

*NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ*

*DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADÚA QUILLÉN*

*MATERIA:
CLINICA QUIRURGICA*

*TEMA:
PATOLOGÍAS DE LAS VÍAS BILIARES*

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: QUINTO

FECHA: 19/ NOVIEMBRE/ 2020

COLELITIASIS

ES LA PRESENCIA DE UNO O VARIOS CÁLCULOS (LITIASIS VESICULAR) EN LA VESICULA BILIAR.

LOS CÁLCULOS BILIARES TIENDEN A SER ASINTOMÁTICOS. EL SÍNTOMA MÁS FRECUENTE ES EL CÓLICO BILIAR, Y LOS CÁLCULOS NO PRODUCEN DISPEPSIA NI INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS RICOS EN GRASAS. LAS COMPLICACIONES MÁS GRAVES ABARCAN COLECISTITIS, OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS BILIARES (POR CÁLCULOS EN LOS CONDUCTOS BILIARES [COLEDOCOLITIASIS]), A VECES CON INFECCIÓN (COLANGITIS) Y PANCREATITIS LITIÁSICA. EL DIAGNÓSTICO SUELE LLEVARSE A CABO CON ECOGRAFÍA. SI LA COLELITIASIS PROVOCA SÍNTOMAS O COMPLICACIONES, ESTÁ INDICADA LA COLECISTECTOMÍA.

LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LITIASIS VESICULAR SON EL SEXO FEMENINO, LA OBESIDAD, LA EDAD AVANZADA, LA ETNIA INDOAMERICANA, LA DIETA OCCIDENTAL, UNA PÉRDIDA RÁPIDA DE PESO Y LOS ANTECEDENTES FAMILIARES. LA MAYORÍA DE LOS TRASTORNOS DE LAS VÍAS BILIARES SON SECUNDARIOS A CÁLCULOS.

FISIOPATOLOGÍA

LA ARENILLA BILIAR SUELE SER PRECURSORA. ESTÁ FORMADA POR BILIRRUBINATO DE CALCIO (UN POLÍMERO DE LA BILIRRUBINA), MICROCRISTALES DE COLESTEROL Y MUCINA. LA ARENILLA BILIAR SE DESARROLLA DURANTE LA ESTASIS VESICULAR, COMO EN EL EMBARAZO O EN PACIENTES QUE RECIBEN NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL. LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES CON ARENILLA BILIAR NO PRESENTAN SÍNTOMAS Y ÉSTA DESAPARECE CUANDO EL TRASTORNO PRIMARIO SE RESUELVE. EN FORMA ALTERNATIVA, LA ARENILLA PUEDE EVOLUCIONAR HACIA LA FORMACIÓN DE CÁLCULOS O MIGRAR A LAS VÍAS BILIARES, CON OBSTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS Y PRODUCCIÓN DE CÓLICOS BILIARES, COLANGITIS O PANCREATITIS.

HAY VARIOS TIPOS DE CÁLCULOS BILIARES.

LOS CÁLCULOS DE COLESTEROL SON RESPONSABLES DE > 85% DE LOS CÁLCULOS EN EL MUNDO OCCIDENTAL. PARA QUE SE FORMEN CÁLCULOS DE COLESTEROL, SE REQUIEREN LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:

LA BILIS DEBE ESTAR SOBRESATURADA CON COLESTEROL. EN CONDICIONES NORMALES, EL COLESTEROL NO HIDROSOLUBLE SE CONVIERTE EN HIDROSOLUBLE AL COMBINARSE CON SALES BILIARES Y LECITINA Y FORMAR MICELAS MIXTAS. LA SOBRESATURACIÓN DE LA BILIS CON COLESTEROL SE DEBE CON MAYOR FRECUENCIA A UNA SECRECIÓN EXCESIVA DE COLESTEROL (COMO EN PACIENTES OBESOS O DIABÉTICOS) PERO TAMBIÉN PUEDE SER SECUNDARIA A UNA REDUCCIÓN DE LA SECRECIÓN DE SALES BILIARES (P. EJ., EN LA

FIBROSIS QUÍSTICA COMO RESULTADO DE LA MALABSORCIÓN DE SALES BILIARES) O DE LA SECRECIÓN DE LECITINA (P. EJ., EN UN TRASTORNO GENÉTICO INFRECUENTE QUE OCASIONA UNA FORMA DE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA PROGRESIVA FAMILIAR).

EL EXCESO DE COLESTEROL DEBE PRECIPITAR EN LA SOLUCIÓN EN FORMA DE MICROCRISTALES SÓLIDOS. ESTA PRECIPITACIÓN EN LA VESÍCULA BILIAR SE ACELERA EN PRESENCIA DE MUCINA, QUE ES UNA GLUCOPROTEÍNA, O DE OTRAS PROTEÍNAS PRESENTES EN LA BILIS.

LOS MICROCRISTALES DEBEN AGREGARSE Y CRECER. ESTE PROCESO SE FACILITA GRACIAS AL EFECTO FIJADOR DE LA MUCINA, QUE FORMA UNA ESTRUCTURA BÁSICA, Y A LA RETENCIÓN DE LOS MICROCRISTALES EN LA VESÍCULA BILIAR, QUE COMPROMETE LA CONTRACTILIDAD COMO CONSECUENCIA DEL EXCESO DE COLESTEROL EN LA BILIS.

LOS CÁLCULOS DE PIGMENTO NEGRO SON CÁLCULOS PEQUEÑOS Y DUROS FORMADOS POR BILIRRUBINATO DE CALCIO (CA) Y SALES DE CA INORGÁNICAS (P. EJ., CARBONATO DE CA, FOSFATO DE CA). LOS FACTORES QUE ACELERAN EL DESARROLLO DE LOS CÁLCULOS SON LA HEPATOPATÍA ALCOHÓLICA, LA HEMÓLISIS CRÓNICA Y LA EDAD AVANZADA.

LOS CÁLCULOS DE PIGMENTOS MARRONES SON BLANDOS Y RICOS EN GRASAS Y ESTÁN FORMADOS POR BILIRRUBINATO Y ÁCIDOS GRASOS (PALMITATO O ESTEREOATO DE CA). ESTOS CÁLCULOS SE FORMAN DURANTE LAS INFECCIONES, LA INFLAMACIÓN Y LA INFESTACIÓN POR PARÁSITOS.

