

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

Título:

Comportamiento Clínico y Epidemiológico
de Colecistitis Xantogranulomatosa en Hospital Bautista
en el Periodo comprendido de Enero 2011 a Diciembre 2014.

Autor:

Dr. Juan Alfredo Jarquín Ortiz

Tutor:

Dr. Dudley Alberto Padilla Lacayo

Cirujano General

Asesor Metodológico:

Dr. Pablo Cuadra

Epidemiólogo

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso quien nos dio la vida y el privilegio de haber alcanzado una de las metas más importantes en el ámbito profesional

A mis padres, suegros, esposa e hijo, quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional.

A los pacientes del Hospital Bautista con quienes cada día se obtiene un aprendizaje nuevo y gracias a ellos he logrado realizar una gran cantidad de procedimientos quirúrgicos.

A mis compañeros de residencia del ser vicio de cirugía con quienes establecí una estrecha relación de trabajo, amistad y entrega con nuestros pacientes.

Y muy especialmente a los médicos de base del servicio de cirugía, quienes me brindaron todos sus conocimientos, consejos y enseñanzas para esta nueva etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso quien nos dio la vida y el privilegio de haber alcanzado una de las metas más importantes en el ámbito profesional.

A mis padres, suegros, esposa e hijos, quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional.

A los pacientes del Hospital Bautista con quienes cada día se obtiene un aprendizaje nuevo y gracias a ellos he logrado realizar una gran cantidad de procedimientos quirúrgicos.

A mis compañeros de residencia del servicio de cirugía, con quienes establecí una estrecha relación de trabajo, amistad y entrega con nuestros pacientes.

Y muy especialmente a los médicos de base del servicio de cirugía, quienes me brindaron todos sus conocimientos, consejos y enseñanzas para esta nueva etapa de mi vida.

OPINION DEL TUTOR

La enfermedad litiásica de la vesícula biliar es una de las patologías más frecuentes en cirugía general, sin embargo su frecuencia no garantiza el conocimiento y manejo de todas las formas de presentación de ésta enfermedad en sus formas agudas y crónicas.

La colecistitis Xantogranulomatosa es una de las más raras formas de presentación y su importancia diagnóstica radica en el diagnóstico diferencial para la enfermedad maligna de la vesícula biliar.

Conocer en nuestro medio la frecuencia de esta patología, diagnóstico y tratamiento, es algo importante para nuestros recursos en formación ya que permite atender el problema agudo o crónico y considerar el seguimiento diagnóstico hasta descartar malignidad.

Investigaciones como ésta revisten importancia para no solo conocer de este tipo de enfermedad a través de la literatura internacional, sino de conocer de ella en nuestra práctica diaria para saber qué hacer cuando nos enfrentemos con la misma.

Este estudio no cuenta con un gran número de casos pero al comparar nuestros resultados con investigaciones similares realizadas en otros países dedicados a la investigación médica, nos damos cuenta que su frecuencia es verdaderamente rara y es esta la razón por la que éste estudio reviste importancia para nuestro hospital y nuestro país.

Dr. Dudley Alberto Padilla Lacayo

Cirugía General

RESUMEN

Estudio para conocer el comportamiento clínico y epidemiológico de la colecistitis Xantogranulomatosa en el Hospital Bautista, entre enero 2011 a diciembre 2014.

Se trata de un estudio de serie de casos prospectivo de quince pacientes atendidos en el Hospital Bautista, durante el periodo antes mencionado, que se les realizó colecistectomía y con informe patológico de colecistitis Xantogranulomatosa.

El análisis de los datos cuantitativos se basó en tablas de frecuencia y para las variables cualitativas se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión. Para el análisis descriptivo de las variables se utilizó programa estadístico de SPSS 17.0.

Los resultados indican que el sexo masculino fue el más afectado (53.3%), el grupo de edad mayormente afectado fueron los mayores de 50 años (60%), la mayoría originarios del casco urbano (86.7%) y el nivel de escolaridad con mayor porcentaje fue el universitario con 53.3%.

El cuadro clínico predominante fue dolor abdominal (66.7%) asociado a náuseas (66.7%), vómito (66.7%) y fiebre (53.3%). El 40% de los pacientes eran diabéticos, la obesidad estuvo presente en un 40%, 6.7% eran hipertensos y el 20% no tenía patologías asociadas.

Con los hallazgos ecográficos 46.7% presentó Murphy sonográfico asociado a engrosamiento de la pared vesicular (60%), halo peri-vesicular (40%) y cálculos móviles (33.3%)

Los resultados de laboratorio se encontraban en rangos normales excepto las bilirrubinas totales encontrando valores entre 1 y 2mg/dl.

Los resultados de patología fueron concluyentes con el diagnóstico de Colecistitis Xantogranulomatosa.

El abordaje terapéutico fue 66.7% colecistectomía de urgencia por vía laparoscópica.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	JUSTIFICACION.....	3
IV.	OBJETIVOS.....	4
V.	MARCO TEORICO	5
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO	17
VII.	RESULTADOS	26
VIII.	DISCUSION DE RESULTADOS	29
IX.	CONCLUSIONES	31
X.	RECOMENDACIONES	32
XI.	BIBLIOGRAFÍA.....	33
XII.	ANEXOS.....	34

I. INTRODUCCIÓN

La Colecistitis Xantogranulomatosa (CXG) es una rara enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar, variedad de la colecistitis crónica. Ésta es una patología de baja prevalencia y difícil diagnóstico. (1)

La inflamación fibroxantogranulomatosa de la vesícula, el granuloma ceroide o el granuloma histiocítico de aspecto ceroide, son sinónimos de lo que se conoce como colecistitis xantogranulomatosa, entidad descrita por primera vez en 1970 por Christensen. (2)

Esta enfermedad inflamatoria es una variedad de la colecistitis crónica y aunque es poco común, cada vez es reconocida con mayor frecuencia por patólogos y clínicos, lo que en los últimos años ha provocado incremento en la frecuencia. Es más común que el cáncer de vesícula, como se informa en investigaciones realizadas en Japón. Fluctúa de 0.7 a 1.8% de todos los especímenes de colecistectomía en Estados Unidos, 1.2 a 10% en Japón y 10 a 13.2% en la India. (1)

Éste estudio pretende realizar una vista panorámica de ésta patología, describiendo las características clínicas, epidemiológicas, radiológicas y patológicas que presentan los pacientes asegurados adscritos a la empresa médica del Hospital Bautista.

A pesar de que esta patología está bien estudiada y descrita en la literatura, surgió el interés de conocer las características de esta enfermedad en personas de nuestro medio, comparando así las características de dicha patología con relación a la reportada por otros países.

II. ANTECEDENTES

En el Hospital General de Zona 33, Monterrey, Nuevo León, se realizó un muestreo de tipo censal de los últimos 3 años, el cual incluyó 4548 vesículas. Se analizaron los resultados del estudio histopatológico y se recolectaron en un formato establecido. Posteriormente se obtuvo la incidencia de neoplasias malignas de vesícula biliar en dicho hospital. El hallazgo histopatológico más común fue la colesterosis (26%), seguido de la colecistitis xantogranulomatosa con una incidencia de 0.94%. La incidencia de cáncer de vesícula biliar fue de 0.54% (25 casos), de los cuales el tipo más común fue el adenocarcinoma (incidencia de 0.48%). (3)

En el 2005, Perú. Se revisaron 191 historias de pacientes colecistectomizados con diagnóstico anatomopatológico de colecistitis crónica, dentro de los cuales se reportaron 6 casos de Colecistitis Xantogranulomatosa, dichos pacientes fueron operados la mayoría por sospecha de cáncer de vesícula o cáncer de hígado, y el resto, por cólico biliar o colecistitis aguda, que se desarrollaron en forma intercurrente en pacientes con neoplasia maligna en tratamiento o en seguimiento. Estos pacientes fueron operados en el Departamento de Abdomen del Instituto de Enfermedades Neoplásicas “Eduardo Cáceres Graziani” desde 1939 al 2004. (1)

En Abril del 2007, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. De un total de 1486 colecistectomías realizadas en el periodo de 2004-2006, se pesquisaron 48 casos con diagnóstico de Colecistitis Xantogranulomatosa, ya sea en forma difusa o focal. Se revisó historia clínica de estos pacientes consignando síntomas, signos, tiempo de evolución, hallazgos ecográficos, intraoperatorios y la anatomía patológica. (5)

III. JUSTIFICACION

La colecistitis xantogranulomatosa tiene una ocurrencia en vesículas resecaadas entre 1 y 2%. Desde la primera descripción de Colecistitis Xantogranulomatosa en 1970 por Christensen y Eshak, quienes usaron el término de inflamación fibroxantogranulomatosa, se han publicado múltiples reportes que describen características histológicas y radiológicas de ésta enfermedad.

Ésta patología ya conocida ampliamente y documentada en los libros de texto, es de baja incidencia, con unas características histopatológicas, radiológicas y clínicas bien definidas, para lo cual en el presente estudio el objetivo es conocer el comportamiento que tiene tanto clínico como epidemiológico en la población que atiende el Hospital Bautista.

Resulta interesante conocer el comportamiento que tiene ésta patología en nuestro medio ya que ésta podría ser la base de futuros estudios investigativos donde tanto estudiantes de medicina como residentes podrían darle seguimiento a éstos pacientes para conocer estilos de vida, ambiente laboral, comorbilidades, uso de medicamentos, etc.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el comportamiento clínico y epidemiológico de la Colecistitis xantogranulomatosa en el Hospital Bautista en el período comprendido de Enero 2011 a Diciembre 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características socio-demográficas de la población de estudio.
2. Establecer características clínicas de los pacientes.
3. Determinar los hallazgos ecográficos.
4. Precisar los hallazgos de laboratorio.
5. Mostrar los resultados de Anatomía patológica.
6. Describir el abordaje terapéutico de los pacientes.

V. MARCO TEORICO

Se define como colecistitis a la inflamación de la pared de la vesícula biliar y del revestimiento abdominal circundante. En el 85-90% de los casos es causada por cálculos, estasis biliar y bacterias. Puede ser aguda o crónica. (1)

Colecistitis Crónica

Alrededor de dos tercios de los pacientes con afección litiásica biliar presentan colecistitis crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de dolor, a menudo un cólico biliar designado sin precisión. El dolor aparece cuando un cálculo obstruye el conducto cístico y da por resultado un incremento progresivo de la tensión en la pared de la vesícula biliar. (2)

La colecistitis crónica asociada con litiasis o sin cálculos, es la patología más frecuente por la que se practican intervenciones quirúrgicas de la vesícula y vías biliares. Se presenta en pacientes por encima de los 40 años de edad, más raramente en menores, es más frecuente en el sexo femenino en proporción de 3 a 1, especialmente en mujeres obesas y multíparas. (1)

El estudio anatómo-patológico demuestra inflamación crónica de la mucosa y frecuentemente de las otras capas de la pared vesicular, secundaria a litiasis o a infecciones repetidas; en más del 90% de los casos la colecistitis crónica se acompaña de cálculos vesiculares. Debido a la inflamación, en ocasiones la vesícula puede estar distendida y en otras retraída por fibrosis (vesícula escleroatrófica). (1)

- **Cuadro Clínico:**

El cuadro clínico suele ser muy variable y confundirse con otros trastornos, puede presentarse con un ataque de dolor inicial o con síntomas poco manifiestos e incluso algunos casos pueden cursar asintomáticos; la sintomatología a menudo se presenta por episodios periódicos variables en acentuación y regresión. (1)

El dolor es el más frecuente de los síntomas, de intensidad variable que va desde un leve dolor hasta muy intenso (cólico biliar), acompañado a veces de náuseas y vómitos; el dolor se produce por distensión vesicular o por espasmos de la musculatura del órgano, se localiza en epigastrio e hipocondrio derecho, se irradia con frecuencia hacia la región escapular y al hombro derecho; cuando se manifiesta como un dolor persistente se presenta generalmente el signo de Murphy positivo que indica dolor en el punto cóstico. (1)

Otra manifestación sintomatológica es la dispepsia desencadenada o agravada por ingestión de alimentos grasos; los síntomas de la dispepsia son distensión abdominal postprandial, a menudo con eructos, digestión lenta, flatulencia y halitosis; náuseas y vómitos suelen acompañar a la dispepsia aunque generalmente se presentan con el dolor cólico. (1)

Es común que la afección litiásica biliar se presente en forma atípica. Sólo en 50% de los pacientes se relaciona con las comidas. Algunos enfermos refieren ataques más leves de dolor, pero lo relacionan con los alimentos. El dolor puede localizarse sobre todo en la espalda o el cuadrante superior izquierdo o inferior derecho. Puede haber meteorismo y eructos y vincularse con los ataques de dolor. En pacientes con una presentación atípica es necesario buscar otros padecimientos que causan dolor en el abdomen alto, incluso cuando existen cálculos biliares; pueden mencionarse enfermedad ulcerosa péptica, reflujo gastroesofágico, hernias de la pared abdominal, intestino irritable, afección diverticular, enfermedades hepáticas, cálculos renales, dolores pleurítico y miocárdico. (2)

