



UNIVERSIDAD DE SURESTE  
ESCUELA DE MEDICINA  
MEDICINA INTERNA

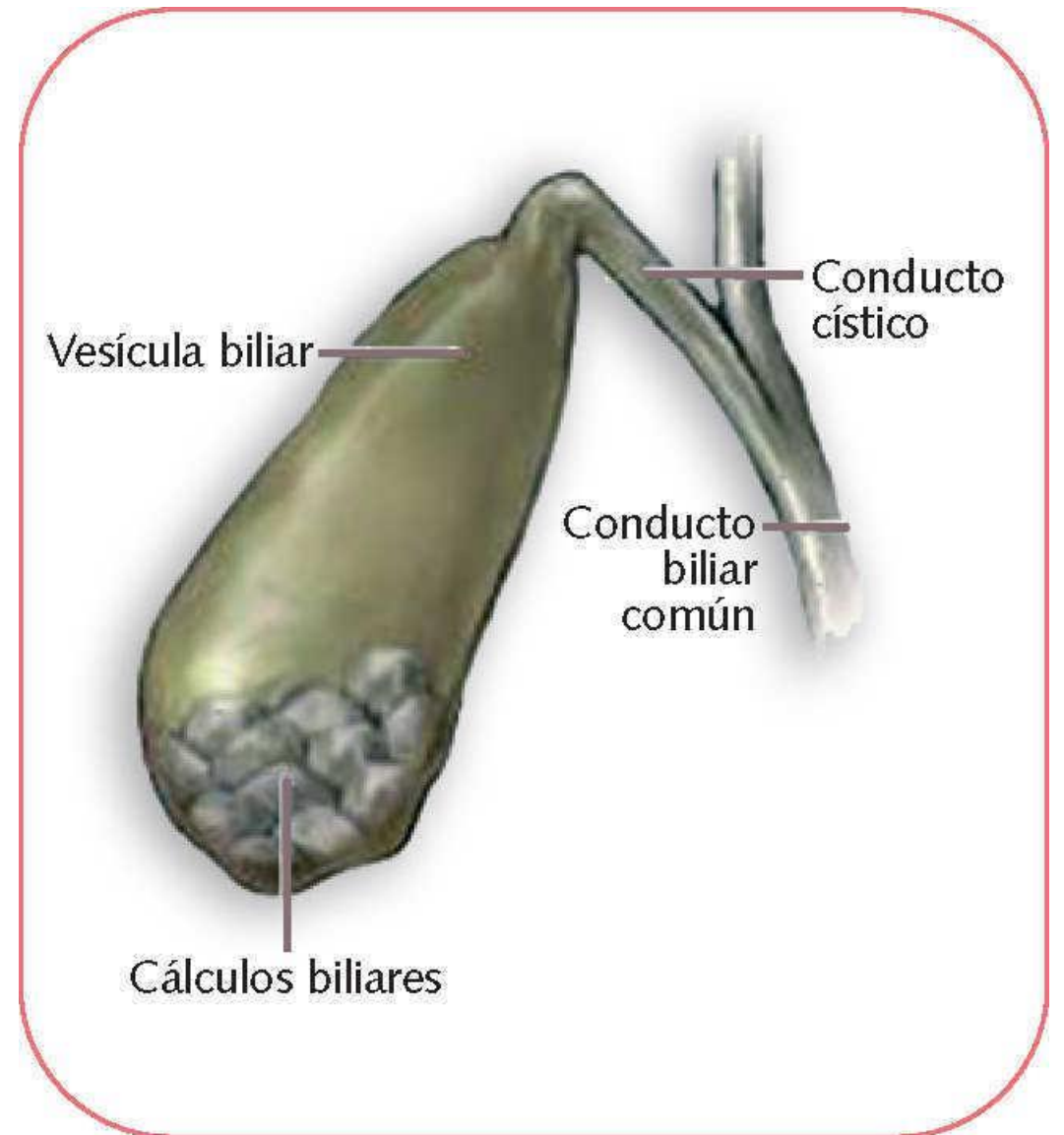
# LITIASIS BILIAR

PRESENTA CARLOS OMAR PINEDA

# DEFINICIÓN

Llamamos litiasis biliar a la presencia de cálculos o piedras en la vesícula biliar o en los conductos biliares. La mayoría de las personas que tienen esta enfermedad tienen los cálculos dentro de la vesícula biliar, y así la enfermedad se llama colelitiasis (del griego, *cholé*: bilis y *lythos*: piedra).

Menos frecuentemente se encuentran en el colédoco (coledocolitiasis)



Los cálculos son formaciones cristalinas (como pequeñas piedras constituidas por los diversos componentes de la bilis).

Hay 3 tipos de cálculos: colesterol, mixtos y pigmentarios. Los dos primeros son los más frecuentes en todo el mundo



Los cálculos de colesterol (los más frecuentes) se producen por un aumento del colesterol en la bilis, que forma grumos en la vesícula.

