
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	22
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO CLÍNICO:	22
HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	22
EXAMEN FÍSICO Y EXPLORACIÓN CLÍNICA.	23
Exploración física	23

Impresión diagnóstica.....	24
Tratamiento	24
ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	24
DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	26
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
ANEXOS	36
BIOMETRÍA HEMÁTICA	37
UROANÁLISIS	38
Anexo 5	39
Ecografía abdominal 05/09/2019	39
Anexo 6	40
TAC 05/09/2019	40
Anexo 7	41
Colangiografía 05/09/2019.....	41
Anexo 8	42
CPRE 11/09/2019	42
Anexo 9	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 variables epidemiológicas, etiológicas y factores de riesgo.....	17
Tabla 2 Predictores cíclicos de colédocolitiasis ASGE 2010	188
Tabla 3 Signos vitales:	23
Tabla 4 Biometría Hemática	37
Tabla 5 Química Sanguínea	38
Tabla 6 Uroanálisis	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Fibra de láser Holmium insertada en el coledoscopio	20
Gráfico 2 CPRE	21
Gráfico 3 Ecografía coledocolitiasis	39
Gráfico 4 procedimiento de CPRE	42

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“MANEJO DE COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE LA
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA
(CPRE) EN PACIENTES GERIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN
CASO”**

Autor: Beltrán López Édison Gabriel

Tutor: Dr. Esp. Yépez Yerovi Fabian Eduardo

Fecha: enero 2021

RESUMEN

La coledocolitiasis es considerada la principal causa de obstrucción de la vía biliar, se presenta en el 5 a 10% de pacientes clínicos con colelitiasis sintomática y hasta en el 18 a 33% de pacientes clínicos con pancreatitis de origen biliar. Es una patología frecuente a la que se ve enfrentado el cirujano general, aunque en la literatura médica existen distintas herramientas para su enfoque diagnóstico dependiendo la probabilidad ya sea alta o baja que tiene el paciente de tenerla a partir del resultado de estudios paraclínicos (Perfil hepático y ecografía hepatobiliar). Dichas escalas fueron desarrolladas para ser aplicadas en el paciente con vesícula biliar in situ o no, para un adecuado diagnóstico y manejo terapéutico.

Existen estudios que han demostrado que los resultados paraclínicos de laboratorio y de imagen pueden tener variaciones, por lo que se ha propuesto la viabilidad del uso de la escala de ASGE como predictores de coledocolitiasis en estos pacientes. Mediante esta escala nos ayudaría a determinar de una mejor manera el estudio de estos casos, ahorrando recursos del Hospital, al definir qué pacientes se benefician de estudios de extensión como la colangiografía o CPRE teniendo en cuenta las posibles complicaciones asociados a este procedimiento.

PALABRAS CLAVES: COLEDOCOLITIASIS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CPRE.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“MANEJO DE COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE LA
COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA
(CPRE) EN PACIENTES GERIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN
CASO”**

Autor: Beltrán López Édison Gabriel

Tutor: Dr. Esp. Fabián Yépez

Fecha: Noviembre 2020

SUMMARY

Choledocholithiasis is considered the main cause of bile duct obstruction, it occurs in 5 to 10% of clinical patients with symptomatic cholelithiasis and in up to 18 to 33% of clinical patients with biliary pancreatitis. It is a frequent pathology that the general surgeon is faced with, although in the medical literature there are different tools for its diagnostic approach depending on whether the patient has a high or low probability of having it from the result of paraclinical studies (Hepatic profile and hepatobiliary ultrasound). These scales were developed to be applied in patients with or without gallbladder in situ, for an adequate diagnosis and therapeutic management.

There are studies that have shown that the paraclinical laboratory and imaging results may have variations, which is why the feasibility of using the ASGE scale as predictors of choledocholithiasis in these patients has been proposed. Using this scale, it would help us to better determine the study of these cases, saving Hospital resources, by defining which patients benefit from extension studies such as cholangioresonance or ERCP, taking into account the possible complications associated with this procedure.

KEY WORDS: CHOLEDOCHOLITHIASIS, DIAGNOSIS, TREATMENT, ERCP.

INTRODUCCIÓN

La coledocolitiasis se determina como la presencia de cálculos en el colédoco o conducto biliar común, clasificados en función de su punto de origen. Son cálculos primarios si se forman en el conducto biliar y cálculos secundarios si pasan de la vesícula al conducto biliar. (1)

La mayor parte de coledocolitiasis son secundarias, conocidos como cálculos retenidos del colédoco a los 2 años posteriores a colecistectomía. La mayoría de los casos, inicialmente son asintomáticos y se detectan durante la exploración de la vía biliar durante la colecistectomía. (2)

En las formas sintomáticas se presenta con: cólico biliar y signos de ictericia obstructiva: coloria, escleras ictericas y acolia. La fiebre asociada a dolor abdominal en cuadrante superior derecho e ictericia (Triada de Charcot), es indicativa de colangitis ascendente, en este caso si no se maneja adecuadamente puede complicarse y llegar a shock séptico, evidenciando hipotensión y cambios en el estado mental (Péntada de Reynolds). (3)

Por lo descrito, es importante el diagnóstico oportuno y el manejo correcto del paciente con colédocolitiasis. (4)

Es frecuente encontrar alteración en las pruebas de función hepática, sin embargo, dichas pruebas presentan una baja sensibilidad y especificidad. (5)

Dentro de las pruebas de imagen, la ecografía puede evidenciar colédocolitiasis y/o dilatación del conducto biliar, con más de 6 mm de dilatación con documentación o no de cálculos en la vía biliar. (6)

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), actualmente se considera como la técnica de elección para el diagnóstico y tratamiento de la colédocolitiasis. (7)

El uso de contraste dentro de la vía biliar permite la demostración de la colédocolitiasis con una sensibilidad y especificidad del 95%. Además, la técnica permite la extracción de los cálculos, lo cual tiene gran valor en casos de colangitis en pacientes gravemente enfermos incluido el paciente geriátrico, en donde la cirugía tiene un elevado riesgo. (8) (2)

Cabe señalar que, como en la ecografía, es una técnica operador – dependiente, es decir, el resultado es proporcional a la experiencia del explorador. Por ello la importancia del estudio a profundidad sobre la importancia de la CPRE, la prevención de complicaciones de la misma y la determinación del riesgo - beneficio de su aplicación en pacientes de riesgo. (9) (10)

Entre los hallazgos normales post-CPRE podemos encontrar aerobilia, retención de contraste en la vía biliar y duodenitis aguda, con engrosamiento y edema de la pared duodenal. (11) (12)

La morbilidad post-procedimiento varía entre el 4 y el 10 %, entre las complicaciones más frecuentes encontramos la pancreatitis aguda, hemorragia, colangitis y perforación duodenal, motivo por el cual es importante definir el riesgo beneficio del uso de la CPRE en pacientes con factores de riesgo, con lesión y/o manipulación previa de la vía biliar y definición del pronóstico pre y post CPRE. (13) (14)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo adecuado de la coledocolitiasis residual en un paciente geriátrico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Describir la epidemiología, factores de riesgo, etiopatogenia y características clínicas de la coledocolitiasis en pacientes geriátricos.
- ✚ Detallar las principales complicaciones post colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE).
- ✚ Proponer estrategias diagnóstico-terapéuticas para el manejo de la coledocolitiasis basada en la escala de ASGE que permitan mejorar el pronóstico y expectativas de vida del paciente.