LOS CÁLCULOS BILIARES CRECEN A UNA VELOCIDAD DE ENTRE 1 Y 2 MM/AÑO Y TARDAN ENTRE 5 Y 20 AÑOS PARA ALCANZAR UN TAMAÑO SUFICIENTE QUE PUEDA OCASIONAR PROBLEMAS. LA MAYORÍA DE LOS CÁLCULOS SE FORMAN DENTRO DE LA VESÍCULA BILIAR, PERO LOS DE PIGMENTOS MARRONES SE MOLDEAN EN LOS CONDUCTOS. LOS CÁLCULOS BILIARES PUEDEN MIGRAR HACIA EL CONDUCTO BILIAR DESPUÉS DE LA COLECISTECTOMÍA O, SOBRE TODO LOS CÁLCULOS DE PIGMENTO MARRÓN, PUEDEN DESARROLLARSE DETRÁS DE ESTENOSIS COMO CONSECUENCIA DE LA ESTASIS Y DE LA INFECCIÓN.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

ALREDEDOR DEL 80% DE LAS PERSONAS CON CÁLCULOS BILIARES SON ASINTOMÁTICAS. LAS DEMÁS PERSONAS CON CÁLCULOS PRESENTAN SÍNTOMAS QUE ABARCAN DESDE UN TIPO CARACTERÍSTICO DE DOLOR (CÓLICO BILIAR) HASTA COLECISTITIS Y COLANGITIS CAPAZ DE AMENAZAR LA VIDA DEL PACIENTE. EL CÓLICO BILIAR ES EL SÍNTOMA MÁS FRECUENTE.

EN OCASIONES, LOS CÁLCULOS ATRAVIESAN EL CONDUCTO CÍSTICO SIN CAUSAR SÍNTOMAS. NO OBSTANTE, LA MIGRACIÓN DE LA MAYORÍA DE LOS CÁLCULOS PRODUCE OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO CÍSTICO QUE, AUNQUE SEA TRANSITORIA, DESENCADENA

UN CÓLICO BILIAR. EL CÓLICO BILIAR COMIENZA EN FORMA TÍPICA EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN, PERO PUEDE LOCALIZARSE EN CUALQUIER SITIO DEL ABDOMEN. CON FRECUENCIA, PUEDE CIRCUNSCRIBIRSE CON DIFICULTAD, EN PARTICULAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS Y EN LOS ADULTOS MAYORES. EL DOLOR PODRÍA IRRADIAR A LA ESPALDA O EL BRAZO.

LOS EPISODIOS SE ESTABLECEN EN FORMA SÚBITA, SE INTENSIFICAN ENTRE 15 MIN Y 1 H DESPUÉS DEL COMIENZO, MANTIENEN UNA INTENSIDAD ESTABLE (SIN CÓLICOS) DURANTE HASTA 12 H (EN GENERAL, < 6 H); LUEGO DESAPARECEN DE MANERA GRADUAL DURANTE 30 A 90 MIN Y DEJAN UN DOLOR SORDO. EL DOLOR SUELE SER SUFICIENTEMENTE INTENSO COMO PARA QUE LOS PACIENTES CONCURRAN AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PARA SU ALIVIO. TAMBIÉN PUEDEN EXPERIMENTARSE NÁUSEAS Y VÓMITOS EN FORMA FRECUENTE, PERO SIN FIEBRE NI ESCALOFRÍOS SALVO QUE SE DESARROLLE COLECISTITIS. PODRÍA DETECTARSE HIPERSENSIBILIDAD LEVE A LA PALPACIÓN DEL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN O EL EPIGASTRIO, PERO SIN SIGNOS PERITONEALES. ENTRE LOS EPISODIOS, LOS PACIENTES SE SIENTEN BIEN.

AUNQUE EL CÓLICO BILIAR PUEDE COMENZAR TRAS UNA COMIDA PESADA, LOS ALIMENTOS RICOS EN GRASAS NO SE CONSIDERAN UN FACTOR DESENCADENANTE ESPECÍFICO. LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES INESPECÍFICOS, COMO LA DISTENSIÓN ABDOMINAL Y LAS NÁUSEAS, SE ATRIBUYERON EN FORMA ERRÓNEA A LA ENFERMEDAD VESICULAR. ESTOS SÍNTOMAS SON FRECUENTES Y SU PREVALENCIA ES SIMILAR EN LA COLELITIASIS, LA ÚLCERA PÉPTICA Y LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES.

DIAGNÓSTICO

ECOGRAFÍA

LA LITIASIS VESICULAR SE SOSPECHA EN PACIENTES CON CÓLICOS BILIARES. LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL ES LA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DE ELECCIÓN PARA DETECTAR LOS CÁLCULOS BILIARES, CON UNA SENSIBILIDAD Y UNA ESPECIFICIDAD DEL 95%. LA ECOGRAFÍA TAMBIÉN MUESTRA CON EXACTITUD LA ARENILLA BILIAR. LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC), LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) Y LA COLECISTOGRAFÍA ORAL (QUE RARA VEZ SE INDICA EN LA ACTUALIDAD, AUNQUE ES BASTANTE PRECISA) PUEDEN CONSIDERARSE PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS. LA ECOGRAFÍA POR VÍA ENDOSCÓPICA DETECTA CON GRAN SENSIBILIDAD LOS CÁLCULOS PEQUEÑOS (< 3 MM) Y PODRÍA SER NECESARIA SI LOS RESULTADOS DE LAS DEMÁS PRUEBAS SON CONTROVERSIALES.

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO NO SUELEN SER ÚTILES Y, EN FORMA TÍPICA, SON NORMALES EXCEPTO CUANDO SE DESARROLLAN COMPLICACIONES.