Algunos factores predisponen a la formación de cálculos: mal vaciamiento de la vesícula, obesidad, sexo femenino, edad avanzada, embarazo, algunas enfermedades hepáticas, rápida pérdida de peso, dietas ricas en grasas y calorías

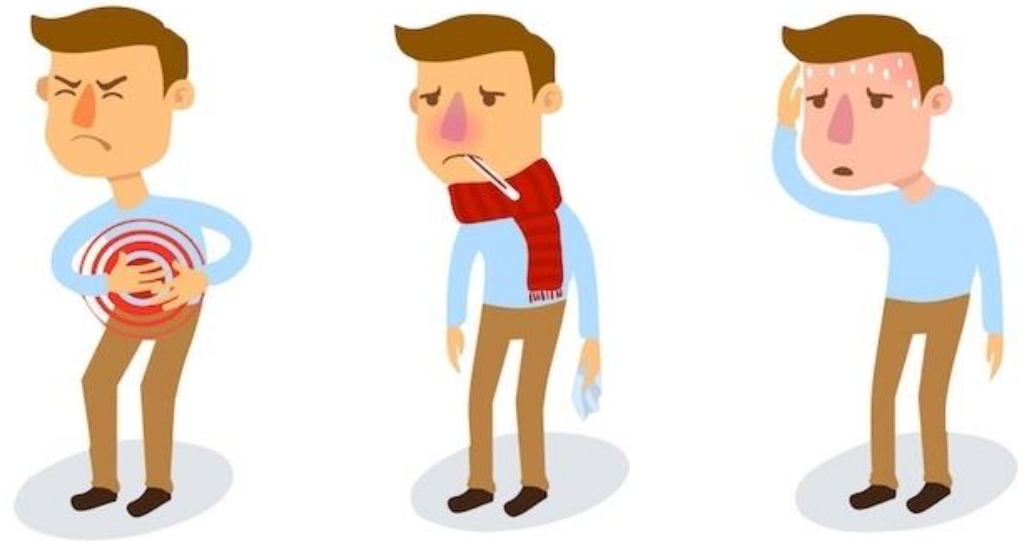




# SINTOMATOLOGIA

En la mayoría de los pacientes no originan síntomas (litiasis biliar asintomática). Aunque a veces se atribuyen ciertos síntomas digestivos a los cálculos

- Náuseas
- Molestias abdominales
- Distensión del abdomen
- Problemas de digestión al ingerir grasas
- Dolor abdominal



# SINTOMATOLOGIA

Cuando se producen molestias típicas (litiasis biliar sintomática sin complicaciones), el síntoma fundamental es el cólico biliar.

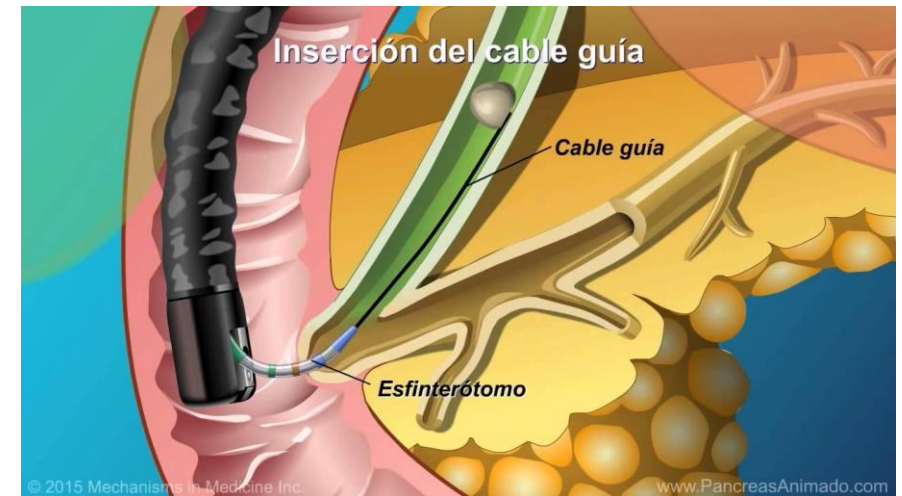
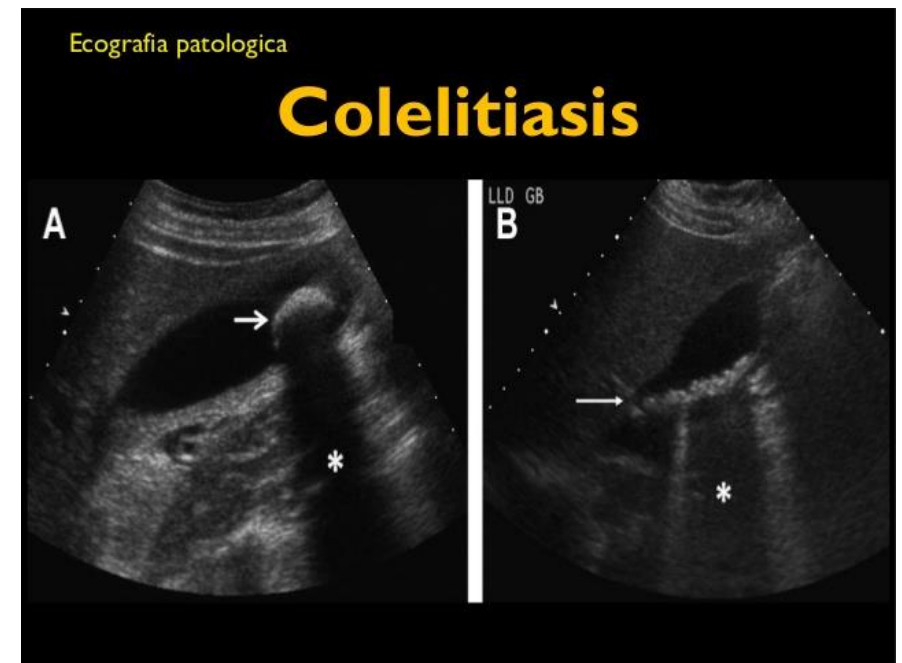
Es un dolor intenso, que comienza repentinamente, de varias horas de duración (no minutos), que no cambia de intensidad, en la parte alta del abdomen hacia la derecha, que puede reflejarse en el hombro del mismo lado, a veces con náuseas y vómitos.