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS

El presente caso clínico a ser analizado, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- ✚ Historia clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico de manera ascendente, es decir, desde el preámbulo de sus molestias, periodo de estancia en las distintas áreas dentro de la casa de salud, tratamientos clínicos, particularidad de la atención y describir cada uno de sus puntos cruciales.
- ✚ Artículos de revisión; son los medios o evidencias con el menor tiempo de publicación, con información sobresaliente, que cuenta todo personal de salud para brindar una valoración y medicación de forma personalizada y oportuna.
- ✚ Información directa brindada por el paciente mediante una entrevista personal, la información fue dada de forma activa y voluntaria, y así se pudo correlacionar lo acontecido por el paciente con sus factores de riesgo.

DESARROLLO TEÓRICO

DEFINICIÓN:

La coledocolitiasis es la presencia de cálculos en el conducto biliar común, en un 95% de los casos reportados provienen de la vesícula biliar, a través del cístico, hacia el colédoco, siendo de menor frecuencia su formación in situ; ésta ocurre en 10 a 20 % de los pacientes internados con colelitiasis y en 3 a 10% de los pacientes que ya eran colecistectomizados. El cuadro clínico en la mayoría de los pacientes es asintomático y poco perceptible, otros cursan con la presencia de dolor abdominal en hipocondrio derecho, coluria e ictericia; sin embargo, la coledocolitiasis puede presentar complicaciones muy graves como son la colangitis y la pancreatitis agudas biliar, para esto es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno y acertado. (15)

Para el diagnóstico de coledocolitiasis se pueden usar técnicas de imágenes como el ultrasonido abdominal, colangiografía magnética y ultrasonografía endoscópica. Luego de realizado el diagnóstico, el manejo de la coledocolitiasis puede realizarse por colangiopancreatografía retrógrada (CPRE) o colecistectomía laparoscópica y exploración de vías biliares. (16)

EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

Afecta adultos en un rango de edad entre los 41-60 años, más al sexo masculino, de raza mestiza, con instrucción secundaria, especialmente de áreas urbanas con trabajos de oficina. Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de complicaciones por cálculos biliares y de mortalidad alta, especialmente en mayores de 60 años. El principal factor de riesgo es la dieta inadecuada, consistente en altas cantidades de calorías, colesterol, hidratos de carbono refinados, proteínas y sal, así como una baja cantidad de fibra. La obesidad también se considera como un factor de riesgo. La diabetes mellitus está considerada como la comorbilidad que presenta mayor frecuencia y es la de mayor riesgo de desarrollar cálculos biliares por su asociación con la hipertrigliceridemia y por la dismotilidad de la vesícula biliar que está afectada en estos pacientes. (17)

Tabla 1 variables epidemiológicas, etiológicas y factores de riesgo

VARIABLES	
EPIDEMIOLOGIA	Edad entre los 41-60 años Sexo masculino Raza mestiza
ETIOLOGÍA	Cálculos Biliares

FACTORES DE RIESGO	Dieta inadecuada La diabetes mellitus
--------------------	--

Fuente (Erika Alban 2017 pag 29)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas más frecuentes son: ictericia sensibilidad y especificidad del 80 %, acolia sensibilidad y especificidad del 80 %, dolor abdominal sensibilidad y especificidad del 90 % y en ocasiones fiebre variable sensibilidad y especificidad del 60 %. (18)

FACTORES PREDICTIVOS:

En el año 2010, la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) presentó una guía para evaluar el riesgo de presentar coledocolitiasis de acuerdo con los siguientes parámetros: (19)

Tabla 2. Predictores cíclicos de coledocolitiasis (ASGE 2010)

Predictores muy fuertes:
<ul style="list-style-type: none"> • Bilirrubina mayor a 4 mg/dl. • Datos clínicos que asuman colangitis ascendente. • Ultrasonido que demuestre en la vía biliar cálculos
Predictores fuertes:
<ul style="list-style-type: none"> • Vía biliar extrahepática dilatada mayor a 6 mm. • Bilirrubina total dentro de parámetros a 1.8-4.0 mg/dl.
Predictores moderados:
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la función hepática. • Edad mayor a 55 años. • Cuadro clínico que nos indique pancreatitis biliar.

(Revista de gastroenterología 2017 pág. 112)

De acuerdo con los factores predictivos anteriores, los pacientes se clasifican de la siguiente forma: Alto riesgo: Un predictor muy fuerte más Dos predictores fuertes. El Riesgo es

intermedio: Un predictor fuerte o al menos uno moderado tendremos como resultado el Riesgo es bajo, pero sin factores predictivos. (20)

DIAGNÓSTICO

La fosfatasa alcalina es la única variable alterada para la sospecha de coledocolitiasis en pacientes asintomáticos; donde se encontró un valor mayor de 90.5 U/l, con una sensibilidad del 80 % y especificidad diagnóstica de 80 %. (21)

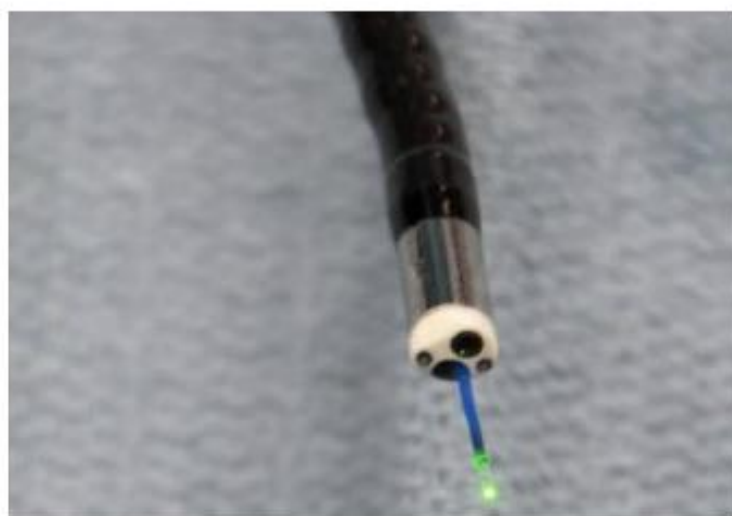
Se podría utilizar la ecografía para complementar el estudio diagnóstico, pero su rendimiento es menor al 50 % tiene una sensibilidad del 73 % y con una especificidad del 91 %, en el diagnóstico de la coledocolitiasis. la colangiografía por tomografía computarizada que ha reflejado una sensibilidad del 88-96 % y con una especificidad del 75 – 100 %. La tomografía axial computarizada tiene mayor valor predictivo tiene una sensibilidad del 85-92 % y con una especificidad del 93- 97 % en grandes series. Dentro de los estudios invasivos, que conllevan riesgos de complicaciones, la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha demostrado que es el Gold estándar ya que tiene una sensibilidad del 75-93 % con una especificidad del 100 % casi siento perfecta para el diagnóstico de coledocolitiasis (22)