LOS CÁLCULOS BILIARES ASINTOMÁTICOS Y LA ARENILLA BILIAR SUELEN IDENTIFICARSE EN FORMA INCIDENTAL EN ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN, EN GENERAL ECOGRAFÍA, INDICADA PARA OTRAS CAUSAS. ENTRE EL 10 Y EL 15% DE LOS CÁLCULOS ESTÁ CALCIFICADO Y ES VISIBLE EN LAS RADIOGRAFÍAS SIMPLES.

TRATAMIENTO

PARA LOS CÁLCULOS SINTOMÁTICOS: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA O A VECES DISOLUCIÓN DE LOS CÁLCULOS UTILIZANDO ÁCIDO URSODESOXICÓLICO

PARA LOS CÁLCULOS ASINTOMÁTICOS: CONDUCTA EXPECTANTE

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES ASINTOMÁTICOS DECIDEN QUE LAS MOLESTIAS, LOS COSTOS Y LOS RIESGOS DE LA CIRUGÍA ELECTIVA NO JUSTIFICAN LA EXTIRPACIÓN DE UN ÓRGANO QUE NUNCA CAUSARÁ UNA ENFERMEDAD CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS. NO OBSTANTE, SI SURGEN SÍNTOMAS, DEBE INDICARSE LA EXTIRPACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR (COLECISTECTOMÍA), PORQUE ES PROBABLE QUE EL DOLOR VUELVA A APARECER Y QUE SE DESARROLLEN COMPLICACIONES GRAVES. LA CIRUGÍA PUEDE LLEVARSE A CABO CON UNA TÉCNICA ABIERTA O LAPAROSCÓPICA.

LA COLECISTECTOMÍA ABIERTA, QUE CONSISTE EN LA REALIZACIÓN DE UNA INCISIÓN ABDOMINAL GRANDE PARA LA EXPLORACIÓN DIRECTA DEL ÁREA, ES UNA TÉCNICA SEGURA Y EFICAZ. SU TASA DE MORTALIDAD GLOBAL SE APROXIMA A 0,1% CUANDO SE REALIZA EN FORMA ELECTIVA DURANTE UN PERÍODO LIBRE DE COMPLICACIONES.

LA COLECISTECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN. EL PROCEDIMIENTO EMPLEA VIDEOENDOSCOPIA E INSTRUMENTACIÓN A TRAVÉS DE INCISIONES ABDOMINALES PEQUEÑAS Y ES MENOS INVASIVO QUE LA COLECISTECTOMÍA ABIERTA. EL RESULTADO ES UNA CONVALESCENCIA MUCHO MÁS BREVE, CON MENOS MOLESTIAS POSOPERATORIAS Y MEJORES RESULTADOS ESTÉTICOS, AUNQUE SIN AUMENTO DE LA TASA DE MORBIMORTALIDAD.

COLECISTITIS

ES LA INFLAMACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR QUE SE DESARROLLA EN HORAS, EN GENERAL DEBIDO A LA OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO CÍSTICO POR UN CÁLCULO. LOS SÍNTOMAS ABARCAN DOLOR EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN E HIPERSENSIBILIDAD A LA PALPACIÓN EN ESA ÁREA, A VECES ASOCIADOS CON FIEBRE, ESCALOFRÍOS, NÁUSEAS Y VÓMITOS. LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL DETECTA EL CÁLCULO Y, EN OCASIONES, LA INFLAMACIÓN ASOCIADA. EL TRATAMIENTO SUELE REQUERIR ANTIBIÓTICOS Y COLECISTECTOMÍA.

COLECISTITIS ALITIÁSICA AGUDA

LA COLECISTITIS ALITIÁSICA ES UNA COLECISTITIS SIN CÁLCULOS. ESTE CUADRO ES RESPONSABLE DEL 5 AL 10% DE LAS COLECISTECTOMÍAS INDICADAS DEBIDO A COLECISTITIS AGUDA. LOS FACTORES DE RIESGO INCLUYEN LOS SIGUIENTES:

ENFERMEDAD CRÍTICA (P. EJ., CIRUGÍA MAYOR, QUEMADURAS, SEPSIS O TRAUMATISMOS)

AYUNO PROLONGADO O NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (AMBOS PREDISPONEN A LA ESTASIS BILIAR)

SHOCK

INMUNODEFICIENCIA

VASCULITIS (P. EJ., LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO), POLIARTERITIS NUDOSA]

ES PROBABLE QUE EL MECANISMO QUE CONDUCE A LA FORMACIÓN DE ESTOS CÁLCULOS SEA LA LIBERACIÓN DE MEDIADORES DE LA INFLAMACIÓN DEBIDO A ISQUEMIA, INFECCIÓN O ESTASIS BILIAR. A VECES PUEDE IDENTIFICARSE UN MICROORGANISMO INFECCIOSO (P. EJ., ESPECIES DE SALMONELLA O CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES INMUNODEFICIENTES). EN NIÑOS PEQUEÑOS, LA COLECISTITIS ALITIÁSICA AGUDA TIENDE A SEGUIR UNA EVOLUCIÓN FEBRIL SIN UN MICROORGANISMO INFECCIOSO IDENTIFICABLE.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES EXPERIMENTÓ CÓLICOS BILIARES O COLECISTITIS AGUDA EN FORMA PREVIA. EL DOLOR PROVOCADO POR LA COLECISTITIS POSEE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS Y LOCALIZACIÓN QUE EL CÓLICO BILIAR, PERO ES MÁS PROLONGADO (O SEA, > 6 H) Y MÁS GRAVE. LOS VÓMITOS SON FRECUENTES, ASÍ COMO TAMBIÉN EL DOLOR EN LA REGIÓN SUBCOSTAL DERECHA. EN POCAS HORAS SE EVIDENCIA EL SIGNO DE MURPHY (LA INSPIRACIÓN PROFUNDA EXACERBA EL DOLOR DURANTE LA PALPACIÓN DEL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO DEL ABDOMEN, QUE DETIENE LA INSPIRACIÓN), JUNTO CON DEFENSA INVOLUNTARIA DE LOS MÚSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES DEL LADO DERECHO DEL ABDOMEN. CON FRECUENCIA, LOS PACIENTES PRESENTAN FIEBRE NO MUY ALTA.