Después pueden persistir algunas molestias durante un día o dos aproximadamente.



# DIAGNOSTICO

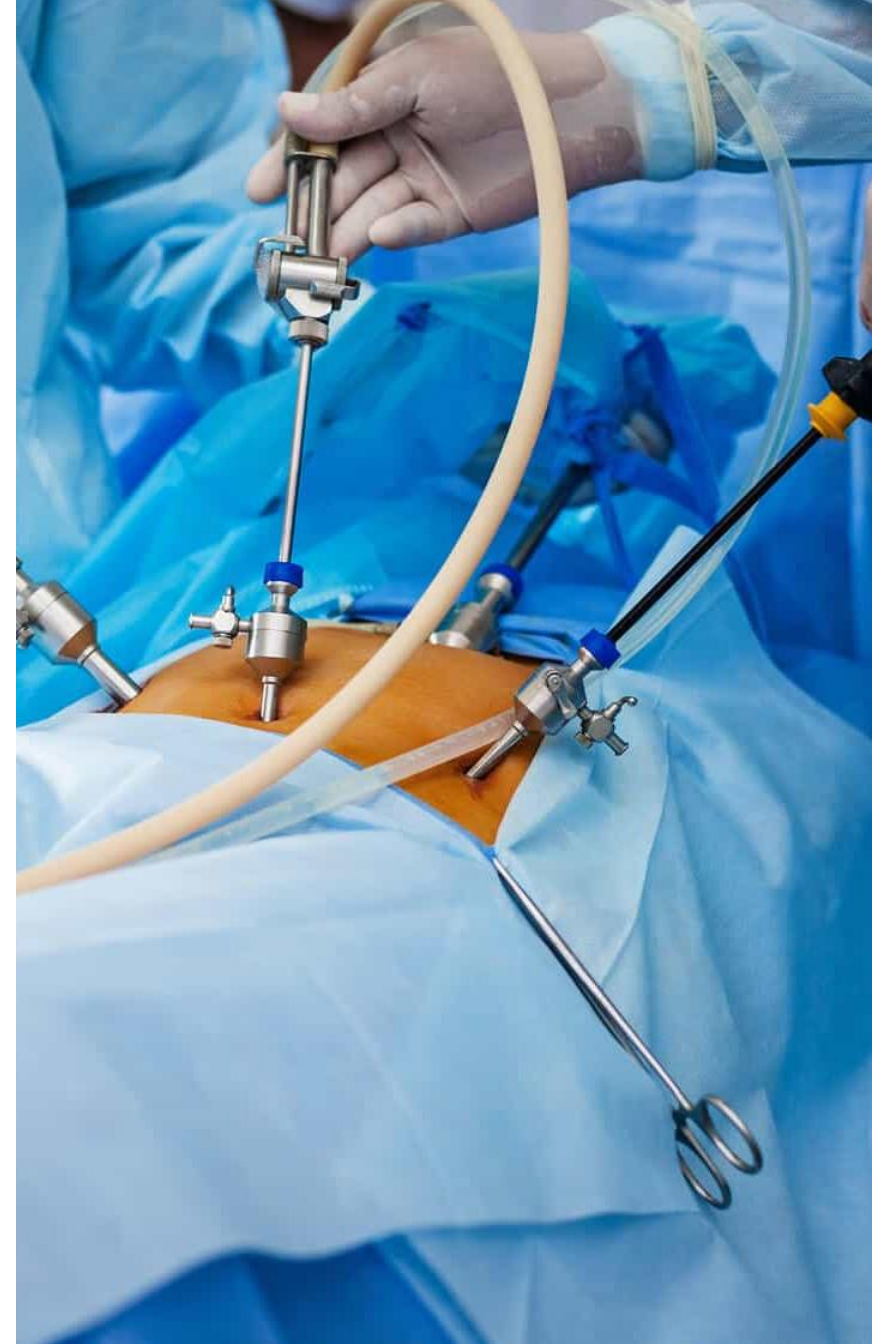
Los cálculos de la vesícula biliar se descubren en una ecografía realizada por molestias digestivas o son un hallazgo casual en una ecografía efectuada por otras razones. Para ver los cálculos en la vía biliar (colédoco), además de la ecografía, se utilizan otros métodos radiológicos (resonancia magnética), endoscópicos (endoscopia de la vía biliar y del páncreas, conocida por las siglas CPRE) o una ecografía interior (ecografía endoscópica).