TRATAMIENTO

LITOTRIZIA LASER

El láser Holmium está integrado por varios compuestos para su desarrollo (HolmiumCromo-Tulio), llamado Holmium-YAG y otorga energía amplificada con pulsos de amplia duración y seguridad, logrando la fragmentación fototérmica de los cálculos sin importar localización, tamaño o composición, donde no lesiona estructuras subyacentes. esta técnica está recomendada en las guías clínicas norteamericanas y europeas para el manejo de esta condición patológica. Dentro de la principal ventaja que ofrece es que permite un direccionamiento preciso y oportuno bajo visión directa, reduciendo así el riesgo de lesión en el conducto biliar del paciente ayudando a evitar posibles complicaciones y la fácil fragmentación de cálculos grandes para luego poder ser removidos fácilmente bajo técnicas convencionales de CPRE. Siendo su eficacia determinada con una alta sensibilidad y especificidad del 90 %. (23) (24)

Gráfico 1. Fibra de láser Holmium insertada en el coledocoscopio

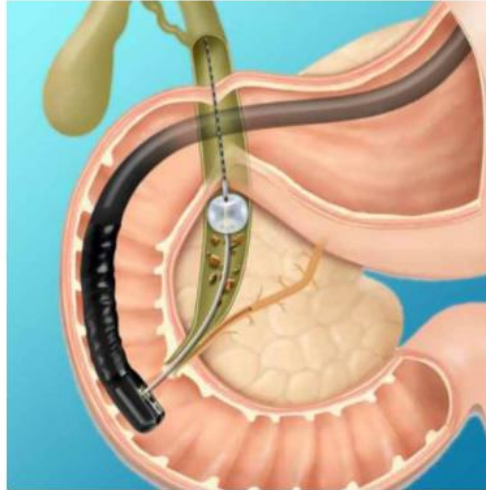


(Fuente: Cirugía Andaluza · Volumen 30 · Número 2 · Mayo 2019 pág. 221)

CPRE (COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA)

La CPRE está considerada como el Gold estándar para problemas pancreato-biliares. Este procedimiento desarrolla con una sensibilidad entre 80 y 93 % y una especificidad del 100 %, para detectar cálculos en el colédoco; donde la extracción de los cálculos es posible en un 85 a 90 % de los casos desde su implantación y trayecto, la CPRE se ha convertido en una excelente técnica para el diagnóstico preoperatorio de la vía biliar. La misma que permite, observar mediante un endoscopio de visión lateral y canular la papila donde se puede opacificar la vía biliar inyectando un tipo de contraste. Dentro de las ventajas sobre todas las demás exploraciones es donde permite el tratamiento de la coledocolitiasis en el mismo acto mediante esfinterotomía endoscópica ya que este medio nos permite convertir el método diagnóstico en tratamiento por la facilidad que proporciona a la extracción de los cálculos, algunos pacientes requieren litotricia por el tamaño de los cálculos. (25) (26)

Gráfico 2. CPRE



Fuente: revista Gastrointestinal Endoscopy 2020 pág. 278

COMPLICACIONES

La CPRE es un procedimiento con un alto porcentaje de complicaciones. Donde la pancreatitis es la complicación más común y grave con una incidencia entre 3.5 a 4 % y sigue en frecuencia la Hemorragia 2 %, Colangitis 1 %, Colecistitis 0.5 % y la perforación 0,3 %. (27)

La pancreatitis aguda es una de las complicaciones más frecuente de la CPRE y se la define como aumento de la amilasa tres veces sobre el valor máximo acompañado de dolor abdominal 24 horas luego del procedimiento. Dentro de los mecanismos de actuación se deben al edema del conducto pancreático y de la papila debido al instrumental y manipulación del operador de la vía; el daño químico causado por la inyección del empleo del contraste; el daño térmico debido a la corriente que se aplica en la esfinterotomía; y la infección de la vía pancreática por las bacterias que se encuentran presentes en el tracto digestivo. el porcentaje de pancreatitis post CPRE (5.5 %). (28)

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO CLÍNICO:

Paciente con Fecha de nacimiento: 1943/06/01 con 75 años 10 meses, nacido y residente en Ambato, estado civil casado de instrucción secundaria completa, lateralidad diestra religión católica, Grupo sanguíneo orh +, Ocupación jubilado Transfusiones no: Se trata de un paciente adulto mayor masculino con antecedentes quirúrgicos de piocolecisto hace 1 año y absceso hepático hace 3 meses, acude a emergencia por presentar cuadro de dolor abdominal difuso de características tipo cólico, dentro de las primeras 24 horas presenta dolor localizado en tórax posterior que se irradia hacia flanco derecho de intensidad 6/10 en la escala de EVA. Al momento el cuadro se exacerba presentando escalofríos y alza térmica cuantificada de 39°, no se administra medicación, no refiere náusea, vomito ni deposiciones diarreicas por tal razón ingresa a esta casa de salud. En el transcurso de su hospitalización presento ictericia marcada al examen físico abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con irradiación a hemicinturon acompañado de náuseas y sensación de mareo los exámenes reportaban elevación de bilirrubinas.

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

- ✚ Hiperlipidemia
- ✚ Poliglobulia
- ✚ Hipoacusia izquierda
- ✚ Diabetes mellitus tipo 2

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

- No refiere

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

- ✚ Prostatectomía hace 3 años
- ✚ Colectomía, piocolecisto y fistula biliar hace 1 año
- ✚ Piocolecisto con Fistula biliar de conducto cístico controlada con laparotomía hace 1 año
- ✚ Absceso hepático hace 3 meses

EXAMEN FÍSICO Y EXPLORACIÓN CLÍNICA.

