



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0896 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 23 de septiembre del 2024

VISTO:

Nota Informativa N° 541-2024/HAS-4300201611, de fecha 17 de septiembre del 2024, con proveído N°4165 favorable, de fecha 18 de septiembre del 2024, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N° 541-2024/HAS-4300201611, de fecha 17 de septiembre del 2024, la jefatura del Departamento de Cirugía solicita a la Dirección Ejecutiva, la aprobación y proyección del Acto Resolutivo de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Crónica Calculosa";

Que, los numerales I y II de Título Preliminar de la Ley 26842, de fecha 15 de julio del 1997, Ley General de salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, Por lo tanto es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante el Artículo 1° del Título del Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales, que se aprobó la Resolución Ministerial N° 616-2003-SA-DM, de fecha 4 de junio del 2003, el objeto del Modelo es establecer el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales de alta, mediana y baja complejidad de atención de la salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 25 del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado con el D.S. N° 013-2002-SA.;

Que, mediante el Artículo 1° del Título Primero en el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, de fecha 25 de junio del 2006, las Disposiciones Generales.- El presente Reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", de fecha 06 de junio de 2007, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de Apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos" y en la primera Disposición General se señala, que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y competencias del evaluador interno;

Que, de acuerdo a las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, de fecha 11 de julio del 2021, donde establece disposiciones destinadas a fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, órganos desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos;

Que, la normativa antes mencionada, define como Guía técnica a todo documento normativo del Ministerio de Salud, con él se define por escrito y de manera el desarrollo de determinados procesos, procedimiento y actividades administrativas, asistenciales y sanitarias. En ella se establecen metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica;

Que, de igual forma en esta misma norma se establece que las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario y cuando esta se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía de Práctica Clínica (GPC), en este caso contienen recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de



GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0896 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 23 de septiembre del 2024

modo que orientes y facilites el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud;

Que, en mérito al documento emitido por la jefatura del Departamento de Cirugía, con proveído N°4165, de fecha 18 de septiembre del 2024, la Dirección Ejecutiva autoriza proyectar Acto Resolutivo de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Crónica Calculosa";

Que, de acuerdo a la finalidad de la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Crónica Calculosa", es aportar en su conocimiento, mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Crónica Calculosa, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos;

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, y;

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Crónica Calculosa", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- DISPONER, al Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el cumplimiento de lo resuelto en el Artículo 1° de la presente resolución.

ARTICULO 3.- DISPONER, que la Unidad de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

ARTICULO 4.- NOTIFICAR, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Oficina de Gestión de Calidad, Departamento de Cirugía e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

DIRECCIÓN REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Iván Oswaldo Calderón Castillo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 022079 - INE. 028425

IOCC/JGRC/jacv

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

GUIA DE PRACTICA CLÍNICA
PARA EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE COLECISTITIS
CRÓNICA CALCULOSA



HOSPITAL APOYO II-2
SULLANA
Por Salud es Nuestra Prioridad

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

AÑO 2024

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA

I. FINALIDAD

La Finalidad de esta Guía Práctica Clínica es aportar en su conocimiento, mejorar el proceso de diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Crónica Calculosa ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo, así como la optimización y racionalización del uso de recursos.

II. OBJETIVO

Establecer una Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Colecistitis Crónica Calculosa en el Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La Presente Guía Práctica Clínica es de aplicación obligatoria en el Servicio de Cirugía General del Departamento de Cirugía del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

4.1. NOMBRE Y CODIGO

NOMBRE : Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis Crónica Calculosa.
CODIGO CIE10: K81.1

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICION

La colecistitis crónica es el término utilizado para describir la infiltración crónica de células inflamatorias de la vesícula biliar que se observa en la histopatología. La importancia clínica de la colecistitis crónica es cuestionable. Casi invariablemente se asocia con la presencia de cálculos biliares y se cree que es el resultado de la irritación mecánica o ataques recurrentes de colecistitis aguda que conducen a fibrosis y engrosamiento de la vesícula biliar. Sin embargo, su presencia no se correlaciona con los síntomas, ya que los pacientes con inflamación crónica extensa de células inflamatorias pueden tener solo síntomas mínimos, y no hay evidencia de que la colecistitis crónica aumente el riesgo de morbilidad futura.

