

Cálculos en la vesícula biliar

ADAM.

Tema:
Colecistitis aguda litiasica.

12 /SEP / 2020

Nombre del alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Nombre del docente: Samuel Esaú Fonseca Fierro.

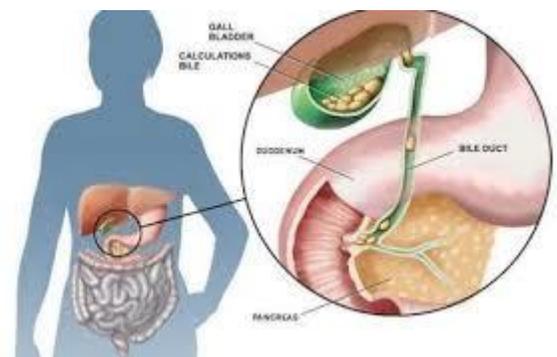
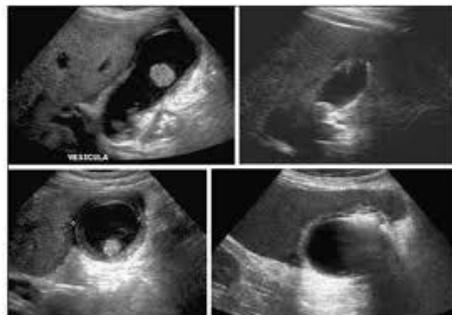
Materia: Epidemiología II.

Nombre de la escuela: Universidad Del Sureste.

Semestre: 3ro

Parcial: 1er parcial.

Carrera: Medicina Humana.



COLECISTITIS CRÓNICA LITIASICA.

La colecistitis crónica litiásica es un motivo frecuente de consulta durante las guardias médicas, el cuadro clínico se presenta como náusea, vómito y dolor en el cuadrante superior derecho, principalmente. El diagnóstico se realiza con la historia clínica completa, exploración física detallada, exámenes de laboratorio (elevación de bilirrubinas, sobre todo a expensas de la directa) y un método de imagen confirmatorio, como podría ser el ultrasonido. El tratamiento debe ser quirúrgico para evitar complicaciones como perforación, fístula, piocolecisto o peritonitis generalizada. Pero hablemos un poco más detallado sobre la colecistitis crónica litiásica para entender un poco más sobre este problema. Se sabe con exactitud que la a colecistitis crónica es la inflamación aguda de la vesícula biliar, provocada en el 90% de los casos por la obstrucción del conducto cístico por un lito. La vesícula obstruida se distiende y su pared sufre una inflamación química que se manifiesta como edema y engrosamiento

En cuestiones de etiología y su epidemiología podemos ver que en la mayoría de los pacientes la causa es litiasis biliar. Los dos factores que determinan la progresión de la enfermedad son:

1. El grado de la obstrucción.
2. La duración de la obstrucción.

Si la obstrucción es parcial y de corta duración, sólo se experimentará cólico biliar. En cambio, 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 tiene un papel secundario. La colecistitis aguda es una de las causas principales de consulta en el servicio de urgencias y en la consulta externa de cirugía general, cerca de 3-10% de todos los pacientes con dolor abdominal. De acuerdo con la literatura médica, se reportan factores de riesgo y factores protectores, los cuales se enlistan a continuación:

Sus Factores de riesgo: • Edad • Sexo femenino • Obesidad • Nutrición parenteral (PT) • Pérdida de peso • Descenso de HDL • Aumento de triglicéridos • Embarazo • Anticonceptivos.

Y en **Factores protectores:** • Ácido ascórbico • Consumo de café • Proteínas vegetales • Grasas poliinsaturadas y mono insaturadas.

Ahora una de las cosas más importante de saber sobre esta **manifestación clínica** por decirlo así, son los síntomas ya que esto es algo importante ya que suele ser asintomático. El síntoma principal es el dolor abdominal agudo 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 entre 37.5 y 39 °C. En la exploración física destaca un área de hipersensibilidad en el hipocondrio derecho y la palpación manual durante la inspiración profunda a ese nivel produce dolor y cese inspiratorio (signo de Murphy), resistencia muscular a la exploración. Los pacientes ancianos, sobre todo si son diabéticos, pueden no presentar dolor.

Las manifestaciones clínicas al presentarse una complicación pueden ser: vesícula palpable, fiebre mayor de 39 °C, escalofríos e inestabilidad hemodinámica, así como sospechar de una perforación con peritonitis generalizada cuando existe distensión abdominal, taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica o choque. En los estudios de laboratorio se reporta: leucocitosis, aumento de bilirrubinas y fosfatasa alcalina. En el examen general de orina (EGO) se puede presentar aumento en la excreción de urobilinógenos.

En la parte del **diagnóstico** principal mente va hacer clínico ya que es por ello que llegan los pacientes a salas de urgencias esto se integra con el interrogatorio, la exploración física, los estudios de laboratorio y los métodos de imagen. De éstos, el ultrasonido es la prueba no invasiva de primera elección. A hora en la parte del **diagnóstico diferencial** entre las posibilidades diagnósticas que hay que descartar están la úlcera péptica perforada, apendicitis aguda, obstrucción intestinal, cólico renal, hepatitis aguda y herpes zóster.

En cuestiones del **tratamiento** El manejo de la colecistitis aguda requiere de ingreso hospitalario, reposo en cama, dieta absoluta, fluido terapia, antibioticoterapia y analgesia; además, se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que como efecto colateral pueden alterar la historia natural de la enfermedad, además de aliviar el dolor. La colecistectomía es el tratamiento de elección (20% de los pacientes que presentan un cuadro agudo biliar que se resuelve espontáneamente vuelven a presentarlo), se debe realizar de forma temprana (7 días desde la aparición de los síntomas) no incrementa la morbimortalidad respecto a la cirugía diferida.

Referencias bibliográficas en formato "APA".

1.- Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci SL, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18ª edición. México: Ed. McGraw-Hill; 2012. pp. 2621-4.

2.- Doherty GM. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico. 13ª edición. Ed. McGraw-Hill; 2011. pp. 471, 483-6.

3.- Stone CK, RL Humphries. Diagnóstico y tratamiento en medicina de urgencias. 7ª edición. Ed. McGraw-Hill LANGE; 2013. pp. 229-230, 242, 243.

4.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de colecistitis y coledocistitis. México; 2009.

5.- Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):15- 26. Epub 2007 Jan 30.

6.- Rumack MC, Wilson SR, Charboneau JW, Johnson JA. Diagnóstico por ecografía. 3a edición. Marbán. 2006. pp. 171-4, 177-9.

Mi Universidad