Tabla 2. Signos vitales:

	Valor
Temperatura	36,3C
Tensión Arterial	127/66
Frecuencia cardiaca	100 LXM
Frecuencia respiratoria	20 RXP
SPO2	91 %
FIO2	0,21

Exploración física

- Paciente consiente orientado afebril, hidratado, piel con ictericia generalizada.
- Cabeza: Normocefalica cabello entrecano de implantación adecuada para sexo y edad
- Oídos: conductos auditivos externos permeables, membranas timpánicas normales
- Piel: elasticidad conservada
- Ojos: pupilas isocóricas de 2 mm de diámetro, normorreactivas al estímulo luminoso, reflejo corneal presente bilateral. Escleras ictéricas
- Boca: mucosas orales semihumedas
- Dentadura: en regulares condiciones, ausencia de piezas dentales
- Nariz: fosas nasales permeables.
- Cuello: se palpan discretas adenopatías, no ingurgitación yugular
- Tórax: simétrico, expansibilidad conservada
- Pulmones: murmullo vesicular conservados, no ruidos agregados
- Corazón: ruidos cardiacos normofonéticos, rítmicos, no soplos
- Abdomen: suave, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. RHA presentes región lumbar: puño percusión negativa
- RIG: genitales masculinos, de aspecto normal
- Extremidades: simétricas, pulsos distales presentes, no edemas extremidades superiores: simétricas, pulsos distales presentes, llenado capilar menor de 2 segundos

extremidades inferiores: simétricas distales, pulsos distales examen neurológico paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalidad neurológica. Glasgow 15/15.

- Funciones mentales superiores: presentes y normales pares craneales: normales exámenes motores: fuerza y tono conservados. Examen de la sensibilidad: superficial y profunda presente. Examen del cerebelo: romberg negativo signos meníngeos: negativo.

Impresión diagnóstica

Coledocolitiasis residual

Tratamiento

- ✚ Ingreso a gastroenterología
- ✚ Dieta líquida estricta a tolerancia
- ✚ Control de signos vitales
- ✚ Control de ingesta excreta
- ✚ Curva térmica
- ✚ Control de glicemias 2. 8. 2 .6
- ✚ Corrección de glicemias según esquema con inulina cristalina
- ✚ Cloruro de sodio al 0.9 % 1000 ml pasar intravenoso a 100 ml hora
- ✚ Imipenem 500 mg intravenoso cada 6 horas
- ✚ Metamizol 1 g por razones necesarias
- ✚ Ketorolaco 30 mg intravenoso por razones necesarias
- ✚ Tac de abdomen
- ✚ Perfil metabólico
- ✚ Hemoglobina glicosilada- insulina -péptido C- bilirrubinas

ATENCIÓN HOSPITALARIA

06/09/2019

Paciente de 76 años de edad con buenas condiciones generales refiere prurito ocular moderado al examen físico piel, mucosas y escleras ictericas no ha realizado picos febriles, cardiopulmonar sin presencia de alteraciones, abdomen suave depresible doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Se realiza exámenes de laboratorio donde reportan bilirrubina de 2.92 mg/dl se indican estudios de imagen para descartar proceso neoproliferativo para descartar de vía biliar.

07/09/2019

Paciente que continua con tinte icterico abdomen suave depresible levemente doloroso en hipocondrio derecho, ruidos hidroaereos normales, se realizó CPRE por coledocolitiasis de

24/08/2017 fallida sin extracción del cálculo solo se realiza esfinterotomía endoscópica mínima con divertículo duodenal yuxtapapilar, se realiza tac trifásica de abdomen superior, colangiografía donde se evidencia proceso ocupativo en colédoco distal sugestivo de coledocolitiasis: luego de analizar el caso se informa a familiares además se interconsulta a cirugía general se inicia trámite de CPRE más atracción del cálculo y litotricia.

08/09/2019

Se reporta beta dos microglobulinas ligeramente elevado se mantiene cumplido esquema terapéutico.

09/09/2019

Paciente evoluciona favorablemente en espera de CPRE se mantiene esquema terapéutico.

10/09/2019

Paciente q al momento se encuentra estable tras el manejo de dolor el día de mañana se realizará el procedimiento de CPRE sin ninguna complicación.

11/09/2019

Paciente reporta bilirrubinas de 3.02 mg/dl en la mañana, el día de hoy se realiza CPRE en la ciudad de Quito, en la tarde sin ninguna complicación con la extracción del cálculo gigante más papila intradiverticular más esfinterotomía más dilatación ampular más litotricia mecánica con ligera cefalea mismo que se resume al proceso que fue intervenido.

12/09/2019

Paciente evoluciona favorablemente tras una colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) exitosa realizada en la ciudad de Quito capital de Ecuador, con la extracción de tres litios aparentemente vía biliar se encuentra libre al examen físico consciente orientado afebril mucosas semihúmedas no ictericia, abdomen suave depresible con leve dolor a la palpación, se realizó seguimientos para analizar la residua por posibles complicaciones donde hasta ahora no se han divisado problemas tras su intervención se realiza bilirrubinas de control donde reportan 3.28 mg/dl.

13/09/2019

Paciente consciente orientado con favorable evolución clínica al examen físico tinte icterico disminuyendo tras CPRE con éxito se evidencia mejoría se realiza pruebas de laboratorio para seguimiento donde se evidencia bilirrubinas de 1.8 con buena clínica donde se decide su alta.

DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

La litiasis del colédoco se ha señalado como la principal indicación de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) por publicaciones tanto nacionales como extranjeras.

El predominio en la población adulta ha recaído sobre las edades mayores a 60 años mostró la mayor incidencia de casos, datos similares a los mostrados por la literatura.

Los signos y los síntomas son altamente variables, desde asintomáticos hasta los presentes en las complicaciones como la pancreatitis y colangitis.

En nuestro caso se trató de un paciente adulto mayor de 77 años de edad con múltiples patologías, dieta alimenticia vaga sin presencia de buena asimilación a tratamientos por su parte donde debutó con ictericia y dolor abdominal siendo parte de su sintomatología fiebre y en ocasiones náuseas que no llegaban al vómito, a esto se añade exámenes de laboratorio donde indican elevación de las bilirrubinas por la estancia hospitalaria, cuadro que sugiere posible patología biliar, se realiza un eco donde se reporta un proceso ocupativo medio distal en el colédoco que mide 3.7 cm de longitud por 1.8 cm de ancho más ligera dilatación de vías biliares y ligera hepatomegalia, la tac y colangiografía que coincide con los hallazgos mencionados.

Según con los criterios de ASGE y su tabla de conjuntos predictores para coledocolitiasis el paciente se encuentra con hallazgos predictivos fuertes por la dilatación y la presencia de bilirrubinas elevadas, pero no sobre pasan los 4 mg/dl, además a esto se suma su edad hablamos de un paciente adulto mayor (ASGE 2010).

