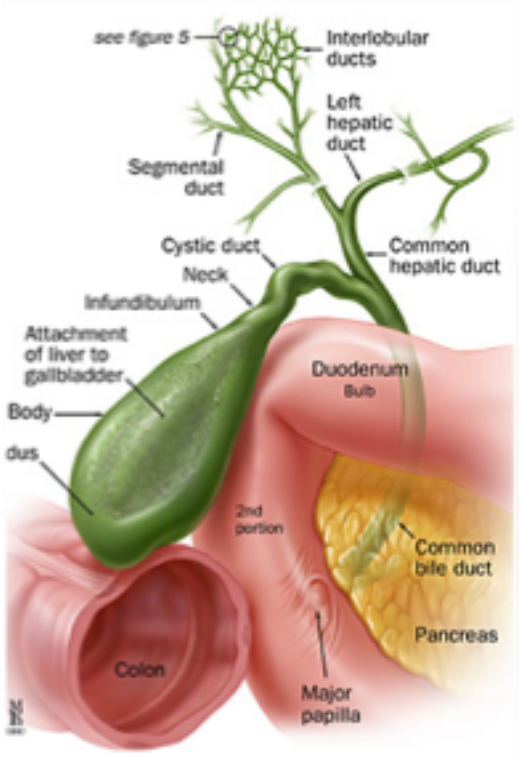
PATOLOGÍA DE LA VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

 La anatomia y la fisiologia es la base de la comprensión y el manejo de estas patologías.

ANATOMÍA

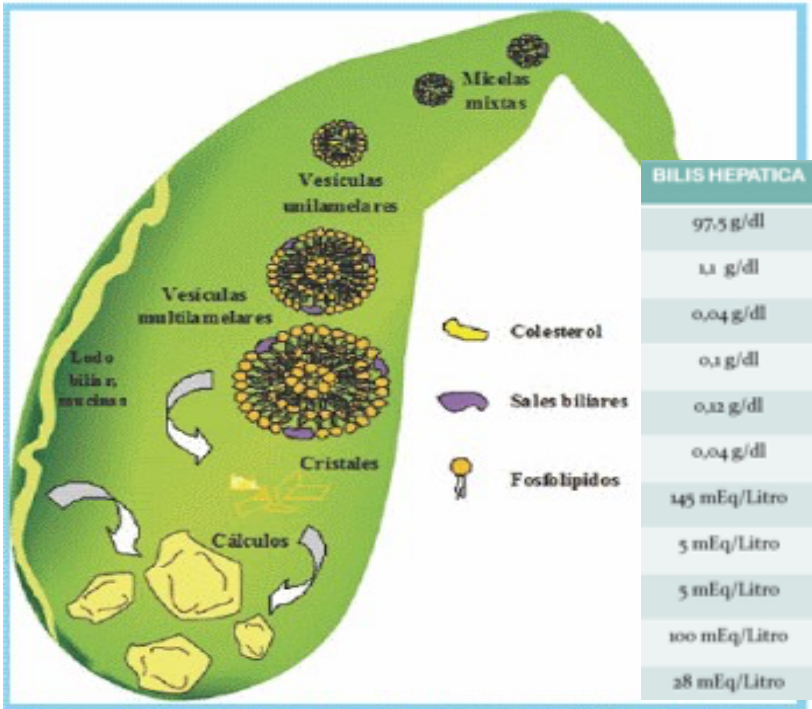


 Hay variantes que son las que dan problemas en cuanto el manejo y el diagnóstico. Tenerlas en cuenta es básico en cuanto al manejo de estos pacientes.

BILIS

 La formación de los cálculos tiene que ver con los cambios que hay en la bilis.

Volumen: *500 a 1000cc/día*	Se acumula en la vesícula en periodos de ayuno (*cuando se estudia la vesícula, los radiólogos solicitan un periodo de ayuno para tenerla llena y visualizarla de mejor forma*)	Producción y excresion reguladas por Secretina y CCK.
Necesaria para la digestión y absorción de lípidos.	Rol central en la homeostasis del colesterol corporal.	Rol inmunológico por secreción de IgA-secretora.



