

Colecistitis aguda

**ALBA RUTH COBO A.
CIRUJANA GENERAL
GASTROENTÉROLOGA
CLINICOQUIRURGICA**

Definición



- La colecistitis aguda es la complicación aguda más común de los cálculos de la vesícula biliar y es la principal indicación para la colecistectomía de urgencia.
- Por lo general, el diagnóstico es sencillo, pero en algunos casos la presentación es atípica.
- En el manejo de las complicaciones agudas de cálculos biliares, el ritmo de la evaluación diagnóstica, el número y tipo de estudios de diagnóstico, y el umbral para la intervención terapéutica están dictadas por el estado general del paciente.

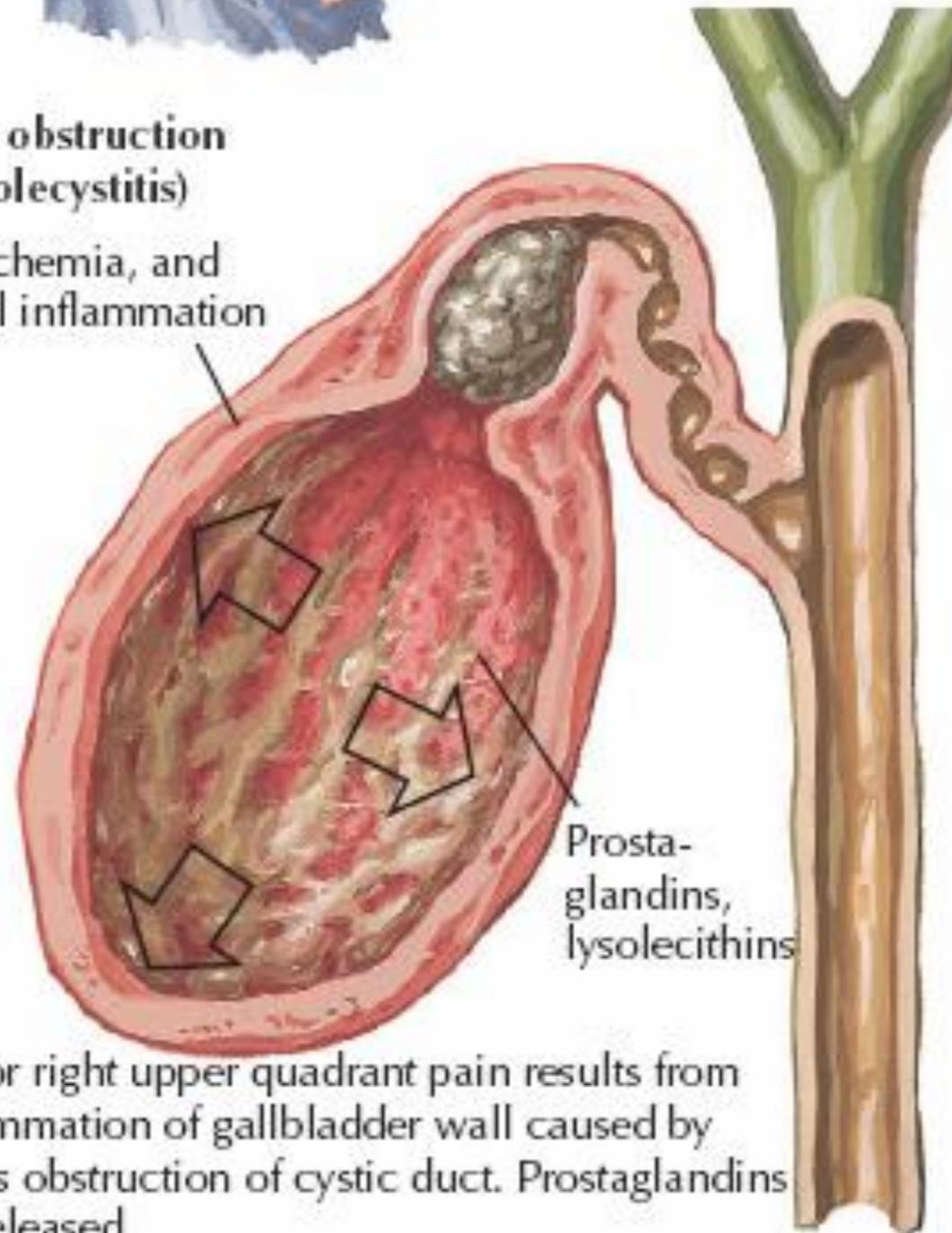
Patogenia



- La obstrucción del conducto cístico es el evento precipitante, por lo general causada por una calculo, pero el moco, barro, y la bilis viscosos también puede jugar un papel.
- Las bacterias no están involucrados en los eventos iniciales, aunque la vesícula inflamada puede posteriormente infectarse secundariamente.