Cuando el dolor dura más de 24 horas, debe sospecharse de un cálculo impactado en el conducto cóstico o colecistitis aguda. Un cálculo impactado tiene como resultado lo que se denomina hidropesía de la vesícula biliar. Se absorbe la bilis, pero el epitelio de la vesícula biliar no deja de secretar moco y se distiende este órgano con material mucinoso. Puede palpase la vesícula biliar pero casi nunca es sensible. La hidropesía de la vesícula biliar puede ocasionar edema, inflamación, infección y perforación de la pared de la vesícula biliar. Aunque la hidropesía puede persistir con pocas consecuencias a menudo está indicada una colecistectomía temprana a fin de evitar complicaciones. (2)

El examen clínico no demuestra mayores signos, en algunos pacientes puede encontrarse el signo de Murphy positivo; ocasionalmente se observa ictericia y coluria, sin embargo en la mayoría de estos casos existe patología de vías biliares asociada. (1)

- **Diagnóstico**

El diagnóstico de colecistitis crónica se basa en la historia clínica sobre todo en la anamnesis; la ecografía es el examen auxiliar más utilizado en la actualidad para confirmar el diagnóstico precisando el contenido vesicular y el estado de su pared. La TAC es otro examen de gran importancia para el diagnóstico, pero menos utilizada que la ultrasonografía, sobre todo por motivos económicos. Los estudios radiográficos de colecistografía y colangiografía aún son utilizados en lugares donde no se cuenta con equipos y/o especialistas en ecografía y TAC. (1)

El tratamiento de las colecistitis crónicas es esencialmente quirúrgico, la colecistectomía es la técnica por excelencia, siendo la cirugía laparoscópica la que ha ido desplazando en la actualidad a la laparotomía o cirugía convencional, que ha quedado reducida para algunos casos muy especiales o cuando se presentan complicaciones con la cirugía laparoscópica. El tratamiento médico es solamente sintomático y temporal, salvo algunos casos cuya cirugía es de gran riesgo. (1)

- **Morfología:**

Las alteraciones morfológicas de la colecistitis crónica son extraordinariamente variables, y a veces, mínimas. La serosa suele ser lisa y brillante, pero puede hallarse deslustrada por la fibrosis subserosa. Puede haber adherencias fibrosas debidas a la inflamación aguda previa. Al corte la pared muestra un engrosamiento variable, aunque raras veces alcanza un grosor triple del normal. La pared tiene un aspecto blanco grisáceo opaco y puede ser menos flexible que la normal.

En los casos no complicados la luz contiene una bilis mucosa bastante fluida de color verde amarillento, en general con cálculos. La mucosa propiamente dicha está conservada. (7)

En el estudio histológico, se observa una reacción inflamatoria de intensidad variable. En los casos más desarrollados, se encuentra una importante fibrosis subepitelial y subserosa, acompañada de infiltración por células mononucleares. La proliferación inflamatoria de la mucosa y la fusión de sus pliegues pueden dar lugar a criptas que se introducen en la pared vesicular bajo el epitelio. Las evaginaciones del epitelio de la mucosa en la pared (senos de Rokitansky-Aschoff) pueden ser prominentes. La superposición de las alteraciones inflamatorias agudas implican una exacerbación aguda en una vesícula con una lesión previa de tipo crónico. (7)

En casos raros, la extensa calcificación distrófica de la pared vesicular produce la vesícula en porcelana, notable porque en ella la incidencia de cáncer aumenta considerablemente. (7)

Colecistitis Xantogranulomatosa

En la *colecistitis xantogranulomatosa*, la vesícula biliar está retraída y muestra nódulos formados por histiocitos llenos de lípidos y mezclados con una exuberante respuesta de tejido fibroso. En general suele haber cálculos. Esta rara entidad puede confundirse macroscópicamente con una neoplasia maligna. Por último las vesículas biliares con obstrucción crónica pueden contener solo una secreción líquida, cuadro al que se conoce como hidropesía vesicular. (7)

La colecistitis xantogranulomatosa histológicamente se caracteriza por formaciones nodulares intramurales de color amarillo-café, fibrosis proliferativa secundaria a inflamación destructiva crónica e histiocitos espumosos. Esto produce engrosamiento de la pared vesicular con extensión a otras estructuras adyacentes o formación de fístulas por la ulceración de la mucosa (4)

La patogénesis es desconocida, pero es probable que la ruptura e infiltración intramural de la bilis y la mucina provenientes de la oclusión de los senos de Rokitansky-Ashoff sean las causas principales de la reacción xantogranulomatosa en la pared de la vesícula. También se ha mencionado que la inflamación crónica y los cálculos asociados con estasis biliar producen degeneración y necrosis de la pared vesicular, con la consecuente formación de abscesos intramurales, los cuales son reemplazados por xantogranulomas con histiocitos exógenos espumosos de células gigantes (4)

Generalmente es vista en mujeres adultas con síntomas de colecistitis crónica, y aunque es poco común, cada vez es reconocida con mayor frecuencia por patólogos y clínicos, lo que en los últimos años ha determinado un incremento en su frecuencia. Su prevalencia fluctúa entre 0,7 a 1.8% de todas las piezas de colecistectomía en Estados Unidos, 1.2 a 10% en Japón y 10 a 13% en la India. (8)

Radiológica y macroscópicamente la colecistitis xantogranulomatosa puede confundirse con cáncer de vesícula biliar, de ahí la importancia de diferenciar estas entidades clínicas, pues su pronóstico y evolución son completamente diferentes. (7) Si bien es una lesión benigna, puede tener un comportamiento agresivo por infiltración a otras estructuras, fistulización o perforación de la vesícula. (4)

La tomografía computarizada muestra engrosamiento parietal intenso de la vesícula o una masa en la fosa vesicular. El proceso inflamatorio crónico puede infiltrar el intestino o el parénquima hepático adyacente. Ningún método de diagnóstico por imágenes lo distingue del carcinoma vesicular, por lo que el diagnóstico queda definido a partir del estudio anatómico-patológico. (9)

La morbilidad por esta enfermedad es de 32% y no se dispone de datos en cuanto a la mortalidad. (9)

Colecistitis Aguda

La colecistitis aguda es una de las entidades patológicas más comunes entre los casos de abdomen agudo quirúrgico. Su presentación es más frecuente por encima de los 50 años de edad y es mayor la proporción del sexo femenino. La etiología calculosa de la colecistitis aguda llega al 95% de los casos; otras causas no litiásicas son las infecciones, el reflujo del jugo pancreático a la vesícula, bridas y neoplasias; en los ancianos puede presentarse obstrucción de la arteria cística por esclerosis produciendo la colecistitis aguda vascular con isquemia y necrosis. (1)

La patología de la colecistitis aguda está en relación generalmente con la obstrucción del flujo biliar, causada por un cálculo enclavado en el cuello o en el cístico que desencadena el cuadro inflamatorio agudo con distensión vesicular, edema y compromiso de la irrigación, a lo que se agrega proliferación bacteriana; la progresión puede llevar al empiema vesicular o a la necrosis y gangrena con perforación en cavidad libre (peritonitis) o perforación a la vía digestiva con la formación de fístulas e incluso producir obstrucción intestinal (íleo biliar) por el pasaje de cálculos grandes. En algunos casos puede suceder la movilización del cálculo que obstruía la vesícula y regresar el cuadro clínico si la patología no está muy avanzada, pero permanecen latentes las condiciones para un nuevo cuadro agudo. (1)

Clasificación Patológica: (10)

- ✓ Colecistitis edematosa: primer estadio (2 – 4 días) La vesícula tiene fluido intersticial con dilatación de capilares y linfáticos.
- ✓ Colecistitis necrotizante: segundo estadio (3 – 5 días) La vesícula cambia de edematosa a áreas de hemorragia y necrosis. Hay elevación de los leucocitos.
- ✓ Colecistitis supurativa: tercer estadio (7 – 10 días) La pared de la vesícula tiene áreas de necrosis y supurativa. Pueden haber abscesos pericolecísticos.
- ✓ Colecistitis crónica: ocurre después de que han ocurrido ataques de colecistitis aguda y se caracteriza por atropía de la mucosa y fibrosis en la pared de la vesícula. Puede ser causada por la irritación crónica por cálculos grandes los que pueden inducir colecistitis aguda.

Complicaciones de la colecistitis Aguda: (10)

- ✓ Perforación de la pared de la vesícula
- ✓ Peritonitis biliar
- ✓ Abscesos pericolecísticos
- ✓ Fístula biliar

Formas especiales de colecistitis aguda: (10)

- ✓ Colecistitis acalculosa
- ✓ Colecistitis Xantogranulomatosa
- ✓ Colecistitis enfisematosa
- ✓ Torsión de la vesícula biliar

Criterios diagnósticos para colecistitis aguda TG13 (10)

- A. Signos locales de inflamación
 - a. Signo de Murphy positivo
 - b. Dolor en cuadrante superior derecho/Masa palpable
- B. Signos sistémicos de inflamación
 - a. Fiebre
 - b. Elevación del PCR
 - c. Elevación de los niveles de globulos blancos
- C. Características de imagen
 - a. Murphy sonográfico
 - b. Aumento del diámetro de la pared vesicular mayor o igual a 4mm
 - c. Aumento de volumen de la vesícula biliar
 - d. Cálculo no móvil en el cuello vesicular
 - e. Halo perivesicular

Sospecha diagnóstica: un ítem en A + un ítem en B

Diagnóstico definitivo: un ítem en A + un ítem en B + C

- **Cuadro Clínico**

En el 80% de los casos de colecistitis aguda existe historia previa de sintomatología vesicular, el cuadro agudo se presenta generalmente en forma brusca y en otros casos puede ser progresivo. El síntoma más común es el dolor intenso en cuadrante superior derecho o en epigastrio con irradiación escapular en el 40% de los casos, se acompaña de náuseas y vómitos en el 85%. (1)

Al examen clínico se encuentra dolor en hipocondrio derecho con hiperestesia y defensa muscular; en algunos casos puede palparse la vesícula y en otros la presencia de un plastrón vesicular después de varias horas. Es común la presencia de fiebre con o sin escalofríos previos. La ictericia es relativamente poco frecuente, así como la coluria, generalmente se deben a edema u otra forma de obstrucción de las vías biliares. (1)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otros cuadros de abdomen agudo y con algunos procesos dolorosos extra-abdominales. (1)

Los exámenes de laboratorio casi siempre demuestran leucocitosis; el aumento de bilirrubina corrobora la ictericia lo mismo que la detección de elementos biliares en la orina. (1)

El examen auxiliar más útil para el diagnóstico es la ecografía o la TAC, a falta de estos puede ser útil la radiografía simple de abdomen e incluso una colangiografía endovenosa, estos estudios pueden demostrar cálculos radiopacos, presencia de gas en vesícula (infección por clostridium) o aire por la presencia de una fístula. (1)

- **Complicaciones**

En la evolución de las colecistitis agudas pueden presentarse complicaciones como perforación en cavidad libre (peritonitis aguda) o perforación crónica al ser bloqueada, generalmente por epiplón con formación de abscesos subhepáticos o intrahepáticos. (1)

Fístulas, las más frecuentes son al duodeno, le siguen con menos frecuencia al colon y al estómago; por las fístulas pueden pasar cálculos desde la vesícula, si son de gran tamaño producen obstrucción al detenerse en la válvula ileocecal, cuando se trata de fístulas colecistoduodenales. Las colangitis y pancreatitis se presentan por la obstrucción del colédoco terminal al migrar los cálculos. (1)

- **Tratamiento**

Desde hace muchos años se discute sobre la necesidad de una intervención quirúrgica de urgencia; se han esgrimido múltiples razones por uno y otro lado; sin embargo está plenamente aceptado que el tratamiento operatorio, sea de urgencia o electivo es el procedimiento más adecuado; como conclusión de esta discusión se puede afirmar que la oportunidad de la operación debe estar con relación a la evolución del cuadro clínico; si progresa en su gravedad se impone la cirugía de urgencia, pero si la evolución es satisfactoria la operación puede ser postergada. La cirugía laparoscópica es la mayormente utilizada. El tratamiento médico debe iniciarse de inmediato con hidratación y antibióticos. (1)

El plan de tratamiento es el siguiente: (9,6)

TRATAMIENTO MÉDICO: (9,6)

El paciente con diagnóstico de colecistitis aguda debe ingresar en la sala de cirugía y, previa valoración del estado general, se debe:

1. Indicar dieta absoluta y control de constantes y diuresis.
2. Cateterizar vía venosa periférica para fluidoterapia i.v. y extracción sanguínea para: hemograma, gasometría, ionograma, bilirrubina, amilasa, transaminasas y fosfatasa alcalina, hemocultivos y sistemático de orina.
3. Colocar sonda nasogástrica que evite el estímulo de la contracción vesicular, el íleo paralítico y la dilatación gástrica.
4. Controlar el dolor con: metamizol a dosis de 2gr /8h / iv, o- como rescate administrar meperidina parenteral (75-100 mgr cada 3 horas).

