



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TÍTULO:

**“EVALUACIÓN CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN
PACIENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR” 2008 - 2010**

**TESIS FINAL PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

POSTGRADISTA:

MD. ROSA ANGÉLICA ZAMBRANO CRUZ

TUTOR DE TESIS:

DR. PETER CHEDRAUI ÁLVAREZ

AÑO:

2012

GUAYAQUIL -ECUADOR

RESUMEN

Considerada como la segunda causa no obstétrica de hospitalización por dolor abdominal y la primera causa quirúrgica no obstétrica en la embarazada, la colelitiasis es una enfermedad con prevalencia mundial que afecta con mayor frecuencia a la mujer, en especial a la gestante, debido a las alteraciones en el metabolismo de la bilirrubina producidas por el estímulo hormonal, que junto a la estasis biliar y la precipitación de las sales biliares de colesterol potencializan el efecto litogénico. Esta formación de cálculos tiende a ser progresiva, es decir con cada gestación se incrementa este factor, lo que produce la disminución del lumen vesicular o inclusive la obstrucción del colédoco, ocasionando dolor abdominal que suele ceder con tratamiento médico, caso contrario se recomienda la colecistectomía laparoscopia ó abierta. En el siguiente trabajo se evaluó clínica y quirúrgicamente a las gestantes que presentaron colelitiasis para determinar diferentes perfiles e incidencia en la población estudiada. Mediante un estudio de tipo descriptivo y correlacional, diseño no experimental longitudinal retrospectivo, en el Servicio de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, entre los años 2008 y 2010, tomando como muestra a 100 pacientes ingresadas al área con diagnóstico de Síndrome Doloroso Abdominal por Litiasis Biliar. De los casos valorados para este análisis, el 44% fue intervenido quirúrgicamente durante la gestación, con un 3% de complicación al desarrollar pancreatitis biliar, el 56% recibió tratamiento médico con el cual remitieron los síntomas; se observó con mayor frecuencia en pacientes cuyas edades comprendían entre los 19 y 28 años, multíparas que cursaban el segundo trimestre de la gestación, usuarias de anticonceptivos orales combinados, en cuyas vesículas se encontraron múltiples cálculos, por lo cual se justifica la exploración ecográfica abdominal en todas las mujeres embarazadas.

PALABRAS CLAVES: Embarazo, cálculos, litogénico.

ABSTRACT

Considered the second leading cause of hospitalization for nonobstetric abdominal pain and the leading cause non-obstetric surgery in pregnancy, cholelithiasis is a disease with

worldwide prevalence that most often affects women, especially pregnant women, due to alterations in the metabolism of bilirubin caused by hormonal stimulation, which together with bile stasis and precipitation of bile salts potentiate the effect of cholesterol lithogenic. This stone formation tends to be progressive, ie with each pregnancy increases this factor, resulting vesicular lumen depreciation or even obstruction of the bile duct, causing abdominal pain usually subsides with medical treatment, otherwise it is recommended that cholecystectomy laparoscopic or open. In this paper, we evaluated clinically and surgically to pregnant women that cholelithiasis and to determine different profiles and incidence in the population studied. Through a study of descriptive and correlational, longitudinal retrospective non-experimental design, in the Intermediate Care Service I and II of Obstetrics and Gynecology Hospital Enrique C. Sotomayor, between 2008 and 2010, using as a sample of 100 patients admitted to the area with Abdominal Pain Syndrome diagnosis for gallstones. Of the cases evaluated for this analysis, 44% underwent surgery during pregnancy, 56% received medical treatment with which the symptoms subsided, was observed more frequently in patients whose ages ranged between 19 and 28 years, multiparous who were in the second trimester of pregnancy, combined oral contraceptive users, in which vesicles were multiple stones, which is justified by the abdominal ultrasound examination in all pregnant women.

KEY WORDS: Pregnancy, stones, lithogenic.

1. INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar es una de las causas no obstétricas más comunes de hospitalización por dolor abdominal durante el embarazo y el posparto. Se señala la influencia de las modificaciones hormonales durante el embarazo, sobre la motilidad vesicular y la composición de la bilis. Estas alteraciones incrementan el riesgo de desarrollar

colecistitis. Las enfermedades del tracto biliar ocupan el segundo lugar entre las afecciones quirúrgicas que complican el embarazo, solamente precedidas por la apendicitis aguda (8).

El embarazo es un factor predisponente en la presentación de la colecistitis, debido a la alteración en el metabolismo de los ácidos biliares, colesterol y la bilirrubina. La colecistitis litiásica tiene una relación de 1:8 por cada 10000 embarazos y su incidencia es de de 8% en el primer trimestre, 26% en el segundo y de 66% en el tercero (1). Se reporta que la litiasis biliar ocurre en 0.04 a 14% de las pacientes con embarazo normal. Cada año se diagnostica a más de un millón de estadounidenses y se practica colecistectomía a 700,000; siendo su prevalencia entre el 10 a la 15%.

Un estudio realizado en 141 pacientes en el Instituto Médico Nacional La Raza de la Ciudad de México por Vásquez et al durante los años 2006 al 2009, reportó una frecuencia del 15% (21 casos). Se encontraron: lito único en 12 casos, litos múltiples en 7 casos y calcificación vesicular en 2 casos. En Colombia, Gómez y Rincón (2002) informaron una incidencia del 3,6% en mujeres embarazadas asintomáticas (2,3).

En un análisis realizado por Corbelle en el año 2006 (Argentina); valoró a través de un estudio por imágenes a 1547 embarazadas y constató que 199 casos resultaron con litiasis biliar (12,9%). De éstas fueron intervenidas quirúrgicamente 8 pacientes, 6 durante el embarazo por complicaciones y las restantes en forma diferida (7).

Según Pérez et al (2001) en Cuba, el grupo etáreo más afectado es el comprendido entre los 20 y 30 años, de igual forma a mayor número de embarazos, mayor probabilidad de padecer de litiasis vesicular, esto debido a trastornos del metabolismo del colesterol y a la estasis producida por la compresión por causa del útero grávido. Poblaciones indígenas de Chile y Perú son altamente susceptibles de ser afectadas, con un riesgo del 100%, lo que sugiere una influencia genética y ambiental (9). Actualmente no se cuentan con estudios realizados en el Ecuador.

Esta investigación es de tipo descriptivo correlacional de diseño no experimental longitudinal retrospectivo, durante el período enero del 2008 a diciembre del 2010. Para el efecto se utilizaron los expedientes clínicos con sus respectivas valoraciones ecográficas de las pacientes ingresadas en el área de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Los resultados permiten conocer el grupo etareo mayormente que está entre los 19 y 28 años; 52% de los casos valorados correspondían a multigestas, el 44% de ellas se encontraban en el segundo trimestre del embarazo; el 39% recibían anticonceptivos orales combinados (Etinilestradiol/Levonorgestrel).

De todos los casos valorados el 43% presentó dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho; a todas las pacientes se les realizó ecografía abdominal encontrando múltiples cálculos en el 72% de los casos, 45% de las paredes vesiculares eran gruesas. De los casos estudiados. Un 44% fueron intervenidas quirúrgicamente y solo un 3% se complicó con Pancreatitis Biliar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La frecuencia de colelitiasis se ha visto incrementada en los últimos años, por los múltiples convenios interinstitucionales que han aumentado la cobertura de atención médica, pero en especial se ha incrementado el diagnóstico de la litiasis vesicular en primigestas juveniles; claro está que la edad de la paciente, el número de gestas y la exposición a anticonceptivos orales previo a la concepción, son los factores predisponentes para presentar colelitiasis durante la gestación.

Las complicaciones de esta patología pueden repercutir en el binomio madre – feto, incrementando la morbi mortalidad y los días de estancia hospitalaria, con la consecuente inversión económica de la paciente y la institución.

2.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Cuál es la prevalencia de la colelitiasis durante el embarazo en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor?
- 2) ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la patología biliar durante el embarazo?
- 3) ¿Cuáles son los procedimientos y tratamientos realizados con mayor frecuencia en este grupo de pacientes?
- 4) ¿Cuáles fueron las complicaciones maternas y fetales que presentaron las gestantes?

2.3. JUSTIFICACIÓN

Este análisis permitirá evaluar clínica y quirúrgicamente la colelitiasis, teniendo en cuenta que en el país no se encuentra registrado estudio alguno, es por esto la importancia de exponer esta patología de difícil diagnóstico durante el embarazo y que suele requerir de mucha experiencia para evitar confusión con síntomas ominosos de eclampsia; en el plano internacional existen un sin número de trabajos con resultados favorables para el binomio madre - feto, siendo la tasa de morbilidad y mortalidad muy bajas.

Cada año son ingresadas alrededor de 150 mujeres diagnosticadas con colelitiasis en el Servicio de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, de este total, 49 corresponden a mujeres embarazadas, quienes serán las beneficiarias directas de este estudio, cifra que se ha visto incrementada en los últimos años por los diversos convenios que ha mantenido la institución con el Ministerio de salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

La colelitiasis es de importancia para el médico y la institución, ya que de esta manera mejorará la calidad y eficiencia del área. Así, los médicos residentes que se encuentren a cargo de las áreas Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor podrán enfrentar un cuadro clínico de dolor abdominal y así, administrar un adecuado tratamiento para disminuir los episodios de dolor y prevenir las complicaciones, mejorando la calidad de vida de la paciente.

Esta investigación permitirá establecer un antecedente en la institución, proporcionando información que servirá para valorar a la gestante como un sistema complejo, que no debe ser solamente valorado obstétricamente; de tal manera que permita realizar estudios de tamizaje ecográfico, permitiendo la administración de tratamiento dietético, médico y/o quirúrgico (en los casos que amerite) que prevenga las complicaciones.

Seguramente el proyecto despertará el interés del médico para realizar otras investigaciones en cuanto a dolor abdominal en la embarazada.

2.4. VIABILIDAD

La elaboración de esta propuesta cuenta con el apoyo y participación del equipo de salud de los Servicios de Cuidados Intermedios I y II, además de la Dirección Técnica del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, todos motivados en cuanto a la necesidad de ofrecer un servicio de calidad y detección precoz de patologías que compliquen la gestación, evitando así la fuga de recursos y disminuir la estadía hospitalaria por esta patología.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y curso clínico de la litiasis biliar en pacientes embarazadas en el área de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo 2008 - 2010.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia por grupos etáreos, paridad, edad gestacional, y síntomas al momento del ingreso de las gestantes evaluadas.
2. Relacionar la edad materna con el desarrollo de la patología biliar.
3. Conocer los factores de riesgo agravantes de la litiasis biliar en las gestantes estudiadas.
4. Correlacionar los hallazgos ecográficos con el tratamiento recibido en las pacientes embarazadas.

