



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
MEDICINA HUMANA



NOMBRE:

EDWIN RONALDO MUÑOZ TEJERO

CATEDRATICO/A):

JUAN GEOVANI ANTONIO GARCIA

MATERIA:

CLINICA QUIRURGICA

TRABAJO:

ENSAYO DE COLECISTITIS

SEMESTRE:

5to

GRUPO:

A

COMITAN DE DOMINGUEZ A 3 DE JULIO DEL 2020

INTRODUCCION

La afección por cálculos biliares (litiasis biliar), es uno de los problemas más comunes que lesionan el tubo digestivo. La mayoría de los individuos no muestra síntomas por cálculos biliares en toda su vida. Por razones desconocidas, algunos progresan a un estado sintomático, con cólico biliar por obstrucción del conducto cístico por un cálculo. La enfermedad por cálculos biliares sintomática puede progresar a complicaciones relacionadas con los cálculos.

ENFERMEDAD POR CALCULOS BILIARES

Los cálculos biliares se forman por insolubilidad de elementos sólidos. Los principales solutos orgánicos en la bilis son bilirrubina, sales biliares, fosfolípidos y colesterol. Los cálculos biliares se clasifican por su contenido de colesterol en cálculos de colesterol o de pigmento. De modo adicional, estos últimos pueden clasificarse en negros o pardos.

Los cálculos de colesterol puro son raros y constituyen menos de 10% del total de cálculos. Por lo general son grandes y únicos con superficies lisas. a mayoría de las veces estos cálculos son múltiples, de tamaño variable y duros y facetados o irregulares, con forma de mora y blandos.

Los cálculos de pigmento contienen menos de 20% de colesterol y son oscuros por la presencia de bilirrubinato de calcio. Por lo demás, los cálculos de pigmento negro y pardo tienen poco en común y deben considerarse como entidades separadas.

Los cálculos de pigmento negro suelen ser pequeños, frágiles, negros y en ocasiones espiculados. Se forman por la sobresaturación de bilirrubinato de calcio, carbonato y fosfato, con mayor frecuencia secundaria a trastornos hemolíticos como esferocitosis hereditaria, enfermedad de células falciformes y cirrosis.

sferio occidental. Los cálculos pardos tienen menos de 1 cm de diámetro, y una tonalidad amarilla pardusca, son blandos y a menudo pulposos. La principal parte del cálculo se compone de bilirrubinato de calcio precipitado y restos de células bacterianas. Las bacterias como *Escherichia coli* secretan glucuronidasa β que enzimáticamente segmenta el glucurónido de bilirrubina para producir la bilirrubina no conjugada insoluble, que se precipita con calcio; luego, aunada a los restos de células bacterianas muertas, forma cálculos pardos blandos en el árbol biliar.

COLECISTITIS CRONICA (COLICO BILIAR)

Se caracteriza por crisis recurrentes de dolor, a menudo indebidamente designado un cólico biliar. El dolor aparece cuando un cálculo obstruye el conducto cístico y

da por resultado un incremento progresivo de la tensión en la pared de la vesícula biliar.

El principal síntoma relacionado con cálculos biliares sintomáticos es el dolor, que es constante y aumenta de intensidad desde los primeros 30 min y de manera característica dura de 1 a 5 h. en el epigastrio o el cuadrante superior derecho y a menudo se irradia a la parte superior derecha de la espalda o entre las escápulas. El dolor es muy intenso y se presenta de forma súbita, por lo común durante la noche o después de una comida grasosa. Muchas veces se acompaña de náuseas y vómitos. El dolor es episódico.

Los valores de laboratorio, por ejemplo cuenta de leucocitos y pruebas de función hepática, suelen ser normales en personas con cálculos biliares sin complicaciones.

El diagnóstico de cálculos biliares sintomáticos o colecistitis calculosa crónica, depende de la presencia de los síntomas típicos y la demostración de cálculos en estudios de imagen diagnósticos. La prueba diagnóstica estándar para cálculos biliares es la ecografía abdominal. En ocasiones se reconocen cálculos biliares en radiografías o CT del abdomen. En estos casos, si el paciente tiene síntomas típicos, debe realizarse ecografía de la vesícula biliar y del árbol biliar antes de la intervención quirúrgica.