Algunos autores utilizan el término "colecistitis crónica" para describir la disfunción de la vesícula biliar como causa de dolor abdominal. Es más apropiado en este caso referirse a la afección como dolor debido a discinesia biliar (que se atribuye a la disfunción del esfínter de Oddi) o dolor debido a un trastorno funcional de la vesícula biliar

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

1. Dolor Abdominal:
 - Localización: Dolor sordo y constante en el cuadrante superior derecho, que puede irradiarse hacia el hombro derecho o la espalda.
 - Duración: Puede durar desde minutos hasta horas, y suele desencadenarse después de la ingesta de alimentos grasos o copiosos.
 - Patrón: El dolor es recurrente y suele describirse como cólico biliar, pero en la colecistitis crónica, tiende a ser menos intenso que en la forma aguda.
2. Dispepsia:
 - Sensación de indigestión, plenitud abdominal, distensión, y molestias después de las comidas, especialmente ricas en grasas.
3. Náuseas y Ocasionalmente Vómitos:
 - Pueden acompañar los episodios de dolor, pero son menos frecuentes e intensos que en la colecistitis aguda.
4. Intolerancia a Alimentos Grasos:
 - Los pacientes frecuentemente refieren que los alimentos grasos o fritos empeoran sus síntomas.
5. Sensación de Malestar General:
 - Puede haber fatiga o una sensación de cansancio crónico asociado con los episodios repetitivos de inflamación.

Signos Clínicos de la Colecistitis Crónica Calculosa

1. Sensibilidad en el Cuadrante Superior Derecho:
 - Dolor a la palpación en el área subcostal derecha, aunque generalmente es menos severo que en la colecistitis aguda.
2. Signo de Murphy Negativo o Leve:
 - En la colecistitis crónica, el signo de Murphy (dolor y detención de la inspiración al presionar la vesícula biliar) puede estar ausente o ser leve, a diferencia de la forma aguda donde es típicamente positivo.
3. Masa Palpable:
 - Rara vez se puede palpar una vesícula distendida debido al engrosamiento crónico y fibrosis de la pared vesicular.
4. Ictericia Leve (Raro):
 - Puede presentarse en casos avanzados o complicados, como por una litiasis coledociana asociada.
5. Otros Signos Menores:
 - Puede haber molestias abdominales inespecíficas, como hinchazón o gases, aunque estos no son específicos y pueden confundirse con otras patologías gastrointestinales.

6.2. DIAGNÓSTICO

1. Historia Clínica

- Antecedentes de Cólico Biliar: Evaluar la presencia de episodios recurrentes de dolor en el cuadrante superior derecho, especialmente después de la ingesta de alimentos grasos.
- Síntomas Crónicos: Dolor sordo y persistente, dispepsia, náuseas, y malestar general.
- Intolerancia a las Grasas: Síntomas exacerbados tras comidas ricas en grasas o frituras.
- Episodios Previos de Colecistitis Aguda: Antecedentes de cuadros agudos que podrían haber llevado a una evolución crónica.

2. Examen Físico

- Sensibilidad en el Cuadrante Superior Derecho: Dolor a la palpación subcostal derecha.
- Signo de Murphy Leve o Negativo: Dolor a la presión en la vesícula biliar que puede estar ausente o ser menos marcado que en la colecistitis aguda.

3. Estudios de Laboratorio

• Pruebas Sanguíneas:

Hemograma: Normal o con leves alteraciones; no suele mostrar leucocitosis marcada.

Función Hepática: Generalmente normal, aunque en algunos casos puede haber elevación leve de las enzimas hepáticas si hay obstrucción del conducto biliar.

Bilirrubina y Fosfatasa Alcalina: Elevación leve si hay afectación del conducto biliar o coledocolitiasis asociada.

4. Pruebas de Imagen

a) Ecografía Abdominal (Estudio de Elección):

Engrosamiento de la Pared Vesicular (>3 mm): Indica inflamación crónica.