EN LOS ADULTOS MAYORES, EL PRIMERO O EL ÚNICO SÍNTOMA PODRÍA SER SISTÉMICO E INESPECÍFICO (P. EJ., ANOREXIA, VÓMITOS, MALESTAR GENERAL, DEBILIDAD, FIEBRE). EN OCASIONES, NO SE DESARROLLA FIEBRE. LA COLECISTITIS AGUDA COMIENZA A RESOLVERSE EN 2 O 3 DÍAS Y DESAPARECE POR COMPLETO A LA SEMANA EN EL 85% DE LOS PACIENTES.

LA COLECISTITIS AGUDA EMPIEZA A MEJORAR EN 2 A 3 DÍAS Y SE RESUELVE DENTRO DE LA SEMANA EN EL 85% DE LOS PACIENTES INCLUSO SIN TRATAMIENTO.

COMPLICACIONES

SIN TRATAMIENTO, EL 10% DE LOS PACIENTES EXPERIMENTA UNA PERFORACIÓN LOCALIZADA Y EL 1% DESARROLLA UNA PERFORACIÓN LIBRE CON PERITONITIS. EL DOLOR ABDOMINAL CRECIENTE, LA FIEBRE ELEVADA Y LA RIGIDEZ ABDOMINAL CON DOLOR A LA DESCOMPRESIÓN DEL ABDOMEN O ÍLEO SUGIEREN EMPIEMA (PUS) EN LA VESÍCULA BILIAR, GANGRENA O PERFORACIÓN. CUANDO LA COLECISTITIS AGUDA SE ASOCIA CON ICTERICIA O COLESTASIS, ES PROBABLE QUE EXISTA UNA OBSTRUCCIÓN PARCIAL DEL CONDUCTO COLÉDOCO, EN GENERAL SECUNDARIA A CÁLCULOS O A INFLAMACIÓN.

OTRAS COMPLICACIONES INCLUYEN LO SIGUIENTE:

SÍNDROME DE MIRIZZI: RARA VEZ UN CÁLCULO QUEDA RETENIDO EN EL CONDUCTO CÍSTICO POR LO QUE COMPRIME Y OBSTRUYE EL CONDUCTO COLÉDOCO Y OCASIONA COLESTASIS.

PANCREATITIS LITIÁSICA: LOS CÁLCULOS BILIARES SE DESPLAZAN DE LA VESÍCULA BILIAR A LAS VÍAS BILIARES Y BLOQUEAN EL CONDUCTO PANCREÁTICO.

FÍSTULA COLECISTOENTÉRICA: CON ESCASA FRECUENCIA, UN CÁLCULO GRANDE EROSIONA LA PARED VESICULAR Y CREA UNA FÍSTULA CON EL INTESTINO DELGADO (U OTRO SITIO EN LA CAVIDAD ABDOMINAL); EL CÁLCULO PUEDE DESPLAZARSE CON LIBERTAD U OBSTRUIR EL INTESTINO DELGADO (ÍLEO LITIÁSICO).

COLECISTITIS ALITIÁSICA AGUDA

LOS SÍNTOMAS SON SIMILARES A LOS DE LA COLECISTITIS AGUDA POR CÁLCULOS, PERO PODRÍA SER DIFÍCIL DE IDENTIFICAR PORQUE LOS PACIENTES TIENDEN A DESARROLLAR UNA ENFERMEDAD GRAVE (P. EJ., CON INTERNACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS) Y PODRÍAN SER INCAPACES DE COMUNICARSE CON CLARIDAD. LA DISTENSIÓN ABDOMINAL O LA FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO PODRÍAN SER LA ÚNICA CLAVE. SI NO SE TRATA, LA ENFERMEDAD PUEDE PROGRESAR CON RAPIDEZ A GANGRENA Y PERFORACIÓN VESICULAR, CON SEPSIS, SHOCK Y PERITONITIS Y UNA TASA DE MORTALIDAD CERCANA AL 65%.

DIAGNÓSTICO

ECOGRAFÍA

COLEGAMMAGRAFÍA SI LOS RESULTADOS DE LA ECOGRAFÍA SON CONTROVERSIALES O SI SE SOSPECHA UNA COLECISTITIS ALITIÁSICA

EL DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA SE BASA EN LOS SIGNOS Y LOS SÍNTOMAS.

LA ECOGRAFÍA TRANSABDOMINAL ES LA MEJOR PRUEBA PARA DETECTAR CÁLCULOS BILIARES. LA PRUEBA TAMBIÉN PUEDE DESENCADENAR HIPERSENSIBILIDAD ABDOMINAL LOCALIZADA SOBRE LA VESÍCULA BILIAR (SIGNO DE MURPHY ECOGRÁFICO). EL HALLAZGO DE UNA COLECCIÓN DE LÍQUIDO PERICOLECÍSTICA O DEL ENGROSAMIENTO DE LA PARED VESICULAR INDICA UNA INFLAMACIÓN AGUDA.

LA COLEGAMMAGRAFÍA ES ÚTIL CUANDO LOS RESULTADOS SON AMBIGUOS, DADO QUE EL DEFECTO DE LLENADO DE LA VESÍCULA BILIAR POR EL RADIONÚCLIDO SUGIERE UNA OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO CÍSTICO (O SEA, CÁLCULO IMPACTADO). LOS RESULTADOS FALSOS POSITIVOS PUEDEN SER SECUNDARIOS A LAS SIGUIENTES CAUSAS:

ESTADO CRÍTICO

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL Y AYUNO POR VÍA ORAL (PORQUE LA ESTASIS VESICULAR IMPIDE EL LLENADO)

HEPATOPATÍA GRAVE (PORQUE EL HÍGADO NO SECRETA EL RADIONÚCLIDO)

ESFINTEROTOMÍA PREVIA (QUE FACILITA LA SALIDA HACIA EL DUODENO EN LUGAR DE HACIA LA VESÍCULA BILIAR)

LA PROVOCACIÓN CON MORFINA, QUE AUMENTA EL TONO DEL ESFÍNTER DE ODDI Y ESTIMULA EL LLENADO, AYUDA A DESCARTAR LOS RESULTADOS FALSOS POSITIVOS.