En personas con cálculos biliares sintomáticos se recomienda colecistectomía laparoscópica electiva. Mientras aguardan la intervención quirúrgica, o si ésta se pospone, se sugiere a los enfermos que eviten grasas en la dieta o comidas abundantes.

COLECISTITIS AGUDA

En 90 a 95% de los pacientes la colecistitis aguda es secundaria a cálculos biliares. La colecistitis acalculosa aguda es un padecimiento que ocurre de manera característica en enfermos con otras afecciones sistémicas agudas.

La obstrucción de este conducto por un cálculo biliar es el acontecimiento inicial que lleva a distensión de la vesícula biliar, inflamación y edema de su pared. Se desconoce por qué la inflamación sólo se presenta de modo ocasional con la obstrucción del conducto cístico.

La contaminación bacteriana secundaria está documentada en 15 a 30% de los pacientes que se someten a colecistectomía por colecistitis aguda no complicada. Cuando la vesícula biliar permanece obstruida y sobreviene una infección bacteriana secundaria, se presenta colecistitis gangrenosa aguda y se forma un absceso o empiema dentro de la vesícula biliar. La perforación suele contenerse en el espacio subhepático por el epiplón y órganos adyacentes. Empero, se

observa perforación libre con peritonitis, perforación intrahepática con abscesos intrahepáticos y perforación en órganos adyacentes (duodeno o colon) con formación de una fístula colecistoentérica.

Alrededor de 80% de los pacientes con colecistitis aguda tiene un antecedente consistente con colecistitis crónica. La primera se inicia como un ataque de cólico biliar, pero a diferencia de este último no disminuye el dolor, no desaparece y puede persistir varios días. Con frecuencia el paciente tiene fiebre, anorexia, náuseas y vómitos y rehusa moverse, ya que el proceso inflamatorio afecta al peritoneo parietal. En la exploración física hay hipersensibilidad y resistencia focales en el cuadrante superior derecho.

Una leucocitosis $> 20\ 000$ sugiere una forma de colecistitis complicada, como colecistitis gangrenosa, perforación o colangitis concomitante. Las determinaciones químicas hepáticas séricas son casi siempre normales, pero es posible que haya aumento leve de la bilirrubina sérica, menor de 4 mg/ml, junto con incremento discreto de la fosfatasa alcalina, transaminasas y amilasa.

La ecografía es el estudio radiológico más útil para el diagnóstico de colecistitis aguda. Tiene una sensibilidad y especificidad de 95%. Además de ser un estudio sensible para documentar la presencia o ausencia de cálculos, muestra el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar y el líquido pericolecístico.

Los pacientes que presentan colecistitis aguda necesitan líquidos por vía intravenosa, antibióticos y analgesia. Los antibióticos deben proteger contra gramnegativos aerobios y anaerobios. Los regímenes típicos incluyen una cefalosporina de tercera generación con buen espectro contra anaerobios o una cefalosporina de segunda generación combinada con metronidazol. En sujetos con alergia a las cefalosporinas es apropiado un aminoglucósido con metronidazol. El tratamiento definitivo de la colecistitis aguda es la colecistectomía. El procedimiento de elección en la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica.

Se prefiere la colecistectomía temprana en el transcurso de dos a tres días tras la enfermedad, que la colecistectomía de intervalo o tardía practicada seis a 10 semanas después del tratamiento médico inicial y la recuperación.

La ausencia de mejoría después de la colecistostomía casi siempre se debe a gangrena o perforación de la vesícula biliar. En estos casos es inevitable la operación. En personas que responden a la colecistostomía, puede extraerse la sonda una vez que la colangiografía muestre un conducto cístico permeable.

CONCLUSION

Podemos concluir que la una enfermedad como la colecistitis representa una patología frecuente en el caso de la crónica que ligera sus síntomas con el transcurso del tiempo, pero en el momento que los síntomas exacerban y salen

fuera de lo normal es ahí donde podemos enfocarnos en identificar situaciones de este tipo, ya que como lo mencionamos en el texto anterior, la progresión de esta patología es muy desastrosa si no se lleva una intervención en tiempo y forma, el riesgo de complicaciones aumenta. De ahí la importancia de poder reconocer el cuadro en un transcurso temprano.