Presencia de Cálculos Biliares: Cálculos móviles o impactados en el fondo de la vesícula.

Vesícula Contraída o Deformada: Cambios sugestivos de cronicidad.

Ecos de Sludge Biliar: Sedimento biliar que indica alteración crónica del vaciamiento vesicular.

b) Tomografía Computarizada (TC):

Puede mostrar engrosamiento de la pared vesicular, cálculos, y cambios inflamatorios crónicos, pero no es la prueba de primera línea.

c) Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética (CPRM):

Útil para evaluar la vía biliar y descartar coledocolitiasis en casos complicados o con elevación de enzimas hepáticas.

d) Colecistografía Oral:

Puede utilizarse en casos específicos, mostrando una vesícula no funcionando, pero su uso ha disminuido con la disponibilidad de otras pruebas más avanzadas.

6.2.1. Diagnóstico diferencial

- Pancreatitis crónica
- Hepatitis.
- Gastritis
- Úlcera péptica
- Esofagitis
- Síndrome de Colon irritable.
- Angina pectoris.
- Enfermedad colónica maligna

6.3. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.3.1. Tratamiento médico

Está dirigido a calmar el dolor, y dependerá de la intensidad del mismo, indicándose generalmente medicación antiespasmódica vía oral y algunas veces, por la vía endovenosa según el caso. Generalmente la remisión es completa (ver cuadro adjunto). Se debe tener en cuenta la posibilidad de desarrollar un cuadro agudo:

Colecistitis Crónica Calculosa Reagudizada, la cual se manejará según la Guía de Colecistitis aguda.

El paciente será seguido por consultorio externo, dentro de las 24 horas siguientes al episodio de "cólico vesicular", para controlar y completar el preoperatorio previo a su programación para cirugía electiva.

Para los casos que se presenten con cuadro no clásico: son importantes la reducción en la ingesta de alimentos grasos y el uso de sintomáticos.



Criterios para tratamiento médico:

- Paciente estable, es decir, buen estado general.
- Ausencia de SIRS
- Examen físico: no relevante: Murphy (-), no rebote.

Manejo:

- a) Administrar antiespasmódico y/o antiinflamatorio endovenoso.
- b) Toma de muestras de exámenes auxiliares de Sangre.
- c) Estudios ecográficos.
- d) Si remisión es completa y buena tolerancia líquidos:
- e) Alta con indicación Antiespasmódico vía oral y control por consultorio externo.
- f) Si dolor persiste por más de 6 horas, a pesar de tratamiento endovenoso con antiespasmódicos y antiinflamatorios, y/o se agregan: FC >90, Fiebre >38.5, Leucocitosis >13000 (ver Guía de Colecistitis Aguda).

6.3.2. Manejo quirúrgico

Debe ser realizado preferentemente en periodo asintomático y Cirugía Laparoscópica.

Criterios para tratamiento quirúrgico:

En periodo asintomático.

Paciente estable (buen estado general)

Ecografía + para Colecistitis Crónica Calculosa sin sospecha de coledocolitiasis.

Fosfatasa alcalina normal, bilirrubinas normales, PCR (-) en casos controversiales.

En periodo sintomático:

Calmar el dolor, instruir al paciente y completar el preoperatorio por consultorio externo.

Profilaxis antibiótica: ocasional. Cefazolina 1g c/8h (30 min. antes, en SOP).

Microrganismos comunes: Escherichia coli, streptococcus, staphylococcus, enterococcus

Exámenes preoperatorios:

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo y Factor Rh.
- Tiempo de Coagulación y sangría.
- Glucosa, urea, creatinina.
- Fosfatasa alcalina, bilirrubinas, TGO y TGP.
- Sedimento urinario



- Radiografía de pulmones.
- Riesgo quirúrgico.
- Ecografía, PCRE (en algunos casos).

❖ **Nivel de complejidad en cirugía:** Colectomía laparoscópica o convencional.

COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL

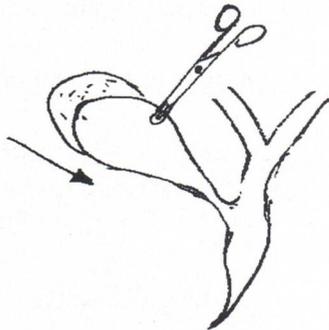
1. Incisiones:

- S = Subcostal Derecha.
- T = Transversa

2. Tipos de colecistectomía:

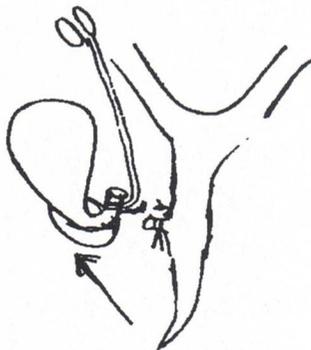
COLECISTECTOMIA TOTAL:

▪ DIRECTA O DE FONDO A CUELLO



COLECISTECTOMIA DIRECTA

▪ DE CUELLO A FONDO.



COLECISTECTOMIA INDIRECTA

- MIXTA se combinan ambos abordajes .

COLECISTECTOMIA PARCIAL:





A.- Se deja la pared posterior en el lecho hepático (THOREK)



B.- Se deja parte del Bacinete contiguo a la vía biliar principal (MARTIN)

3. Manejo del hilio vesicular:

- Con adherencias laxas:* disección roma e instrumentada hasta objetivar unión cístico bacinete. Preferentemente ligar Arteria y reparar C. Cístico (COLECISTECTOMIA MIXTA); luego iniciar desperitonización de fondo a bacinete, con cauterio. Posteriormente ligadura de C cístico individualizado.
- Con adherencias firmes:* Iniciar con disección de fondo a bacinete (COLECISTECTOMIA DIRECTA) hasta aproximarse a triángulo de Calot, si se identifica claramente ligar Arteria y C Cístico.

De no ser identificable:

- Apertura vesicular y posterior CIO transvesicular puede ser orientador.
- Proceder a COLECISTECTOMIA PARCIAL (Martin) con colocación de punto transfixiante o rafia a nivel de bacinete usando Ac poliglicólico 3/0, colocar dren penrose.

- Con lecho hepático sangrante:* Compresas de agua caliente, Electrofulguración, sutura con catgut crómico 2/0 MR 30 Punto colchonero, uso de HEMOCOLAGENO, dren pen rose. (COLECISTECTOMIA PARCIAL: Thorek según valoración del caso intraoperatoriamente: Rh - , Ts Hemorrágicos subyacentes).

4. **Manejo de contenido vesicular por perforación incidental:** Lavado local con solución salina tibia de 1 litro.

5. Cierre de pared abdominal:

- Peritoneo con vicryl "0" ó 1MR-40.



- Aponeurosis con nylon "0" ó 1 MR-40, puntos continuos o SURGET SIMPLE (a 0.5 cm del borde), Tejido celular subcutáneo con vicryl 0 MR-40, puntos separados.
- Piel con nylon 3/0 TC-30.

COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL



➤ RECURSO LOGÍSTICO:

- Centro quirúrgico implementado.
- Equipo: Cámara de video de tres chips.
- Monitor de alta resolución Insuflador.
- Óptica de 10 mm, 0°
- Reproductor de cinta de VHS Electrocoagulación mono y bipolar.
- Instrumental: Aguja de Veress (1)
- Trócar de 5mm (2)
- Trócar de 10mm (2)
- Reductor universal a 5 mm. (2)
- Disector atraumático (1)
- Pinza de presión de 5mm
- Pinza tipo maryland 5mm Tijera de Metzembraun de 5 mm(1)
- Pinza Baja nudos (1)
- Cánula de irrigación-aspiración Cliperas M-L (1)
- Clips M-L (6)
- Pinza electrocoagulador , Hock (1)
- Pinza bipolar (1).