3.3. HIPÓTESIS

1. Existe una relación directamente proporcional entre la patología biliar y la paridad de las gestantes.

3.4. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Diagnóstico ecográfico de litiasis biliar.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Tratamiento recibido (médico o quirúrgico).

VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad: expresada en años y clasificada de acuerdo a grupos etarios (14 a 18; 19 a 28; 29 a 40).
- Antecedentes Gineco - Obstétricos: número de gestas, partos, abortos y/o cesáreas.
- Residencia: urbana, marginal, rural.
- Uso de anticonceptivos (si/no).
- Diagnóstico ecográfico: grosor de la pared vesicular y contenido.
- Edad gestacional en trimestres al momento del diagnóstico (primero, segundo o tercero).
- Nivel de educación: primario, secundario o superior.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CONCEPTO
<u>INDEPENDIENTE</u>	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico ecográfico	<ul style="list-style-type: none">• Grosor de la pared vesicular y contenido.
<u>DEPENDIENTE</u>	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento recibido.	<ul style="list-style-type: none">• Médico o quirúrgico.
	<ul style="list-style-type: none">• Edad:	<ul style="list-style-type: none">• Expresada en años y de acuerdo a grupos etarios (14

<p style="text-align: center;"><u>INTERVINIENTES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes Gineco - Obstétricos: número de gestas. • Residencia: • Uso de anticonceptivos. • Síntomas al momento del ingreso. • Edad gestacional en trimestres al momento del diagnóstico. • Nivel de educación: 	<p>a 18; 19 a 28; 29 a 40).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primigesta, secundigesta, multigesta • Urbana o rural. • Si ó no. • Dolor, nauseas, vómitos, ictericia. • Primer, segundo o tercer trimestre de la gestación. • Primario, secundario, superior ó
---	---	---

		ninguno.
--	--	----------

4. MARCO TEÓRICO

4.1. LITIASIS BILIAR

La colelitiasis es uno de los trastornos digestivos de urgencias que obligan a la hospitalización, es más frecuente en la mujer, especialmente en las multíparas, ya que el embarazo es un factor predisponente, esto se debe a que en el curso de la gestación aumenta el volumen de la vesícula biliar durante el ayuno y el volumen residual después del vaciamiento, a esto se suma la compresión de la vesícula y de las vías biliares, la atonía vesicular, la hipertonia del esfínter de Oddi, además de las modificaciones bioquímicas de la bilis vinculadas al estímulo hormonal (1,15).

El embarazo supone una variación profunda en la fisiología humana, variación que es mediada por las hormonas sexuales, en este caso, por los esteroides fetoplacentarios, lo que explica la aparición de colelitiasis a lo largo del embarazo, siendo del 8% en el primer trimestre, del 26% en el segundo y del 66% en el tercero. La colecistitis litiásica ocurre en alrededor del 90% de los casos, es decir que se puede observar en 1:8 por cada 10000 embarazadas.

A partir del segundo embarazo aumenta el riesgo de padecer enfermedad vesicular, hecho que se evidenció durante el tercer trimestre del segundo embarazo por la aparición de barro biliar y/o cálculos vesiculares.

La frecuencia de barro biliar en la embarazada es del 31%, pero su evolución puede pasar desapercibida, proceso que puede desaparecer ó disminuir al culminar la gestación, pero con nuevas gestaciones se exagera el fenómeno con la aparición de cálculos. La frecuencia de colelitiasis en el embarazo está entre el 3,3 y el 12%, y es común observarla al término del segundo y tercer trimestre (2).

La incidencia de coledocolitiasis en el embarazo es del 0,16% al 0,3%, y se incrementa a medida que progresa la edad gestacional, con una prevalencia del 2 al 3%, además es la causante del 7% de las ictericias en las pacientes grávidas, (2,5).

El embarazo es un factor de riesgo independiente, que aumenta con la multiparidad, esto se debe a que existe un aumento de la secreción y saturación biliar de colesterol, disfunción motora vesicular y detección de colelitiasis en los últimos meses de la gestación con desaparición espontánea de los cálculos en el puerperio, todos eventos que resultarían del aumento sostenido de los niveles de estrógenos y progesterona durante el embarazo y su normalización postparto.

Por lo tanto la litiasis biliar en la mujer grávida no es rara y sus complicaciones, desde la colecistitis hasta la peritonitis o pancreatitis, son cuadros sorprendentes que pueden llevar a la muerte tanto a la madre como al feto (2,8).

El espectro clínico de la colelitiasis oscila desde un estadio asintomático hasta complicaciones mortales.

4.2. FACTORES DE RIESGO PARA LITIASIS BILIAR

Se ha determinado que los siguientes constituyen los factores de riesgo para presentar cálculos biliares, los mismos que pueden ser o no modificables:

- Sexo femenino.
- Gestación.
- Multiparidad.
- Obesidad (masa corporal superior a 30Kg/m²).
- Pérdida de peso (>1,5Kg/semana).
- Etnia.
- Hipertrigliceridemia/lipoproteínas de baja densidad.
- Edad avanzada.

- Dieta pobre en fibras y rica en calorías.
- Ayuno prolongado.
- Antecedentes familiares.
- Actividad física reducida.
- Síndrome metabólico.
- Enfermedad de Crohn.
- Resección o derivación ileal.
- Drepanocitosis y talasemia.
- Fármacos: ceftriaxona, anticonceptivos, nutrición parenteral.

El embarazo favorece la aparición de los cálculos debido a que la motilidad vesicular cambia desde el primer trimestre lo que conlleva a un aumento del volumen en ayunas y del volumen residual después de la contracción, favoreciendo la estasis biliar, produciendo aumento de la secreción hepática de colesterol (bilis sobresaturada con colesterol).

Los factores medioambientales al igual que la predisposición genética intervienen de forma activa en la patogenia de la colelitiasis; la respuesta inmunitaria puede contribuir a la vulnerabilidad del paciente frente a la formación de cálculos de colesterol (4).

4.3. PATOGÉNESIS DE LA LITIASIS BILIAR

El hígado produce a diario 1000-1200cc/24hs de bilis, con un contenido de agua superior al 95% y con densidad de 1011. La bilis que llega a la vesícula es concentrada 5 a 10 veces por la capacidad de la mucosa que absorbe agua y electrolitos; no absorbe pigmentos biliares, sales biliares, proteínas o lípidos, los cuales quedan dentro de la bilis, generando un producto de densidad de 1040. Normalmente la vesícula almacena de 30 a 60cc de bilis siendo su capacidad máxima de 200 a 250cc.

La presencia de alimento en el duodeno estimula la producción de colecistoquinina que por vía humoral y nerviosa produce contracción de la vesícula y relajación del esfínter de

Oddi permitiendo que la bilis fluya hacia el duodeno. La bilis permanece suficiente tiempo en la vesícula biliar, lo cual permite los fenómenos de precipitación y aglomeración condicionadas por factores (estímulo hormonal) que alteran la solubilidad, en especial la bilirrubina no conjugada, formando los cálculos sean de colesterol o pigmentarios.

En relación a los esteroides sexuales, los estrógenos incrementan la saturación biliar de colesterol provocando una incapacidad por mantener ciertos solutos biliares (colesterol y sales de calcio) en estado soluble dando como consecuencia un aumento de su litogenicidad, y la progesterona disminuye la sensibilidad de la vesícula a las enterohormonas, produciendo disminución de la motilidad y del tono vesicular; además la progesterona induce inhibición de la movilización del calcio intracelular dentro de las células del músculo liso.

La presencia de cálculos en el lumen vesicular produce aumento de la presión intramural, la cual se eleva conforme la mucosa continúe secretando líquido, electrolitos y proteínas. El compromiso vascular ocurre cuando la presión intraluminal rebasa la presión de los capilares. La bilis es estéril en ausencia de obstrucción, debido a las altas concentraciones biliares de inmunoglobulinas, las propiedades antibacterianas de las sales biliares y el flujo continuo de bilis.

La obstrucción del conducto cístico interrumpe el flujo de bilis presentándose una infección secundaria. Los patógenos que con mayor frecuencia se aíslan en la bilis y en la pared vesicular son: E. coli, Klebsiella y enterococos. La isquemia progresiva y la infección de la pared vesicular pueden conducir a gangrena franca y perforación (11).

Dependiendo del contenido los cálculos estos se clasifican en cálculos de colesterol y de pigmentos.

4.3.1. CÁLCULOS BILIARES DE COLESTEROL

Son los cálculos más comunes se encuentran hasta en un 80% de los casos. La patogenia se divide en tres estadios:

- Sobresaturación de colesterol en la bilis.
- Disminución de la motilidad vesicular.
- Nucleación de los cristales.
- Crecimiento de los cálculos.

Ante la presencia de cantidades elevadas de colesterol, la vesícula pierde la capacidad de transporte de este elemento lo que da lugar a la precipitación de cristales.

4.3.2 CÁLCULOS BILIARES PIGMENTARIOS

Estos cálculos contienen 20% menos de colesterol, suele ser de color oscuro por la presencia de bilirrubinato cálcico polimerizado. Los cálculos biliares de pigmentos se clasifican en negros o marrones. Los cálculos de pigmentos negros son pequeños y alquitranados, se encuentran asociados a trastornos hemolíticos, como en la esferocitosis, anemia drepanocítica o en la cirrosis, esto se debe a que aumenta la concentración de bilirrubina no conjugada.

Los cálculos de pigmentos marrones son blandos de textura terrosa, con mayor concentración de colesterol y de palmitato de calcio y se forman en el Colédoco. Estos se deben a una infección bacteriana que libera B-glucoronidasa e hidroliza el ácido glucoroníco de la bilirrubina, que convierte la bilirrubina soluble conjugada a bilirrubina insoluble no conjugada (4,9).

4.4. TRASTORNOS FISIOPATOLÓGICOS

4.4.1. COLECISTITIS LITIÁSICA CRÓNICA

Se trata de un proceso inflamatorio crónico y recurrente, con episodios de dolor recurrentes debido a la obstrucción del conducto cístico, lo característico es un aumento de la fibrosis subepitelial y subserosa además de un infiltrado de células mononucleares.

Su incidencia es del 3 al 12% en las embarazadas y va en aumento con la edad gestacional, sin embargo, solo el 20% de las pacientes con colecistitis crónica, pueden presentar agudización de los síntomas en el transcurso del embarazo.