- La liberación de enzimas intracelulares y la activación de mediadores inflamatorios son consecuencias de estasis biliar y conducen a la inflamación de la mucosa de la vesícula biliar.

**Persistent obstruction
(acute cholecystitis)**

Edema, ischemia, and
transmural inflammation

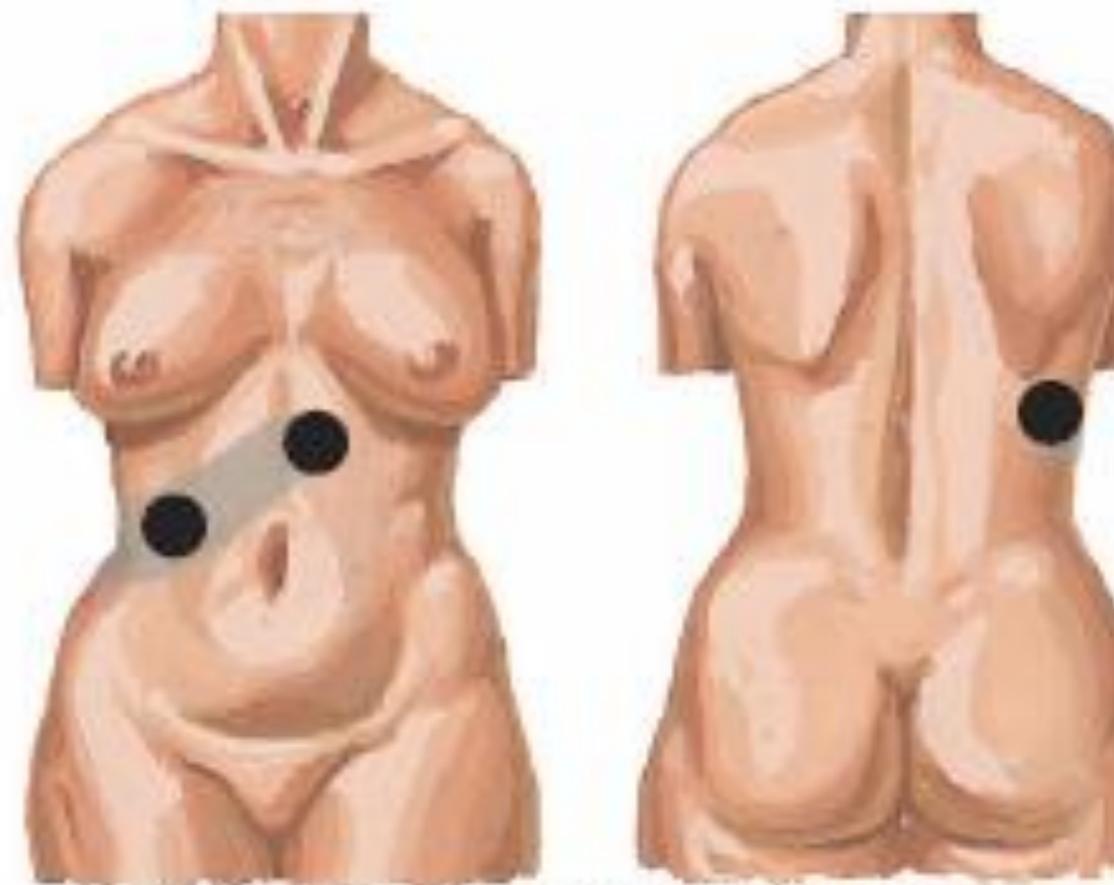


Parietal epigastric or right upper quadrant pain results from ischemia and inflammation of gallbladder wall caused by persistent calculous obstruction of cystic duct. Prostaglandins and lysolecithins released

Clinica



- Historia de dolor previo
- Dolor moderado en el epigastrio o hipocondrio derecho, que puede irradiarse a los hombros o escápula derecha.
- 3 a 6 horas, antes de que el paciente busca atención médica.
- náuseas y vómito
- Pueden estar febriles, pero generalmente no con una temperatura superior a 38 grados.
- fiebre mas alta sugiere bacteremia o un absceso.
- Los pacientes tienen sensibilidad en el cuadrante superior derecho y, a menudo ***signo de Murphy*** (sensibilidad acentuada a la palpación durante la inspiración).



