



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Materia:

Clínica Quirúrgica

Actividad:

Ensayo

Alumno:

Alan de Jesús Leon Sitala

Docente:

Dr. Juan Geovani Antonio Garcia

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 03/07/2020.

Introducción

En este trabajo podemos analizar la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la colecistitis crónica, un tema ya visto anteriormente en clase.

En este documento también podremos apreciar la diferencia entre colecistitis litiasica y alitiasica, el impacto que estas tienen en nuestra sociedad y la importancia de un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz.

La vesícula biliar es un saco en forma de pera, mide aproximadamente de 7 a 10 cm de largo, se divide en fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello.

La vesícula biliar, los conductos biliares y el esfínter de Oddi sirven para almacenar y regular el flujo de bilis y liberarla en el duodeno en respuesta a una comida la cual es su función principal

La formación de cálculos biliares se debe a la insolubilidad de elementos solidos los principales son la bilirrubina, sales biliares, fosfolípidos y el colesterol.

Existe una clasificación de los cálculos biliares según su contenido de colesterol o de pigmento, los cálculos de colesterol son grandes y de una superficie lisa, la mayoría de las veces son múltiples de tamaño variable, duros e irregulares, de color amarillo blanquecino.

Estos cálculos se deben a la bilis sobresaturada en la cual se forman zonas densas de colesterol y ello conduce a la formación de cristales de colesterol.

El otro tipo de cálculos son los de pigmento, los cuales contienen menos del 20% de colesterol, son oscuros debido al bilirrubinato de calcio, son entidades separadas. Estos suelen ser pequeños, frágiles, y en ocasiones espiculados.

Se forman por la saturación de bilirrubinato de calcio y fosfato, su prevalencia es secundaria a trastornos hemolíticos y a cirrosis. Se forman en la vesícula biliar o en los conductos biliares

Este tipo de cálculos miden aproximadamente 1cm de diámetro de color amarilla pardusca.

Colecistitis crónica

“Alrededor de dos tercios de los pacientes con enfermedad por cálculos biliares presenta colecistitis crónica, que se caracteriza por crisis recurrentes de dolor, a menudo indebidamente designado un cólico biliar” (Brunicardi, 2015, pp. 1345)

El dolor se da cuando un cálculo obstruye el conducto cístico provocando la tensión de la pared de la vesícula biliar.

Colecistitis crónica litiasica

La causa es litiasis biliar, en la cual los dos factores que determinan la progresión de la enfermedad son, el grado de la obstrucción y la duración de la misma.

Si la obstrucción es parcial y de corta duración, sólo se experimentará un cólico biliar, pero si esta obstrucción es completa y duradera, se produce un aumento en la presión intravesicular, asociada a la irritación de la mucosa, activación de la respuesta inflamatoria aguda y la disminución del flujo vascular de la pared secundaria a la distensión.

Sólo la mitad de los pacientes presenta una sobreinfección de la bilis, por lo que se cree que esta tiene un papel secundario.

Los factores de riesgo más comunes y que han demostrado mayor relevancia para que se de esta patología son:

- Edad
- Sexo femenino
- Obesidad
- Nutrición
- Descenso de HDL
- Aumento de triglicéridos
- Embarazo
- El uso de anticonceptivos orales

También existen factores protectores que influyen para que esta patología no se de

- Ácido ascórbico
- Consumo de café
- Proteínas Vegetales
- Grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas

El cuadro clínico presente en esta patología suele ser asintomática, aunque el síntoma principal es el dolor abdominal agudo y constante en el hipocondrio derecho, de duración mayor de 5 horas, normalmente irradiado a la espalda, y que se acompaña frecuentemente de náuseas, vómito y fiebre de 39 o C.