4.4.2. COLECISTITIS LITIÁSICA AGUDA

Esta entidad se debe un proceso inflamatorio de la vesícula y del conducto de drenaje, además de la presencia de cálculos biliares (95% de los casos), se caracteriza por dolor posterior a la obstrucción del conducto cístico, si la obstrucción continua por un período prolongado produce distensión vesicular, ocasionando un proceso inflamatorio en la pared vesicular que da como resultado una vesícula edematosa.

Cuando la vesícula se encuentra edematosa, la pared se vuelve de color rojizo debido a la hemorragia subserosa, se acompaña de hiperemia, en algunos casos el cálculo biliar se desimpacta y el evento remite gradualmente. En los casos en que la remisión no ocurre la hemorragia se acompaña de isquemia y necrosis de la pared vesicular lo que origina un empiema vesicular, pero si se contamina con bacterias productoras de gases se trata de una colecistitis enfisematosa.

La colecistitis alitiásica, es una forma de colecistitis que puede presentarse durante el embarazo esta condición es rara y su tratamiento es similar a lo indicado en el presente trabajo.

4.4.3 COLEDOCOLITIASIS

Se denomina así a la presencia de cálculos en el colédoco, se presenta en el 6 al 12% de los casos con litiasis vesicular, la mayoría de estos litos se forman en la vesícula y posteriormente migran a través del conducto cístico hasta el colédoco, los cálculos encontrados en esta área suele ser de tipo pigmentos marrones.

4.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma característico es el dolor abdominal (cólico biliar), se ha observado hasta en 31% de la mujer embarazada con litiasis vesicular, posterior a la ingesta de alimentos grasos, debido a la contracción vesicular y la obstrucción luminal; la obstrucción aguda genera dolor de aparición brusca y constante, que aumenta de intensidad localizándose en el hipocondrio derecho, irradiándose a la escápula ó a la región interescapular, puede ó no presentar náuseas y vómitos, que remiten varias horas después con analgésicos y antibióticos (19).

Las pacientes con colecistitis aguda pueden tener antecedentes de ataques de cólicos biliares previos o pueden haber estado asintomáticas hasta el episodio actual. En la mayoría de los casos a medida que pasan las horas o los días se añade en forma progresiva un proceso infeccioso bacteriano que puede progresar a septicemia con incremento en la morbilidad y mortalidad.

La exploración física muestra sensibilidad en el cuadrante superior derecho por debajo del reborde costal, con defensa muscular más Signo de Murphy positivo; es poco usual la rigidez abdominal, y en los casos en que existe sensibilidad abdominal generalizada se debe sospechar otras patologías.

La ictericia es evidente con valores de bilirrubina sérica mayor a 2,5mg/dl (valor predictivo positivo del 28 – 50%) presentando ictericia escleral; valores mayores a 5mg/dl la ictericia es evidente en la piel, esto es producido por el depósito de pigmentos biliares en los tejidos (11). La ictericia marcada es indicativo de obstrucción de los conductos

biliares por un evento inflamatorio secundario a la impactación de un lito en el infundíbulo vesicular (Síndrome de Mirizzi). Pueden existir leves elevaciones de fosfatasa alcalina, transaminasas y amilasa sérica.

La presencia de fiebre constituye la manifestación del proceso inflamatorio más la contaminación bacteriana del sistema biliar, lo cual es común en la coledocolitiasis con obstrucción.

La presencia de dolor, ictericia y fiebre es la conocida “Tríada de Charcot”, indicativo de una colangitis aguda; pero si a esta triada se le agrega alteraciones mentales e hipotensión arterial se la denomina “Péntada de Reynolds” solo en el 5 -7% de los casos (4).

4.6. DIAGNÓSTICO

Las radiografías simples de abdomen que suelen solicitarse en la evaluación inicial del dolor abdominal, demuestran solo en un 15% de los casos los cálculos biliares siempre y cuando estos contengan la suficiente cantidad de calcio para ser radiopacos.

La prueba de oro en el diagnóstico de colelitiasis en pacientes embarazadas es el ultrasonido abdominal, permite valorar los cambios patológicos en la vesícula biliar, típicamente muestra líquido pericolecístico, vesícula distendida, paredes edematosas (engrosamiento de la pared >4mm), cálculos, impactación de cálculos en el cuello de la vesícula, diámetro del colédoco, además de anomalías del parénquima hepático.

El diagnóstico ecográfico de litiasis, lo da la presencia de ecos intraluminales, que pueden confirmarse por los cambios de posturales de la paciente y la movilidad de los litos.

El signo sonográfico de Murphy (suspensión de la respiración por la compresión directa de la vesícula bajo guía ultrasonográfica). No es un procedimiento invasivo y no daña ni a la madre ni al producto.

La precisión del ultrasonido para el diagnóstico de litiasis biliar es de una sensibilidad del 95% y una especificidad del 98%, se ha descrito que pueden darse resultados falsos negativos en el 5% de los casos, debido a cálculos pequeños; el signo sonográfico de Murphy tiene un valor predictivo del 92% y el engrosamiento de la pared vesicular es de 95%. El ultrasonido es una prueba fácil de realizar, económica y requiere menos tiempo que otras pruebas de diagnóstico (11).

En un tercio de los casos, los cálculos vesiculares pequeños diagnosticados en el postparto inmediato mediante ecografía, pueden desaparecer sin dar síntomas dentro de los primeros meses del puerperio. Este fenómeno puede explicarse por disolución espontánea (debido a que disminuye la saturación biliar de colesterol) o por migración silenciosa de los cálculos al intestino.

Actualmente los nuevos equipos, detectan litos cuyo tamaño mínimo es de 2mm. Existen situaciones en las cuales es difícil realizar la visualización de los cálculos, como el exceso de gas o pacientes obesas.

4.7. TRATAMIENTO

El tratamiento inicial de la colelitiasis en la paciente embarazada es médico (primer trimestre de la gestación), y comprende hidratación por vía parenteral, analgésicos y antibióticoterapia profiláctica, si presenta vómitos incoercibles debe colocarse sonda nasogástrica y monitoreo fetal, por lo general se observa remisión de los síntomas, postergando el tratamiento quirúrgico.

Debido al riesgo de infección sobreañadida, se debe iniciar antibiòticoterapia intravenosa, si la paciente presenta signos sistémicos o no hay mejoría después de 6 a 8 horas. Puede emplearse cefalosporinas de segunda o tercera generación, los antiespasmòdicos, analgésicos, y antibiòticos debe administrarse de forma razonable, para proteger al producto, e inclusive emplear progestágenos de ser necesario.

Las pacientes bajo tratamiento conservador deberán ser valoradas estrictamente a través de todo el embarazo, y programadas para colecistectomía en el postparto inmediato.

Para aquellas pacientes con ataque recurrente durante el primer trimestre, se considera el tratamiento conservador hasta el inicio del segundo trimestre para intervenirlas quirúrgicamente. Para aquellas pacientes que se encuentran en el segundo trimestre de la gestación y en las cuales se hizo el diagnóstico y falló el tratamiento conservador, se recomienda la cirugía en su reingreso; a diferencia de aquellas que se encuentren en el tercer trimestre en quienes se sugiere tratamiento conservador y programación para cirugía durante el puerperio.

En caso de no producirse remisión del cuadro clínico y este se exacerbara en un período de 24 a 36hs se recomienda el tratamiento quirúrgico de emergencia, de preferencia la laparoscopia para reducir la morbilidad relacionada con las complicaciones, aunque hay informes que reportan que el tamaño uterino en el último trimestre dificulta el abordaje laparoscópico por lo cual se recomienda a este grupo de pacientes la colecistectomía abierta. (3,17,18,21).

Los antibiòticos deberán cubrir microorganismos gramnegativos y enterococos; la mayoría de los casos suelen ceder ante el tratamiento antibiòtico y la analgesia, pero cerca del 10% de los casos sufre gangrena y perforación por lo cual el tratamiento de elección es la colecistectomía.

Actualmente la laparoscopia se usa exitosamente y de forma segura para diversas patologías en pacientes embarazadas, como apendicitis y colecistitis; demostrándose que no aumenta el riesgo de pérdida gestacional, ni de parto pretérmino.

La cirugía laparoscópica se puede realizar con toda seguridad durante el embarazo entre las 26 y las 28 semanas, realizando algunas modificaciones: no usar aguja de Veress para el neumoperitoneo, hacer una pequeña incisión en la línea media por encima del ombligo cuya altura depende del desarrollo del útero (primer trocar con visión directa de la cavidad peritoneal), el neumoperitoneo no debe exceder de 12 mm de Hg (32).

4.8. INDICACIONES PARA LA COLECISTECTOMÍA

- Colecistitis Aguda.
- Colecistitis Enfisematosa.
- Empiema vesicular.
- Perforación de la vesícula.
- Colecistitis crónica.
- Colecistitis sintomática.

4.9. COMPLICACIONES

El riesgo de presentar una complicación por colelitiasis en la población general es cercano al 3% (7). En las embarazadas post colecistectomía no complicada la tasa de aborto es cerca del 5% y podría incrementarse hasta en un 60% en caso de haber colecistopancreatitis.

La pancreatitis biliar afecta entre el 70% al 90% de las pacientes con colelitiasis, además si la paciente presenta valores de triglicéridos mayores o iguales a 1000mg/100ml el riesgo aumenta; con una recurrencia antes del parto hasta del 70% si no se realiza un procedimiento intervencionista, lo cual expone al binomio madre-feto a mayor

morbilidad (15-40%), con tasas de muerte materna del 15% y muerte fetal de hasta el 60% (3,5,10).

La pancreatitis se caracteriza por náuseas, vómitos, dolor en epigastrio y/ó hipocondrio izquierdo que se irradia a la espalda y que mejora balanceando el cuerpo hacia adelante, y febrícula, que se acompaña del incremento de amilasa (muy poco específica) para lo cual se emplea el índice amilasa/creatinina, Esta complicación puede presentarse en cualquier momento durante el embarazo, pero es más común durante el tercer trimestre y no tiene relación con la paridad. (2,3,5).

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. MATERIALES

4.1.1. LUGAR DE INVESTIGACIÓN

Servicio de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor, Guayaquil – Ecuador.

4.1.2. PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

01 de enero del 2008 a 31 de diciembre 2010.

4.1.3. RECURSOS UTILIZADOS

4.1.3.1. RECURSOS HUMANOS

- Postgradista.
- Tutor.
- Pacientes.