➤ RECURSO HUMANO:

- Cirujano General Principal
- Cirujano General Asistente
- Médico Residente o Interno de Medicina
- Médico anestesiólogo
- Enfermera Instrumentista
- Enfermera o Técnica de enfermería circulante

➤ TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- Colocación de trócares:
 - T1, Ombligo, 10 mm.
 - T2, Flanco derecho, 05 mm T3, subxifoideo, 05mm.
 - T4, Flanco Izquierdo ,10 mm.
- Neumoperitoneo 13mmHg.
- Paciente en posición supina y trendelembug, invertido con lateralización a izquierda.
- Exploración de cavidad abdominal general.
- Identificación liberación de adherencias del epiplón y resto de vísceras.
- Tracción del Bacinete y disección de triangulo de Calot: cauterio monopolar

hidrodissección hasta identificar unión Cístico bacinete la arteria y conducto císticos. Clipaje de conducto y arteria cística respectivamente (tres clips cada uno).

7. Desperitonización vesicular retrógrada hasta ectomia.

8. En caso de presentarse un conducto cístico grueso y dificultad para ser clipado se puede:

- Ligadura simple proximal intracorporea y clipaje distal.
- Ligadura doble proximal y simple distal extracorpórea.
- Endoloop proximal y clipaje distal (ácido poliglicólico).

9. El item 8 debe realizarse previa valoración con Colangiografía intraoperatoria.

10. Extracción de la vesícula biliar por trócar 1, en una bolsa (si se perforó).

11. En caso de perforación incidental se debe proceder a lavado y aspirado con solución salina.

12. Aspiración de Neumoperitoneo.

13. Sutura de aponeurosis si es necesario con Nylon" 0" MR-30, piel con Nylon 3/0 TC-25.

14. Son criterios de conversión:

- Anomalías anatómicas
- Sangrado profuso incontrolable
- Dificultades técnicas en los equipos.
- Tiempo operatorio efectivo mayor de 1 hora, sin identificación de estructuras principales.

6.3.3. Manejo postoperatorio

- Nada por Vía Oral (NPO) x 24 horas.
- Reposición hidroelectrolítico endovenoso hasta iniciar VO.
- Evaluar dolor, eliminación de flatos, náuseas, vómitos, distensión abdominal.
- Al examen: ruidos hidro-aéreos presentes, Abdomen no distendido.
- Antibioticoterapia para Gram positivos y negativos (opcional).
- Profilaxis con Cefazolina 1 g, 2 dosis (30 min. antes, en SOP) y luego otra dosis 8 horas después del postoperatorio.
- Curación: herida cerrada dejar cubierto por 24 horas, luego queda sin apósitos.
- Inicio de vía oral.

6.3.4. Clasificación clínico-patológica

Entre las diversas formas que puede adoptar la vesícula biliar como consecuencia de la colecistitis crónica, destacan tres variantes peculiares:

- CCC con VESÍCULA ESCLERO ATRÓFICA: Caracterizada por ser una vesícula pequeña, de lumen reducido y pared fibrosa, amoldada sobre los cálculos del lumen que aparecen fuertemente adheridos a ella.



- CCC con HIDROPS VESICULAR: caracterizada por ser una vesícula aumentada de volumen, pálida. Al corte, muy distendida por un líquido incoloro, de aspecto seromucoso; con un cálculo enclavado en el bacinete, pared fibrosa convertida en una delgada lámina.
- CCC con VESÍCULA EN PORCELANA: vesícula de pared fibrosa y calcificada, con superficie interna blanca y lisa.

6.3.5. Criterios de Alta

Buena tolerancia oral, Estabilidad hemodinámica, afebril.

- Colectomía abierta: MINILAP: Dentro de las 48 h.
- Colectomía abierta RUTINA: Entre 2-3 días.
- Colectomía Laparoscópica: Dentro de las 24 h Salvo presentar drenaje penrose: 48h.

6.4. COMPLICACIONES

- Colectitis Aguda.
- Pancreatitis Aguda.
- Sd Mirizzi (Anexo 1).
- Fístulas Bilioentericas (colecistoduodenal, la más frecuente).
- Carcinoma de la vesícula biliar.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Síndrome de Mirizzi.