Sites of pain and hyperesthesia
in acute cholecystitis

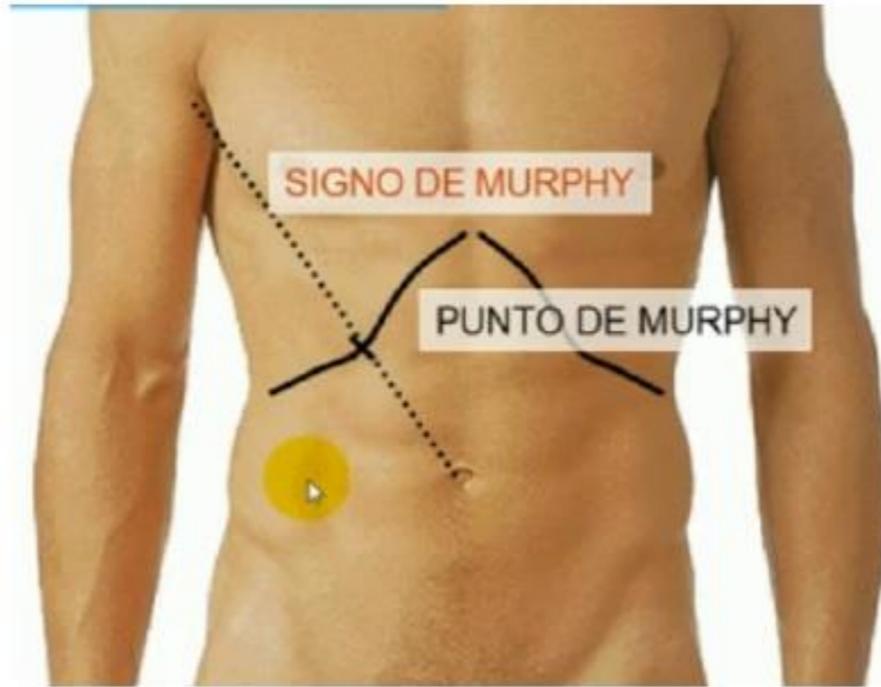
Patient lies motionless
because minor movement
(even breathing) increases
pain. Nausea common

JOHN A. CRAIG MD



Puntos Dolorosos

Signo de Murphy: Valora la existencia de una colecistitis aguda. Se colocan los dedos en el hipocondrio derecho y se pide al paciente que realice una inspiración profunda, produciéndose un dolor agudo a ese nivel debido al descenso del diafragma que desplaza al hígado y a la vesícula inflamada



Clinica



Las variaciones en la presentación de la colecistitis aguda incluyen los siguientes:

- ***mínimo dolor***, sobre todo en un paciente anciano o inmunodeprimido. La colecistitis aguda debe considerarse en todos los pacientes con bacteriemia inexplicable o sepsis, absceso intraabdominal, o peritonitis.
- ***Toxicidad severa*** con fiebre alta, dolor abdominal severo, bacteriemia y leucocitosis marcada. Cuando se sospecha de una complicación supurativa como un absceso, la TC es útil.
- ***Síntomas y signos típicos de la enfermedad biliar y descompensación de uno o más sistemas o falla orgánica multisistémica.*** En tales casos, la estabilización de la condición médica general del paciente tiene prioridad sobre la colecistectomía, y puede ser necesario el drenaje de la vesícula biliar a través colecistostomía

Laboratorio



- (WBC) de 10 a 15.000 / mm³ es típico.
- Aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), fosfatasa alcalina, y los niveles de bilirrubina pueden ser normales o ligeramente elevados
- Si el nivel de fosfatasa alcalina desproporcionadamente elevada en relación con los niveles aminotransferasa, se debe sospechar ***coledocolitiasis***

Diagnóstico



- combinación de características clínicas y estudios radiológicos.
- La ecografía o exploración hepatobiliar radionúclido con derivados de ácido iminodiacético (hepática ácido 2,6-dimethyliminodiacetic [HIDA] o diisopropil iminodiacético [DISIDA]).