5. Administrar sueros salinos guiados por el grado de deshidratación y el ionograma. Esta medida es especialmente importante en pacientes con colecistitis complicadas, insuficiencia prerrenal o inestabilidad hemodinámica.
6. Aunque la infección bacteriana no parece jugar un papel primario en la patogenia de la colecistitis aguda, se aconseja el empleo de antibióticos desde el primer momento, antes de la confirmación del diagnóstico, ya que está demostrado que disminuye las complicaciones supurativas (empiema vesicular, colangitis ascendente) y las infecciosas postquirúrgicas.
A pesar de la alta frecuencia de las infecciones de las vías biliares, existen pocos estudios prospectivos controlados que permitan recomendar unas pautas concretas de antibióticos. La elección del antibiótico se suele basar en la gravedad del cuadro clínico, las características de los pacientes y la flora bacteriana que más comúnmente se halla en cada situación.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (9,6)

Establecido el diagnóstico de colecistitis aguda, está indicada la colecistectomía, si bien se debe decidir el momento y la forma.

I. Colecistectomía de urgencia. (9,6)

Debe ser realizada tan pronto como lo permita la situación hemodinámica del paciente.

Los criterios que indican esta actitud son:

- Clínicos y analíticos:

- a) Evidencia de peritonitis generalizada o de empiema;
- b) Estado tóxico
- c) Aumento del dolor
- d) Fiebre superior a 39°C
- e) Leucocitosis de 20,000/ml o mayor
- f) Aparición de masa abdominal
- g) Tensión sistólica menor de 90 mmHg
- h) Obstrucción intestinal
- i) Ictericia.

- Ecográficos:

- a) Líquido perivesicular
- b) Gas en pared o luz vesicular
- c) Edema de pared vesicular
- d) Líquido libre abdominal.

Cuando el tratamiento de urgencia está indicado, pero se considera que el riesgo quirúrgico de la colecistectomía es muy elevado, se debe valorar la posibilidad de realizar una colecistostomía abierta o percutánea bajo anestesia local o un drenaje transparieto-hepático de la vesícula dirigido por ECO/ TAC. (9)

II. Colecistectomía antes de las 72 horas. (9,6)

Si en el paciente no se hallan criterios de urgencia, se debe proseguir con el tratamiento médico general, concluir los estudios iniciados y realizar la colecistectomía antes de las 72 horas del comienzo del cuadro clínico. La colecistectomía realizada en ese tiempo reduce la estancia hospitalaria y las recidivas y facilita la disección de las vías biliares. (9,6)

III. Colecistectomía a las 6-8 semanas. (9,6)

Si cuando se atiende al paciente por primera vez o se llega al diagnóstico han transcurrido más de 72 horas, entonces se debe proseguir el tratamiento médico iniciado y esperar la inactivación del proceso (“enfriamiento”). Pasadas esas primeras 72 horas, la extensión de la inflamación dificulta la disección de las vías biliares y aumentan las complicaciones quirúrgicas. Si la evolución es favorable el paciente puede ser dado de alta y la colecistectomía se realiza 6-8 semanas más tarde. Si la evolución del paciente no es favorable (reaparece el dolor, fiebre, leucocitosis, toxicidad sistémica) se indicara la colecistectomía de urgencia sin esperar a que pasen las 6 semanas.

Tipos de colecistectomías: (9,6)

1. Colecistectomía abierta: con toma de bilis para cultivo y colecistografía sistemática, excepto cuando la situación del paciente sea muy grave. Mantener los antibióticos entre 2 y 7 días, con adaptación de los resultados bacteriológicos del antibiograma.
2. Colecistectomía laparoscópica: con toma de muestra de bilis y colangiografía laparoscópica (con extracción vía endoscópica retrógrada de los cálculos coledocianos que hubiere, y si fueran de gran tamaño empleando el coledoscopio flexible o convirtiendo la técnica en abierta; otras causas de conversión en colecistectomía abierta serían: múltiples adherencias, perforación vesicular, rotura de la arteria cística o conductos biliares, no visualización de la unión cístico-hepático común, cirugía previa en hemiabdomen superior o más de 72h de evolución) . Se ha convertido en la actualidad en la técnica de elección; sin embargo, para su realización se requiere: la disponibilidad de un cirujano con experiencia demostrada en colecistectomía laparoscópica y capacitado para convertirla en abierta si fuera preciso.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO (MATERIAL Y METODO)

1. Tipo de estudio:

Descriptivo: Estudio Serie de casos, prospectivo.

2. Área de estudio:

Hospital Bautista, Managua

3. Población de estudio:

15 pacientes a quienes se les realizó colecistectomía y que fueron reportados en el informe de patología del Hospital Bautista como Colecistitis Xantogranulomatosa en el periodo 2011-2014.

4. Criterios de inclusión

- a. Pacientes a quienes se les realizó colecistectomía en el periodo comprendido de enero del 2011 a diciembre del 2014
- b. Pacientes con reporte de estudio histopatológico con el diagnóstico de colecistitis xantogranulomatosa.
- c. Pacientes con estudios de imágenes (ultrasonido abdominal) y exámenes de laboratorio existentes en el expediente clínico

5. Criterios de exclusión:

- a. Pacientes con información básica incompleta
- b. Expediente clínico no existente o incompletos en los archivos del hospital.

7. Fuente de información

La fuente de información fue secundaria, de los expedientes clínicos, los cuales fueron solicitados a través de un listado al servicio de Estadísticas

8. Técnicas e instrumento para la recolección de datos

La técnica utilizada fue revisión documental, teniendo como instrumento una guía de revisión de expedientes (Ver anexo). La guía buscó información sobre:

- Características sociodemográficas de los pacientes.
- Características clínicas
- Hallazgos radiológicos de los pacientes
- Resultados de laboratorio
- Hallazgos de patología de los pacientes.
- Abordaje terapéutico de los pacientes.

Técnicas y procedimientos para recolectar la información:

(Técnicas de recolección de la información)

El investigador llenó el instrumento de recolección revisando todos los expedientes de los pacientes a las que se les realizó el estudio.

La recolección se hizo a través del llenado de una ficha de recolección estructurada que evaluó los siguientes acápite:

- Características sociodemográficas de los pacientes.
- Características clínicas y hallazgos radiológicos de los pacientes
- Hallazgos de patología de los pacientes.
- Abordaje terapéutico de los pacientes.

Instrumentos:

1. Ficha de recolección.
2. Expediente clínico.

8. Procesamiento y análisis de los datos

Creación de base de datos:

La información que se obtendrá a través de la aplicación del instrumento se introdujo en una base de datos utilizando el programa SPSS 17.0 versión para Windows (SPSS Inc 2009)

Estadística descriptiva

Las variables serán descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés (sean variables categóricas o variables cuantitativas).

Variables categóricas (conocidas como cualitativas):

Se describirá en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos se mostrarán en tablas de contingencia simples. Los datos se ilustraran usando gráficos de barra.

Variables cuantitativas:

Para variables cuantitativas se determinaran según estadígrafos de tendencia central y de dispersión. Los estadígrafos que se utilizaran están en dependencia del tipo de distribución de los valores de la variable (normal o no normal-asimétrica). Para variables con distribución normal se usaran la media (promedio) y la desviación estándar (DE). Para variables con distribución asimétrica se usan mediana, rango. Las variables cuantitativas estarán expresadas en gráficos histograma.

Para el análisis descriptivo de las variables se usó el programa estadístico de SPSS 17.0.

Variables según objetivo específico

Para el objetivo 1: Identificar las características socio-demográficas

Sexo, Edad, Procedencia, Factores de riesgo (Sexo, Obesidad, colecistitis crónica)

Para el objetivo 2: Establecer características clínicas

Dolor abdominal, ictericia, coluria, acolia, fiebre, náuseas y vómitos.

Para el objetivo 3: Determinar los hallazgos ecográficos

Ultrasonido abdominal

- Vesícula Biliar: diámetro de la pared, volumen, presencia de cálculos móviles o no móviles, halo perivesicular, Murphy sonográfico.

Para el objetivo 4: Precisar los hallazgos de laboratorio

BHC: hematocrito, leucocitos, segmentados.

Perfil hepático completo: TGO, TGP, GGT, bilirrubina total, directa e indirecta, fosfatasa alcalina. Amilasa, lipasa

Para el objetivo 5: Mostrar los resultados de anatomía patológica

Vesícula biliar con engrosamiento de las paredes, nódulos con histiocitos y tejido fibroso, nódulos interanuales.

Para el objetivo 6: Describir el abordaje terapéutico

Tipo de abordaje

Cirugía de urgencia o Cirugía electiva.

Tipo de cirugía

Colecistectomía por laparoscopia o colecistectomía convencional

9. Operacionalización de Variables:

Variable	Definición operativa	Dimensiones	Indicador	Valor o categorías	Escala de medición de la variable
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento de la realización del estudio.		Expediente	Años 31-40 51-60 61-70	Cuantitativa continua
Sexo	Características externas que diferencia al hombre de la mujer.		Expediente	Masculino Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de realizar el estudio.		Expediente	Ninguna Primaria Secundaria Técnico Medio Universitario	Cualitativa ordinal polinómica
Procedencia	Área geográfica de residencia del paciente		Expediente	Urbano Rural	Cualitativa nominal dicotómica
Hallazgos de patología	Características histopatológicas de la vesícula biliar, que se describen en el informe de patología de cada paciente		Reporte de patología		
		Color pardo amarillento de la mucosa de la vesícula	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Nódulos intramurales	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Tejido fibroso de la pared	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica

Comportamiento de Colecistitis Xantogranulomatosa 2011 –2014

Variable	Definición operativa	Dimensiones	Indicador	Valor o categorías	Escala de medición de la variable
		Presencia de histiocitos intramurales	Ídem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Reacción granulomatosa	Ídem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Expediente clínico	Expediente		
		-Diabetes Mellitus	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		-Hipertensión arterial	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		-Cardiopatía	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		-Obesidad	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica

Comportamiento de Colecistitis Xantogranulomatosa 2011 –2014

Variable	Definición operativa	Dimensiones	Indicador	Valor o categorías	Escala de medición de la variable
Características clínicas	Signos y síntomas que presentan los pacientes en el momento de su ingreso al hospital y al momento de la programación de la cirugía.		Expediente clínico		
		Dolor abdominal	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Fiebre	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Nauseas	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Vómito	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Diarrea	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Asintomático	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica

Comportamiento de Colecistitis Xantogranulomatosa 2011 –2014

Variable	Definición operativa	Dimensiones	Indicador	Valor o Categorías	Escala de medición de la variable
Reporte de laboratorio	Resultados de exámenes de laboratorio de los pacientes incluidos el estudio		Informe de laboratorio		
		Hematocrito Leucocitos Segmentados	Idem	Aumentadas Normales	Cualitativa nominal
		Bilirrubinas totales y fraccionadas TGO, TGP, GGT	Idem	Aumentadas Normales	Cualitativa nominal
		Amilasa Lipasa	Idem	Aumentados Normales	Cualitativa nominal
Manejo terapéutico	conducta empleada para el manejo de la enfermedad hasta establecer diagnóstico definitivo		Expediente clínico	-Observación y estudio. -Tratamiento electivo. -Tratamiento de urgencia.	Cualitativa ordinal
Características ecográficas	características de la vesícula biliar y árbol biliar reportado en el informe de ultrasonido		Reporte de ultrasonido		
		Murphy sonográfico	Idem	Si, No	Cualitativa nominal dicotómica
		Espesor de la pared de la vesícula biliar	Idem	Gruesa Fina	Cuantitativa continua
		Halo perivesicular	Idem	Presente, Ausente	Cualitativa nominal dicotómica
		Volumen de la vesícula biliar	Idem	Aumentado Normal	Cuantitativa
		Cálculo Vesícula Biliar	Idem	Móvil No móvil	Cuantitativa

Comportamiento de Colecistitis Xantogranulomatosa 2011 –2014

Variable	Definición operativa	Dimensiones	Indicador	Valor o Categorías	Escala de medición de la variable
Tratamiento quirúrgico	vía empleada para la ablación de la vesícula biliar			Colecistectomía laparoscópica Colecistectomía convencional Otros	Cualitativa nominal politómica
Evolución quirúrgica				Sin complicaciones Con complicaciones	Cualitativa nominal dicotómica
Principales complicaciones				Listado	Cualitativa nominal politómica

VII. RESULTADOS

Para el objetivo número 1: Características Socio-demográficas

El grupo de edad con mayor porcentaje fue el mayor de 53 años con un 60%, seguido de 33,3% el grupo de 41 a 50 años y un 6,7% para el grupo de 20 a 30 años.

El sexo masculino obtuvo un 53,3%, en cambio el femenino fue de 46,7%.

La mayoría de la población de estudio era originaria del área urbana con 86,7% con una minoría del área rural para un 13,3%.

Según el nivel de escolaridad, el mayor porcentaje se ubica en el nivel universitario con 53,3% seguido de 26,7 y 20% para el nivel técnico medio y secundaria respectivamente.

Para el objetivo número 2: Características clínicas

La distribución de la sintomatología fue la siguiente: El 66,7% presentó dolor abdominal al igual que náuseas (66.7%) y vómitos (66.7%) seguido de fiebre (53.3%) y únicamente el 33,3% de los pacientes estaba asintomático.