LA TC DE ABDOMEN IDENTIFICA COMPLICACIONES COMO PERFORACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR O PANCREATITIS.

EN GENERAL SE SOLICITAN PRUEBAS DE LABORATORIO, PERO QUE NO SON ÚTILES PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO. LA LEUCOCITOSIS CON DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA ES FRECUENTE. EN LOS PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA NO COMPLICADA, EL HEPATOGRAMA ES NORMAL O SÓLO ESTÁ AUMENTADO EN FORMA LEVE. LAS ALTERACIONES COLESTÁSICAS LEVES (BILIRUBINA DE HASTA 4 MG/DL Y ELEVACIÓN ESCASA DE LA CONCENTRACIÓN DE FOSFATASA ALCALINA) SON FRECUENTES, LO QUE PODRÍA INDICAR QUE EL COMPROMISO HEPÁTICO SE DEBE SOBRE TODO A LOS MEDIADORES DE LA INFLAMACIÓN Y NO TANTO A LA OBSTRUCCIÓN MECÁNICA. LOS INCREMENTOS MÁS SIGNIFICATIVOS, EN ESPECIAL SI LA CONCENTRACIÓN DE LIPASA (LA AMILASA ES MENOS ESPECÍFICA) ES > 2 VECES EL VALOR NORMAL, SUGIEREN UNA OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO BILIAR. LA EXPULSIÓN DE UN CÁLCULO A TRAVÉS DE LAS VÍAS BILIARES AUMENTA LA CONCENTRACIÓN DE AMINOTRANSFERASAS (ALT, AST).

COLECISTITIS ALITIÁSICA AGUDA

LA COLECISTITIS ALITIÁSICA AGUDA SE SOSPECHA EN PACIENTES SIN CÁLCULOS BILIARES PERO CON SIGNO DE MURPHY ECOGRÁFICO O ENGROSAMIENTO DE LA PARED VESICULAR Y LÍQUIDO PERICOLECÍSTICO. LA DISTENSIÓN DE LA PARED VESICULAR, LA ARENILLA BILIAR Y EL ENGROSAMIENTO DE LA PARED VESICULAR SIN LÍQUIDO PERICOLECÍSTICO (DEBIDO A LA MENOR CONCENTRACIÓN DE ALBÚMINA O A LA ASCITIS) PODRÍA SÓLO DEBERSE A UNA ENFERMEDAD EN ESTADO CRÍTICO.

LA TC IDENTIFICA LOS TRASTORNOS EXTRABILIARES. LA COLEGAMMAGRAFÍA ES MÁS ÚTIL, DADO QUE EL DEFECTO DE LLENADO DEL CONDUCTO CÍSTICO POR EL RADIONÚCLIDO PODRÍA INDICAR UNA OBSTRUCCIÓN EDEMATOSA DE ESTE CONDUCTO. LA ADMINISTRACIÓN DE MORFINA CONTRIBUYE A ELIMINAR LOS RESULTADOS FALSOS POSITIVOS GENERADOS POR LA ESTASIS BILIAR.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DE SOSTÉN (HIDRATACIÓN, ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS)

COLECISTECTOMÍA

EL TRATAMIENTO REQUIERE HOSPITALIZACIÓN, LÍQUIDOS POR VÍA INTRAVENOSA Y ANALGÉSICOS, COMO UN ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDE (KETOROLACO) O BIEN OPIOIDES. EL PACIENTE NO DEBE RECIBIR NADA POR VÍA ORAL Y DEBE INSTITUIRSE ASPIRACIÓN NASOGÁSTRICA SI PRESENTA VÓMITOS O ÍLEO. LOS ANTIBIÓTICOS POR VÍA PARENTERAL SUELEN INDICARSE PARA TRATAR UNA POSIBLE INFECCIÓN, AUNQUE NO SE OBTUVIERON EVIDENCIAS QUE AVALEN LOS BENEFICIOS DE ESTA INTERVENCIÓN. LA COBERTURA EMPÍRICA CONTRA MICROORGANISMOS ENTÉRICOS GRAMNEGATIVOS ABARCA REGÍMENES POR VÍA INTRAVENOSA, COMO POR EJEMPLO CEFTRIAXONA 2 G 1 VEZ AL DÍA Y METRONIDAZOL 500 MG CADA 8 H, PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4 G CADA 6 H O TICARCILINA/CLAVULANATO 4 G CADA 6 H.

LA COLECISTECTOMÍA CURA LA COLECISTITIS AGUDA Y ALIVIA EL DOLOR BILIAR. EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES, SUELE PREFERIRSE LA COLECISTECTOMÍA TEMPRANA, DE SER POSIBLE DURANTE LAS PRIMERAS 24 A 48 H DE EVOLUCIÓN:

EL DIAGNÓSTICO ES CERTERO Y LOS PACIENTES PRESENTAN UN RIESGO QUIRÚRGICO BAJO.

LOS PACIENTES SON MAYORES O TIENEN DIABETES Y, EN CONSECUENCIA, PRESENTAN UN RIESGO MÁS ALTO DE DESARROLLAR COMPLICACIONES INFECCIOSAS.

LOS PACIENTES PRESENTAN EMPIEMA, GANGRENA, PERFORACIÓN O COLECISTITIS ALITIÁSICA.

LA CIRUGÍA PUEDE RETRASARSE CUANDO LOS PACIENTES PRESENTAN UNA ENFERMEDAD CRÓNICA GRAVE SUBYACENTE (P. EJ., CARDIOPULMONAR) QUE AUMENTA LOS RIESGOS QUIRÚRGICOS. EN ESTOS PACIENTES, LA COLECISTECTOMÍA SE DIFIERE HASTA QUE LA TERAPIA MÉDICA ESTABILIZA LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS O HASTA QUE LA COLECISTITIS SE RESUELVE. UNA VEZ RESUELTA LA COLECISTITIS, PODRÍA REALIZARSE LA COLECISTECTOMÍA \geq 6 SEMANAS MÁS TARDE. LA CIRUGÍA TARDÍA PODRÍA AUMENTAR EL RIESGO DE COMPLICACIONES BILIARES RECURRENTES.