Gammagrafia



- La sensibilidad y especificidad de la exploración hepatobiliar para la colecistitis aguda son de aproximadamente 95% y 90%, respectivamente.
- Los resultados falsos positivos pueden ocurrir en pacientes con estasis de la vesícula biliar; esto puede representar un problema diagnóstico en pacientes con sospecha de colecistitis aguda alitiásica.

Ecografía



- Los signos de colecistitis aguda incluyen cálculos biliares, vesícula biliar dilatada, una pared de la vesícula biliar engrosada (más gruesa que 4 mm), edema en la pared de la vesícula biliar, y líquido pericolecístico
- La ecografía es más dependiente del operador que la exploración gammagráfica pero proporciona más información.
- Se lleva a cabo con mayor rapidez, y está generalmente disponible durante todo el día y la noche.
- La dilatación de la BD puede ser fácilmente detectado en la ecografía.
- La sensibilidad y especificidad de la ecografía para la colecistitis aguda son 90% a 95% y 80%, respectivamente

Ecografía en colecistitis aguda

Tabla 8. Criterios diagnósticos ecográficos de colecistitis aguda

Demostración de litiasis biliar.

Engrosamiento de la pared > 4 mm.

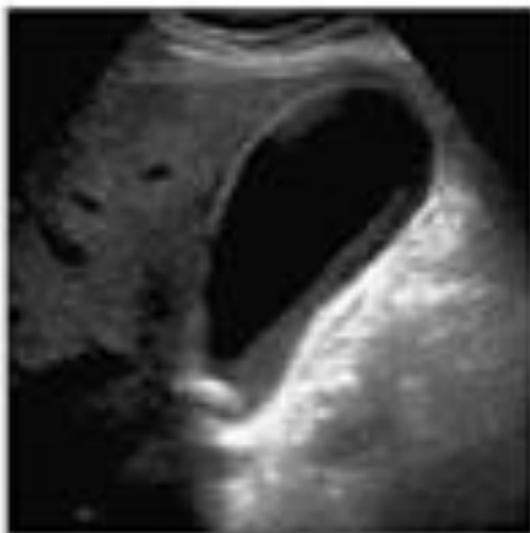
Distensión vesicular.

Presencia de barro biliar.

Colecciones líquidas pericolecísticas, indicativas de perforación vesicular.

Murphy ecográfico: Dolor del paciente con el transductor situado sobre la vesícula.

Un dato muy importante es la ausencia de visualización de la vesícula, hecho que ocurre en un 8-18% de los pacientes y se acompaña de coelicitiasis en un 88-100% de los casos.



Ecografía en colecistitis aguda

Tabla 8. Criterios diagnósticos ecográficos de colecistitis aguda

Demostración de litiasis biliar.

Engrosamiento de la pared > 4 mm.

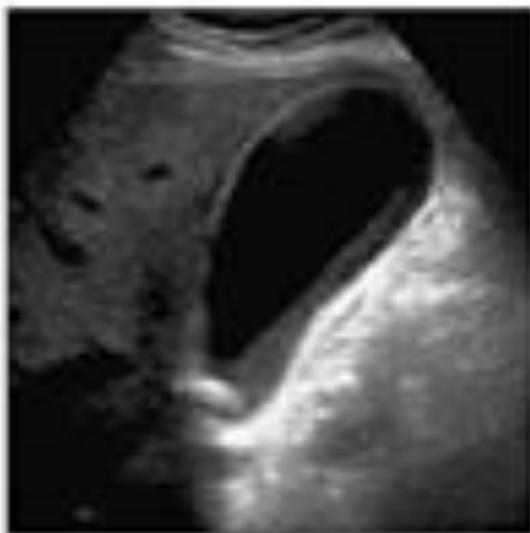
Distensión vesicular.

Presencia de barro biliar.

Colecciones líquidas pericolecísticas, indicativas de perforación vesicular.