El 40% de los pacientes eran diabéticos al igual que obesos, 6.7% tenían hipertensión arterial y un 20% padecían de algún tipo de cardiopatía. El 33.3% de los pacientes no tenían patologías asociadas.

Para el objetivo número 3: Hallazgos ecográficos

El 46,7% tenía Murphy positivo, la pared vesicular estaba engrosada en un 60%, el halo peri-vesicular presente en el 40% de los pacientes y cálculos móviles en un 33.3%. Sólo el 13% de los pacientes tenía aumento de volumen de la vesícula biliar.

Para el objetivo número 4: Hallazgos de laboratorio

Los resultados de hematocrito oscilaron entre 36 y 46% teniendo mayores picos entre 36 y 38%. Con relación a los leucocitos, se obtuvieron valores desde 6,000 mm³ hasta 20,000 mm³ con una prevalencia entre 6,000 mm³ y 8,000 mm³.

Los segmentados tenían valores entre 30 y 90%, observando en el histograma una campana concentrándose los valores entre 50 y 70%.

El resultado de plaquetas mostró valores entre 200,000 mm³ y 500,000 mm³, concentrando un mayor porcentaje entre 300,000 mm³ y 400,000 mm³.

Las bilirrubinas totales habían valores entre 1mg/dl y 4mg/dl con una prevalencia entre 2mg/dl y 3mg/dl. En relación al diferencial, la bilirrubina directa osciló entre 0mg/dl y 1mg/dl, al igual que la bilirrubina indirecta.

El valor de fosfatasa alcalina osciló entre 50U/l y 300U/l, con una tendencia de mayor prevalencia entre 50U/l y 100U/l.

Las transaminasas reportaron: GOT: valores entre 0mu/ml y 200 mu/ml con un mayor número entre 100 mu/ml y 200 mu/ml; GPT: valores entre 0 mu/ml y 250 mu/ml manteniendo en general valores entre 150 mu/ml y 250 mu/ml; GGT: con valores entre 0 mu/ml y 1000 mu/ml, con una mayor prevalencia entre los valores de 0 mu/ml a 200 mu/ml.

Los valores de Amilasa sérica se obtuvieron valores entre 40U/l y 100U/l, con picos entre 40U/l y 50U/l.

La glicemia osciló entre 90mg/dl y 210mg/dl, con mayor número de pacientes con resultados entre 90mg/dl y 120mg/dl.

Para el objetivo número 5: Resultados de anatomía patológica

Los hallazgos de patología descritos en la revisión de la pieza quirúrgica encontramos los siguientes resultados:

100% de los pacientes reportaron tejido fibroso, color pardo-amarillento en la pieza, histiocitos intramurales, nódulos intramurales y sólo 6.7% de pacientes tenían reacción granulomatosa.

Para el objetivo número 6: Abordaje terapéutico

El 66.7% de los pacientes se les realizó tratamiento de urgencia y el 33.3%, fue tratamiento electivo.

Al 100% de los pacientes se les realizó colecistectomía por laparoscopia.

VIII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El grupo de edad que prevaleció en el estudio fue el mayor de 53 años. En los diferentes estudios consultados reportan un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de edad comprendido de 50 y 60 años. (1,2,3)

Con relación al sexo, hubo un ligero incremento del sexo masculino sobre el femenino, contrario a lo que se cita en la literatura consultada, en la cual el sexo femenino es quien prevalece ya que éstas son las que más acuden a consulta a las diferentes unidades de salud. (1,2,3,4)

La mayor concentración de la población estudiada era originaria del área urbana. Contrario a lo citado en artículos sobre epidemiología de la colecistitis aguda en la cual hay una prevalencia de la población del área rural. (1,2,3)

El nivel universitario fue el nivel de escolaridad que prevaleció. En cambio, en la literatura se reporta que la mayor población con este tipo de patologías son de áreas socio-económicas media-baja y de baja escolaridad. (1,2,3,4)

La mayoría de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente durante el cuadro clínico de colecistitis aguda. Un mínimo de pacientes fue intervenido de manera electiva. Lo cual se correlaciona con los estudios realizados en Chile y Perú donde se realizaron procedimientos de urgencia a pacientes con cuadros clínicos que orientaban a cáncer de vesícula en los cuales se realizaron colecistectomía convencional a la mayoría de los pacientes. (3,4,5,6)

Las patologías asociadas de los pacientes estudiados fueron: la obesidad y la diabetes presentaron el mayor porcentaje en comparación a hipertensión y cardiopatías, y una minoría de los pacientes no tenían patologías asociadas. Cabe mencionar que la diabetes es una de las patologías que se relaciona con mayor porcentaje de complicaciones de la patología biliar según la literatura. (4,5,6)

Un mayor número de pacientes tenían hallazgos ecográficos sugestivos de colecistitis aguda. Teniendo en consideración que según la literatura consultada, no existe un patrón característico que hable sobre colecistitis xantogranulomatosa, pero en general se reportan datos de colecistitis aguda los que se pueden confirmar con un estudio de Tomografía, ya que en general cáncer de vesícula biliar y colecistitis Xantogranulomatosa se pueden definir únicamente por hallazgos de anatomía patológica. (4,9,10)

Los resultados de laboratorio estaban oscilando dentro de los valores normales en la mayoría de los pacientes estudiados, contrario a lo que se cita en la literatura, ya que uno de los criterios para definir colecistitis aguda es precisamente la alteración en los exámenes de laboratorio, donde se puede encontrar leucocitosis con elevación de los segmentados y pruebas hepáticas alteradas. (3,7)

Los hallazgos de anatomía patológica encontrados en el presente estudio son los que definen el diagnóstico de colecistitis xantogranulomatosa y fueron: color pardo-amarillento en la pieza, histiocitos intramurales, nódulos intramurales y únicamente 1 pacientes presentó además de la colecistitis xantogranulomatosa, una reacción granulomatosa como un hallazgo distinto en relación a lo esperado en la patología antes mencionada. (5)

A la mayoría de los pacientes se les realizó una cirugía de urgencia la cual fue colecistectomía por laparoscopia. Con el pasar de los tiempos el manejo de la colecistitis aguda ha tenido muchos cambios, los cuales en la actualidad la tendencia es realizar la cirugía en las primeras 72 horas de evolución. Los pacientes que fueron intervenidos como cirugía electiva, fueron pacientes que llegaron con el diagnóstico de colelitiasis, se les programó la cirugía y no se conocía si éstos habían presentado hospitalizaciones por cuadros agudos de colecistitis. Cabe mencionar que existe aún una corriente de cirujanos que manejan la colecistitis aguda conservadoramente para luego realizar cirugía electiva y ésta puede ser una de las causas por las cuales éstos pacientes no presentaban datos de enfermedad aguda al momento de realizar el estudio. Con la llegada de la cirugía laparoscópica, se han establecido procedimientos quirúrgicos como “gold standard” y en el caso de laparoscopia se definen algunos como: HELLERLAP, NISSENLAP, Colecistectomía laparoscópica, entre otros. (4,5,6)

IX. CONCLUSIONES

1. Con relación a las características socio-demográficas fueron las siguientes: edad mayor de 53 años, sexo masculino, originarios del casco urbano y el nivel universitario fue el nivel académico que prevaleció.
2. Las características clínicas fueron: dolor abdominal al igual que náuseas, vómitos, fiebre y una minoría estaban asintomáticos. El 40% de pacientes eran diabéticos y Obesos y sólo un 33% no tenían patologías asociadas.
3. Los hallazgos ecográficos reportados fueron de mayor a menor porcentaje: pared vesicular engrosada Murphy sonográfico, halo peri-vesicular, aumento de volumen de la vesícula biliar.
4. Los resultados de laboratorio fueron variados pero globalmente estaban en rangos normales, hematocrito, leucocitos, segmentados, Perfil hepático. El único valor que osciló en rangos altos fue la Bilirrubina Total los cuales variaron entre valores de 1mg/dl y 2mg/dl.
5. Los resultados de patología fueron tejido fibroso, color amarillo, histiocitos intramurales, nódulos intramurales y reacción granulomatosa, los cuales definen la Colecistitis Xantogranulomatosa.
6. El abordaje terapéutico en general fue cirugía de urgencia y a todos los pacientes se les realizó colecistectomía por laparoscopia.

X. RECOMENDACIONES

1. Al servicio de Cirugía del Hospital Bautista, realizar un seguimiento a los pacientes que fueron estudiados en el presente trabajo buscando evolución clínica de los mismos. Esto en vista de que la colecistitis Xantogranulomatosa es diagnóstico diferencial de Cáncer de Vesícula Biliar.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Cirugía General. Vesícula y Vías Biliares. Dr. A. Cueva Pacheco, O. Salaverry. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 1999.
2. Schwartz Principios de Cirugía. Dr. F. Charles Brounicardi, D. Andersen, A. Biliar, D. Dunn, J. Hunter. 8ª edición, Vol. II. 2005.
3. Adenocarcinoma de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a colecistectomía. Academia Mexicana de Cirugía. Volumen 73, número 2, Marzo-Abril 2005.
4. Epidemiología de la colecistitis Xantogranulomatosa. Academia Mexicana de Cirugía. Volumen 73, número 1, Enero-Febrero 2005
5. Colecistitis Xantogranulomatosa: Análisis de 6 casos. G. Reaño, J. Sánchez, E. Ruiz, J. Celis, E. Payer, F. Berrospi, I. Chávez, F. Young, F. Doimini. Revista gastroenterología Perú 2005; 25: 93-100
6. Robbins Patología Estructural y Funcional. Cotran, Kumar, Collins. 6ª edición. México DF 2000.
7. Características clínicas y epidemiológicas de la colecistitis crónica xantogranulomatosa. P. Laime, C. Martínez, D. Martínez, P. Martínez, C. Benavidez, C. Molina. Revista Chilena de Cirugía. Vol 59 – N° 2, Abril 2007; págs. 122 – 126.
8. TC de Cuerpo, Secretos. John G. Strang, Vikam Dogra. Ediciones Journal. 2009.
9. Urgencias Médicas Digestivas. Dr. F. Melgarejo, Dra. M. Morales. Málaga. 2010
10. Actualización de las Guías de Tokyo para Colecistitis Aguda y colangitis Aguda. 2013. J. Hepatobiliary Pancreat Sci 20:8 – 23; 35 – 46.
11. <http://es.wikipedia.org/wiki/Comorbilidad>

XII. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES OBJETO DEL ESTUDIO

Edad:	Sexo:	Escolaridad:	Procedencia:
20 – 30 años	Masculino	Primaria	Rural
31 – 40 años	Femenino	Secundaria	Urbano
41 – 50 años		Técnico Medio	
> 51 años		Universitario	

DATOS CLINICOS, RADIOLOGICOS, DE LABORATORIO DE PACIENTES OBJETO DEL ESTUDIO

Hallazgos de Patología:	Comorbilidades:	Características Clínicas:
Color pardo amarillento de la mucosa de la vesícula	Diabetes Mellitus	Dolor Abdominal
Nódulos intramurales	Hipertensión Arterial	Fiebre
Tejido fibroso intramural y pared	Cardiopatía	Nauseas
Presencia de Histiocitos intramural	Obesidad	Vómitos
Reacción granulomatosa	Otros	Ictericia
		Asintomático

<p>Hallazgos Radiológicos:</p> <p>Murphy sonográfico</p> <p>Espesor de la pared de la vesícula biliar</p> <p>Halo peri-vesicular</p> <p>Volumen de vesícula biliar</p> <p>-Aumentado</p> <p>-Normal</p> <p>Cálculo</p> <p>-Móvil</p> <p>-No móvil</p>	<p>Reporte de Laboratorio:</p> <p>BHC: Hto: ___ Leu: ___ Seg: ___ Pla: ___</p> <p>Bilirrubina Total: _____</p> <p>Bilirrubina Directa: _____</p> <p>Bilirrubina Indirecta: _____</p> <p>Fosfatasa Alcalina: _____</p> <p>SGOT: _____</p> <p>SGPT: _____</p> <p>GGT: _____</p> <p>Amilasa: _____</p> <p>Glicemia _____</p>
<p>Manejo Terapéutico:</p> <p>Observación y estudio</p> <p>Tratamiento Electivo</p> <p>Tratamiento de Urgencia</p>	<p>Manejo Quirúrgico:</p> <p>Colecistectomía laparoscópica</p> <p>Colecistectomía convencional</p> <p>Otros</p>

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla 1: Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 - 30 años	1	6.7	6.7	6.7
	41 - 50 años	5	33.3	33.3	40.0
	> 51 años	9	60.0	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 2: Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	8	53.3	53.3	53.3
	Femenino	7	46.7	46.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 3: Procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbana	13	86.7	86.7	86.7
	Rural	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 4: Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Secundaria	3	20.0	20.0	20.0
	Técnico Medio	4	26.7	26.7	46.7
	Universitario	8	53.3	53.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

CARACTERISTICAS CLINICAS

Tabla 5: Dolor Abdominal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	10	66.7	66.7	66.7
	NO	5	33.3	33.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 6: Fiebre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	8	53.3	53.3	53.3
	NO	7	46.7	46.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 7: Nauseas

		Frecuencia	Porcentaje	%válido	% acumulado
Válidos	SI	10	66.7	66.7	66.7
	NO	5	33.3	33.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 8: Vómitos

		Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Válido
Válidos	SI	10	66.7	66.7	66.7
	NO	5	33.3	33.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 9: Asintomático

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	5	33.3	33.3	33.3
	NO	10	66.7	66.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

COMORBILIDAD

Tabla 10: Diabetes Mellitus

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	6	40.0	40.0	40.0
	NO	9	60.0	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 11: Hipertensión Arterial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	1	6.7	6.7	6.7
	NO	14	93.3	93.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 12: Cardiopatía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	3	20.0	20.0	20.0
	NO	12	80.0	80.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Tabla 13: Obesidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	6	40.0	40.0	40.0
	NO	9	60.0	60.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Tabla 14: Murphy Sonográfico

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válidos SI	7	46.7	46.7	46.7
NO	8	53.3	53.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Tabla 15: Espesor de la pared de la vesícula biliar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Gruesa	9	60.0	60.0	60.0
Fina	6	40.0	40.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Tabla 16: Halo Peri-Vesicular

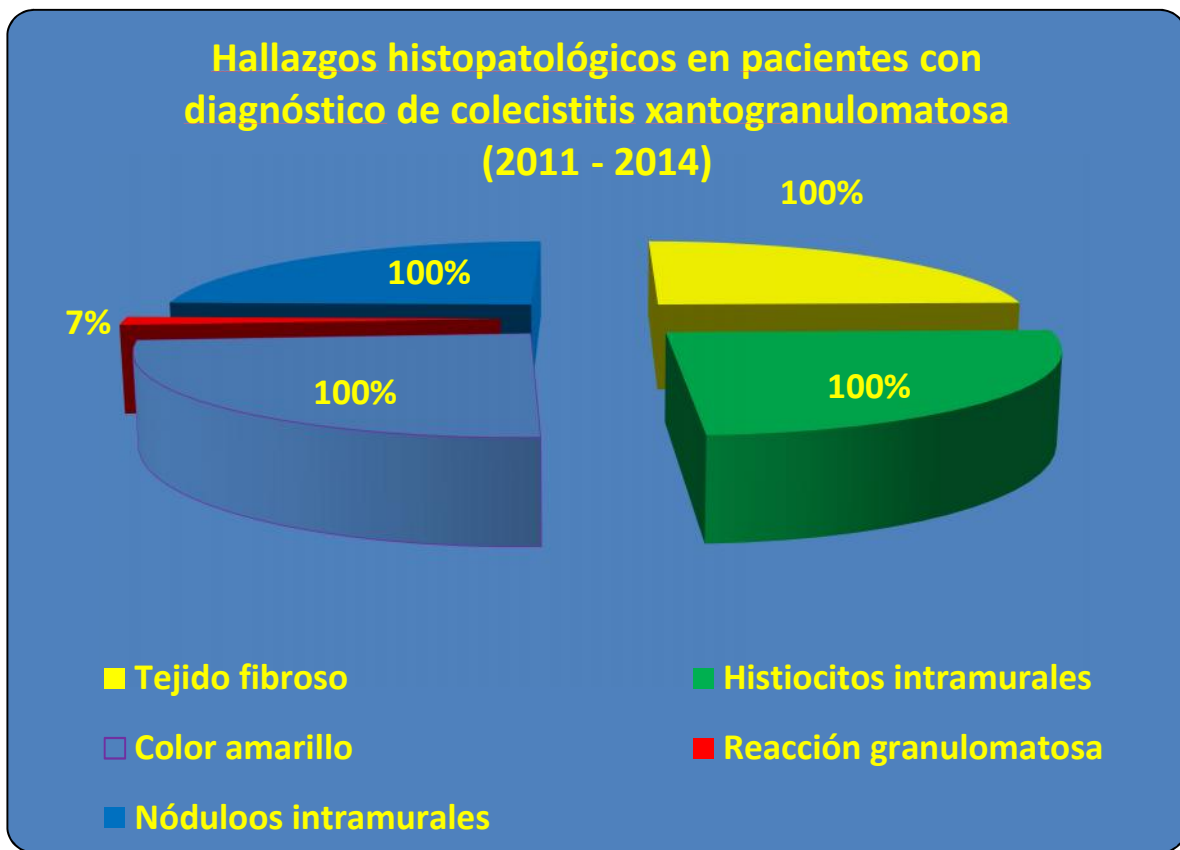
	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válidos SI	6	40.0	40.0	40.0
NO	9	60.0	60.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Tabla 17: Volumen Vesícula Biliar

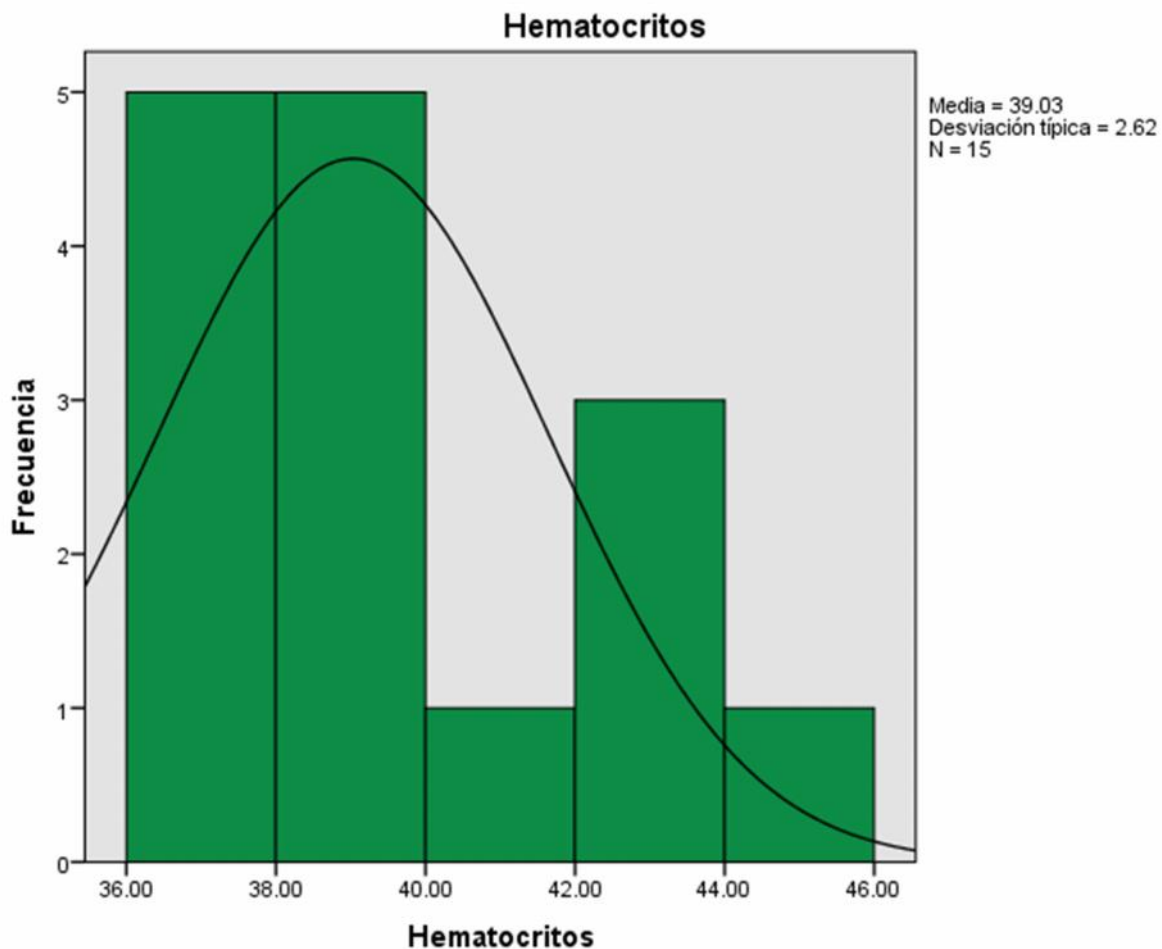
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Aumentado	2	13.3	13.3	13.3
Normal	13	86.7	86.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