El Gold estándar para el diagnóstico y tratamiento de este paciente es la CPRE donde se ha demostrado su eficacia y mejora el pronóstico de vida del paciente, este método diagnóstico ha resultado fidedigno para abordar esta patología.

La coledocolitiasis descrita en este caso clínico es muy precisa y permite al médico detallar el proceso de la misma y el tratamiento: ahora todo procedimiento intervencionista está asociado a posibles complicaciones. En este no hubo complicaciones y evolucionó favorablemente.

CONCLUSIONES

- ✚ La coledocolitiasis afecta con más prioridad a la población adulta y del sexo masculino, donde las mayores complicaciones se han visto en pacientes de 60 años en adelante, consiste en un cuadro que cursa frecuentemente con ictericia, acolia, dolor abdominal en hipocondrio derecho, dentro de los principales factores de riesgo se ha demostrado que es la colelitiasis que generalmente se encuentra asociada a una dieta rica en grasas.
- ✚ Las principales complicaciones asociadas a la CPRE son: la pancreatitis aguda 5.5 % la Hemorragia 2 %, Colangitis 1 %, Colecistitis 0.5 % y la perforación 0.3 %.
- ✚ Con una historia clínica adecuada se propone como estrategia aplicar la escala de ASGE para riesgo de coledocolitiasis para llegar a un diagnóstico adecuado y determinar el procedimiento más eficaz para cada paciente optimizando el uso adecuado de exámenes complementarios y evitando complicaciones asociados a los mismos.

RECOMENDACIONES

- ✚ Prevenir los factores de riesgo para coledocolitiasis mediante una adecuada alimentación y constante monitoreo por parte del personal de la salud sobre todo pacientes adultos mayores que corresponde a grupos de mayor vulnerabilidad.
- ✚ Utilizar la escala de ASGE que es un conjunto de parámetros clínicos predictores para evaluar riesgo de coledocolitiasis diseñado por la Asociación Americana de Gastroenterología Endoscópica. Que además de permitirnos llegar a un diagnóstico adecuado nos recomienda el examen más idóneo a realizar en los pacientes.
- ✚ El procedimiento de la CPRE es un examen diagnóstico y terapéutico a la vez; sin embargo, tiene sus complicaciones descritas por lo que debe realizarse un consentimiento informado explicando al paciente y familiares respecto a beneficios, riesgos y complicaciones derivados de dicho procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

American Gastroenterology Association. (2018). Datos y Estadísticas sobre la coledocolitiasis entre los Hispanos/Latinos. Atlanta, Estados Unidos: American Gastroenterology Association.

American Gastroenterology Association. Global coledocolitiasis. 2nd Edition. (2016). American Gastroenterology Association Statistic. Atlanta: American Coledocolitiasis.

Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución del Ecuador. Alfaro: Registro Oficial.

Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez Sánchez, V., & Villarrea, P. (2017). Epidemiología de coledocolitiasis. (I. N. gastroenterología, Ed.) gastroenterología 6 (, 77 – 86)

Bandi, P., Barrera, E., Graves, K., Hargrove, T., Maitin-Shepard, M., Naishadham, D., . . . Wagner, D. (2015). Datos y Estadísticas sobre la coledocolitiasis entre los Hispanos/Latinos. Atlanta, Georgia: Sociedad Americana contra la coledocolitiasis. Baumgartner KB, Hunt WC, Baumgartner RN. (2016). Association of body composition and weight history with breast choledocholithiasis prognostic markers: divergent pattern for Hispanic and non-Hispanic White women. Am J Epidemiol.

Bickell NA, Shastri K, Fei K. (2018). tracking and feedback registry to reduce racial disparities in breast choledocholithiasis care. Journal of the National choledocholithiasis Institute.

Brandan, M. E., & Villaseñor Navarro, Y. (2016). Detección del Cáncer de predictores de coledocolitiasis: Estado de la CPRE en México. GASTROENTEROLOGÍA 1, 147 - 162.

Brophy, J., Keith, M., Watterson, A., Park, R., Gilbertson, M., Maticka-Tyndale, E., Luginaah, I. (2017). Breast choledocholithiasis risk in relation to occupations with 139 exposure to carcinogens and endocrine disruptors: a Canadian case– control study . Environmental Health, 1-17.

Cárdenas, J., Bargalló, E., Erazo, A., Maafs, E., & Poitevin, A. (2016). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis residual (Quinta revisión ed.). Colima: Elsevier

Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, et al. (2015). Ethnicity and breast choledocholithiasis: factors influencing differences in incidence and outcome. J Natl choledocholithiasis Inst.

Collaborative Group on Hormonal. (2016). Factors in Breast choledocholithiasis. Breast choledocholithiasis and hormone contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast choledocholithiasis and 100 239 women without breast choledocholithiasis from 54 epidemiological studies. Lancet.

Cortés, J. (2018). El pronóstico de la coledocolitiasis, mejor en mujeres casadas. Madrid, España: Hospital Vall d'Hebron.

Cotran, R., Robbins, S., & V, K. (2015). Patología Estructural y Funcional (Sexta ed.). McGraw Hill

Díaz, S., Piñeros, M., & Sánchez, O. (2005). Detección temprana del choledocolitiasis: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. Rev Colombiana gastroenterología, 9(3), 93-104.

Fejerman L, John EM, Huntsman S. (2017). Genetic ancestry and risk of breast choledocolitiasis U.S. Latinas. choledocolitiasis Research.

Freedman RA, He Y, Winer EP, Keating NL. (2018). Trends in racial and age disparities in definitive local therapy of early-stage breast choledocolitiasis. Journal of clinical gastroenterology. American Society of Clinical Gastroenterology.

INEGI. (2015). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL CONTRA la coledocolitiasis. Aguas Calientes, México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

La Vecchia C. (2016). Menopause, hormone therapy and breast choledocolitiasis risk. European J choledocolitiasis Prevention.

Reynolds, S. (2012). Obesidad e Investigación de la coledocolitiasis. Boletín del Instituto Nacional de Gastroenterología, 2.

Stuver SO, Zhu J, Simchowicz B, Hassett MJ, Shulman LN, Weingart SN. (2017). Identifying women at risk of delayed breast choledocolitiasis diagnosis. Qual Patient Saf.

Torres Trujillo, Román. (2019). Coledocolitiasis residual diagnóstico y tratamiento. México: Editorial Americana Mc Graw Hill .