LA COLECISTECTOMÍA POR VÍA PERCUTÁNEA ES UNA ALTERNATIVA A LA COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL EN PACIENTES CON RIESGO QUIRÚRGICO MUY ALTO, COMO ADULTOS MAYORES, PACIENTES CON COLECISTITIS ALITIÁSICA E INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEBIDO A QUEMADURAS, TRAUMATISMOS O INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

COLEDOCOLITIASIS

LA COLEDOCOLITIASIS ES LA PRESENCIA DE CÁLCULOS EN EL CONDUCTO COLÉDOCO, AUNQUE PUEDE AMPLIARSE LA DEFINICIÓN A LA PRESENCIA DE CÁLCULOS EN TODO EL ÁRBOL BILIAR. ES UNA COMPLICACIÓN RELATIVAMENTE FRECUENTE DE LA COLELITIASIS Y SE LE DENOMINA LITIASIS SECUNDARIA; LA PRIMARIA IMPLICA OTRAS AFECCIONES Y SU FRECUENCIA ES RARA. LA INCIDENCIA INCREMENTA CONFORME AVANZA LA EDAD Y HASTA UNO DE CADA 10 PACIENTES CON COLELITIASIS ES PORTADOR DE COLEDOCOLITIASIS. ES IMPORTANTE ESTABLECER QUE EL DIAGNÓSTICO DEBE REALIZARSE DE PREFERENCIA EN EL PERIODO PREOPERATORIO, POR LO QUE ES NECESARIA DETERMINAR PACIENTES CON MAYOR RIESGO DE ACUERDO A CONDICIONES CLÍNICAS.

CAUSAS DE LA COLEDOCOLITIASIS

LOS CÁLCULOS BILIARES SE PRODUCEN POR UNA ALTERACIÓN EN LA PRODUCCIÓN DEL COLESTEROL BILIAR, ORIGINÁNDOSE UNA SOBREPDUCCIÓN DE ESTE COLESTEROL QUE PRECIPITA, FAVORECIENDO LA PRODUCCIÓN DEL CÁLCULO LA ALTERACIÓN EN LA SÍNTESIS DE LA BILIRRUBINA O LAS SALES BILIARES QUE SE UNEN AL COLESTEROL. A TODO ELLO PUEDE CONTRIBUIR EL INADECUADO VACIAMIENTO DE LA VESÍCULA BILIAR.

SÍNTOMAS DE LA COLEDOCOLITIASIS

LOS CÁLCULOS EN EL COLÉDOCO PUEDEN CURSAR ASINTOMÁTICOS O PRODUCIR UN CÓLICO BILIAR CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO E INTERMITENTE, QUE SE INICIA DE FORMA MÁS LEVE Y DURANTE UNOS MINUTOS, VA ASCENDIENDO DE INTENSIDAD, MANTENIÉNDOSE DURANTE UNAS HORAS, LOCALIZADO EN LA ZONA CENTRAL Y SUPERIOR DEL ABDOMEN (EPIGASTRIO) O EN LA ZONA SUPERIOR DERECHA (HIPOCONDRIO DERECHO). EN OCASIONES SE IRRADIA A LA REGIÓN INTERESCAPULAR O AL HOMBRO DERECHO, ACOMPAÑADO DE NÁUSEAS, VÓMITOS Y SUDORACIÓN INTENSA. TAMBIÉN PUEDE APARECER ICTERICIA (COLORACIÓN AMARILLENTO DE LA PIEL Y CONJUNTIVAS), COLURIA (COLORACIÓN OSCURA DE LA ORINA), ACOLIA (HECES DE COLOR BLANCO) Y PICOR. PUEDE PRESENTARSE ADEMÁS COMO UNA PANCREATITIS (INFLAMACIÓN DEL PÁNCREAS) O COLANGITIS (INFLAMACIÓN DE LA VÍA BILIAR POR ACÚMULO DE BILIS Y SOBREENFECCIÓN BACTERIANA).

TRATAMIENTO PARA LA COLEDOCOLITIASIS

EL MANEJO DE ESTA ENFERMEDAD DEPENDE HOY DÍA DE LA EXPERIENCIA Y LAS POSIBILIDADES DE DISPONIBILIDAD TECNOLÓGICA DE CADA CENTRO SANITARIO Y DEL EQUIPO MÉDICO, PUDIENDO SER DIFERENTE, MÁS O MENOS INVASIVO, SEGÚN LA CIRCUNSTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.

LA CPRE (COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA, TÉCNICA ENDOSCÓPICA COMBINADA CON RADIOLOGÍA), ES LA TÉCNICA DE ELECCIÓN PARA LA EXTRACCIÓN DE LAS PIEDRAS DEL CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL, EL COLÉDOCO, CON LA REALIZACIÓN DE UNA ESFINTEROTOMÍA (SECCIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI, "PUERTA" QUE SEPARA ESE CONDUCTO DEL DUODENO). OTRO DE LOS POSIBLES TRATAMIENTOS, ES LA CIRUGÍA PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS CÁLCULOS DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL (COLEDOCOLITOTOMIA), A LA QUE SE ASOCIA UNA COLECISTECTOMÍA (EXTRACCIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR) PARA TRATAR TAMBIÉN LOS CÁLCULOS EN LA VESÍCULA. ESTA CIRUGÍA PUEDE SER CONVENCIONAL ABIERTA O MEDIANTE LAPAROSCOPIA.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DEL TRATAMIENTO DE COLEDOCOLITIASIS

PARA EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN SÍNTOMAS UNA DE LAS PRIMERAS ALTERACIONES ES LA REALIZACIÓN DE UN ANÁLISIS DE SANGRE DONDE SE VALORA LA FUNCIÓN DEL HÍGADO YA QUE PUEDE ESTAR ALTERADA (ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS HEPÁTICAS Y EN MENOR MEDIDA, DE LA BILIRRUBINA), COMO EN CUALQUIER CAUSA DE OBSTRUCCIÓN QUE PRODUZCA OBSTRUCCIÓN BILIAR, O AFECTACIÓN DEL PÁNCREAS (ELEVACIÓN DE LA AMILASA Y LIPASA EN CASO DE PANCREATITIS).