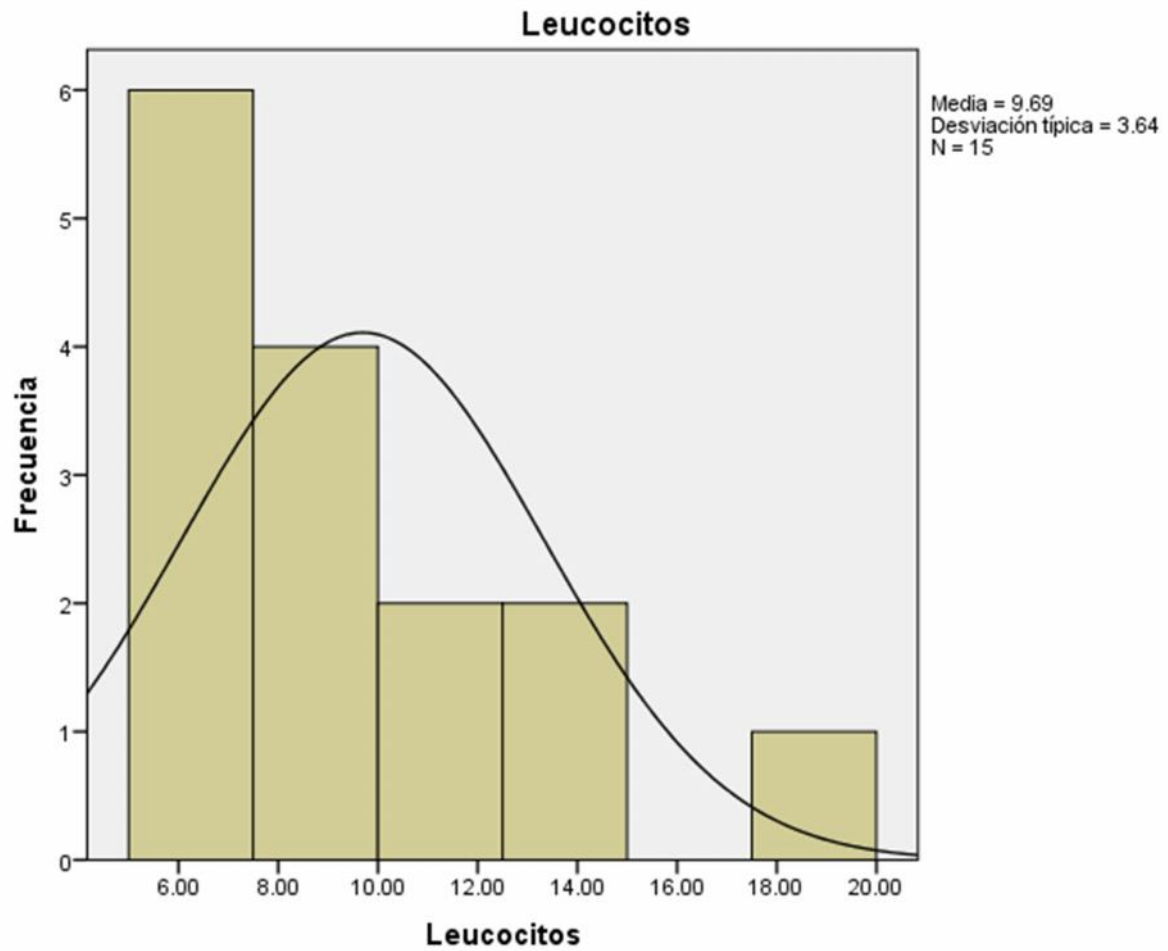
Tabla 18: Cálculo de Vesícula Biliar

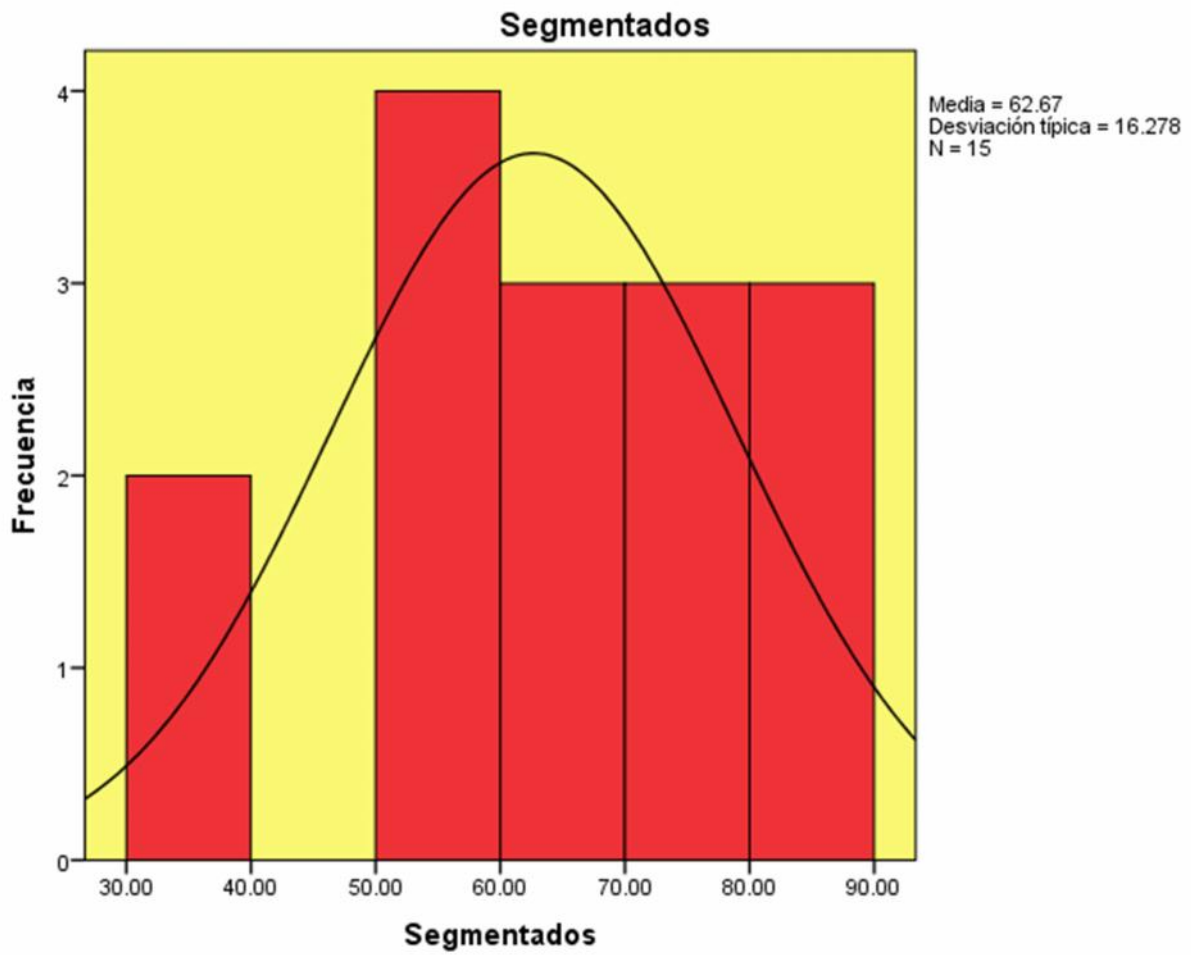
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No móvil	5	33.3	33.3	33.3
Móvil	10	66.7	66.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