LINKOGRAFÍA

- 1 David N. Perdigotoa DGNASMARA. Risk Factors for Post-Endoscopic Retrograde . Cholangiopancreatography Pancreatitis in the Indomethacin Era – A Prospective Study. [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 10. Available from: <https://www.karger.com/Article/Pdf/492313>.
- 2 INVESTIGACIÓN IDEDTDEE. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLELITIASIS, COLECISTITIS AGUDA Y COLEDOCOLITIASIS. [Online].; 2018 [cited 1019 10 10. Available from: http://repositorio.essalud.gob.pe/jspui/bitstream/ESSALUD/66/2/Guia_Colelitiasis_Colecistitis_version_extensa.pdf.
- 3 Gomez SNL. FACTORES ASOCIADOS A COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES . COLECISTECTOMIZADOS EN ELSERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITALREGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018. [Online].; 2018 [cited 2019 OCTUBRE 10. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8291/MDIlgosn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 4 STEHR W. Manual de cirugía Mont Reid. Barcelona. [Online].; 2015 [cited 2019 OCTUBRE 11. Available from: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/626870/Cirug%c3%ada%20%2820%20semanas%29%20-%20ME78%20201502.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 5 DR IGNACIO MORALES DVPDMP. COLANGIOPANTOGRAFIA RETROGRADA . ENDOSCOPICA EN EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS. [Online].; 2015 [cited 2019 OCTUBRE 12. Available from: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/255-877-2-PB.pdf>.
- 6 Marcelo Zamorano D CCIJCOFEMGN. Coledocolitiasis gigante. Manejo actual. [Online].; 2018 . [cited 2019 OCTUBRE 11. Available from: <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art03.pdf>.
- 7 Dr. C. Javier Ernesto Barreras González DCRTDPCJRTDCMÁMADCRRGDCRBQ. Igoritmo . para el tratamiento mínimamente invasivo de la coledocolitiasis. [Online].; 2014 [cited 2019 OCTUBRE 11. Available from: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/197/79>.
- 8 Paúl Gomez Hinojosa JERABCJLPVMRCRPZEBAAZC. Precisión de los predictores de la . ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis. [Online].; 2018 [cited 2019 octubre 12. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v38n1/a03v38n1.pdf>.
- 9 MARIA MORALES NN. VALOR DE LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPATICA Y . ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR PARA EL DIAGNOSTICO DE COLEDOCOLITIASIS. [Online].; 2017 [cited 2019 OCTUBRE 12. Available from: <http://201.159.222.99/bitstream/datos/7303/1/13246.pdf>.

1 Robin Germán Prieto-Ortiz MAIDOMP GEM. Tratamiento de la coledocolitiasis mediante CPRE
0 e instrumentación a través de un tubo en THernán Ballén-Párraga, MD. [Online].; 2019 [cited
. 2019 OCTUBRE 12. Available from: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/385-
Texto%20del%20art%C3%ADculo-4889-1-10-20201001.pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/385-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4889-1-10-20201001.pdf).

1 México RdGd. Resolución de coledocolitiasis compleja con stent metálico removible. Reporte de
1 un caso. [Online].; 2015 [cited 2019 OCTUBRE 13. Available from:
. [https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/225/RevGastroMex201
5-Curvale.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/225/RevGastroMex2015-Curvale.pdf?sequence=3&isAllowed=y).

1 MALDONADO MACS. COMPARACIÓN DE DOS SCORES PREDICTIVOS
2 PREOPERATORIOS DE COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
. COLELITIASIS SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA
ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL VOZANDES QUITODESDE EL AÑO 2015 HASTA EL
AÑO 2018. [Online].; 2019 [cited OCTUBRE OCTUBRE 13. Available from:
[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17487/COMPARACION%20DE%20DOS
%20SCORES%20PREDICTIVOS%20PREOPERATORIOS%20DE%20COLEDOCOLITIASIS
%20EN%20PACIENTES%20CON%20DIAGNOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17487/COMPARACION%20DE%20DOS%20SCORES%20PREDICTIVOS%20PREOPERATORIOS%20DE%20COLEDOCOLITIASIS%20EN%20PACIENTES%20CON%20DIAGNOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

1 Javier UPC. COLANGIORESONANCIA MAGNÉTICA VERSUS ECO ENDOSCOPIA EN EL
3 MANEJO DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS DEL HOSPITAL
. JOSE CARRASCO ARTEAGA (IESS) CUENCA EN EL AÑO 2015 AL AÑO 2017. [Online].;
2019 [cited 2019 OCTUBRE 13. Available from:
[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16825/COLANGIORESONANCIA%20M
AGN%c3%89TICA%20VERSUS%20ECO%20ENDOSCOPIA%20EN%20EL%20MANEJO%2
0DEL%20PACIENTE%20CON%20SOSPECHA%20DE%20COLE.pdf?sequence=1&isAllowed
=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16825/COLANGIORESONANCIA%20MAGN%c3%89TICA%20VERSUS%20ECO%20ENDOSCOPIA%20EN%20EL%20MANEJO%20DEL%20PACIENTE%20CON%20SOSPECHA%20DE%20COLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

1 Karina Mirella GI. LITIASIS BILIAR EVALUADA MEDIANTE COLANGIORESONANCIA
4 MAGNETICA NUCLEAR - IGSA MEDICAL, 2017. [Online].; 2019 [cited 2019 OCTUBRE 13.
. Available from:
[http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3388/UNFV_GALVEZ_IGNACIO_KARI
NA_MIRELLA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3388/UNFV_GALVEZ_IGNACIO_KARINA_MIRELLA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

1 Paúl Gomez Hinojosa JERABCJLP. Precisión de los predictores de la ASGE en el diagnóstico de
5 coledocolitiasis en un hospital público de Lima, Perú Valdivia, Mavel Rosado Cipriano, Ricardo
. Prochazka Zarate, Eduar Bravo Alban, Arturo Zegarra Chang. [Online].; 2018 [cited 2019
OCTUBRE 13. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v38n1/a03v38n1.pdf>.

1 MARICELA GSD. COMPLICACIONES DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA
6 RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS DEL
. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA
MONTENEGRO EN EL PERIODO MAYO 2015 - ABRIL 2016. [Online].; 2016 [cited 2019
OCTUBRE 13. Available from:
<http://45.238.216.28/bitstream/123456789/5603/1/PIUAMED010-2017.pdf>.