ADEMÁS, PUEDEN REALIZARSE PRUEBAS DE IMAGEN, SIENDO LA PRIMERA LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL PARA VALORAR LA EXISTENCIA DE OBSTRUCCIÓN Y/O DILATACIÓN DE LAS VÍAS BILIARES, YA QUE ES UNA PRUEBA INOCUA PARA EL PACIENTE. OTRAS DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN MÁS ESPECÍFICAS QUE SE PUEDEN REALIZAR SON EL TAC, LA COLANGIORESONANCIA O UNA ECOENDOSCOPIA. LA TÉCNICA DE REFERENCIA PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO ES LA COLANGIOPANCREATOGRFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) QUE, ADEMÁS, PERMITE A LA VEZ PODER HACER EL TRATAMIENTO CON EXTRACCIÓN DE LOS CÁLCULOS EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES.

FACTORES DE RIESGO DE LA COLEDOCOLITIASIS

DENTRO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA PADECER COLEDOCOLITIASIS SE HAN DESCRITO EL SER DEL SEXO FEMENINO, TENER OBESIDAD, UNA ALIMENTACIÓN QUE FAVOREZCA LA PRODUCCIÓN DE CÁLCULOS BILIARES RICA EN GRASAS Y COLESTEROL, EL CONSUMO DE PROGESTERONA, LA INFLUENCIA GENÉTICA, O PADECER ENFERMEDADES COMO DIABETES MELLITUS, HIPERCOLESTEROLEMIA, TALASEMIA (UN TIPO DE ANEMIA).

COLANGITIS

LA COLANGITIS AGUDA SE DEFINE COMO LA INFLAMACIÓN DE LA VÍA BILIAR SECUNDARIA A INFECCIÓN BACTERIANA. SE TRATA DE UNA ENTIDAD CON UNA POTENCIAL REPERCUSIÓN SISTÉMICA GRAVE, POR LO QUE ES FUNDAMENTAL REALIZAR UN DIAGNÓSTICO Y UNA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE FORMA PRECOZ PARA PODER INICIAR UN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO Y UN DRENAJE DE LA VÍA BILIAR ADECUADOS. LA COLANGITIS AGUDA SE PRODUCE COMO CONSECUENCIA DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR Y DEL CRECIMIENTO BACTERIANO EN LA BILIS. LA PRINCIPAL CAUSA DE OBSTRUCCIÓN ES LA LITIASIS BILIAR. LA PATOGÉNESIS DE LA COLANGITIS AGUDA ES LA INFECCIÓN BILIAR ASOCIADA A OBSTRUCCIÓN PARCIAL O COMPLETA DE LA VÍA BILIAR DE DISTINTAS ETIOLOGÍAS. LA OBSTRUCCIÓN PROVOCA LA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN EN LOS CANALÍCULOS BILIARES HASTA UN NIVEL QUE OCASIONARÁ TRANSLOCACIÓN BACTERIANA Y DE ENDOTOXINAS AL SISTEMA CIRCULATORIO Y LINFÁTICO (REFLUJO COLANGIOVENOSO Y COLANGIOLINFÁTICO), PUDIENDO PROGRESAR LA COLANGITIS DE UN CUADRO INFECCIOSO LOCAL A UNA SITUACIÓN DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA CON POSIBLE AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

LA PRESENCIA DE ICTERICIA, FIEBRE Y DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO CONSTITUYE LA DENOMINADA TRIADA DE CHARCOT QUE ESTÁ PRESENTE EN LA MITAD DE LOS PACIENTES. LA PRESENCIA DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y LA ALTERACIÓN DEL NIVEL DE

CONCIENCIA JUNTO CON LA TRIADA DE CHARCOT SE DENOMINA PÉNTADA DE REYNOLDS E IMPLICA UNA COLANGITIS SEVERA. LA FIEBRE Y EL DOLOR ABDOMINAL SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES, APARECIENDO CADA UNO EN MÁS DEL 80% DE LOS CASOS. LA ICTERICIA ES ALGO MENOS FRECUENTE, SE OBSERVA EN EL 60-70%. LA TRIADA DE CHARCOT APARECE EN TORNO AL 50% Y LA PÉNTADA DE REYNOLDS ES POCO FRECUENTE 3,5-7,7%. LOS ESCALOFRÍOS, QUE SUELEN ESTAR RELACIONADOS CON BACTERIEMIA APARECEN EN EL 65%. EN LOS PACIENTES ANCIANOS Y EN INMUNODEPRIMIDOS LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS PUEDEN SER MÍNIMAS O ATÍPICAS Y CURSAR CON FEBRÍCULA O DETERIORO DEL ESTADO GENERAL O CON HIPOTENSIÓN DE ORIGEN NO ACLARADO, POR LO QUE LA ALTERACIÓN DE LAS PRUEBAS ANALÍTICAS HEPATOBILIARES DEBEN ORIENTAR EL DIAGNÓSTICO.

EN CUANTO A HALLAZGOS DE LABORATORIO DESTACAN LOS DATOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA COMO LEUCOCITOSIS Y ELEVACIÓN DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) Y POR OTRO LADO LOS DATOS DE COLESTASIS. LAS TRANSAMINASAS SUELEN PRESENTAR UNA ELEVACIÓN LIGERA, AUNQUE SI SE PRODUCE UN AUMENTO BRUSCO DE LA PRESIÓN INTRABILIAR PUEDEN ALCANZAR NIVELES MUY ALTOS. LAS TÉCNICAS DE IMAGEN NO INVASIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO SON LA ECOGRAFÍA, LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) Y LA COLANGIORRESONANCIA MAGNÉTICA (CRM).

