

**NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD:
UNIVERSIDAD DEL SURESTE.**



**MATERIA:
IMAGENEOLÓGÍA.**

**UNIDAD A EVALUAR:
UNIDAD 3.**

**TEMA DEL TRABAJO:
RESUMEN DE LITIASIS VESICULAR.**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
DR. SAMUEL ESAU FONSECA FIERRO.**

**NOMBRE DEL ALUMNO:
MUSOLINY MAGNEALY PAZ.**

LITIASIS VESICULAR.

La litiasis biliar o colelitiasis se define como la existencia de cálculos dentro de la vesícula biliar. La vesícula y las vías biliares cumplen la función de conducción, almacenamiento y liberación de la bilis al duodeno durante la digestión. La litiasis biliar se forma por diversas alteraciones en el metabolismo de algunos componentes de la bilis.

Hay dos tipos de litiasis biliar:

- Litiasis de colesterol: supone el 75% de las litiasis biliares en los países occidentales.
- Litiasis pigmentaria: supone el 25% restante.

El cuadro clínico típico de la litiasis biliar es el cólico biliar es un dolor intenso, generalmente continuo, localizado preferentemente en el lado derecho del abdomen, debajo de las costillas, e irradiado a espalda y hombro derechos. A pesar del nombre, el dolor habitualmente es constante y no cólico, dura de una a cuatro horas y no se alivia con los movimientos intestinales. Se acompaña de vómitos y náuseas. Suele desencadenarse una o dos horas después de la ingesta y sobre todo tras comidas ricas en grasas, aunque no es infrecuente su aparición sin relación con la toma de alimentos. Entre las complicaciones posibles se encuentran la inflamación de la vesícula biliar (colecistitis aguda), hay que sospecharla si el dolor se prolonga o se acompaña de fiebre, la presencia de cálculos en el colédoco (coledocolitiasis), la pancreatitis aguda y el desarrollo de cáncer de vesícula biliar.

Los síntomas más habituales son:

- ✓ Dolor intenso en lado derecho del abdomen.
- ✓ Vómitos.
- ✓ Náuseas.

Entre un 65 y un 85% de los sujetos con litiasis biliar permanecen asintomáticos. La evolución en estos casos es absolutamente benigna. La aparición de dolor de origen biliar es escasa, las complicaciones son raras y no se producen muertes en relación directa con la litiasis. Algunas complicaciones pueden ser graves y hasta mortales (pancreatitis, cáncer de vesícula).

Exploraciones complementarias

1. Pruebas de imagen. Ecografía: efectividad diagnóstica >95 %; muestra cálculos (imágenes de tamaño diverso que dejan sombra acústica y que cambian de posición en la vesícula biliar al movilizar al paciente), permite evaluar el aumento de la

vesícula biliar, la dilatación de las vías biliares intra- y extrahepáticas, además de los órganos vecinos. El cálculo puede confundirse con un pólipo (este último no es móvil y no produce sombra acústica) y con barro biliar (arena biliar, es decir cristales de colesterol; no deja sombra acústica, pero cambia de posición al movilizar al paciente). Ecoendoscopia y/o RMN: pueden realizarse cuando se presentan síntomas típicos y la ecografía no muestra litiasis. La radiografía panorámica de la cavidad abdominal: no se realiza en casos de sospecha de litiasis, si bien se pueden evidenciar cálculos calcificados (<20 % de los enfermos).

2. Pruebas de laboratorio: en la colelitiasis no complicada no se observan anormalidades.

Criterios diagnósticos

Típica imagen de cálculos vesiculares en la ecografía.

En pacientes con colelitiasis sintomática candidatos a tratamiento quirúrgico y bajo riesgo de litiasis de las vías biliares con vía biliar fina en la ecografía, no hay indicación para realizar pruebas diagnósticas adicionales. En pacientes con antecedentes de pancreatitis aguda, >55 años y en los que presentan incremento de la actividad de los ALT, AST y ALP, está indicada la realización de ecoendoscopia o CPRM antes de la intervención quirúrgica. Si se confirma la presencia de litiasis de las vías biliares, se debe considerar la realización de la CPRE con evacuación de los cálculos antes de una intervención quirúrgica planificada o la realización de colangiografía intraoperatoria.

Diagnóstico diferencial

Otras causas de dolor epigástrico agudo: infarto, aneurisma disecante de la aorta abdominal, pericarditis, enfermedad ulcerosa gástrica, perforación de úlcera gástrica o duodenal, pancreatitis aguda y crónica, apendicitis aguda. Imagen ecográfica: pólipo de la vesícula biliar y barro biliar (→más arriba).

Tratamiento del cólico biliar

1. Analgésicos: AINE a dosis habituales, p. ej. diclofenaco 50-75 mg IM o ketoprofeno 200 mg IM (el uso de AINE en cólico biliar puede reducir el riesgo de desarrollar colecistitis), paracetamol (habitualmente en caso de contraindicaciones para los AINE); en caso de dolor más severo opioides como petidina 50-100 mg IM o VSc, pentazocina 30-60 mg IM o VSc, o buprenorfina a dosis de 0,3 mg IM o 0,4 mg VSI (no administrar morfina, ya que produce espasmo del esfínter de Oddi).

2. Medicamentos antiespasmódicos:

1) drotaverina 40-80 mg VO, VSc, IM o iv.

2) hioscina 20 mg VO, VR, IM o iv., también preparaciones compuestas con paracetamol o con metamizol

3) papaverina VSc o IM 40-120 mg; VR supositorios que contienen extracto de hoja de belladona.