# TRATAMIENTO

Los cálculos de la vesícula, si son asintomáticos, no requieren tratamiento, pues la posibilidad que se desarrollen síntomas es baja. Otros médicos tratan a los pacientes con escasos síntomas, cálculos muy pequeños (de colesterol) y una vesícula que funciona bien, con unos comprimidos que contienen el ácido ursodeoxicólico, que favorece la disolución de los cálculos después de años de tratamiento.

El tratamiento definitivo, si se sufre un cólico biliar típico, es la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía). Habitualmente hoy en día se hace mediante laparoscopia







UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
ESCUELA DE MEDICINA  
MEDICINA INTERNA  
PRESENTA:  
CARLOS OMAR PINEDA

---



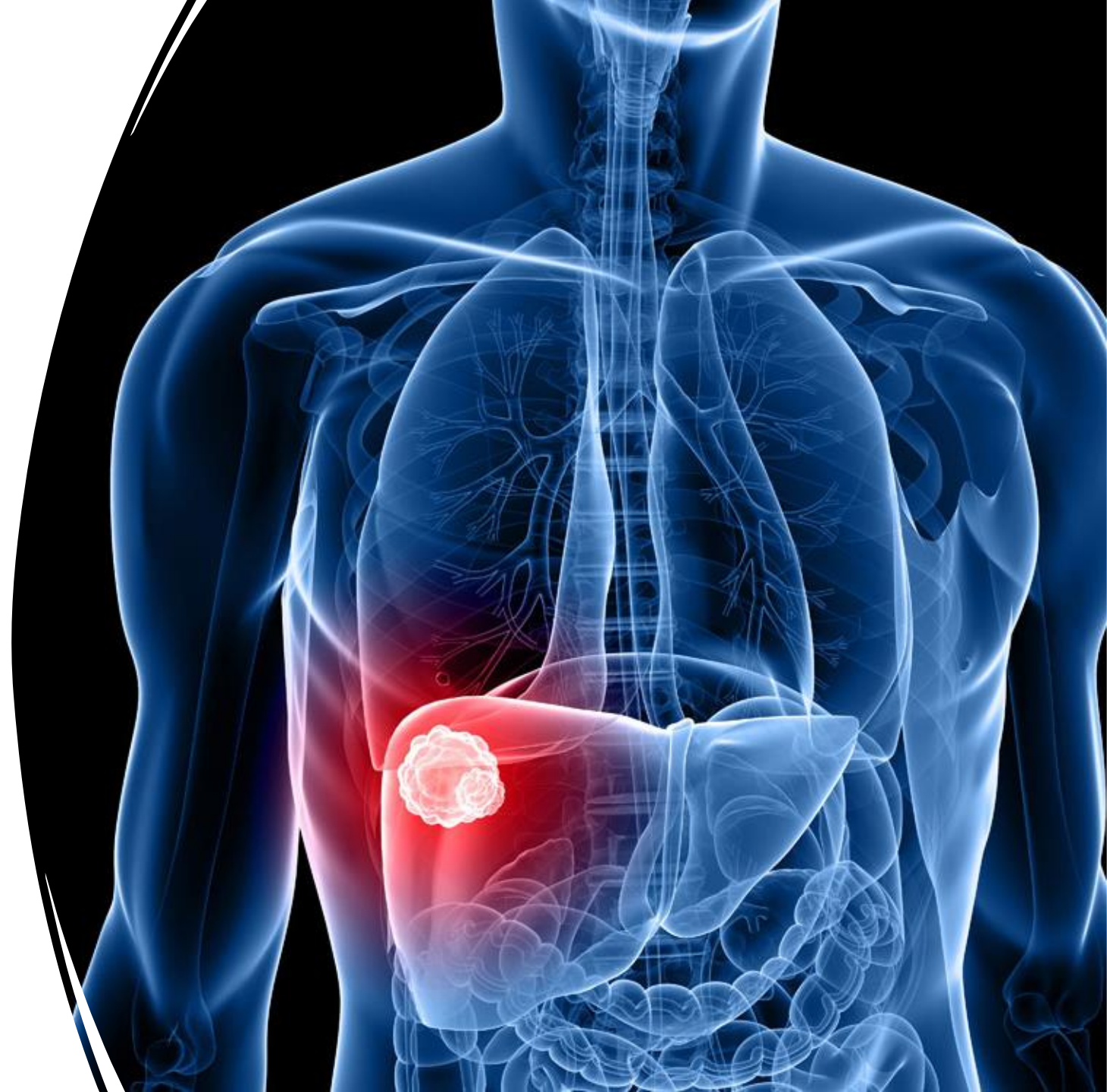
Tema:

Absceso Hepático

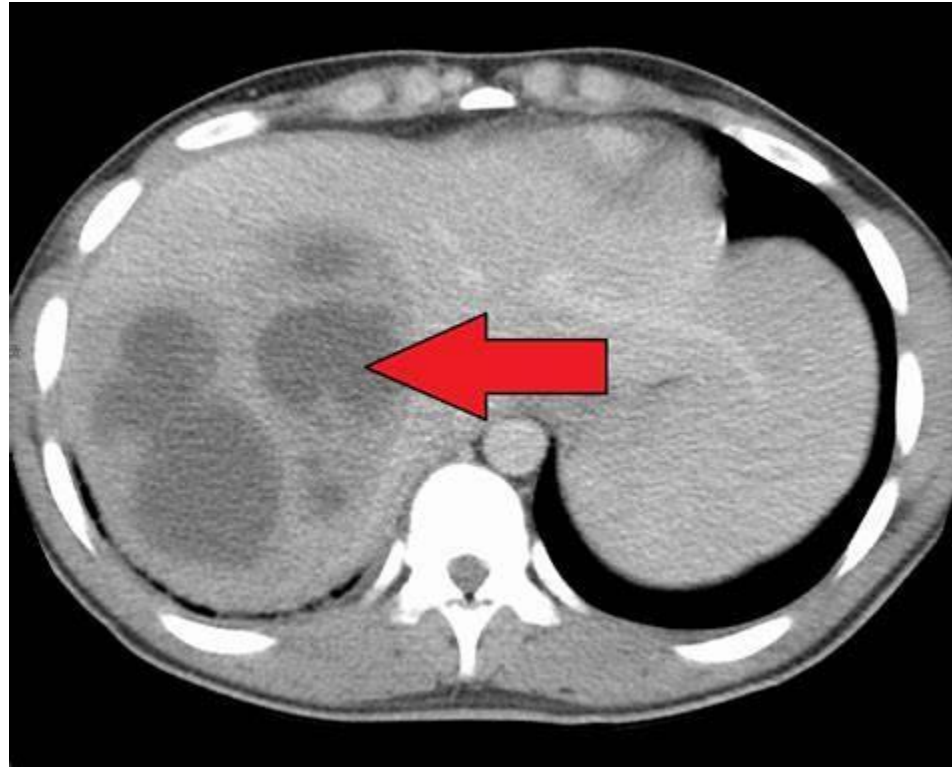
# DEFINICION

---

- El absceso hepático es una colección de pus rodeado de una cápsula fibrosa dentro del hígado. Es el resultado de cualquier proceso infeccioso que conlleve a la destrucción secundaria del parénquima (tejido) y del estroma (estructura) del hígado.



- Es más frecuente en los hombres y entre los 30 y 60 años de edad. Se presenta más comúnmente en países tropicales. Puede cursar como un absceso único o múltiples abscesos, y compromete hasta en un 90% de los casos el lóbulo derecho del hígado.
- En su evolución clínica, tiene una mortalidad moderada (2-12%) y puede comprometer seriamente la vida del paciente, teniendo desenlace generalmente fatal si no se diagnostica y se trata oportuna y adecuadamente.





# SINTOMATOLOGÍA



Los síntomas que presenta una persona con absceso hepático son diversos y su severidad va a estar relacionada con el agente productor del absceso, el tiempo de evolución y la integridad de su sistema inmunológico.

Se van a instalar en un período variable de entre 2 y 4 semanas, siendo más severos y rápidos en su presentación mientras más es joven la persona. De manera general vamos a encontrar

- Fiebre (con o sin escalofríos). Dependiendo su severidad del agente causal. Casi inexistente en las micosis; moderada a elevada en la amibiasis; severa en los abscesos piógenos.
- Dolor abdominal. De aparición progresiva, localizado del lado derecho (en raras ocasiones compromete todo el abdomen), de intensidad variable, de carácter opresivo o punzante, continuo, sin atenuantes y exacerbado con los movimientos.
- Pérdida de peso involuntaria y rápida.
- Sudoración nocturna.

- 
- Coloración amarillenta de la piel (ictericia) con o sin prurito (picazón) acompañante.
  - Náuseas y/o vómitos.
  - Heces color arcilla. Producto de la disminución en el metabolismo de la bilirrubina por el hígado.
  - Orina turbia o coloreada, generalmente entre marrón y negro (parece un refresco de cola).
  - Debilidad general.



La sintomatología va a ser menos florida en los ancianos. Si el absceso se localiza por debajo del diafragma, puede coexistir sintomatología respiratoria como tos y dolor pleurítico irradiado al hombro derecho.

