

# ***Colecistitis aguda***

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

# Definición



- **INFLAMACION DE LA VESICULA BILIAR.**
- Complicación aguda más común de los cálculos
- Principal indicación para la colecistectomía de urgencia.
- Diagnóstico es sencillo, pero en algunos casos la presentación es atípica.

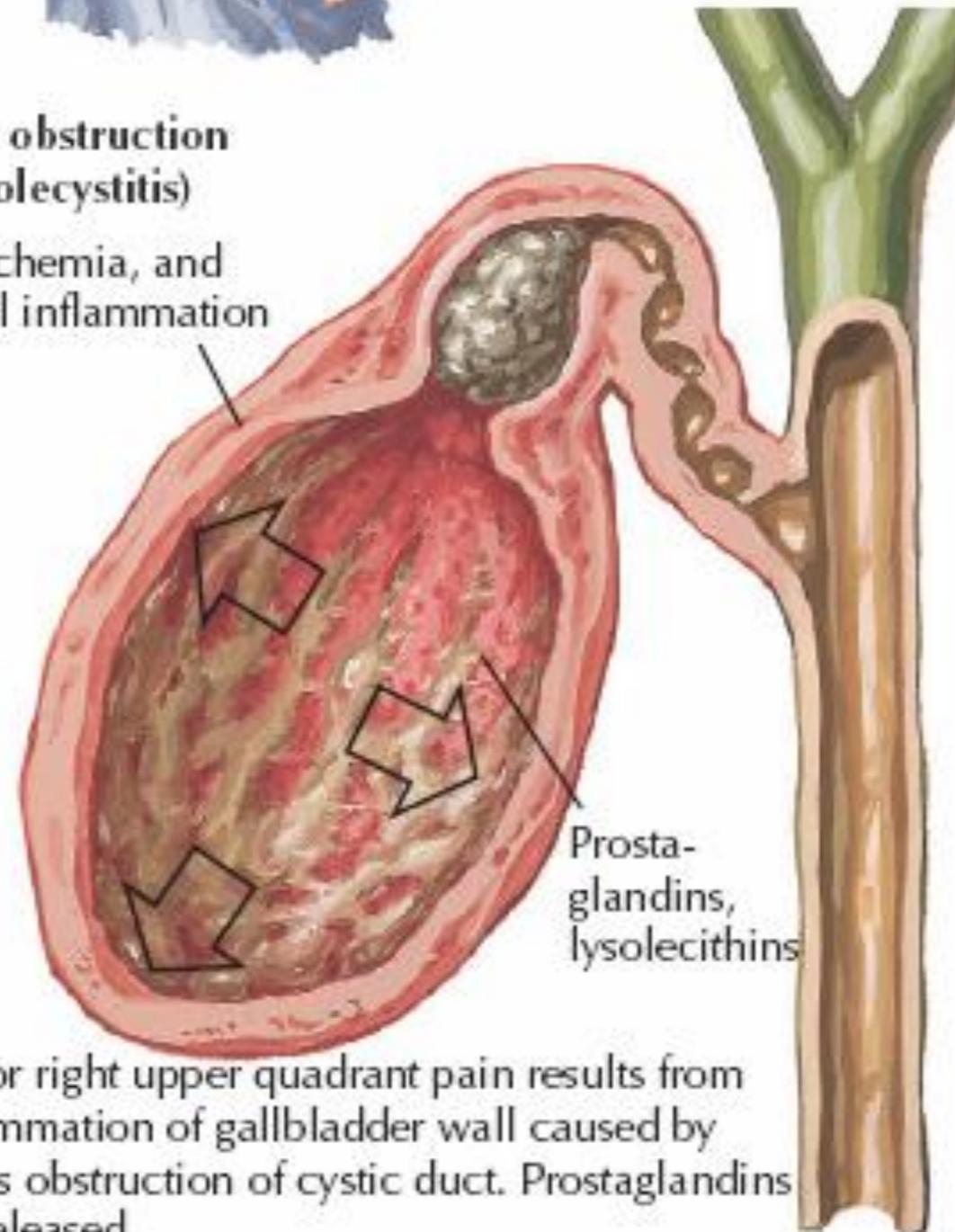
# Patogenia



- La obstrucción del conducto cístico es el evento precipitante ( calculo, moco, barro, bilis viscosa)
- Las bacterias se involucran en los eventos iniciales, posteriormente puede infectarse secundariamente.
- La liberación de enzimas intracelulares - la activación de mediadores inflamatorios sec a estasis biliar y posterior inflamacion