BILIS HEPATICA	COMPUESTO	BILIS VESICULAR
97.5 g/dl	AGUA	92 g/dl
1.1 g/dl	SALES BILIARES	6 g/dl
0,04 g/dl	BILIRRUBINA	0,3 g/dl
0,1 g/dl	COLESTEROL	0,3 a 0,9 g/dl
0,12 g/dl	ACIDOS GRASOS	0,3 a 1,2 g/dl
0,04 g/dl	LECITINA	0,3 g/dl
145 mEq/Litro	Na	130 mEq/Litro
5 mEq/Litro	K	12 mEq/Litro
5 mEq/Litro	Ca	23 mEq/Litro
100 mEq/Litro	Cl	25 mEq/Litro
28 mEq/Litro	HCO	10 mEq/Litro

Figura 1 Formación de cálculos en vesícula biliar
Cuando la bilis está sobresaturada con colesterol, las micelas mixtas son insuficientes para solubilizarlo, por lo que abundan vesículas unilamelares (liposomas) para solubilizar el colesterol. Estás vesículas pueden fusionarse para convertirse en multilamelares, en donde el colesterol cristaliza. La producción de lodo biliar (en su mayoría mucinas) y la escasa motilidad vesicular favorecen la formación del cálculo, que puede crecer y generar sintomatología.

ESTUDIOS DE IMAGEN

- USG: estudio de elección (mayorsensibilidad en vesícula).
- Tomografía (parénquimahepático).
- Resonancia nuclear magnética (vías biliares).
- Métodos fluoroscópicos (vías biliares).
- Radioisótopos HIDA (colecistitis acalculosa).

COLELITIASIS

COLELITIASIS

- Presencia de cálculos en la vesícula. FR: embarazo.
- Predominio en mujeres.
- Pacientes >30 años.
- No produce síntomas en muchos casos.
- Hallazgo incidental.
- Dx: USG (mayor sensibilidad).



CÓLICO BILIAR

- Cuando una persona con colelitiasis comienza a presentar síntomas.

CÓLICO BILIAR
• Dolor recurrente en hipocondrio derecho irradiado a región escapular y hombro derecho. • Postpandrial (grasas). • Alivio progresivo. • No asociado a proceso inflamatorio local o sistémico.

FISIOPATOLOGÍA

- Historia típica de "yo no sufría de nada, un día comí grasa y me dio un dolor debajo de la costilla derecha, el dolor se me quita al rato o con AINEs".

Comida grasosa al llegar a la segunda porción del duodeno. → Activación de la CCK. → Contracción de la vesícula para expulsar bilis necesaria en la segunda porción del duodeno. → Cálculo enclabado en el cístico impide que la bilis llegue a la segunda porción del duodeno. → Aumenta la secreción de CCK porque se sensa que no ha llegado bilis a la segunda porción del duodeno. → Continúa la contracción. → Dolor recurrente.

COLECISTITIS AGUDA

90% POR CÁLCULOS.

Inflamación de la vesícula secundaria a la obstrucción del tracto de salida vesical.

5% acalculosa.

- *En pacientes con sepsis, traumas y quemaduras severas.*

Cuadro clínico:

- Dolor en hipocondrio derecho tipo cólico duradero (signo de Murphy +).
- Fiebre.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Leucocitosis.

El diagnóstico diferencial debe hacer con la cardiopatia isquémica, patología péptica, pancreatitis aguda, apendicitis retrocecal...

USG:

- ENGROSAMIENTO DE LAS PAREDES.
- DISTENSIÓN DE LA VESÍCULA.
- LÍQUIDO PERIVESICULAR.
- SIGNO DE MURPHY +.



- SIGNO DE MURPHY: dolor a la palpación profunda del hipocondrio derecho y la inspiración de la persona, es como un signo de rebote. PUEDE ESTAR O NO PRESENTE.