Es común encontrar como antecedentes la realización de colecistectomía (extracción de la vesícula biliar), litiasis vesicular (cálculos en la vesícula), consumo de alcohol y diabetes.

# CAUSAS

---

La causa del absceso hepático es una infección a nivel de hígado. El origen de esta infección puede ser:

1. Biliar (40%), por cálculos, estenosis o neoplasias, y se produce por vía ascendente, desde la vesícula hacia el hígado.
2. Portal (16%), secundario a un proceso infeccioso en otro órgano intraabdominal, como se evidencia en los casos de apendicitis, diverticulitis o enfermedad inflamatoria intestinal que comprometa la circulación venosa portal.
3. Infección de una estructura vecina (6%), como la vesícula o el colon, y por contigüidad se extiende de forma directa al hígado.
4. Bacteriemias de cualquier origen (7%).
5. Traumatismos hepáticos (5%), desarrollándose previamente un hematoma que se infecta secundariamente.
6. Criptogénicas (26%), infecciones de origen oscuro o desconocido



---

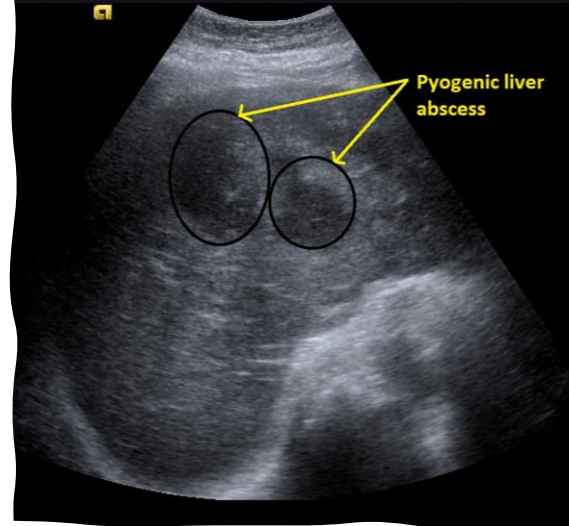
Los abscesos pueden únicos (60-70%) o múltiples (30-40%). Según los gérmenes involucrados, podemos dividir los abscesos hepáticos en tres grandes grupos:

Piógeno (bacteriano)

Amebiano

Micótico.

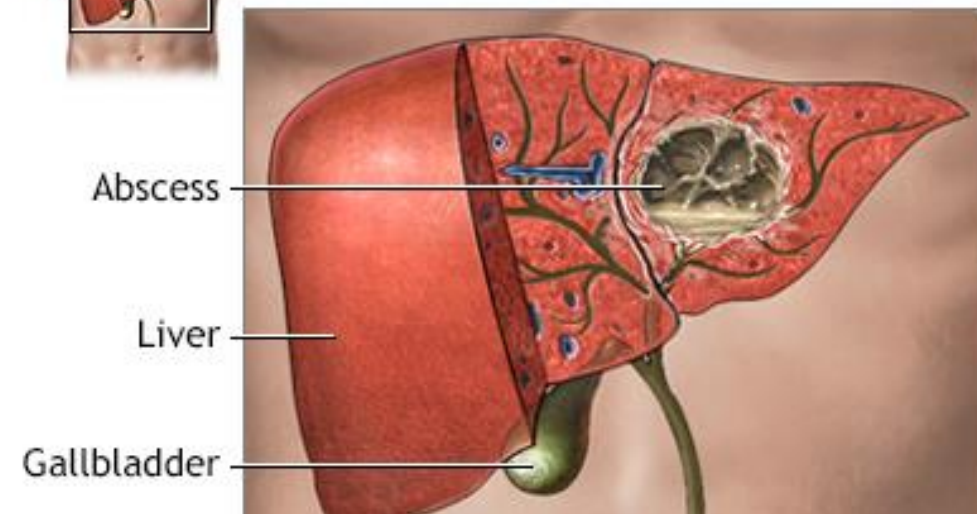
# ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO



- Las enterobacterias, en especial *Escherichia coli* y *Klebsiella* spp, son la etiología más habitual, aunque se puede encontrar *Streptococcus* spp., *Enterococcus* spp, *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp. y *Bacteroides* spp