**Persistent obstruction  
(acute cholecystitis)**

Edema, ischemia, and  
transmural inflammation

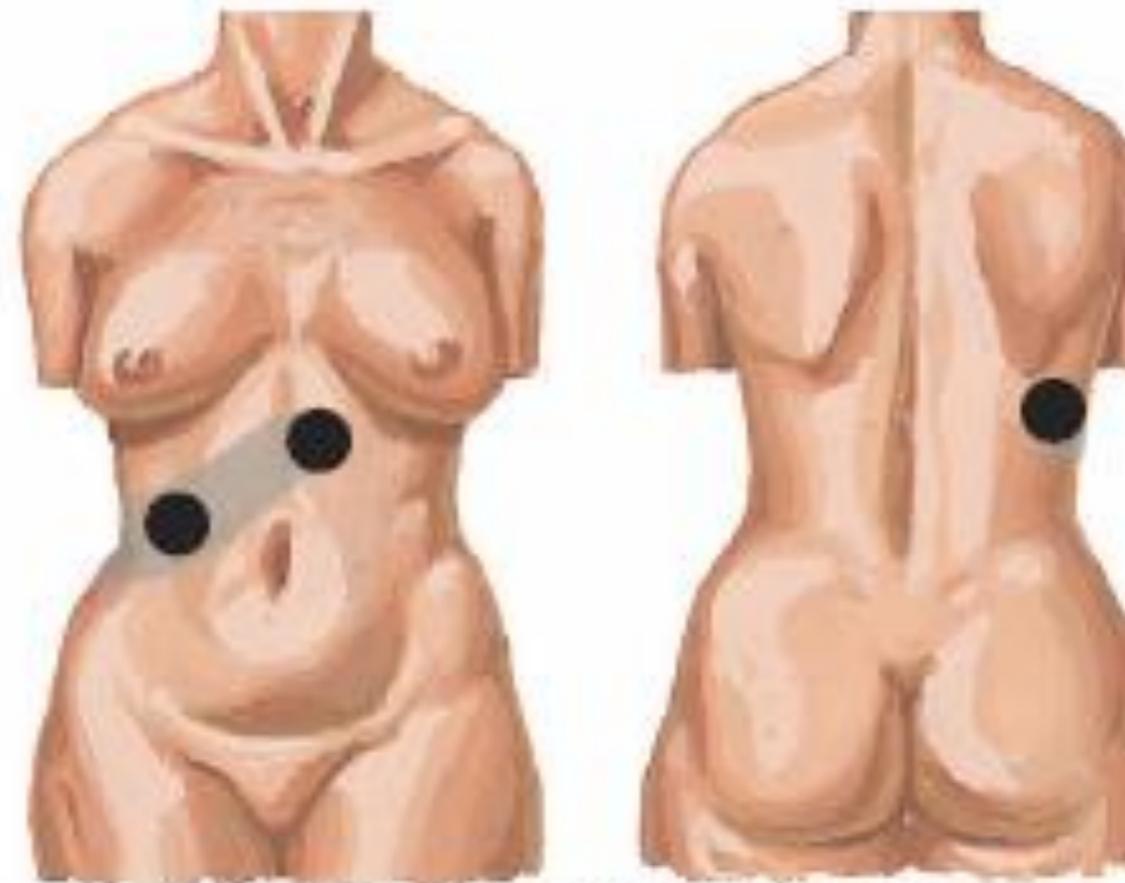


Parietal epigastric or right upper quadrant pain results from ischemia and inflammation of gallbladder wall caused by persistent calculous obstruction of cystic duct. Prostaglandins and lysolecithins released

# Clinica



- Dolor moderado en el epigastrio o hipocondrio derecho, que puede irradiarse a los hombros o escápula derecha.
- 3 a 6 horas,
- náuseas y vómito
- febrícula
- fiebre mas alta sugiere bacteremia o un absceso.
- Sensibilidad en el cuadrante superior derecho . **signo de Murphy** (sensibilidad acentuada a la palpación durante la inspiración).