4.1.3.2. RECURSOS FÍSICOS

- Ecógrafo.
- Computador.
- Hoja de recolección de datos
- Hojas tamaño A4
- Bolígrafo
- Historias Clínicas.

4.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA

4.1.4.1. UNIVERSO

Mujeres embarazadas que ingresen al Servicio de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

4.1.4.2. MUESTRA

Mujeres embarazadas (100 casos), que ingresen al Servicio de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, a quienes se haya diagnosticado Colelitiasis (clínica o ecográficamente).

De esta manera los **criterios de inclusión** serán:

- Gestantes que ingresen al Servicio de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor con sospecha diagnóstica de Colelitiasis.
- Cualquier edad cronológica.
- De cualquier edad gestacional.
- Pacientes con dolor en hipocondrio derecho o Murphy positivo o con ecografía abdominal con diagnóstico de colelitiasis.

Los **criterios de exclusión** comprenderán:

- No gestantes.
- Otras patologías que causen dolor abdominal.
- Historias clínicas con datos incompletos.

4.2. MÉTODOS

4.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva y correlacional.

4.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, longitudinal y retrospectivo.

4.2.3. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para el efecto se revisaron los expedientes clínicos de todas aquellas pacientes que ingresaron al área de Cuidados Intermedios I y II del Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el período comprendido entre Enero 2008 a Diciembre 2010 (36 meses) con diagnóstico de Síndrome Doloroso Abdominal por Litiasis Biliar.

La información recabada fue registrada en un formulario de datos diseñado para el efecto e ingresados a una base de datos en hoja de cálculo de Excel de Windows Vista, para posteriormente ser analizados con el programa y fórmula matemática pertinente. Los resultados se compilaron como promedios, desviaciones estándares, medianas y porcentajes.

5. RESULTADOS.

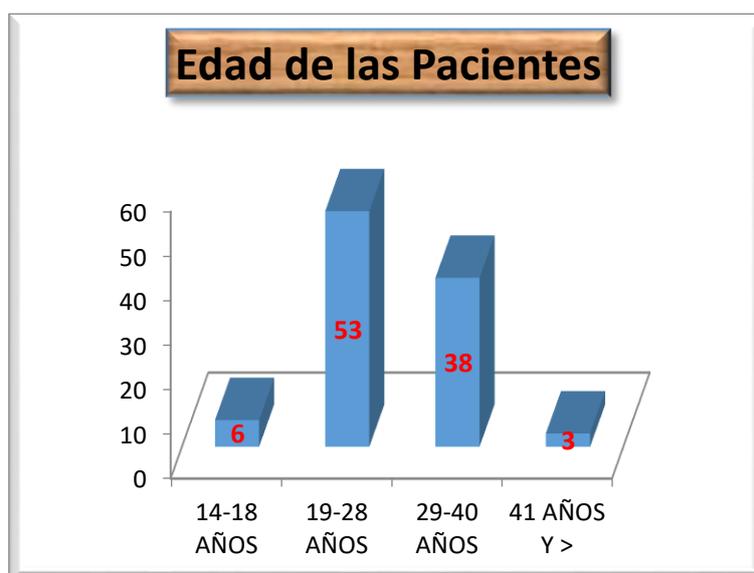
En los 36 meses de estudio, desde el 01 de enero del 2008 al 31 de diciembre 2010, se logró recabar y analizar las historias clínicas de 100 pacientes ingresadas en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el área de Cuidados Intermedios I y II, a quienes se diagnosticó colelitiasis. Los resultados fueron los siguientes:

CUADRO 1

CORRELACION ENTRE LA EDAD MATERNA Y LA APARICION DE LA PATOLOGIA BILIAR EN PACIENTES GESTANTES VALORADAS

EDAD DE LAS PACIENTES	CASOS	PORCENTAJE
14-18 AÑOS	6	6%
19-28 AÑOS	53	53%
29-40 AÑOS	38	38%
41 AÑOS Y >	3	3%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 1



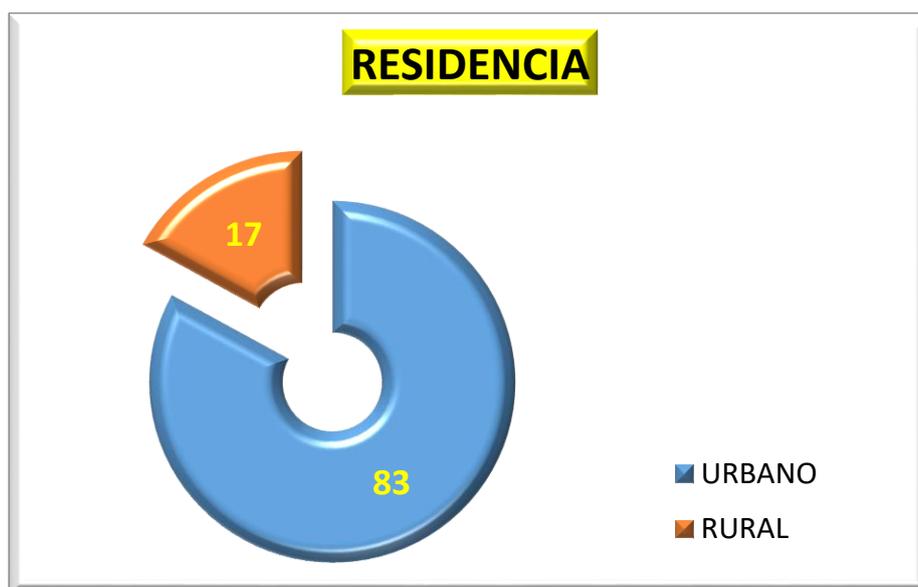
Análisis e interpretación: De acuerdo a la muestra estudiada la litiasis vesicular es más frecuente en mujeres en edad reproductiva lo que sugiere que existe una relación entre el aumento de la producción de hormonas, y la elevación del colesterol sanguíneo.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES GESTANTES CON PATOLOGÍA BILIAR DE ACUERDO AL LUGAR DE RESIDENCIA

RESIDENCIA	CASOS	PORCENTAJE
URBANO	83	83%
RURAL	17	17%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 2



Análisis e interpretación: De los casos analizados el 83% de las gestantes que presentó patología biliar residen en el sector urbano.

CUADRO 3

DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES GESTANTES CON PATOLOGIA BILIAR DE ACUERDO AL NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
NINGUNO	1	1%
PRIMARIA	27	27%
SECUNDARIA	68	68%
SUPERIOR	4	4%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 3



Análisis e interpretación: El mayor grupo de pacientes que presentó la patología lo constituyó el grupo que curso estudios secundarios 68%.

CUADRO 4

CORRELACION DEL NÚMERO DE GESTAS Y LA APARICIÓN DE LA

NUMERO DE GESTACIONES	CASOS	PORCENTAJE
PRIMIGESTAS	22	22%
SECUNDIGESTAS	26	26%
MULTIGESTAS	52	52%
TOTAL	100	100%

PATOLOGÍA BILIAR EN PACIENTES GESTANTES VALORADAS.

GRAFICO 4



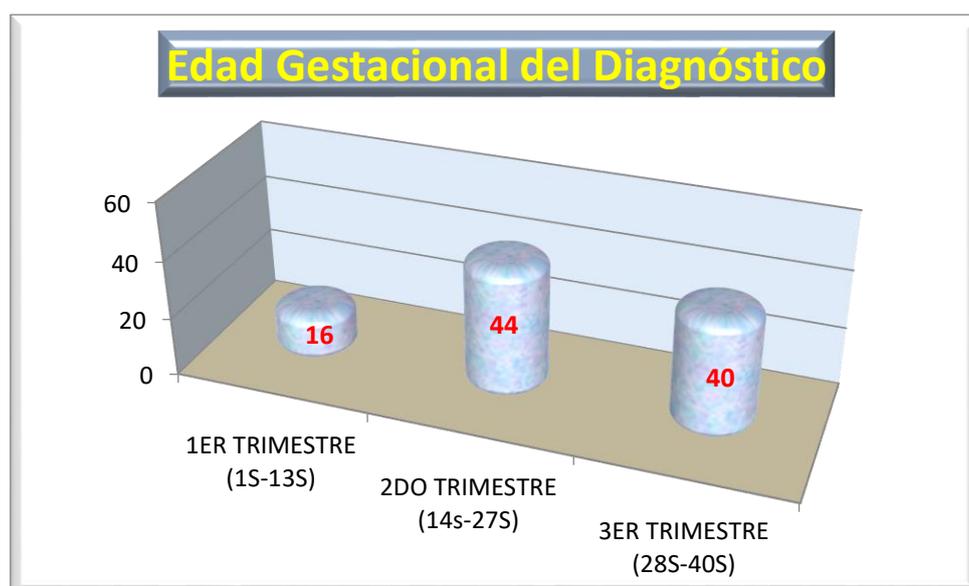
Análisis e interpretación: El análisis de la tabla corrobora lo planteado por varios autores quienes señalan que a mayor número de embarazos, mayor probabilidad de padecer de litiasis vesicular explicado por el repetitivo estímulo hormonal y la estasis biliar que ocurre por acción de la Progesterona.

CUADRO 5

CORRELACION DE LA EDAD GESTACIONAL CON LA APARICION DE LA PATOLOGIA BILIAR EN PACIENTES VALORADAS.

EDAD GESTACIONAL	CASOS	PORCENTAJE
1ER TRIMESTRE (1S-13S)	16	16%
2DO TRIMESTRE (14s-27S)	44	44%
3ER TRIMESTRE (28S-40S)	40	40%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 5



Análisis e interpretación: La patología biliar en la muestra estudiada es mayor en el segundo trimestre del embarazo (14-27semanas) 44% y un 40% aparece en el tercer trimestre (28 -40semanans).

CUADRO 6

DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES GESTANTES CON PATOLOGIA BILIAR DE ACUERDO AL TIPO DE ANTICONCEPTIVO EMPLEADO PREVIO A LA GESTACION ACTUAL.