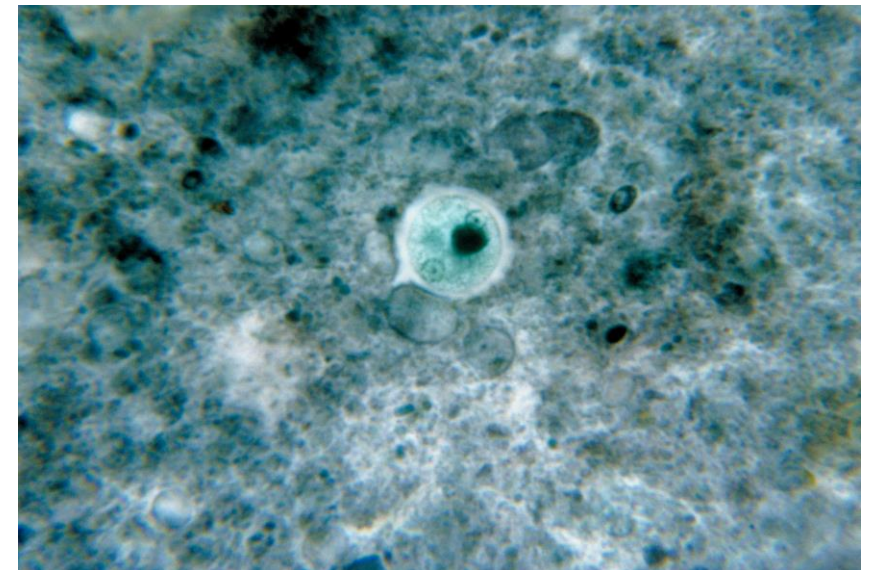
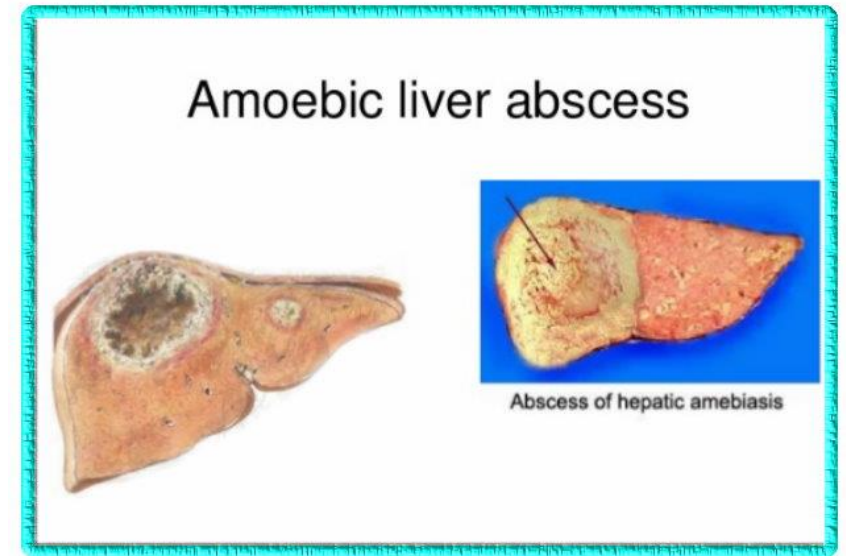


A pyogenic abscess (pus-filled cavity) may be caused by an infection due to illness or trauma



# ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO

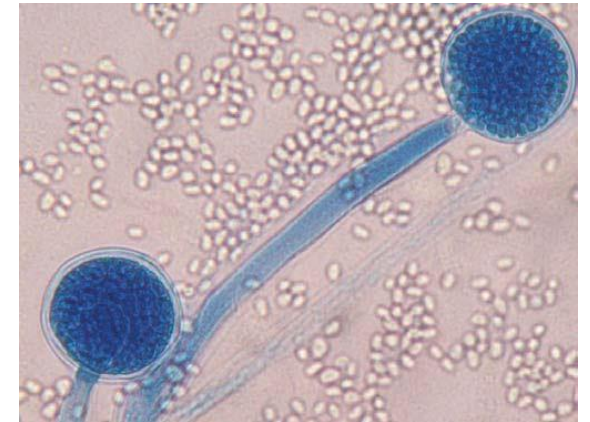
- Es más frecuente en los países en vías de desarrollo, siendo endémico en algunos países como México, donde representa un problema de salud pública.
- La ameba (*Entamoeba histolytica*) llega al hígado por vía de la circulación portal, siendo la forma más común de amebiasis extraintestinal.
- Por lo general, el paciente tiene el antecedente de haber visitado una zona endémica en un período que puede abarcar hasta 5 meses previos, o haber padecido de disentería amebiana dentro de las 8 a 12 semanas previas a la aparición de los síntomas.



# ABSCESO HEPÁTICO MICÓTICO

Se presentan de manera casi exclusiva en pacientes inmunosuprimidos con infección por VIH o que reciben quimioterapia o que han recibido trasplante de algún órgano. La administración de corticosteroides potencia la posibilidad de su aparición.

Se reportan casos por *Mucor* spp y *Candida* spp.