- 1 ESTRADA ECA. COLEDocolITIASIS; FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES
7 HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN- 2015. [Online].; 2017 [cited 2019 OCTUBRE 13].
. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31885/1/CD-1476-ALBAN%20ESTRADA.pdf>.
- 1 MARICELA GSD. COMPLICACIONES DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA
8 RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON COLEDocolITIASIS DEL
. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO
EN EL PERIODO MAYO 2015 - ABRIL 2016. [Online].; 2016 [cited 2019 OCTUBRE 13].
Available from: <http://45.238.216.28/bitstream/123456789/5603/1/PIUAMED010-2017.pdf>.
- 1 Harold Eduardo Benites Goñi FVPSJLACRAMNSSV. Rendimiento de los criterios predictivos
9 de la ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
. [Online].; 2017 [cited 2019 OCTUBRE 13]. Available from:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v37n2/a02v37n2.pdf>.
- 2 Paúl Gomez Hinojosa JERABCJLPVMRCRPZEBAAZC. Precisión de los predictores de la
0 ASGE en el diagnóstico de coledocolitiasis en un hospital público de Lima, Perú. [Online].; 2018
. [cited 2020 ENERO 15]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v38n1/a03v38n1.pdf>.
- 2 Monzón Rodas JAVCAW. Causas de conversión de colelap a colecistectomía abierta en pacientes
1 adultos del hospital belén - Lambayeque, 2015 -2017. [Online].; 2020 [cited 2020 FEBRERO 10].
. Available from:
http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/8492/VIDAURRE_%26_MONZON.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 2 Santos HEB. Factores de riesgo asociados con Coledocolitiasis en pacientes Colecistectomizados
2 atendidos en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. [Online].; 2020 [cited 2020
. FEBRERO 10]. Available from:
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/75615/1026566757.2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- 2 J.A. Bellido-Luque ISMMFOM,ÁLNM. Litofragmentación láser por vía laparoscópica en el
3 manejo de la coledocolitiasis. [Online].; 2019 [cited 2020 ABRIL 15]. Available from:
. https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2019/Cir_Andal_vol30_n2_11.pdf.
- 2 Rafael Acuña Prats MFBGISRAMGLMRTM. Tratamiento de la coledocolitiasis de difícil manejo
4 mediante colangioscopia y litotripsia con láser: nueva tecnología para un viejo
· problema. Reporte de un caso Ricardo Cerón Castillo, Izanubia Frías Aguirre. [Online].; 2018
[cited 2020 ABRIL 15]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2018/cg183i.pdf>.
- 2 Antonio Alvarado González JTHC. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
5 intraoperatoria como opción segura y eficaz para tratamiento de coledocolitiasis, Alfonso Álvarez
. Manilla Orendain Alejandro Chávez Ayala,|| Ricardo Martín Lerma Alvarado, Luis Rodrigo
Arteaga Villalba, Alejan. [Online].; 2016 [cited 2020 AGOSTO 20]. Available from:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2016/ce163d.pdf>.

2 ESTRADA ECA. COLEDOCOLITIASIS; FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES
6 HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN- 2015. [Online].; 2017 [cited 2020 OCTUBRE 10].
. Available from: [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31885/1/CD-1476-
ALBAN%20ESTRADA.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31885/1/CD-1476-ALBAN%20ESTRADA.pdf).

2 Pedro Pimentel-Nunes MDRTPARMVADCAAFBPBABMCJHCLSMHM. Endoscopic
7 submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.
. [Online].; 2015 [cited 2020 OCTUBRE 20. Available from: [https://www.md-
digital.it/mip/images/pdf/gastro/Esdesge.pdf](https://www.md-digital.it/mip/images/pdf/gastro/Esdesge.pdf).

2 Villafuerte Jaramillo SC. COLEDOCOLITIASIS EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS DE
8 EDAD. [Online].; 2016 [cited 2020 OCTUBRE 28. Available from:
. [https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24132/2/Villafuerte%20Jaramillo%20Silvana
%20Cristina.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24132/2/Villafuerte%20Jaramillo%20Silvana%20Cristina.pdf).

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DATOS UTA

EBSCOHOST: Sánchez, C., Petric, G., Militza, D. (2015). Características clínico-patológicas y sobrevida de pacientes con coledocolitiasis residual. (Spanish). Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=2e2243d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=97230628>

EBSCOHOST: Baré, M., Galcerán, J., Ascunce, N., Zubizarreta, R. (2016). Efecto de resultados falsos positivos en reattendance en los programas de cribado de coledocolitiasis residual en España. Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=2e2243d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=76281377>

EBSCOHOST: Tonani, M., Carvalho, E. (2017). CHOLEDOCHOLITHIASIS RISK AND PREVENTIVE BEHAVIOR: PERSUASION AS AN INTERVENTION STRATEGY. 2 ecdcava@usp.br Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=2e2243d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=76281377>

EBRARY: Lachaise Cala, S., Benavides Lachaise, S. (2018) Aspectos bioéticos en el diagnóstico precoz de la coledocolitiasis Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10306911 &p00=cancer%20mama>

EBRARY: Sandín, B., Chorot, P. (2018). Screening del coledocolitiasis residual: afectación psicológica Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10623879 &p00=cancer%20mama>

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 3. Niveles de bilirrubinas durante la estancia hospitalaria

FECHA	BT	BD	BI	LIPASA	AMILASA	ALBUMINA
04/09/2019	2.92	2.25	0.67	56.1	80	3.1
11/09/2019	3.02	2.43	0.59	67.9	97	3.3
12/09/2019	3.28	2.66	0.62	62.5	76	

Anexo 2

Tabla 4. Biometría Hemática

BIOMETRÍA HEMÁTICA			
Recuento Leucocitario	16.00	Recuento Plaquetas	257
Recuento de glóbulos rojos	4.52	Neutrófilos %	91.1
Hemoglobina	14.3	Linfocitos %	3.3
Hematocrito	44.5	Monocitos %	3.8
Volumen corp. Medio	99	Eosinófilos %	1.3
Hemoglobina Cospus Media	31.6	Basófilos %	0.5
Concen HB Corp. Media	32.0		

Anexo 3

Tabla 5. Química Sanguínea

QUÍMICA			
Troponina	9.87	CLORO	104.0
Glucosa	238.9	NA	141
Urea en suero	36.6	K	3.33
Creatinina	1.0	CPK.	24

Anexo 4

Tabla 6. Uroanálisis

UROANÁLISIS			
Color	Ámbar	Proteínas	10
Aspecto	Lig. Turbi	Urobilinógeno	4
Densidad	1.013	Piocytes	0.5
PH	5.5	Hematíes	0.9
Bilirrubinas	1.00	Bacterias	2.0
Nitritos	-	CÉLULAS EPITELIALES	0.1
Hemoglobina	0.03		

Anexo 5

Ecografía abdominal 05/09/2019

Se realiza múltiples rastreos ecosonográficos del abdomen, observando.

Hígado: homogéneo de bordes regulares presenta ligero aumento de su tamaño, las venas portan y suprahepáticas son de calibre y trayecto normal.

Vías biliares: existe ligera dilatación de vías biliares intrahepáticas, el colédoco se encuentra dilatado y presenta una imagen ocupativa en el tercio medio y distal de su trayecto que mide 3.7 cm de longitud por 1.8 cm de ancho.

Paciente colecistectomizado.

Páncreas: la cabeza mide 2.0 cm, el cuerpo 1.4 cm y la cola 1.0 cm. De características normales.