ANTICONCEPTIVOS EMPLEADOS POR LAS GESTANTES	CASOS	PORCENTAJE
CLORMADINONA/ETINILESTRADIOL	12	12%
LEVONORGESTREL	11	11%
LEVONORGESTREL/ETINILESTRADIOL	16	16%
OTROS (DIU/PRESERVATIVOS/METODO OGINO-KNAUS)	61	61%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 6



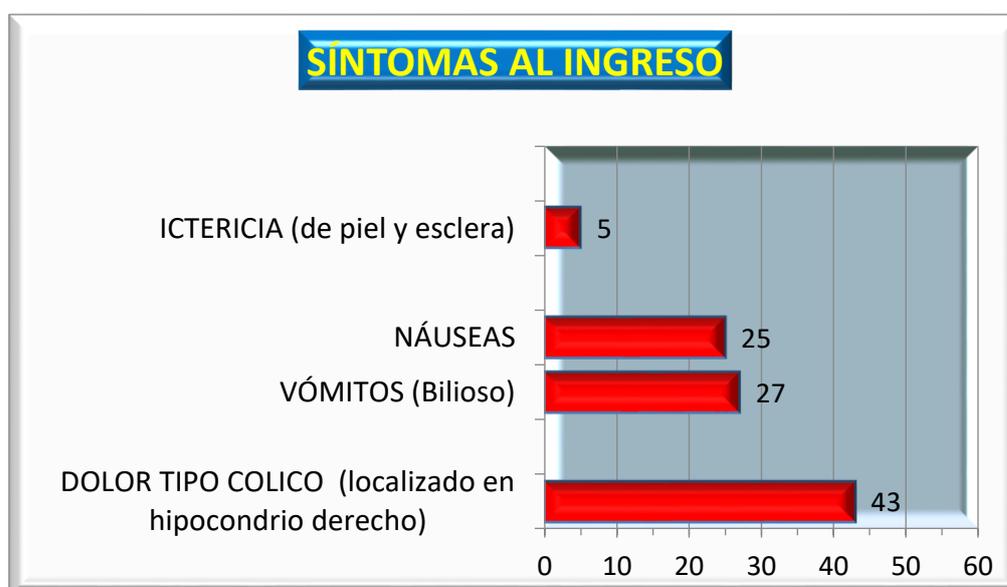
Análisis e interpretación: De la muestra analizada el 61% de las gestantes no utilizaron anticonceptivos orales combinados previo a la gestación, lo que contrasta con lo mencionado en la literatura médica internacional en la cual se hace énfasis en la relación directamente proporcional entre el uso de anticonceptivos y la litiasis biliar.

CUADRO 7

FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS PRESENTADOS AL MOMENTO DEL INGRESO EN LAS PACIENTES GESTANTES CON PATOLOGÍA BILIAR.

SÍNTOMAS AL INGRESO	CASOS	PORCENTAJE
DOLOR TIPO COLICO (localizado en hipocondrio derecho)	43	43%
VÓMITOS (Bilioso)	27	27%
NÁUSEAS	25	25%
ICTERICIA (de piel y esclerótica)	5	5%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 7



Análisis e interpretación: El síntoma más característico fue el dolor abdominal tipo cólico localizado en el hipocondrio derecho (43%); 27% presentaron vómitos, 25%

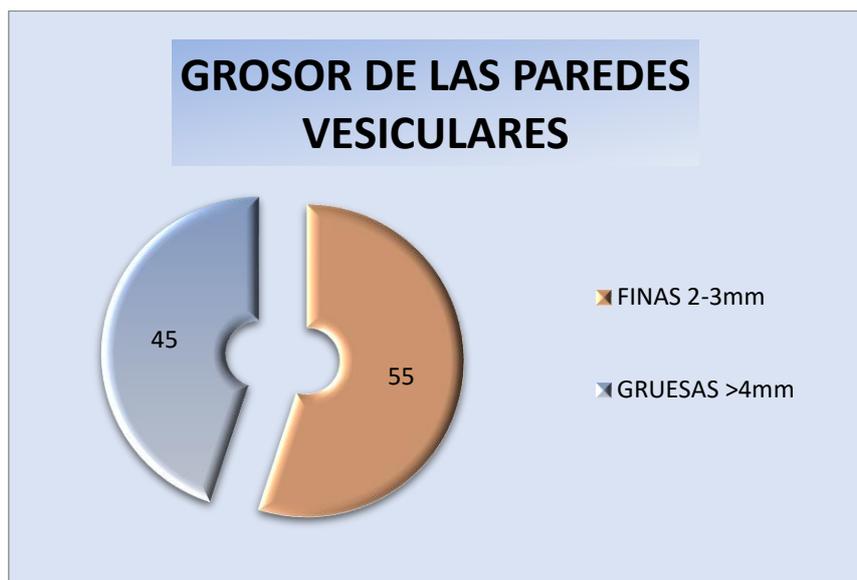
náuseas y 5% presentaron ictericia, la presencia de cualquiera de estos síntomas deberá alertar al personal médico para descartar la presencia de litos vesiculares y/o obstrucción.

GROSOR PAREDES VESICULARES	CASOS	POCENTAJE
FINAS (2-3mm)	55	55%
GRUESAS (>4mm)	45	45%
TOTAL	100	100%

CUADRO 8

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS: PAREDES VESICULARES.

GRAFICO 8



Análisis e interpretación: Por estudio ecográfico el 45% de los casos analizados presentaron engrosamiento de la pared vesicular esto se debe a los repetidos ataques agudos causados por los cálculos, lo que origina la formación de material fibroso en las paredes vesiculares. En conclusión al visualizar ecográficamente las paredes vesiculares de más de 4 mm se considera como patológico proceso crónico.

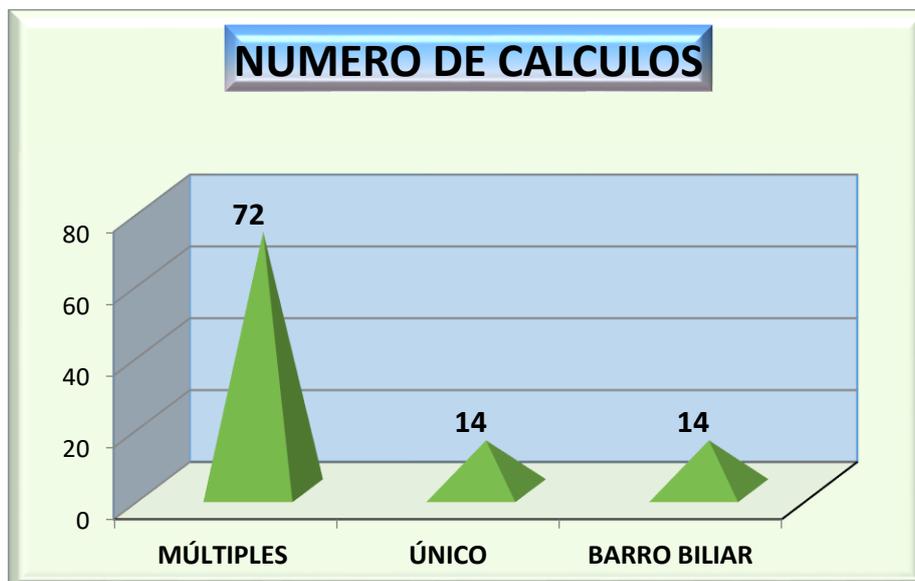
No CÁLCULOS	CASOS	PORCENTAJE
MÚLTIPLES	72	72%
ÚNICO	14	14%
BARRO BILIAR	14	14%
TOTAL	100	100%

4 mm se
como
patológico

CUADRO 9

HALLAZGOS ECOGRAFICOS: CONTENIDO VESICULAR EN LAS GESTANTES VALORADAS.

GRAFICO 9



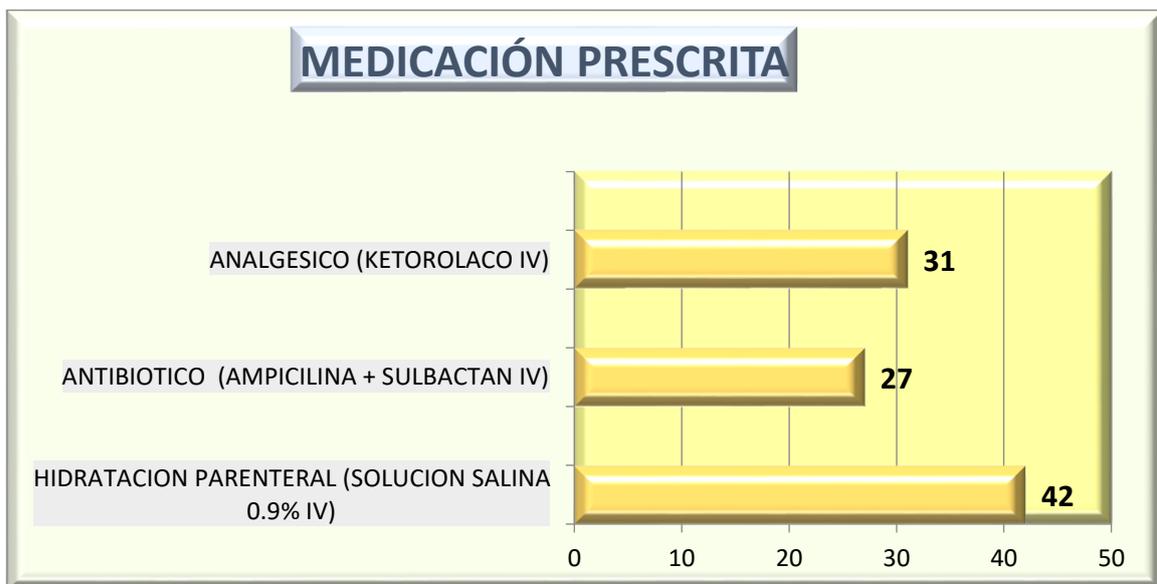
Análisis e interpretación: De acuerdo al número de casos estudiados, el hallazgo más frecuente en cuanto a contenido vesicular fue los múltiples litos 72%.

CUADRO 10

MEDICACIÓN PRESCRITA DURANTE EL TRATAMIENTO MÉDICO EN LAS GESTANTES CON PATOLOGÍA BILIAR.