En la exploración física se presenta un área de hipersensibilidad en el hipocondrio derecho y la palpación manual durante la inspiración profunda a ese nivel produce dolor y cese

inspiratorio o también conocido como signo de Murphy, también resistencia muscular a la exploración. Los pacientes de mayor edad, sobre todo si son diabéticos, pueden no presentar dolor

En caso de que hubiese una complicación podrían presentarse vesícula palpable, fiebre mayor de 39 °C, escalofríos e inestabilidad hemodinámica, así como se debe sospechar de una perforación con peritonitis generalizada cuando existe distensión abdominal, taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica o choque

Su diagnóstico se basa en el interrogatorio y la exploración física, también se pueden confirmar con estudios de laboratorio y estudios de imagen, por ejemplo, el ultrasonido sería la prueba no invasiva de primera elección.

Su tratamiento y manejo de la colecistitis litiasica requiere de:

- Ingreso hospitalario
- Reposo en cama
- Dieta absoluta
- Fluidoterapia
- Antibioticoterapia
- Analgesia

También se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos, aunque que como efecto colateral pueden alterar la historia natural de la enfermedad, además de aliviar el dolor.

La colecistectomía es el tratamiento de elección, algunos de los pacientes que presentan un cuadro agudo biliar que se resuelve espontáneamente, vuelven a presentarlo, esta se debe realizar de forma temprana aproximadamente 7 días desde la aparición de los síntomas.

Colecistitis crónica alitiasica o acalculosa

Existe esta variación de la colecistitis en la cual hay inflamación de la vesícula biliar sin presencia de cálculos.

Es una patología poco frecuente pero emergente y en muchas ocasiones secundaria a otras condiciones clínicas como

- Procesos infecciosos de estirpe viral: infección por citomegalovirus, virus de la Inmunodeficiencia Humana, virus de hepatitis A y B, epstein Baar
- Procesos Bacterianos: Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A, Salmonella y E.Coli
- Cirugía mayor
- Fármacos
- Traumatismos
- Ventilación mecánica
- Nutrición parenteral
- Quemaduras

La causa se trata de origen multifactorial, aunque se recalca a la estasis biliar como el principal factor detonador ya que el espesamiento de la bilis, con un aumento de la concentración de sales biliares, podría obstruir el conducto cístico, y los componentes normales de la bilis, como la lisolecitina y ácidos biliares podrían lesionar la mucosa

Los signos y síntomas dependen del estado del sujeto, son similares a los de la colecistitis aguda por cálculos, con dolor e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis

El diagnóstico rápido y preciso es esencia, La ecografía vesicular es el estudio de gabinete de elección, con una sensibilidad del 85% y especificidad del 95%, se deben cumplir dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores para establecer el diagnóstico.

Los criterios mayores:

- Espesor de la pared de vesicular mayor o igual a 3.5 mm
- Líquido pericolecístico o edema subseroso
- Distensión mayor de 5 cm de largo
- Gas intramural o colecistitis enfisematosa

Los criterios menores:

- Lodo biliar
- Distensión mayor o igual a 8 cm o mayor de 5 cm de ancho con líquido transparente

El tratamiento se basa en la adecuada administración de antibióticos que tengan acción sobre aerobios gram negativos, enterococo y anaerobios

La colecistectomía generalmente no está indicada y actualmente queda reservada para pacientes con gangrena, perforación vesicular o cuando el drenaje percutáneo fracasa.

Conclusión

Hoy en día las patologías de las vías biliares han ido incrementando y eso se debe no más que a la mala alimentación, eso se puede prevenir con la activación física al menos 30 minutos diarios y una buena alimentación podría prevenir esta y otras muchas patologías.

Como vimos el tratamiento de elección es quirúrgico y muchos de los pacientes presentan miedo hacia este método lo cual hace el incremento de complicaciones ya que muchos pacientes esconden su cuadro clínico con la toma de analgésicos.

Como médico de primer nivel no nos queda más que dar un diagnóstico eficaz y promocionar a la salud que muchos lo están olvidando, esto podría llevar a que la incidencia de esta u otras patologías disminuyan.

Bibliografía

Brunicardi, C. (2015). *Schwartz Principios de Cirugía* (Decima ed.). McGraw-Hill Education.