MANEJO INICIAL

El manejo debe hacerse paralelo al diagnóstico.

TODO PACIENTE CON COLECISTITIS DEBE INTERVENIRSE QUIRÚRGICAMENTE, NO DEBE IRSE PARA LA CASA CON MANEJO MÉDICO.

- Hidrtación.
- Analgésicos. DEBO MANEJAR LA INCOMODIDAD DEL DOLOR.
- Antiespasmódicos.
- Antibióticos (cefaloporinas).

MANEJO DEFINITIVO

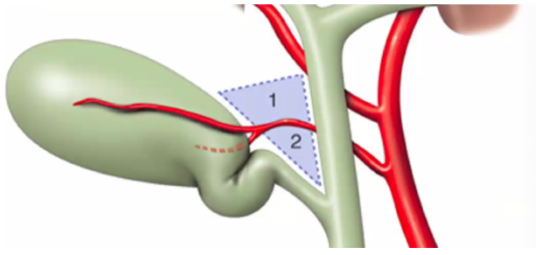
- Colecistectomía
  - Laparoscópica. GOLD STANDART. Menor dolor, recuperación rápida, menos sangrado…
  - Abierta.

COLECISTECTOMÍA ABIERTA: incisición subcostal y disección por planos musculares.

- Desventajas:
  - Mayor dolor.
  - Recuperación lenta.
  - Hernias.
  - Sangrados.

TRIÁNGULO DE CALLOT

- Vesícula biliar, arteria cística y vía biliar.



COLEDOCOLITIASIS

Ocupación total o parcial del conducto (colédoco) por cálculos ("piedras") produciendo obstrucción del mismo.

Puede presentarse en las vías biliares intrahepáticas o extrahepáticas.

No se presentas signos o datos de inflamación.

Dx:

- Clínico (ictericia, acolia, coluria, prurito).
- Laboratorio (bilirrubinas elevadas, predominio directa).
- USG: dilatación de la vía biliar y visualización del cálculo. ESTUDIO DE ELECCIÓN.
- Resonancia nuclear (colangioresonancia); mayor sensibilidad y especificidad.
- Colangiografía (CPRE).

- Causa más frecuente de icteria en urgencias: procesos litiásicos.
- La vía biliar normal mide hasta 0.6 milímetros. SE MANEJA HOSPITALARIAMENTE.

SÍNDROME DE MIZZIRI

Aparece en más o menos el 1% de las colelitiasis.

Proceso inflamatorio agudo o crónico debido a la impactación de cálculos en el infundíbulo.

Disposición paralela del hepático común con el cístico.
Obliteración de las paredes por compresión del cálculo.

Obstrucción mecánica del hepático común por el cálculo o inflamación secundaria.

Icteria OBSTRUCTIVA.

COLANGITIS

Infección ascendente de la vía biliar, con repercusión sistémica, en presencia de obstrucción parcial o completa de la vía biliar.

Los principales microorganismos implicados son E. coli, Klebsiella sp., Streptococcus sp., Pseudomonas sp., Bacteroides sp. y Clostridium sp.

La presión en el sistema biliar debe estar aumentada secundariamente a obstrucción de la vía.

Tríada de Charcot (fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia) es la manifestación clásica, aunque no siempre se presenta.

La existencia asociada de desorientación e hipotensión se denomina pentada de Reynolds

MANEJO INICIAL

- Hidratación.
- Monitorización cardioventilaria.
- Reposición electrolítica.
- Antibióticos de ampli espectro (ampicilina/sulbactam, piperacilina/tazobactam, cefalosporinas detercera o cuarta generación, quinolonas, cabapenémicos).
- Analgesia.
- Corrección de alteración de la coagulación.

MANEJO DEFINITIVO

- Drenaje de la vía biliar es la piedra angular:
  - CPRE.
  - Quirúrgico.
  - Percutáneo.