LA ECOGRAFÍA POR SU FÁCIL REALIZACIÓN Y AUSENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS SERÍA LA PRIMERA PRUEBA A REALIZAR, TIENE UNA SENSIBILIDAD MUY ELEVADA PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLELITIASIS, PERO PARA DETECTAR COLEDOCOLITIASIS ES POCO SENSIBLE, ADEMÁS SI LA OBSTRUCCIÓN ES INCOMPLETA LA ECOGRAFÍA PIERDE EFICACIA. LA TC ES MÁS ÚTIL QUE LA ECOGRAFÍA PARA DETECTAR LA ETIOLOGÍA NO LITIÁSICA Y COMPLICACIONES COMO LOS ACCESOS HEPÁTICOS, CON RELATIVA FRECUENCIA NO DETECTA LA LITIASIS COLEDOCAL Y ES INFERIOR A LA ECOGRAFÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLELITIASIS (LA TC NO DETECTA CÁLCULOS CUANDO SON ISODENSOS RESPECTO A LA BILIS).

LA CRM ES LA MEJOR PRUEBA PARA VALORAR LA PATOLOGÍA DE LA VÍA BILIAR, TIENE UNA GRAN SENSIBILIDAD PARA DETECTAR LITIASIS BILIAR Y PARA DEMOSTRAR LA CAUSA Y LOCALIZACIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN. LA COLANGITIS AGUDA SE CLASIFICA EN TRES GRADOS DE SEVERIDAD. LA COLANGITIS SEVERA (GRADO III) IMPLICA LA PRESENCIA DE DISFUNCIÓN DE ALGÚN ÓRGANO. EN LA COLANGITIS MODERADA (GRADO II) ES LA QUE SIN FALLO DE ÓRGANOS, TIENE UN ELEVADO RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN SI NO SE DRENA LA VÍA BILIAR. LA COLANGITIS LEVE (GRADO I) ES LA QUE NO TIENE CRITERIOS DE NINGUNA DE LAS OTRAS DOS. ESTA CLASIFICACIÓN ES IMPORTANTE PARA IDENTIFICAR SOBRE TODO LOS CASOS MODERADOS QUE PUEDEN PROGRESAR A SEVERO SIN DRENAJE BILIAR, POR LO QUE SE HAN IDENTIFICADO UNOS DE FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN (HIPOALBUMINEMIA, EDAD, GRADO DE LEUCOCITOSIS, FIEBRE ELEVADA Y NIVEL DE BILIRRUBINA). EL MANEJO DE LA COLANGITIS AGUDA SE BASA EN LA SEVERIDAD DEL

CUADRO CLÍNICO. EL DRENAJE BILIAR (CONTROL DEL FOCO) Y EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SON LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES. CUANDO SE ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO SE DEBE INICIAR EL TRATAMIENTO MÉDICO QUE INCLUYE FLUIDOTERAPIA, ANALGESIA Y ANTIBIÓTICOS. SE DEBE REALIZAR UNA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y SE DEBE REEVALUAR DURANTE LAS SIGUIENTES 48H.

EN LA COLANGITIS LEVE EL MANEJO INICIAL CON ANTIBIÓTICOS PUEDE SER SUFICIENTE EN MUCHOS CASOS, EVOLUCIONANDO FAVORABLEMENTE, PERO SI EN LAS PRIMERAS 24H LA EVOLUCIÓN NO ES BUENA SE DEBERÁ PLANTEAR DRENAJE BILIAR PRECOZ. EN PACIENTES CON MODERADA GRAVEDAD (GRADO II) JUNTO CON EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SE DEBERÁ REALIZAR EL DRENAJE BILIAR PRECOZ (EN 48H). EN LOS CASOS MÁS GRAVES (GRADO III) SE INICIARÁ EL TRATAMIENTO ADECUADO DE SOPORTE ORGÁNICO Y, CUANDO EL PACIENTE ESTÉ ESTABLE, SE REALIZARÁ DRENAJE BILIAR URGENTE (EN 24H). EN LOS GRADOS II Y III SI NO SE PUEDE DRENAR LA VÍA BILIAR POR FALTA DE MEDIOS SE INDICARÁ EL TRASLADO A UN CENTRO ADECUADO.

JUNTO CON EL DRENAJE BILIAR EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ES FUNDAMENTAL PARA EL CONTROL DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA Y PARA EL CONTROL DE LAS COMPLICACIONES LOCALES (ABSCESOS). EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SE DEBE INSTAURAR DE FORMA PRECOZ, EN LAS FORMAS GRAVES SE DEBE INICIAR EN CUANTO SE SOSPECHA EL DIAGNÓSTICO.

LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO SE BASARÁ CONSIDERANDO DISTINTOS FACTORES COMO COBERTURA FRENTE A MICROORGANISMOS MÁS FRECUENTEMENTE IMPLICADOS, PATRONES LOCALES DE SENSIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS, ORIGEN COMUNITARIO O NOSOCOMIAL, GRAVEDAD DEL CUADRO CLÍNICO, USO PREVIO DE ANTIBIÓTICOS, ANTECEDENTES DE MANIPULACIÓN DE LA VÍA BILIAR, COMORBILIDAD PREVIA DEL PACIENTE.

EN LAS FORMAS LEVES DE ADQUISICIÓN COMUNITARIA SE PUEDEN USAR PAUTAS DE ESPECTRO ALGO MÁS REDUCIDO COMO UNA CEFALOSPORINA (CEFOTAXIMA/CEFTRIAXONA) O UNA QUINOLONA ASOCIADA A METRONIDAZOL O AMOXICILINA-CLAVULÁNICO EN MONOTERAPIA. SIN EMBARGO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HA AUMENTADO LA RESISTENCIA DE E. COLI FRENTE A AMOXICILINA-CLAVULÁNICO (15-18%) Y SOBRETODOS FRENTE A FLUOROQUINOLONAS (SUPERIOR AL 20%). POR LO QUE AMOXICILINA-CLAVULÁNICO SE DEBERÍA INDICAR ÚNICAMENTE EN CASOS LEVES Y LAS FLUOROQUINOLONAS DEBERÍAN EVITARSE O INDICARSE EN CASOS LEVES EN PACIENTES ALÉRGICOS A B-LACTÁMICOS O COMO TRATAMIENTO DIRIGIDO CUANDO YA SE TIENEN RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS. LAS CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN SIGUEN MANTENIENDO UNA EXCELENTE ACTIVIDAD FRENTE A E. COLI CON UNA SENSIBILIDAD SUPERIOR AL 90%.