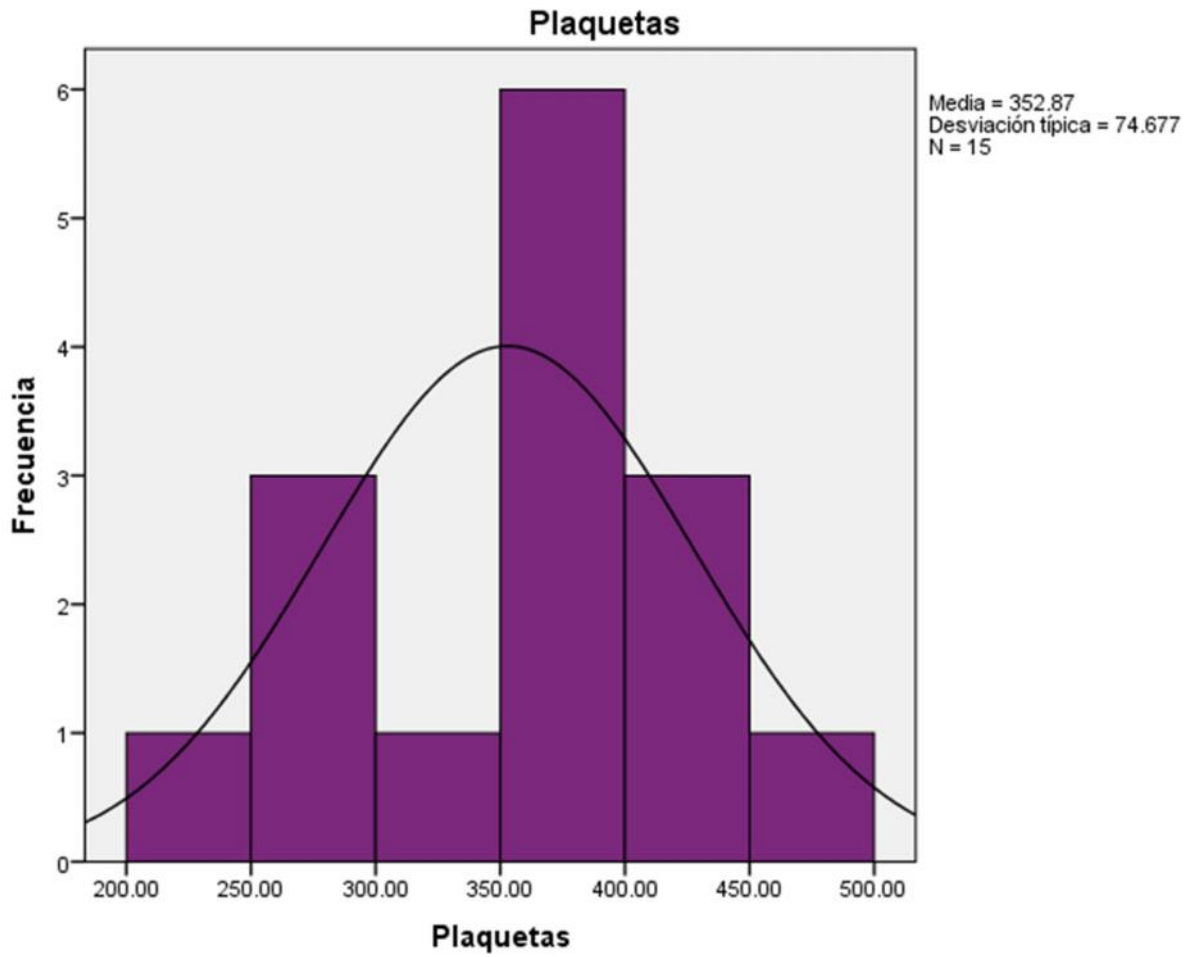


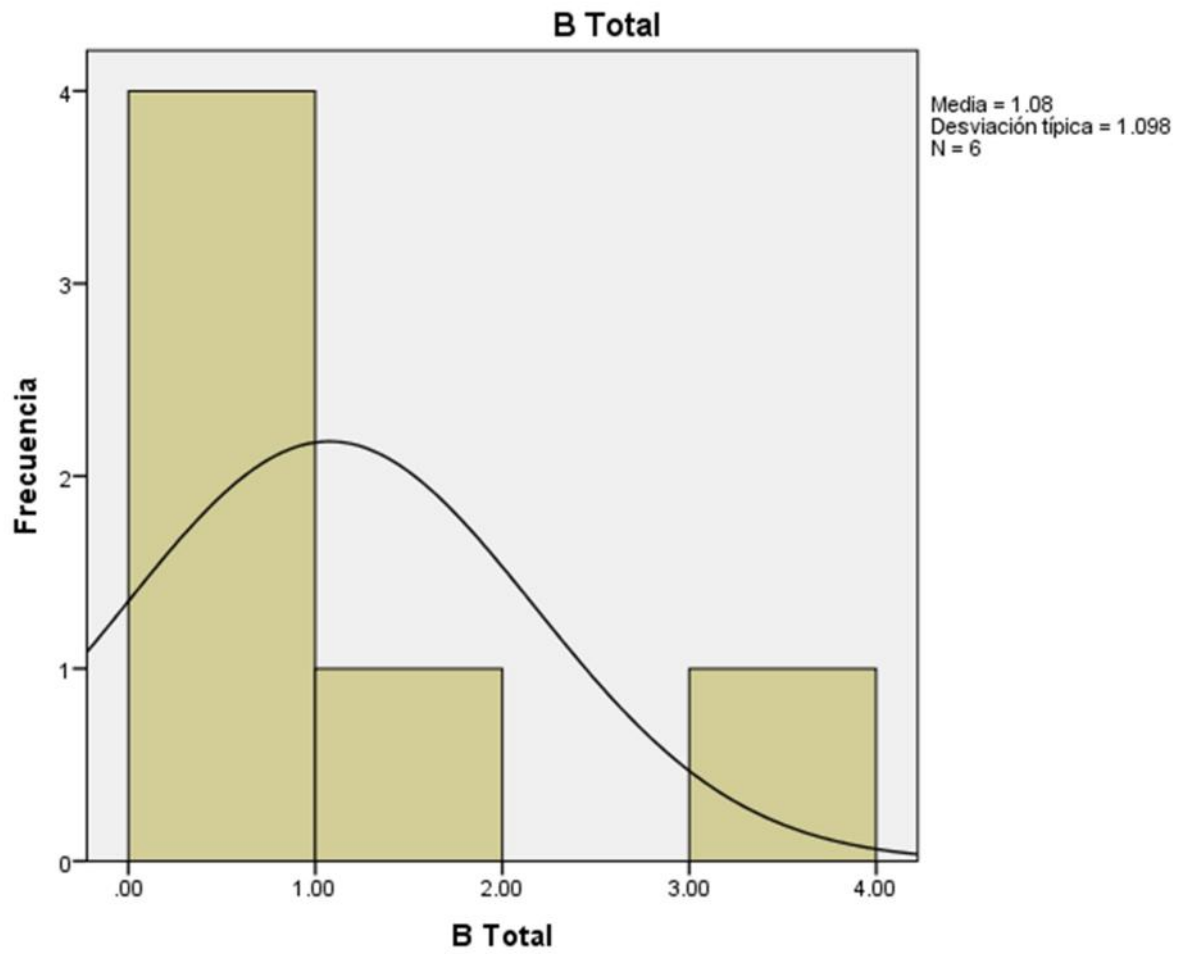
REPORTES DE LABORATORIO

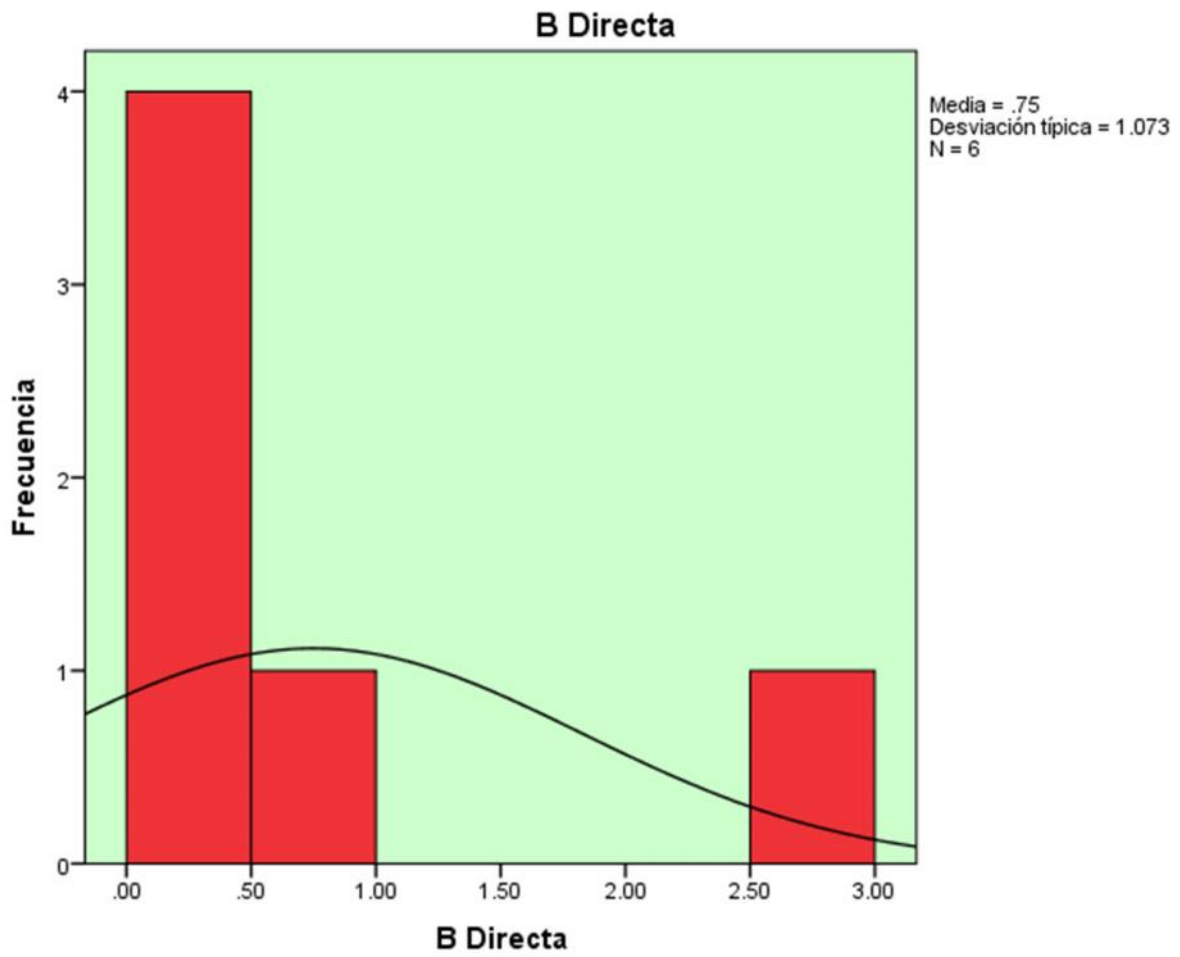


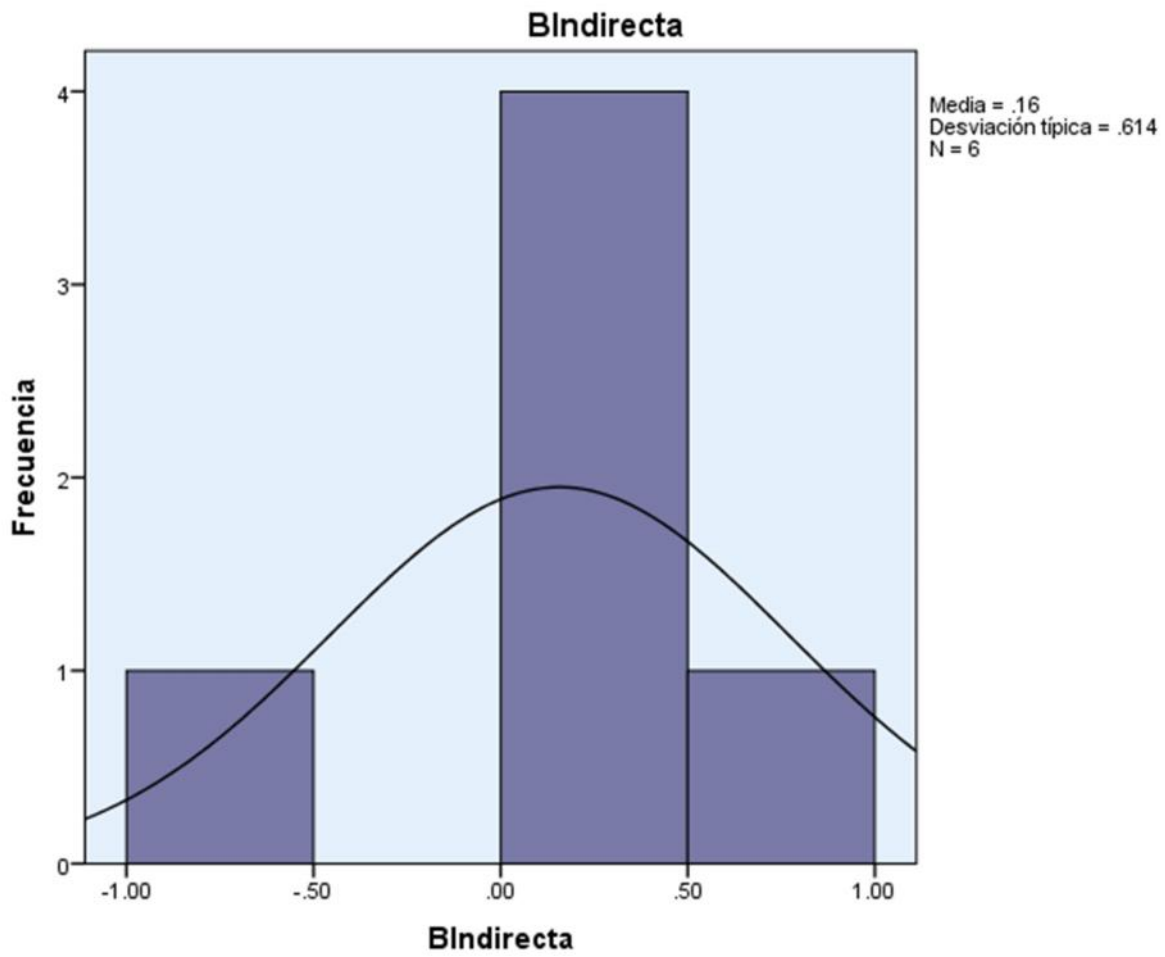


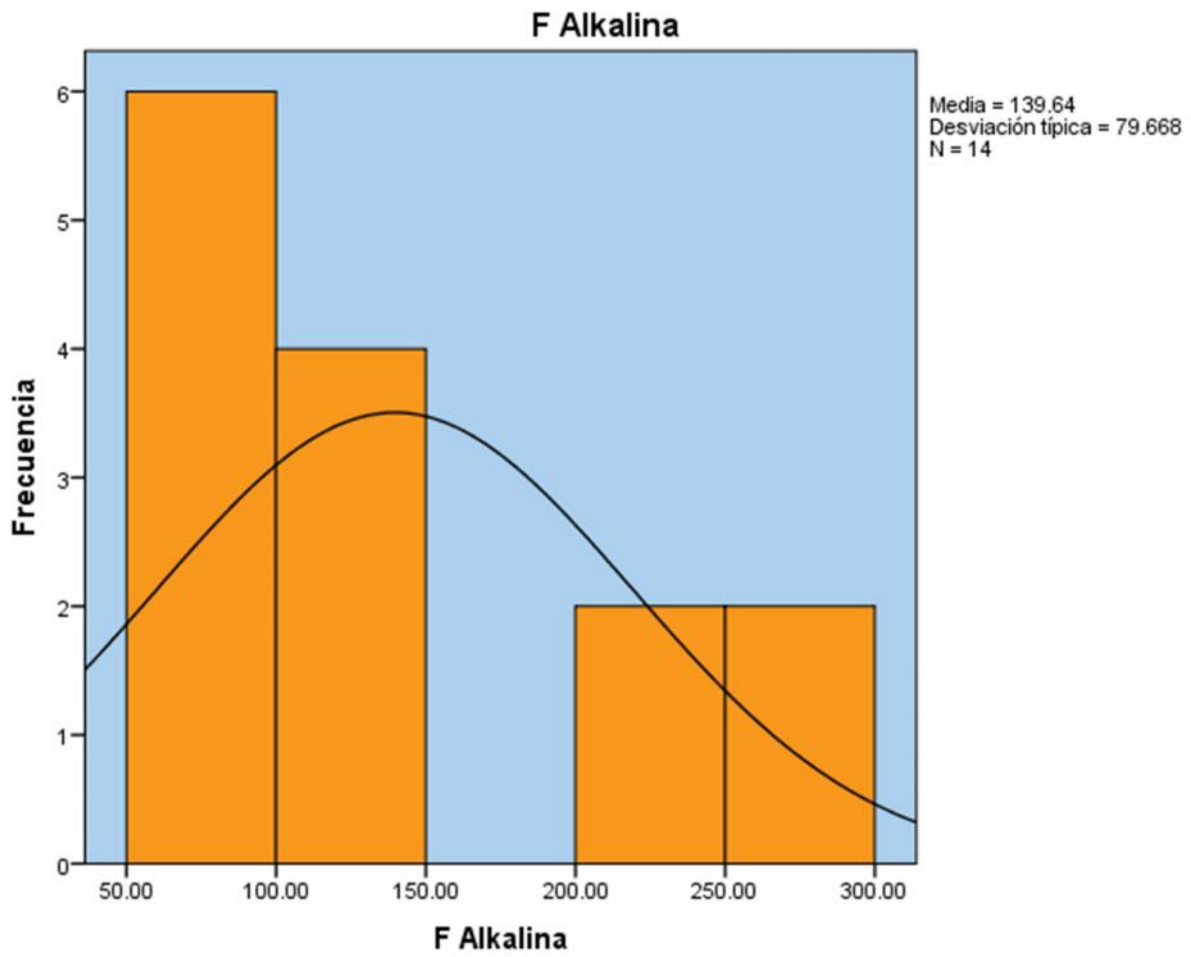


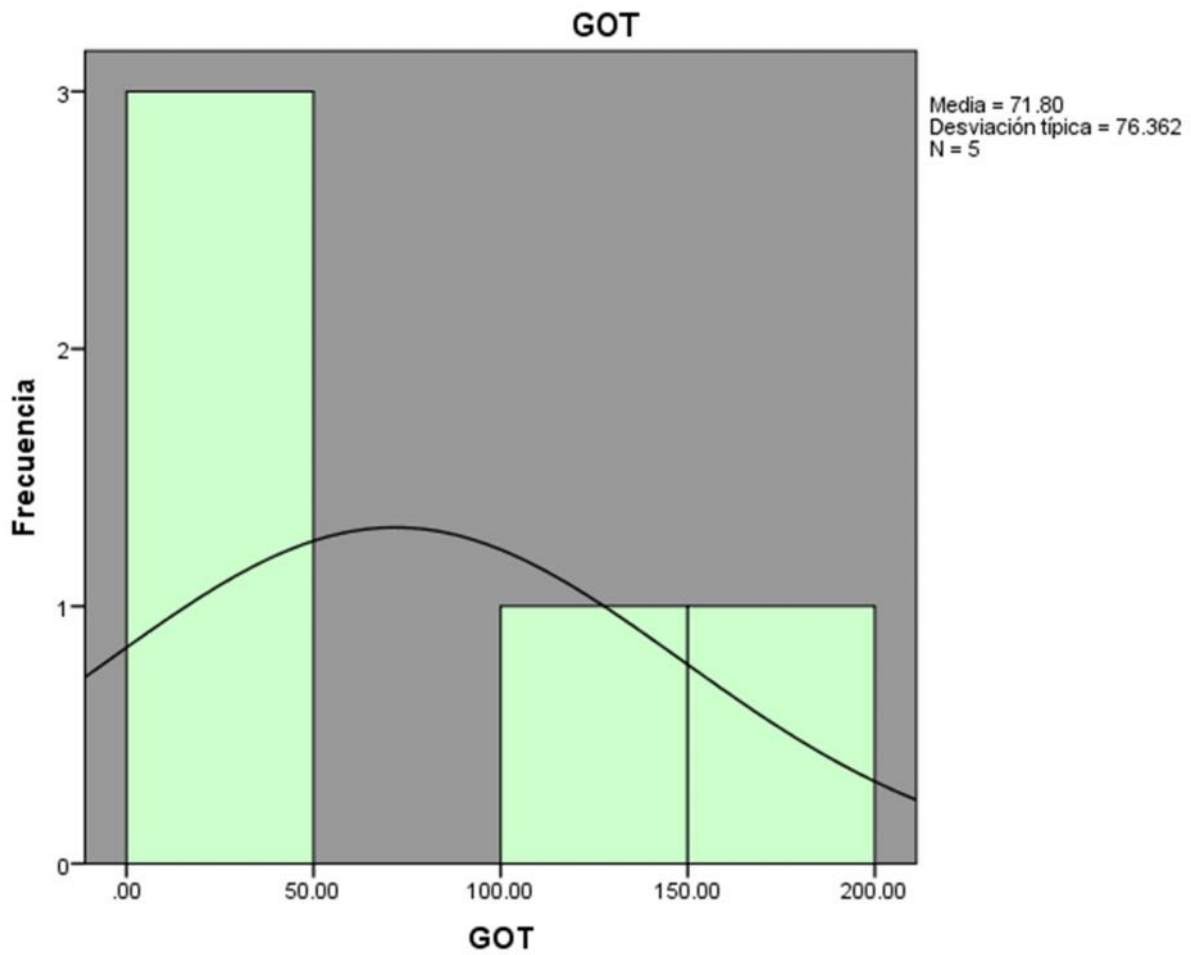


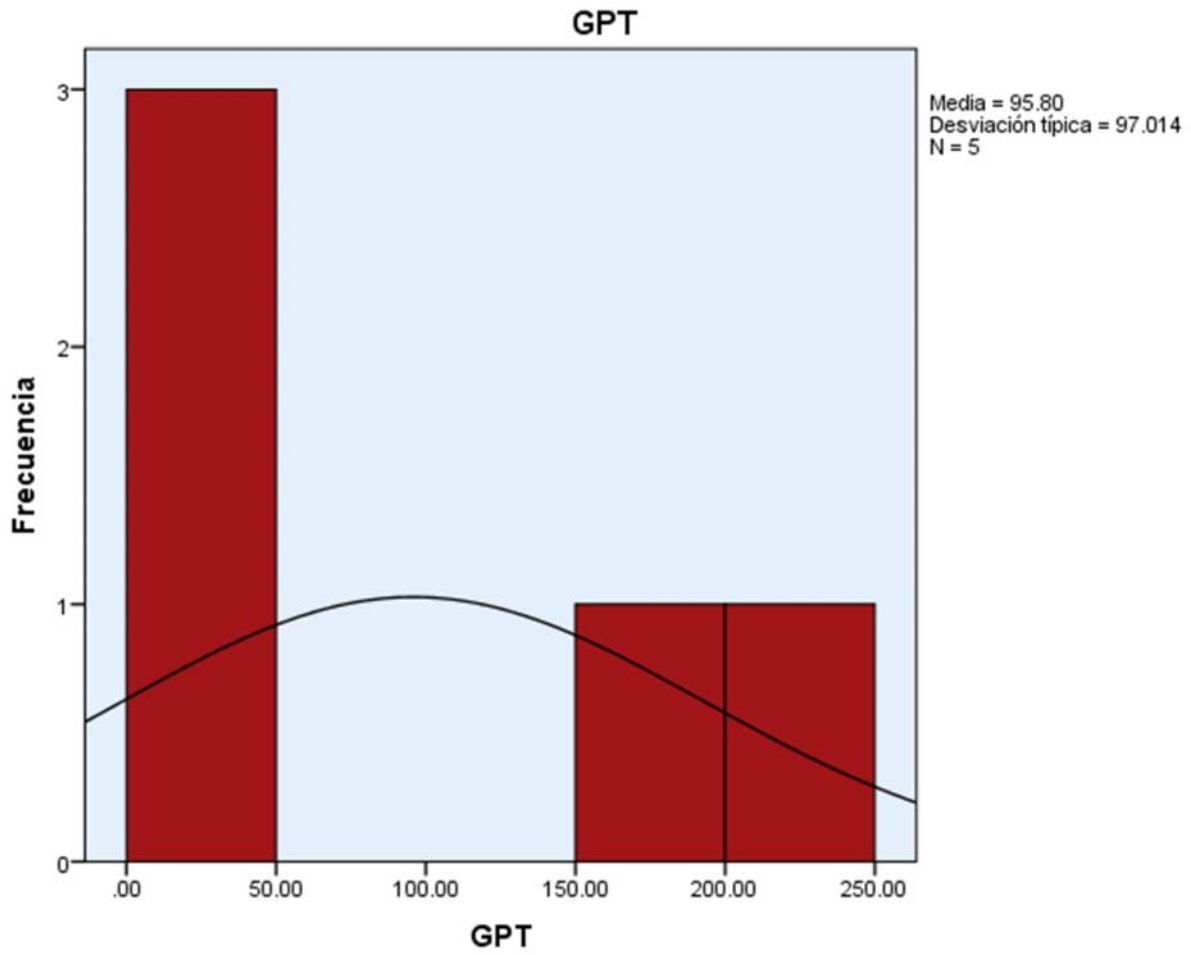


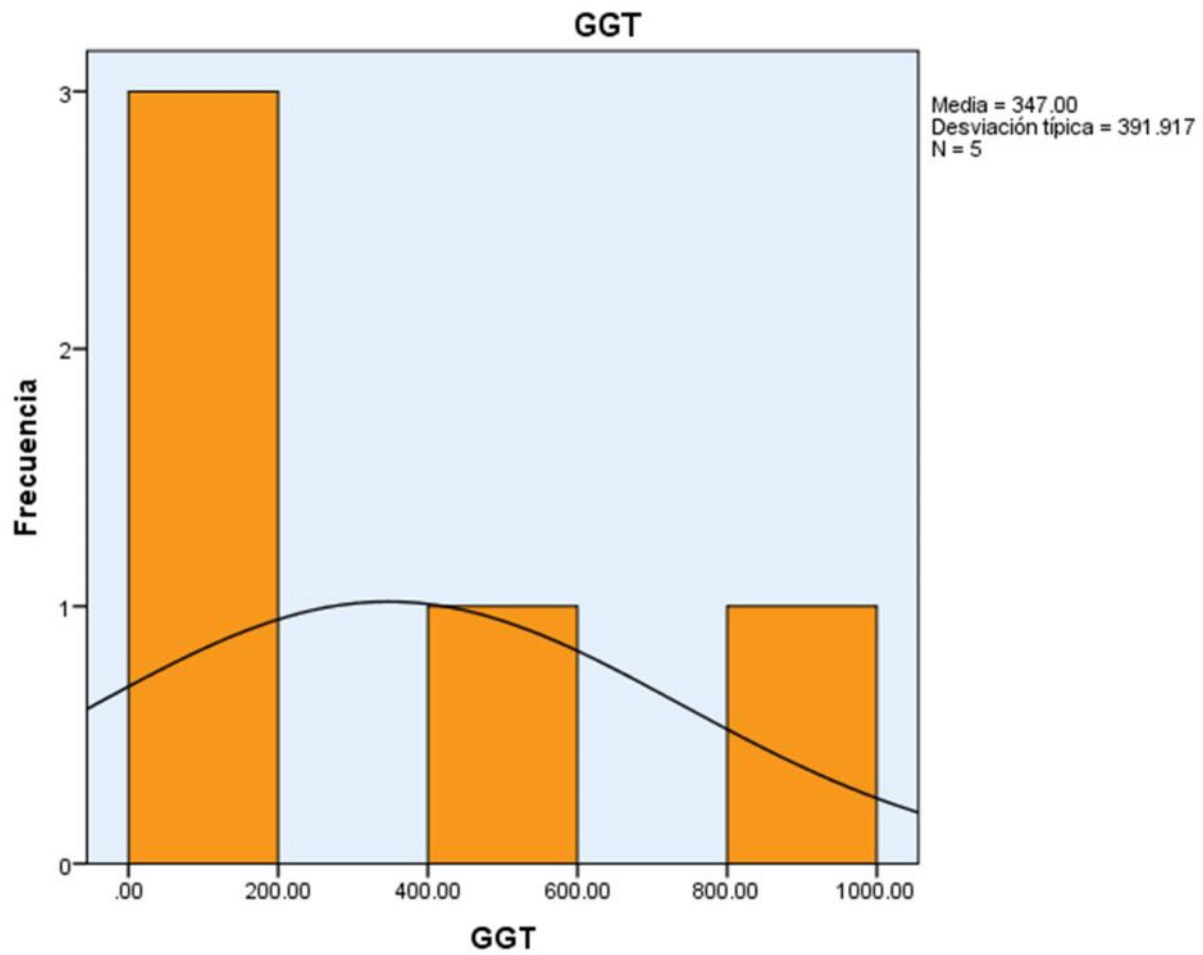


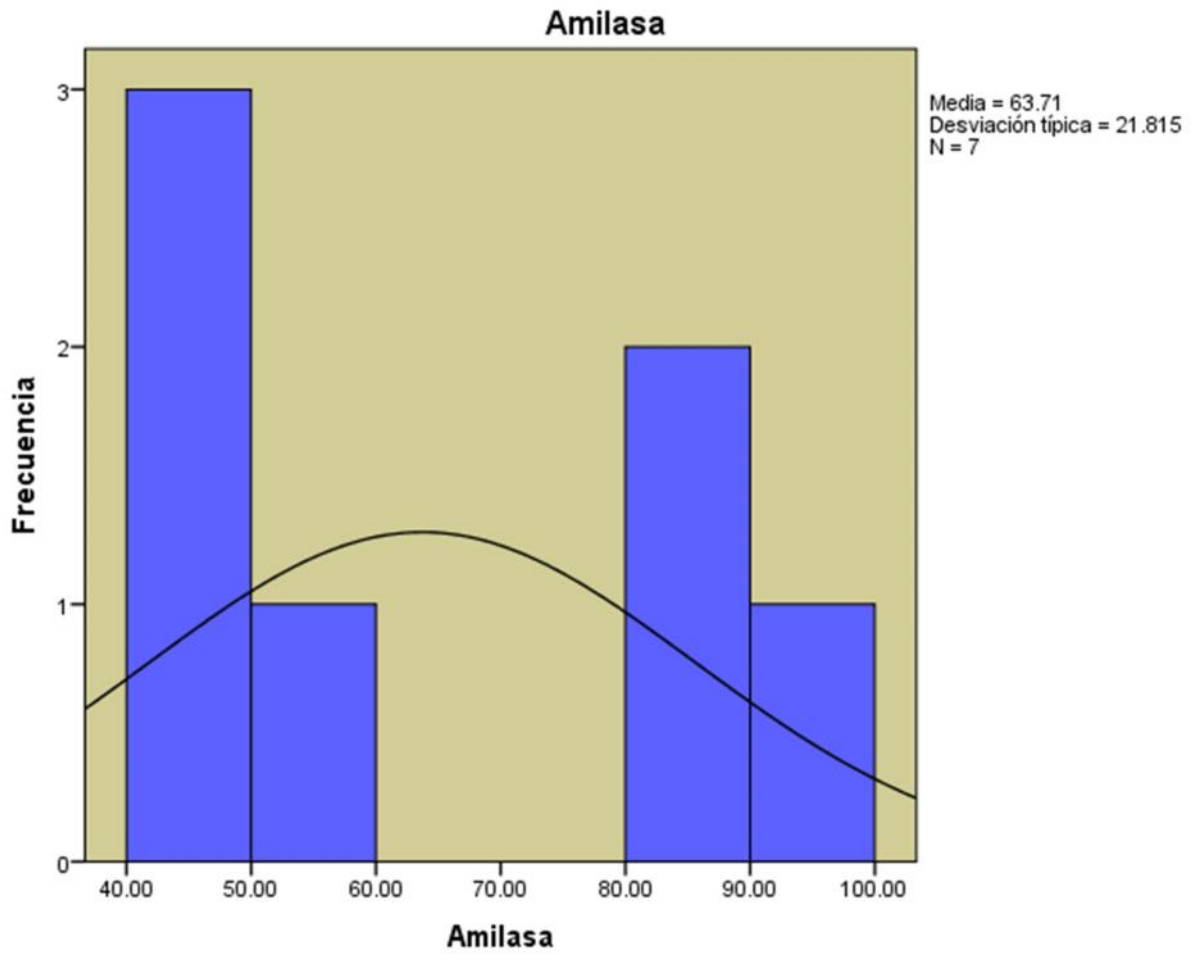