Sites of pain and hyperesthesia  
in acute cholecystitis

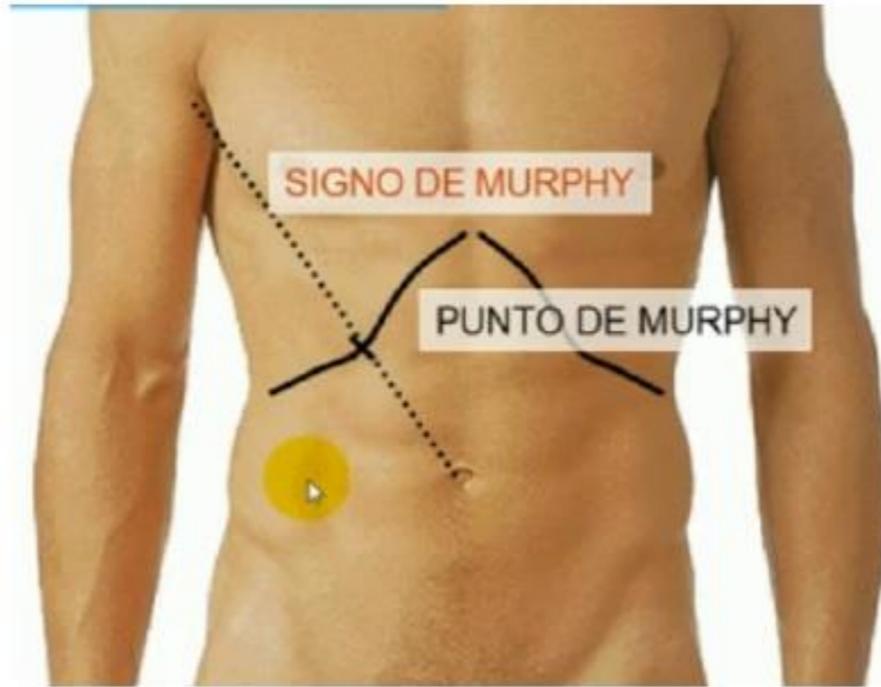
Patient lies motionless  
because minor movement  
(even breathing) increases  
pain. Nausea common

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

- ***mínimo dolor***, sobre todo en un paciente anciano o inmunodeprimido.
- ***Toxicidad severa*** con fiebre alta, dolor abdominal severo, bacteriemia y leucocitosis marcada
- ***Síntomas y signos típicos de la enfermedad biliar*** y descompensación de uno o más sistemas o ***falla orgánica multisistémica***.

# Colecistitis Aguda

## Cirugía

### CRITERIOS DE TOKIO

Sensibilidad: 91.2% Especificidad: 96.9%

<b>A</b>	<b>SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL.</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Signo de Murphy.</li><li>2. Masa, dolor o defensa en hipocondrio derecho.</li></ol>
<b>B</b>	<b>SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA.</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fiebre.</li><li>2. PCR elevada.</li><li>3. Recuento de globulos blancos elevados</li></ol>
<b>C</b>	<b>HALLAZGO IMAGENOLÓGICO CARACTERÍSTICO DE COLECISTITIS AGUDA.</b> <p>Engrosamiento de pared (&gt; 4mm), agrandamiento de vesículabiliar (&gt;8cm largo y 4cm ancho), cálculos biliares retenidos, líquido peri-vesicular.</p>
Diagnóstico <b>SOSPECHOSO</b> : Un ítem de <b>A</b> + un ítem de <b>B</b> .	
Diagnóstico <b>DEFINITIVO</b> : Un ítem de <b>A</b> + un ítem de <b>B</b> + un ítem de <b>C</b> .	