## POR HONGOS: CANDIDIASIS

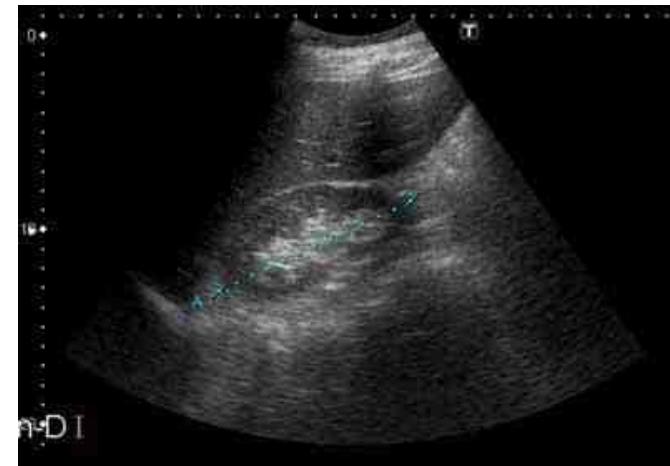




# DIAGNOSTICO

---

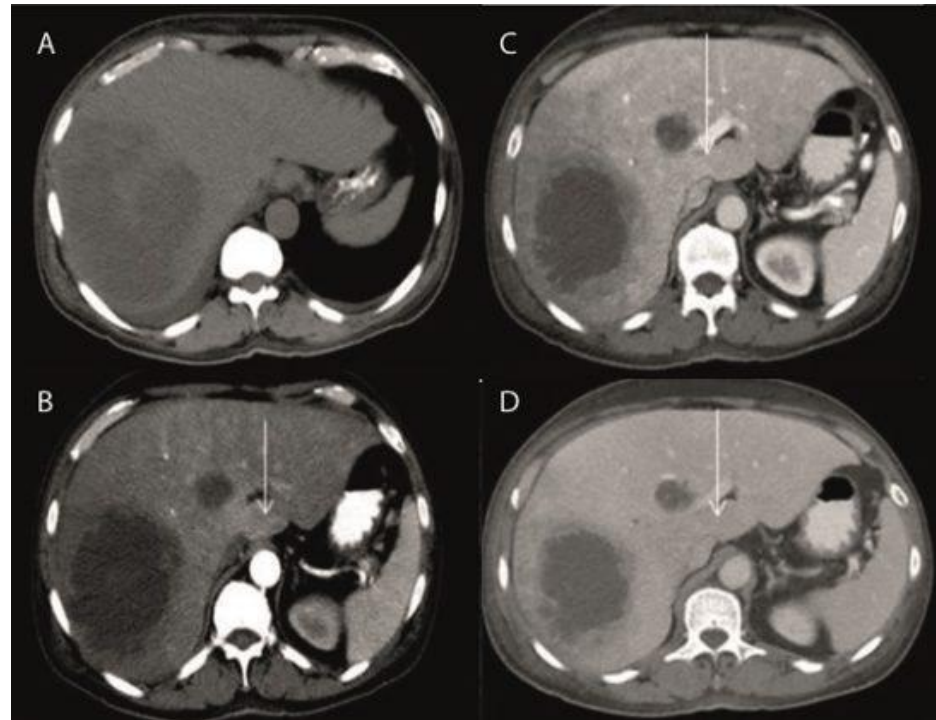
- las pruebas de funcionalismo hepático van a estar alteradas, con elevación de las transaminasas, la fosfatasa alcalina (su elevación sugiere absceso piógeno en el 70% de los casos) y las bilirrubinas, y disminución de las proteínas a expensas de la albúmina (hipoalbuminemia).
- El método diagnóstico de elección es la ecografía abdominal, que tiene una sensibilidad de 85–95%. Tiene el beneficio de no ser invasivo, fácilmente accesible y de bajo costo, al tiempo que puede ser terapéutico (se puede drenar el absceso dirigiendo la punción con aguja fina)



# DIAGNOSTICO

---

- La tomografía axial computarizada (TAC) tiene una sensibilidad de 95-100%, con la inconveniencia de su elevado costo y no estar disponible en todos los sitios, pero es el estudio confirmatorio definitivo



# TRATAMIENTO

---

En los casos no complicados, el tratamiento de elección es la administración del medicamento adecuado más drenaje del absceso, bien sea por punción con aguja dirigida por eco, por colocación de catéter de drenaje o por vía quirúrgica.

En el caso de los abscesos piógenos, existen varios esquemas, pero siempre se utiliza la combinación de dos antibióticos de amplio espectro (si no se cuenta con la posibilidad de realizar cultivos). En todos los casos, de 2 a 4 semanas de tratamiento.



# TRATAMIENTO

---

Los abscesos hepáticos amebianos deben ser tratados con metronidazol durante 7 a 10 días o subsecuentemente con tinidazol por un mínimo de 10 días.



Los abscesos micóticos son tratados con anfotericina B o fluconazol durante al menos 15 días, vigilando la alta toxicidad de la anfotericina.

# TRATAMIENTO

- El manejo siempre deberá incluir el drenaje del absceso. Las técnicas de drenaje incluyen el drenaje percutáneo con aguja guiado por ecografía o tomografía, drenaje por colocación de catéter, drenaje quirúrgico o drenaje por una técnica especial denominada colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- En el caso de abscesos mayores de 5 centímetros localizados en el lóbulo derecho del hígado se prefiere la colocación de un catéter de drenaje pues se ha evidenciado falla terapéutica de hasta 50% en los casos drenados por aspiración con aguja.