TRATAMIENTO MEDICO	CASOS	PORCENTAJE
HIDRATACION PARENTERAL (SOLUCION SALINA 0.9% IV)	42	42%
ANTIBIOTICO (AMPICILINA + SULBACTAN IV)	27	27%
ANALGESICO (KETOROLACO IV)	31	31%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 10



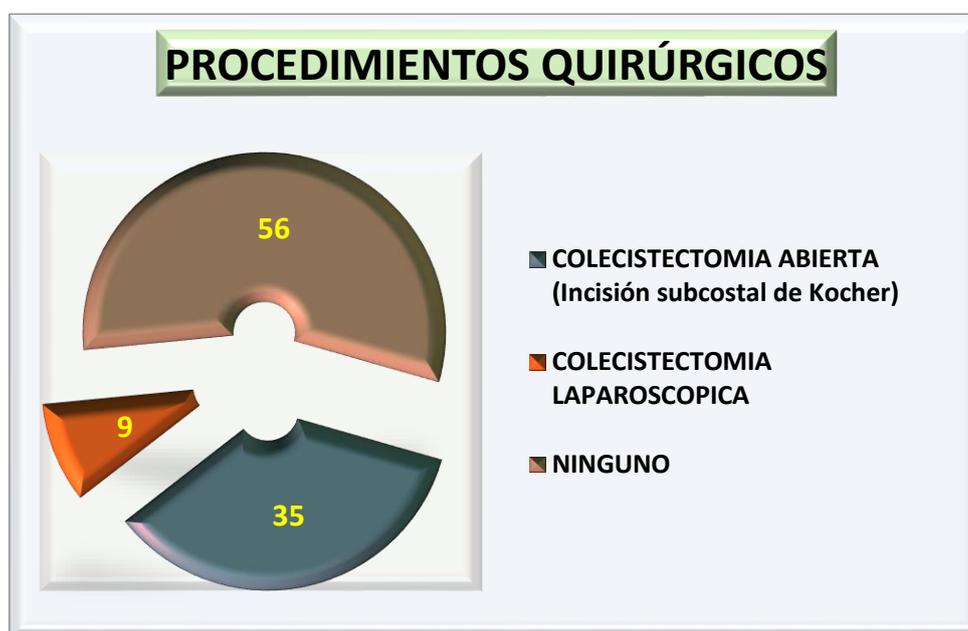
Análisis e interpretación: Todas las pacientes al momento de su ingreso son hidratadas por vía parenteral; como se observa en la grafica, 42% de las pacientes respondieron satisfactoriamente solo con la hidratación, el 31% de los casos necesito analgésicos (Ketorolaco 60mg IV) y un 27% ameritó la adición de antibióticos (Ampicilina + Sulbactam IV).

CUADRO 11

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS EN PACIENTES
GESTANTES CON PATOLOGÍA BILIAR.**

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	CASOS	PORCENTAJE
COLECISTECTOMIA ABIERTA (Incisión subcostal de Kocher)	35	35%
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	9	9%
NINGUNO	56	56%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 11



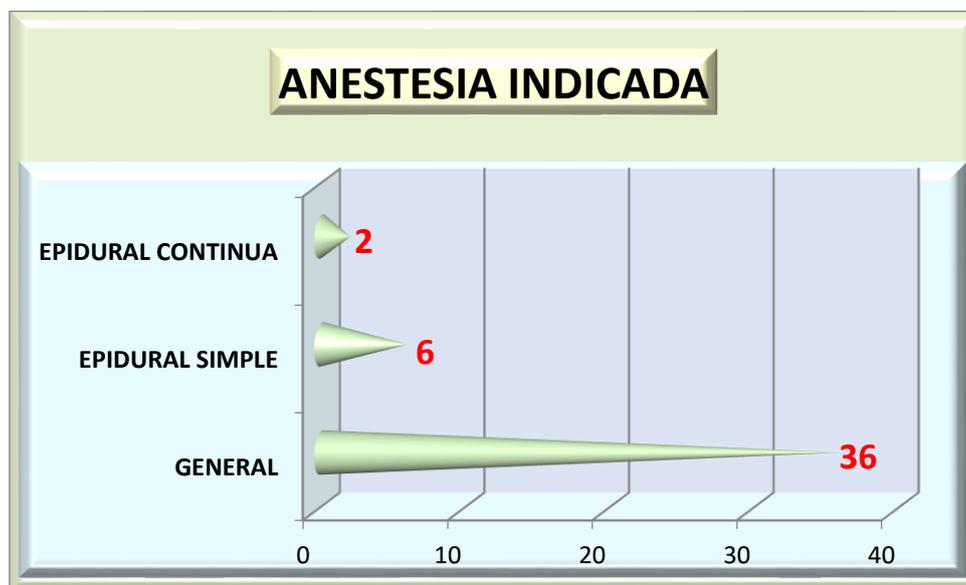
Análisis e interpretación: De las 100 pacientes ingresadas, 44 ameritó intervención quirúrgica, en 35 se realizó colecistectomía abierta (incisión subcostal de Kocher) y a 9 gestantes colecistectomía laparoscópica obteniendo buenos resultados postquirúrgicos, la técnica quirúrgica se dio de acuerdo a las condiciones maternas, y la experiencia del cirujano.

CUADRO 12

TIPO DE ANESTESIA INDICADA DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (COLECISTECTOMÍA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA) EN PACIENTES GESTANTES CON PATOLOGÍA BILIAR.

ANESTESIA	CASOS	PORCENTAJE
GENERAL	36	81.82%
EPIDURAL SIMPLE	6	13.64%
EPIDURAL CONTINUA	2	4.54%
TOTAL	44	100.00%

GRAFICO 12



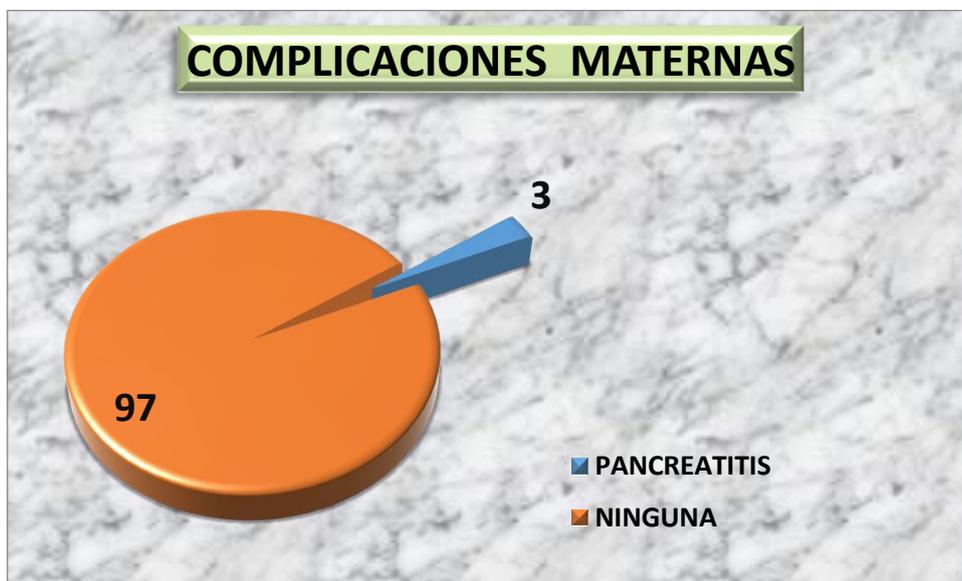
Análisis e interpretación: De las 44 pacientes intervenidas, 36 casos (81.82%) fueron intervenidos con anestesia general, 6 pacientes (13.64%) con anestesia epidural simple y 2 embarazadas (4.54%) con epidural continua, aunque la literatura internacional recomienda el bloqueo epidural, la casuística revela que el uso de anestesia general en estos casos no es un riesgo para la madre ni para el producto esperado.

CUADRO 13

COMPLICACIONES EN PACIENTES GESTANTES CON PATOLOGÍA BILIAR.

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJES
PANCREATITIS	3	3%
NINGUNO	97	97%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 13



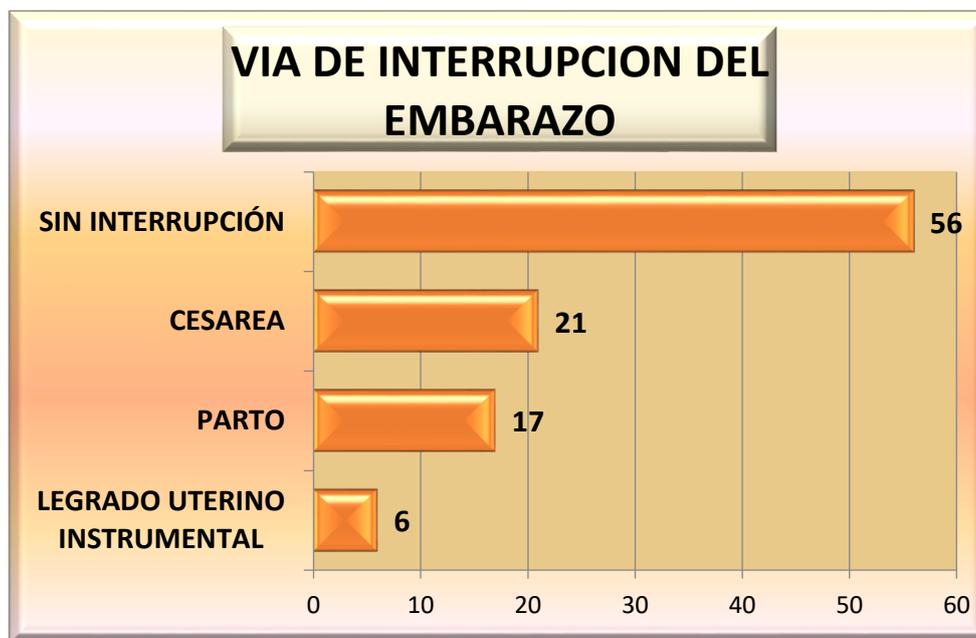
Análisis e interpretación: Tal como lo menciona la literatura médica internacional solo un 3% de la población que padece litiasis vesicular presenta complicaciones, en el estudio correspondió a Pancreatitis posiblemente por migración de un lito hacia la ampolla de Vater.