# Laboratorio



- (WBC) de 10 a 15.000 / mm<sup>3</sup> 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***

# Gammagrafia



- La sensibilidad y especificidad 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



- signos de colecistitis aguda
  - 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
- 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.

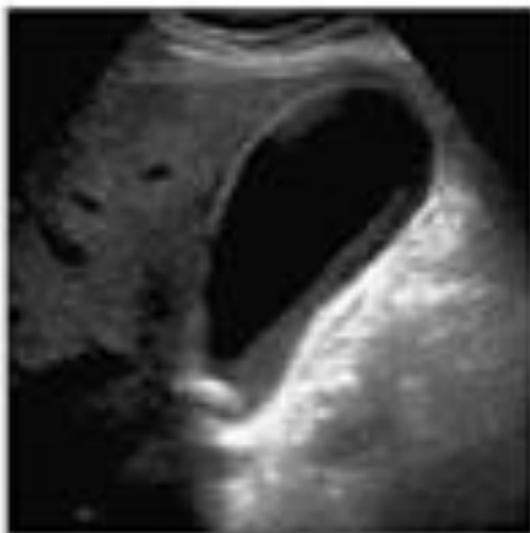
Distensión vesicular.

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 coelitis 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.

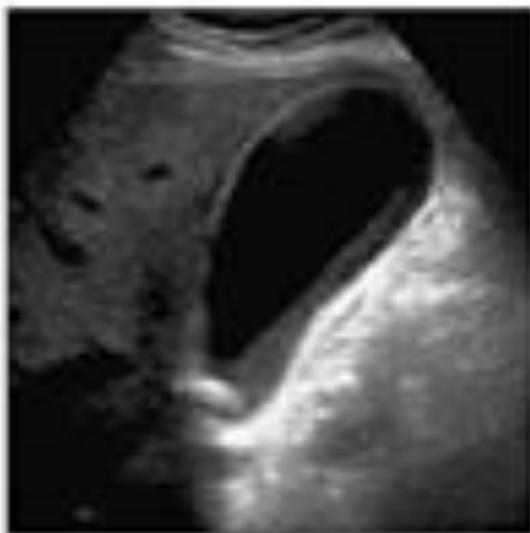
Distensión vesicular.

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***

- ***antibióticos***
  - enterococos - organismos aeróbicos gram-negativos
  - En toxicidad la cobertura para anaerobios
- ***Reanimación*** con LEV.
- Tratar los desequilibrio ***electrolítico*** (particularmente potasio, magnesio, calcio, y fósforo) anomalías 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.
- ***Tratamiento médico*** de las condiciones asociadas

# Tratamiento



## ***Curso después de su ingreso***

- 24 a 72 horas mejoría clínica sin intervención quirúrgica.
- Equilibrio hidroelectrolítico
- Condiciones médicas coexistentes.
- No mejoría se debe considerar ***cirugía de urgencia***.
- En pacientes con afecciones graves cardiovasculares se puede valorar la posibilidad de ***colecistostomía***.

# colecistostomía



# Tratamiento



- ***Colecistectomía laparoscópica GOLD STANDART***
- Colecistectomía abierta
- Colecistostomía
- Cirrosis . Alto riesgo. Transfundir plasma fresco congelado es necesario

# Colecistitis acalculosa



- colecistitis aguda en ausencia de cálculos biliares (AAC)
- AAC menos del 5% de todos los casos de colecistitis aguda
- Mayor frecuencia en pacientes hospitalizados, pero ocasionalmente en ambulatorios.

# Patogenia



- 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 severo, sepsis.
- Otras: 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 (CONDICION GRAVE , VENTILACION MECANICA)**
- fiebre y bacteremia
- si se sospecha de AAC. IMAGENOLOGIA
- 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.
- ***colecistectomía*** se debe realizar sin demora.
- ***colecistostomía***.