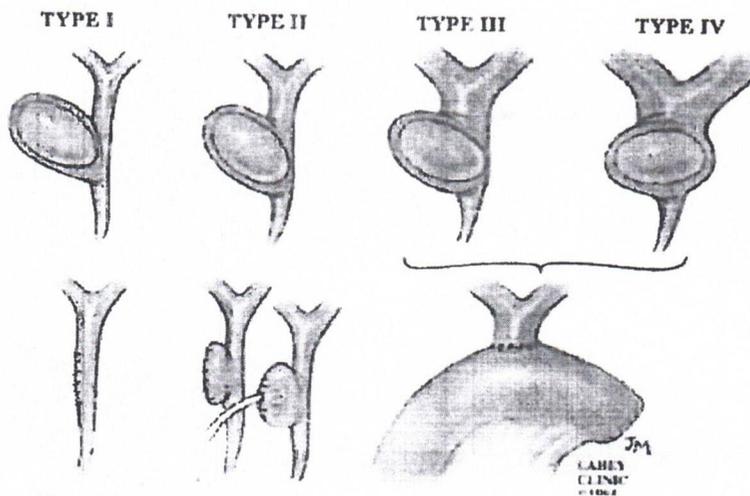
Es una secuela de recurrentes y repetidos episodios de colecistitis aguda El síndrome descrito por Mirizzi el año 1948 se caracteriza por ictericia obstructiva secundaria a la impactación de un cálculo en el bacinete o bolsa de Hartmann. El proceso inflamatorio crónica evoluciona a la formación de una fístula entre el bacinete y el conducto hepático. Ha sido clasificado por Csendes en 4 tipos:

Tipo I.- Compresión simple externa

Tipo II.- Fístula colecisto-biliar que compromete menos de 1/3 de la circunferencia del conducto.

Tipo III.- Fístula que compromete hasta los 2/3 del conducto biliar,

Tipo IV.- Fístula que compromete la destrucción de la pared del conducto biliar.



Tipos de Síndrome de Mirizzi y las opciones de reconstrucción

El diagnóstico es sospechado por el estudio del árbol biliar en un paciente icterico como la CPRE o Colangiorensonancia, donde se aprecia dilatación proximal biliar y defecto de relleno o tenue opacificación del borde del conducto hepático adyacente a la vesícula con un gran cálculo en su cuello.

El tratamiento de elección constituye la colecistectomía abierta, ya que la técnica laparoscópica lleva a un incremento en el riesgo de lesión de la vía biliar hasta en un 22%. Si no hay fístula presente una colecistectomía subtotal es suficiente. En casos de tipo II se realiza una colecistectomía subtotal y un drenaje biliar tipo kehr insertado a través de la fístula, siempre que el tejido sea saludable (viable). Para casos con fístula grande (III y IV) la hepaticoyeyunostomia es el tratamiento de elección.

Dado su relación con cáncer en alrededor del 15- 25%, siempre es necesario tomar una muestra para biopsia por congelación durante la cirugía, a fin realizar una colecistectomía radical de ser positiva y reunir las condiciones necesarias.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabinston. Tratado de Cirugía. 2018. 20ª edición. Sección X Abdomen. Capítulo 54 Sistema Biliar.
2. Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. 2017. 5ª edición. Sección VI Abdomen. Capítulo 38 Vías biliares.
3. Hospital Santa Rosa. 2015. Guías de Práctica Clínica de las Patología más frecuentes del Servicio de Cirugía General, aprobada con Resolución Directoral N° 493-2015-DG-HSR-IGSS.
4. Strasberg SM. Clinical practice. Acute calculous cholecystitis. N Engl J Med. 2008;358(26):2804-2811.
5. Shaffer EA. Gallbladder cancer: the basics. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2008;4(10):737-741.
6. Indar AA, Beckingham IJ. Acute cholecystitis. BMJ. 2002;325(7365):639-643.
7. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. 2012;6(2):172-187.

8. Portincasa P, Moschetta A, Palasciano G. Cholesterol gallstone disease. Lancet. 2006;368(9531):230-239.
9. Colecchia A, Sandri L, Vestito A, Bacchi-Reggiani ML, Portincasa P, Palasciano G, et al. Ambulatory ultrasound-based bile lithotripsy: a new therapeutic approach for gallstones in patients unfit for surgery. Aliment Pharmacol Ther. 2006;24(8):1261-1267.