CUADRO 14

**VÍA DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES
GESTANTES CON PATOLOGÍA BILIAR.**

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO	CASOS	PORCENTAJE
LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL	6	21%
PARTO	17	17%
CESAREA	21	6%
SIN INTERRUPCIÓN	56	56%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 14



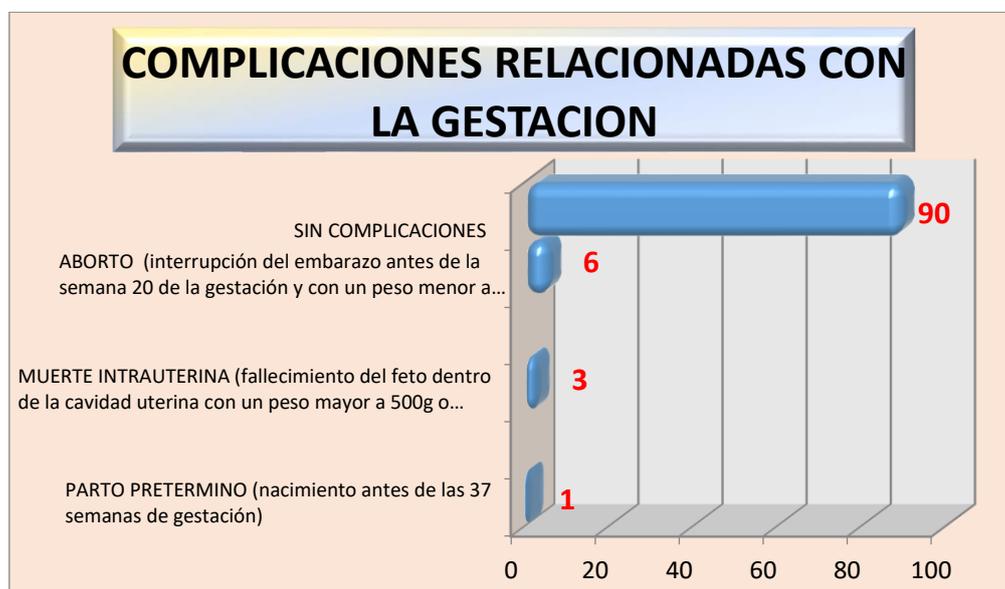
Análisis e interpretación: De las 44 pacientes intervenidas quirúrgicamente (colecistectomía), 21 culminaron su embarazo por cesárea, 17 casos fueron parto vaginal, 6 abortos, todas las pacientes evolucionaron favorablemente durante el post operatorio. La vía de interrupción del embarazo esta en relación a las condiciones materno fetales.

CUADRO 15

**COMPLICACIONES DE LA GESTACION EN PACIENTES CON PATOLOGIA
BILIAR.**

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA GESTACION	CASOS	PORCENTAJE
PARTO PRETERMINO (nacimiento antes de las 37 semanas de gestación)	1	1%
MUERTE INTRAUTERINA (fallecimiento del feto dentro de la cavidad uterina con un peso mayor a 500g o con una edad gestacional mayor a 20 semanas)	3	3%
ABORTO (interrupción del embarazo antes de la semana 20 de la gestación y con un peso menor a 500g)	6	6%
SIN COMPLICACIONES	90	90%
TOTAL	100	100%

GRAFICO 15



Análisis e interpretación: De los casos analizados, 10 presentaron complicaciones en su gestación, 1 parto pretermino, 3 muertes intrauterina y 6 fueron aborto diferido, el resto de los casos culminaron transcurridas las 37 semanas de gestación.

5. DISCUSIÓN.

La litiasis vesicular puede ocasionar complicaciones médicas durante la gestación. Su detección precoz permite conocer el tamaño y número de litos, grosor de la pared vesicular, la existencia de obstrucción y de esta forma, indicar las normas dietéticas que prevengan los síntomas y las complicaciones.

Angel et al en Manizales, Colombia (2008) después de 12 años de estudio llegaron a la conclusión que la edad promedio de las pacientes era de 28.4 años y que el 88.5% de las pacientes eran multíparas, además determinó la edad gestacional al momento del diagnóstico teniendo similares resultados a otros análisis, precisó 19.2% en el primer trimestre, 42.3% segundo y 38.5% en el tercer trimestre, estos resultados contrastan con los obtenidos en el presente estudio, siendo el grupo etareo más afectado el comprendido entre los 19 y 28 años (53%) y un 52% de los casos correspondían a multíparas.

El análisis realizado por Perez et al (Cuba) en el año 2001, con 50 pacientes mostró que el 52% de los casos fueron diagnosticados durante el primer trimestre, en comparación con la investigación realizada en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor reportó 44% en el segundo trimestre de la gestación.

En la investigación realizada en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor el ultrasonido abdominal se realizó en el 100% de los casos durante el período ante parto y el 72% de las pacientes presentó litos múltiples, en comparación con el trabajo realizado por Vásquez et al en el año 2009 (México), donde el estudio ecográfico fue efectuado durante el puerperio en el 85% de los casos y el 15% restante durante la gestación, presentando el 90% litos únicos.

Corbelle et al en el año 2007 (Argentina) en su casuística registró 4 casos de pancreatitis aguda; el riesgo de desarrollar una complicación por litiasis vesicular fue cercano al 3%, este porcentaje es igual al obtenido en el presente estudio. La incidencia de aborto espontáneo reportado fue del 5%, que contrasta con los resultados obtenidos en 6 casos (6%).

Upadhyay y colaboradores en el año 2007 (Oakland, California) confirmaron la seguridad de la colecistectomía laparoscópica considerando que es una cirugía mínimamente invasiva, disminuye la necesidad de analgésicos en el posoperatorio, hay menor depresión fetal, con poco riesgo de infección en la herida y de complicaciones tromboembólicas.

Desafortunadamente en el país no se han realizado estudios a gran escala sobre la patología biliar en el embarazo, sin embargo, esta entidad es diagnosticada y valorada a diario en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, por tal motivo la importancia de protocolizar el estudio ecográfico de abdomen permitiendo la detección precoz y tratamiento oportuno.

7. CONCLUSIONES.

En base a los resultados obtenidos de la muestra de pacientes estudiadas se puede concluir:

- De las pacientes embarazadas valoradas e incluidas en el estudio, el 52% de las ellas correspondían a multigestas, siendo el grupo de edad mayormente afectado el comprendido entre los 19 a 28 años con el 53% de los casos, llama la atención la cifra de adolescentes entre 14 a 18 años con el 6% de los casos.
- La edad gestacional en la que se diagnosticó la patología biliar fue durante el segundo trimestre con el 44%, y en el tercer trimestre en un 40% de las gestantes.
- Alrededor del 83% de las gestantes incluidas en este estudio provenían del sector urbano.
- Un 39% de las gestantes utilizaron anticonceptivos orales combinados (ACO's) entre ellos los compuestos levonorgestrel y etinilestradiol.
- Los síntomas que presentaron las pacientes valoradas al momento de su ingreso fueron: dolor tipo cólico en hipocondrio derecho (43%), náuseas (25%) vómitos de tipo bilioso (27%) e ictericia (5%).
- De los 100 casos valorados, el 42% de las gestantes presentaron mejoría clínica sólo con la hidratación parenteral (Solución Salina 0.9%); el 27% las pacientes a más de la hidratación requirió antibioticoterapia parenteral (Ampicilina + Sulbactam) y al 31% fue necesario prescribir analgésicos por vía intravenosa (Ketorolaco).

- De acuerdo a los hallazgos obtenidos por el estudio ecográfico abdominal se concluyó que el 55% de las pacientes con patología biliar presentaban vesículas con paredes delgadas, que miden entre 2 a 3mm, el 45% restante presentó paredes vesiculares gruesas (más de 4mm). Determinándose que el 72% de las evaluadas presentaban vesículas con cálculos múltiples, el 14% con lito único y 14% restante barro biliar.
- De las 100 gestantes con diagnóstico de litiasis biliar, 44 casos fueron intervenidas quirúrgicamente, en 35 de ellas se realizó colecistectomía abierta (incisión de Kocher) y 9 gestantes fueron sometidas a laparoscopia (colecistectomía laparoscópica) o “colelap”, el tipo de cirugía dependió de la edad gestacional y de las condiciones maternas; utilizándose en 36 casos anestesia general, 6 fueron anestesia epidural simple y 2 anestesia epidural continua, no se reportaron complicaciones maternas ni fetales por el procedimiento quirúrgico y/o anestésico.
- En la muestra de pacientes estudiadas, solo 3 presentaron complicaciones relacionadas con la patología biliar, reportándose Pancreatitis Biliar, lo que corresponde al 3% de los casos estudiados.
- En cuanto a complicaciones relacionadas con la gestación el 6% correspondió a aborto (diferidos), el 3% a muerte intrauterina que corresponden a las pacientes que se complicaron con Pancreatitis y el 1% presentó parto pretérmino (gestación menor a 37 semanas).

8. RECOMENDACIONES.

En base a las conclusiones obtenidas se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Protocolizar la ecografía abdominal en toda paciente gestante para detectar precozmente la presencia de litos vesiculares que puedan provocar obstrucción y lógicamente pancreatitis biliar.
2. Recomendar el tratamiento quirúrgico independientemente del número de gestas o de la edad gestacional, si los síntomas se exacerban a pesar de estar instaurado el tratamiento conservador.
3. Evaluar la edad gestacional, condición materno fetal y habilidad del cirujano para realizar cirugía a cielo abierto (colecistectomía abierta – incisión de Kocher) o colecistectomía laparoscópica (cirugía mínimamente invasiva). Ambos procedimientos quirúrgicos demostraron tener alta tasa de éxito en los casos evaluados.
4. Promover la educación continua de las gestantes y sus familiares para incorporar a su dieta diaria alimentos con alto contenido de fibra.
5. Socializar los resultados del presente estudio con el equipo de salud del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALFARO, H, et al. 2004. Complicaciones medicas en el embarazo. México D.F. McGraw Hill. Páginas 341 – 354.
2. ANGEL, R et al. 2008. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes embarazadas. Manizales – Colombia. Revista colombiana de gastroenterología Vol 23 Num 3. Páginas 224 – 230.
3. CABERO, L et al. 2007. Obstetricia y medicina materno fetal. Buenos Aires – Argentina. Panamericana. Páginas 805 – 809.
4. CAPPELL. M et al. 2008. Clínicas médicas de Norteamérica: Urgencias hepáticas. Barcelona – España. Elsevier. Vol 92 Num 4 Páginas 925 -959.
5. CARRERA, J, et al. 2006. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona – España. Elsevier. Páginas 232; 295.
6. CIFUENTES, R. 2007. Urgencias obstétricas. Bogotá – Colombia. Distribuna. Páginas 391 -404.
7. CORBELLE, J, et al. 2007. Diagnóstico temprano de la litiasis vesicular y conducta terapéutica en la embarazada: factores etiopatogénicos. Argentina. Revista Argentina de Cirugía Vol 92 Num 3 Páginas 155-160.
8. CURIEL, L et al. 2005 Predisposición genética de la litiasis biliar. Investigación en Salud; marzo 2005, Vol VII. Páginas 79-84.
9. DIETRICH, Ch. 2008. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica: Obstetricia y Ginecología para el cirujano general. Barcelona – España. Elsevier. Vol 88 Num 2 Páginas 404 – 410. .