Murphy ecográfico: Dolor del paciente con el transductor situado sobre la vesícula.

Un dato muy importante es la ausencia de visualización de la vesícula, hecho que ocurre en un 8-18% de los pacientes y se acompaña de coelitis en un 88-100% de los casos.



Tratamiento



Tratamiento inicial

- Administrar ***antibióticos*** a todos los pacientes con colecistitis aguda. Cobertura para enterococos y organismos aeróbicos gram-negativos suele ser suficiente. En los pacientes extremadamente tóxicos, la cobertura para los organismos anaerobios también se recomienda.
- Reanimación con LEV.
- Tratar los desequilibrios ***electrolíticos*** (particularmente potasio, magnesio, calcio, y fósforo) anormalidades o desequilibrio ácido-base .
- ***Suspensión*** de la vía oral.
- SNG puede ser necesaria si el vómito es grave.
- ***Analgesia*** leve puede ser necesario, pero los síntomas y signos no debe ser enmascarados.
- El tratamiento médico de las condiciones médicas asociadas debe ser pronta y exhaustiva, a la espera de la cirugía.

Tratamiento



Curso después de su ingreso

- La mayoría de los pacientes mejoran más de 24 a 72 horas sin intervención quirúrgica.
- Esto da tiempo para optimizar el estado de los líquidos y electrolitos y para tratar otras condiciones médicas coexistentes antes de la cirugía planeada.▪
- Si no mejoría se debe considerar ***cirugía de urgencia***.
- Si el paciente tiene una condición médica grave descompensada, tales como insuficiencia cardíaca o insuficiencia pulmonar, la atención debe ser dirigida a esta condición antes de la cirugía u otra intervención.
- En estos pacientes, se debe considerar a posibilidad de ***colecistostomía*** ya sea quirúrgica o guiada radiológicamente como una medida temporal para aliviar la colecistitis.

colecistostomía



Tratamiento



- ***Colecistectomía laparoscópica GOLD STANDART***
- Colecistectomía abierta
- Colecistostomía
- Los pacientes con cirrosis son de alto riesgo para la cirugía y requieren la optimización de su estado de salud antes de la cirugía. La transfusión de plasma fresco congelado puede ser necesaria para corregir defectos graves de la coagulación.

Colecistitis acalculosa



- colecistitis aguda en ausencia de cálculos biliares en la vesícula biliar se denomina colecistitis alitiásica (AAC)
-
- AAC representa menos del 5% de todos los casos de colecistitis aguda y se encuentra con mayor frecuencia en pacientes que ya están hospitalizados, pero también se observa ocasionalmente en pacientes ambulatorios.

Patogenia



- Al igual que con la enfermedad litiásica, se cree que la oclusión del conducto cístico ser el evento fisiopatológico principal en AAC. (barro, microlitiasis, bilis viscosa, o mucosidad e inflamación y edema mural).
- Estasis de la vesícula biliar es también un factor.
- Isquemia de la vesícula biliar se considera que desempeñan un papel importante.

Patogenia



- Asociaciones clínicas: Después de cirugía,, quemaduras graves, trauma grave, sepsis, o el uso de la RPT.
- Otras asociaciones incluyen la infección del virus de inmunodeficiencia humana, vasculitis, arteritis alérgica e infección por Salmonella.
- A veces, sin condición subyacente identificable.

Diagnostico



- **Un alto índice de sospecha** de AAC ,porque los síntomas y signos pueden ser menos evidentes que en la enfermedad litiásica, particularmente en pacientes hospitalizados con enfermedades subyacentes graves y en ventilación mecánica.
- Algunos pacientes pueden presentar fiebre y bacteremia
- La ecografía o exploración gammagrafica deben realizarse inmediatamente si se sospecha de AAC.
- Punción guiada por eco confirmatorio
- AAC tiene una alta tasa de mortalidad
- La gangrena, perforación y absceso de la vesícula

Tratamiento



- Las medidas médicas son las mismos que para la colecistitis litiásica.
- Cobertura **antibiótica** de amplio espectro.
- En condiciones óptimas, la **colecistectomía** se debe realizar sin demora.
- En los pacientes demasiado enfermos para someterse a una colecistectomía, se debe realizar **colecistostomía**.