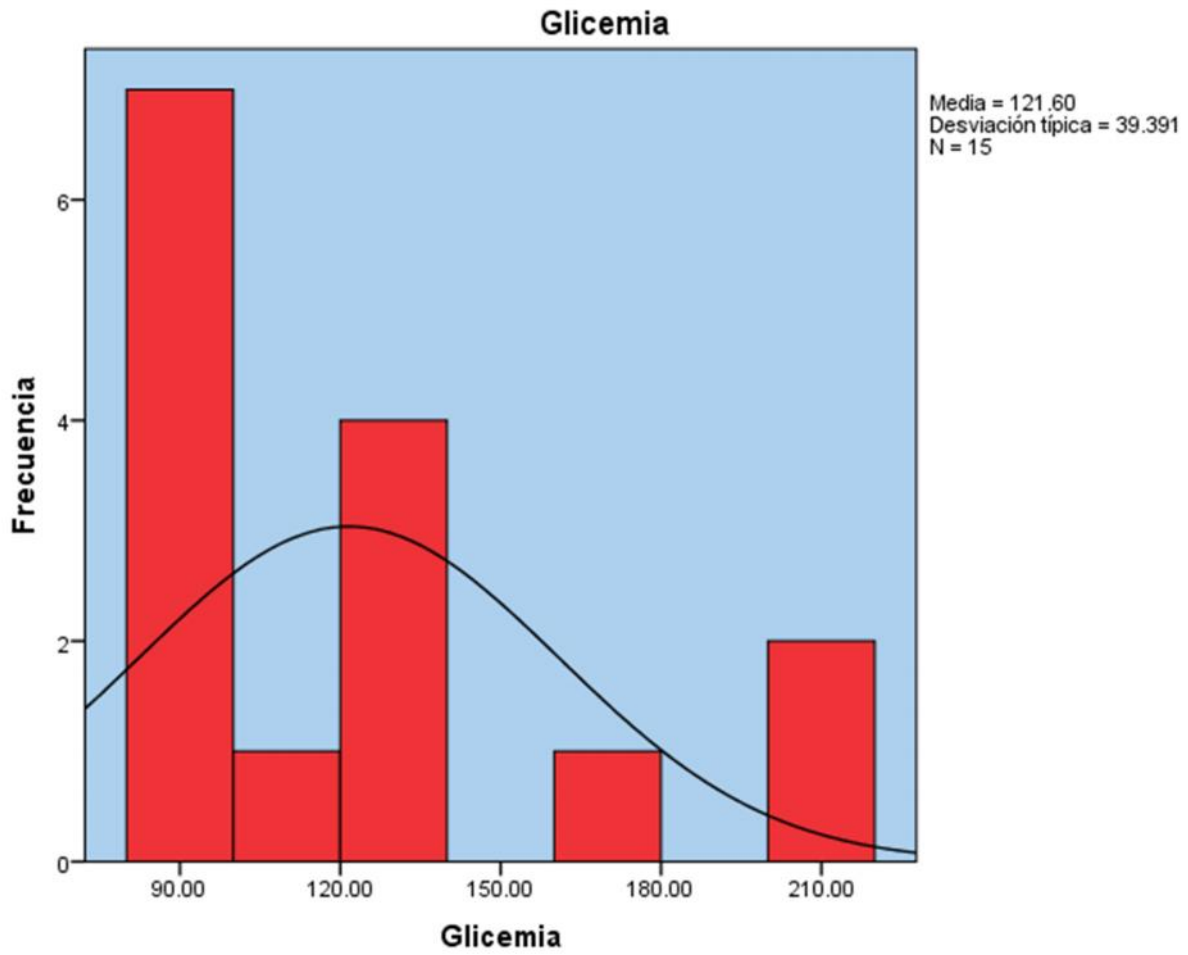












MANEJO TERAPEUTICO

Tabla 20: Manejo Terapéutico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Tratamiento Electivo	5	33.3	33.3	33.3
Tratamiento Urgencia	10	66.7	66.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Tabla 21: Manejo Quirúrgico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Colecistectomía Laparoscópica	15	100.0	100.0	100.0