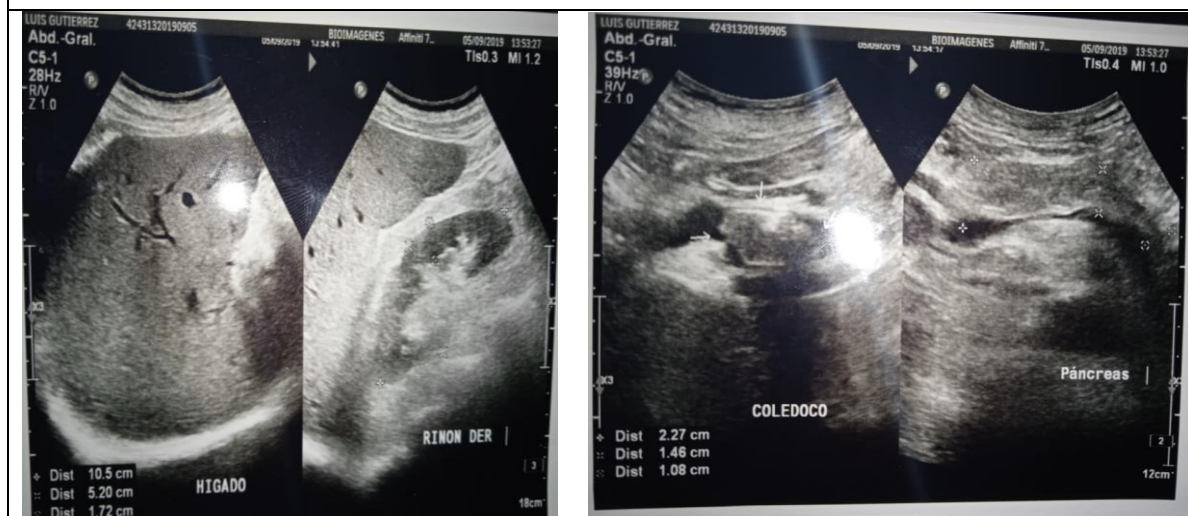
Riñón derecho: mide de largo 10.5 cm por 5.2 cm de ancho con un grosor en la corteza de 17 mm. De características normales.

Riñón izquierdo: mide de largo 10.6 cm por 5.6 cm de ancho con un grosor en la corteza de 16 mm. De característica normales.

Bazo: de tamaño y morfología conservado, mide 9.9 cm de longitud por 4.4 cm de ancho.

No se observan adenomegalias retroperitoneales ni de líquido libre en cavidad peritoneal.

Gráfico 3. Ecografía coledocolitiasis



Fuente: Bioimágenes 2019

Conclusiones:

- ✚ Proceso ocupativo del tercio medio y distal del colédoco de aspecto neoplásico, se acompaña de ligera dilatación de vías biliares.
- ✚ Ligera hepatomegalia.

Anexo 6

TAC 05/09/2019

Se realizaron cortes tomográficos axiales simples y contrastados de 5mm de espesor a nivel del abdomen y de la pelvis, previo a la administración de contraste oral, observando.

Reporte

Hígado de bordes regulares, presenta aumento de su tamaño y ligera dilatación de vías biliares intrahepáticas, no se observan procesos ocupativos a nivel del parénquima.

El colédoco se encuentra dilatado y presenta imagen ocupativa en su tercio distal con densidad del tejido blando que mide 3.0 cm de longitud por 2.2 cm de ancho.

Paciente colecistectomizado.

Páncreas homogéneo de tamaño normal en todos sus segmentos.

Riñones de forma, tamaño y posición normal, fase nefrográfica simétrica.

Bazo de tamaño y morfología conservado.

No se observan crecimientos ganglionares en el retroperitoneo ni masas en las glándulas suprarrenales.

Estómago de paredes finas con paso adecuado al medio de contraste hacia el duodeno y asas intestinales.

Vejiga de paredes engrosadas, de contenido homogéneo.

Próstata aumentada de tamaño, de bordes lobulares, se encuentra aumentada de tamaño de tamaño a expensas de la zona periuretral. La cual protruye hacia el piso vesical, mide 7.6 cm longitud por 8.0 cm de ancho y por 6.7 cm de anteroposterior con un peso aproximado de 219 gramos.

No existe líquido en cavidad peritoneal.

No se observa crecimientos ganglionares en cadenas ilíacas ni en las regiones inguinales.

A nivel de las partes blandas de la pared abdominal no se observan alteraciones.

Conclusiones

- ✚ Proceso ocupativo del tercer distal del colédoco de aspecto neoplásico, se sugiere complementar valoración con CPRE y colangiografía
- ✚ dilatación de las vías biliares intrahepática
- ✚ ligera hepatomegalia
- ✚ crecimiento prostático grado IV
- ✚ vejiga de esfuerzo.

Anexo 7

Colangiografía 05/09/2019

Se realizó estudio de resonancia magnética de abdomen en secuencias axiales y coronales potenciadas en t1 y t2, técnica de supresión grasa y reconstrucción en 3D de las vías biliares, observando:

Hallazgos

Hígado de bordes regulares presenta ligero aumento de su tamaño y moderada dilatación de las vías intrahepáticas, no se evidencian procesos ocupativos a nivel del parénquima:

El colédoco se encuentra dilatado en todo su trayecto, presenta cuatro imágenes ocupativas en el tercio medio distal que miden 24.6 mm, 13.8 mm, 15.6 mm, 9.2 mm de diámetro.

Paciente colecistectomizado.

Páncreas homogéneo de tamaño normal en todos sus segmentos.

Riñones de forma, tamaño y posición normal.

Bazo homogéneo de aspecto y tamaño conservado.

Las glándulas suprarrenales no presentan alteraciones.

No se evidencian adenopatías retroperitoneales ni líquido libre en cavidad peritoneal.

Conclusiones

- ✚ Ligera hepatomegalia
- ✚ Proceso ocupativo del tercio medio y distal del colédoco sugestivo de colédocolitiasis sin descartar otra etiología se sugiere completar con CPRE.
- ✚ Moderada dilatación de vías biliares intrahepática.

Anexo 8

CPRE 11/09/2019

Papila en la segunda porción duodenal intradiverticular, pequeño, sin drenaje de bilis, se cánula y contrasta selectivamente la vía biliar la cual es dilatada con 3 cálculos de aproximadamente 12, 15, 18 mm, las otra hepáticas son dilatadas, la terminación es menor diámetro se realiza esfinterotomía pequeña y dilatación con balón de 10 mm se realiza litotricia mecánica con lo que fractura los cálculos y se los extrae con canastilla y balón en la revisión no se encuentra más cálculos procedimiento sin complicaciones.

Anexo 9

Gráfico 4. Procedimiento de CPRE



Fuente: CPRE del paciente 2019