10. GÓMEZ M, Rincón J. 2002 Frecuencia de coledocolitiasis en mujeres embarazadas asintomáticas. Actualidades Médicas Colombianas. Vol 27 Página 340.
11. GÜITRON, A et al. 2003. Manejo endoscópico de la coledocolitiasis durante el embarazo. Revista Mexicana de Gastroenterología. Vol 68 Num 1 Páginas 11 – 15.
12. GUZMAN B., et al. 2005. Colecistitis aguda en el embarazo. Gaceta Médica. Vol.28, Num 2 Páginas 42 - 49.
13. HEPPARD, M et al. 2003. Urgencias obstétricas. Barcelona – España. Elsevier. Páginas 20 – 25.
14. JEFFREY, A et al. 2008. Surgery. Basic science and clinical evidence. Springer. Páginas 732 – 733.
15. RAYBURN, W. 2007. Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica. Elsevier. Barcelona – España. Vol 34 Num 3. Páginas 395 – 401.
16. SMITH, R. 2005. Netter obstetricia, ginecología y salud de la mujer. Barcelona – España. Elsevier. Páginas 166 - 167; 428 – 431.
17. TOWNSEND, C et al. 2009. Tratado de cirugía. Barcelona - España. Elsevier. Páginas 1547 – 1563.
18. VASQUEZ, J et al. 2010. Frecuencia y curso clínico de la litiasis biliar en pacientes con preeclampsia. México. Revista de Ginecología y Obstetricia. Vol 78 Num 11 Páginas 583-589.
19. WEBER, A, et al. 2011. Colecistectomía laparoscópica poscesárea por hidrocolecisto. Reporte de un caso. México. Revista de Ginecología Obstetricia Mexicana. Vol 79 Num 4 Páginas 230-234.

20. YARMUCH, J. 2010. Cirugía y embarazo. Chile. Revista Chilena de Cirugía vol.62, n.5. Páginas 520 -524.
21. ZUCKER, S et al. 2003. Clínicas de gastroenterología de Norteamérica. Num 32 Páginas 1213 – 1227.

CITAS DE INTERNET

22. AUGUSTIN, G. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-16982130>, año 2007.
23. BÁNHIDY, F. [Possible association between symptomatic cholelithiasis-complicated cholecystitis in pregnant women and congenital abnormalities in their offspring--a population-based case-control study.](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-19427092) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-19427092>, año 2009.
24. CHLOPTSIOS, C. [Cholecystitis during pregnancy. A case report and brief review of the literature.](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-18225691) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-18225691>, año 2007.
25. KAMITANI, J. [A case of general anesthesia combined with epidural anesthesia in a pregnant woman undergoing laparoscopic cholecystectomy\].](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-16634551) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-16634551>, año 2006.
26. KIMURA Y. [Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines.](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-17252293) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-17252293>, año 2007.

27. LAFFITA, W. [Tratamiento de la enfermedad litiásica biliar en el embarazo/ Treatment of the biliaris lithiasis disease in the pregnancy.](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-584684) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-584684>, año 2011.
28. PAREDES, W. [Colestasis gravidica: a propósito de un caso/ Cholestasis gravidarum: a purpose of a case.](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-530764) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-530764>, año 2007.
29. PÉREZ Z. [Colecistectomía videolaparoscópica en la embarazada/ Video laparoscopic cholecystectomy during pregnancy.](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-424343) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-424343>, año 2005.
30. ROPPONEN A. [Intrahepatic cholestasis of pregnancy as an indicator of liver and biliary diseases: a population-based study.](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-16557542) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/mdl-16557542>, año 2006.
31. VÁZQUEZ, J. Frecuencia y curso clínico de la litiasis biliar. <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2010/NOVIEMBRE/magazine/files/femego%20noviembre.pdf>, año 2010.
32. WEBER, A. [Análisis del papel creciente de la laparoscopia en el manejo del abdomen agudo durante el embarazo/ Laparoscopic surgery rol in the management of acute abdominal conditions during pregnancy.](http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-310813) <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-310813>, año 2002.

ANEXOS

NOMBRES Y APELLIDOS	H.C.#	DIAS HOSPITALIZACION:
EDAD:	ESTADO CIVIL: S C D UL	ESCOLARIDAD: Ninguno Prim Secund Sup
RESIDENCIA: Urbano Rural	FUM: EDAD GESTACIONAL:	A.G.O: P: A: C: Ec:
USUARIA ANTICONCEPTIVOS SI NO	TACTO VAGINAL: D: <input type="checkbox"/> BTO: <input type="checkbox"/> % M: I - R	RCTG: <input type="text"/> LCF: <input type="text"/>
SINTOMAS AL INGRESO	REPORTE ECOGRAFICO:	TRATAMIENTO:
DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/>	VESICULA:	MEDICO <input type="checkbox"/>
NAUSEAS <input type="checkbox"/>	PAREDES: FINAS <input type="checkbox"/>	ATB: <input type="checkbox"/>
VOMITOS <input type="checkbox"/>	GRUESAS <input type="checkbox"/>	ANALGESICO: <input type="checkbox"/>
ICTERICIA <input type="checkbox"/>	LITOS: UNICO <input type="checkbox"/>	HIDRATACION: <input type="checkbox"/>
OTROS:	MULTIPLES <input type="checkbox"/>	QUIRURGICO <input type="checkbox"/>
COMPLICACIONES:	BARRO <input type="checkbox"/>	COLECISTECTOMIA <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OTROS:	COLECISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>
CUAL (ES)?		TIPO DE ANESTESIA:
	OBSERVACIONES:	

**EVALUACIÓN CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN
PACIENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR” 2008 – 2010**

BASE DE DATOS

CASO	# HISTORIA	INICIALES	CASO	# HISTORIA	INICIALES
1	11117404	R.R.I.	51	20527936	E.C.S.
2	20654685	P.A.L.	52	11152870	N.H.M.
3	20382571	F.M.A.	53	20430169	P.Q.K.
4	20337084	C.Q.D.	54	20479118	C.L.E.
5	20649979	V.M.J.	55	20660930	P.I.D.
6	20650630	A.M.S.	56	10866578	D.T.M.
7	20650867	A.M.P.	57	11122331	C.C.Y.
8	20332232	V.B.L.	58	11035163	T.G.M.
9	20649764	G.V.S.	59	20587063	B.S.K.
10	20589065	F.O.M	60	20574198	O.F.C.
11	20579622	R.B.S.	61	20625190	C.C.J.
12	11066892	R.B.H.	62	20633323	V.V.J.
13	20644661	B.C.M.	63	20671689	M.O.P.
14	20645895	H.C.V.	64	20412774	Z.N.S.
15	11089854	B.Q.E.	65	20660306	M.M.A.
16	20646165	M.T.J.	66	20588333	M.C.B.
17	11222092	C.G.M.	67	20382787	C.R.T.
18	11071928	S.G.G.	68	20676070	C.S.A.
19	11119502	A.C.B.	69	20608547	Q.M.A.
20	20450617	T.V.J	70	20581415	M.G.J.
21	20043202	L.R.I.	71	20172895	L.G.G.
22	20657006	T.M.Y.	72	20244983	G.Z.R.
23	20649394	M.H.N.	73	20613310	L.P.L.
24	20535205	B.M.J.	74	20061043	O.S.V.
25	20395695	P.R.S.	75	11147711	F.E.M.

**EVALUACIÓN CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN
PACIENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR” 2008 – 2010**

BASE DE DATOS - CONTINUACIÓN

CASO	# HISTORIA	INICIALES	CASO	# HISTORIA	INICIALES
26	20586035	G.M.L.	76	20563196	M.M.S.
27	20416471	F.E.M	77	20634656	A.Q.M.
28	10805680	C.A.A.	78	20558076	M.C.V.
29	20658906	A.C.M.	79	20502126	G.B.R.
30	20656121	M.P.M.	80	20648342	P.M.J.
31	20146832	M.A.J.	81	20551750	J.M.R.
32	20323493	Q.L.D.	82	20648145	R.B.N.
33	20641293	V.M.M.	83	20677290	V.B.D.
34	20443457	M.C.G.	84	20495503	Z.F.C.
35	20665908	A.T.V.	85	20581415	M.G.J.
36	20665629	A.C.C.	86	20479442	A.M.S.
37	20310452	F.C.F.	87	20618370	M.C.G.
38	20628987	C.B.S.	88	20422816	G.P.M.
39	20680728	M.F.A.	89	20627897	S.B.C.
40	20602008	B.H.D.	90	20629211	H.C.D.
41	20664042	P.L.T.	91	11105467	A.A.R.
42	20665955	N.Z.R.	92	20558950	T.Y.D.
43	10820762	A.E.R.	93	20617727	G.C.M.
44	20528540	O.B.M.	94	20618890	N.S.V.
45	20660304	C.M.J.	95	20566321	C.V.R.
46	20413262	C.H.A.	96	20617191	B.G.O.
47	20628470	A.Z.M.	97	20568364	C.T.C.
48	20677233	C.S.I.	98	20407935	M.A.M
49	20304695	S.P.J.	99	20615758	R.Q.M.
50	10783462	H.C.V.	100	20389042	M.P.D.

**“EVALUACIÓN CLÍNICO QUIRÚRGICA DE LA PATOLOGÍA BILIAR EN PACIENTES
EMBARAZADAS. HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR” 2008 –
2010**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CASO # _____

NOMBRES Y APELLIDOS	H.C.#	DIAS HOSPITALIZACION:
EDAD:	ESTADO CIVIL: S C D UL	ESCOLARIDAD: Ninguno Prim Secund Sup
RESIDENCIA: Urbano Rural	FUM: EDAD GESTACIONAL:	A.G.O: P: A: C: Ec:
USUARIA ANTICONCEPTIVOS SI NO	TACTO VAGINAL: D: <input type="checkbox"/> BTO: <input type="checkbox"/> % M: I - R	RCTG: <input type="text"/> LCF: <input type="text"/>
SINTOMAS AL INGRESO DOLOR ABDOMINA <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VOMITOS <input type="checkbox"/> ICTERICIA <input type="checkbox"/> OTROS:	REPORTE ECOGRAFICO: VESICULA: PAREDES: FINAS <input type="checkbox"/> GRUESAS <input type="checkbox"/> LITOS: UNICO <input type="checkbox"/> MULTIPLES <input type="checkbox"/> BARRO <input type="checkbox"/> OTROS:	TRATAMIENTO: MEDICO <input type="checkbox"/> ATB: <input type="checkbox"/> ANALGESICO: <input type="checkbox"/> HIDRATACION: <input type="checkbox"/> QUIRURGICO <input type="checkbox"/> COLECISTECTOMIA <input type="checkbox"/> COLECISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> TIPO DE ANESTESIA:
COMPLICACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL (ES)?	OBSERVACIONES:	