

**Nombre del alumno: Velazquez  
Vazquez Cecilia Jhaile**

**Nombre del profesor: de los santos  
Candelaria**

**Nombre del trabajo: mapa  
conceptual. 2do parcial.**

**Materia: Patología del adulto**

**Grado: 6to Cuatrimestre**

**Grupo: "A" Escolarizado**

# COLECISTITIS

¿Qué es?

La colecistitis aguda (CA) es una entidad clínica caracterizada por la inflamación de la pared vesicular. Su mortalidad global está en torno al 10%.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

### Clínica

- El síntoma principal es el dolor abdominal agudo, constante, en HCD, de duración mayor de 5 horas, típicamente irradiado a espalda, y que se acompaña frecuentemente de náuseas, vómitos y fiebre que oscila entre 37,5 °C y 39 °C.
- En la exploración física destaca un área de hipersensibilidad en HCD y la palpación manual durante la inspiración profunda a ese nivel produce dolor y cese inspiratorio (signo de Murphy).
- Algunos signos, como inestabilidad hemodinámica, fiebre alta, acidosis metabólica o íleo indican mayor gravedad y obligan a considerar la presencia de una colecistitis gangrenosa o una perforación de la vesícula.

### Pruebas de laboratorio

- El laboratorio suele informar de la presencia de una leucocitosis con neutrofilia (puede observarse neutropenia en casos de sepsis grave) y un incremento de la proteína C reactiva (PCR).
- En algunos casos puede observarse un leve incremento de la actividad aminotransferasa y de los niveles de amilasa, habitualmente inferiores a 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN), y hasta en un 20% de casos, sobre todo en pacientes con CA grave, ictericia con niveles de bilirrubina inferiores a 4 mg/dl.

### Pruebas de laboratorio

- La técnica de elección es la ecografía abdominal y es suficiente para confirmar el diagnóstico en la mayoría de los casos. Su sensibilidad y especificidad son del 88% y 80%.
- Una gammagrafía con derivados del ácido iminodiacético (HIDA) marcado con Tc puede ser de utilidad cuando existe duda diagnóstica a pesar de la exploración ecográfica.
- La TC abdominal sólo es necesaria si se sospechan complicaciones.

## TRATAMIENTO

### Medidas generales:

- **Analgesia.** Se recomienda el uso de AINE que además de aliviar el dolor, pueden alterar la historia natural del cuadro como se ha explicado previamente.
- **Antibioterapia (ATB).** El tratamiento con ATB es aconsejable salvo en aquellos pacientes con un cuadro leve en quienes la observación y el tratamiento con AINE pueden ser suficientes

### Tratamiento quirúrgico:

La colecistectomía es el tratamiento de elección para la CA aquellos casos que finalmente se resuelven con tratamiento médico-conservador (50% aproximadamente)

¿Cuándo es el momento óptimo para realizar la colecistectomía en los casos de CA?

En los pacientes de alto riesgo quirúrgico con enfermedades graves, como insuficiencia hepática, pulmonar o cardíaca, es preferible la colecistostomía que la colecistectomía. Tras resolverse el cuadro se debería realizar colecistectomía laparoscópica si el estado general del paciente lo permite. Por todo ello podemos concluir que la colecistectomía laparoscópica en los primeros 7 días desde la aparición de los síntomas es el tratamiento de elección en la colecistitis aguda en los pacientes promedio

# COLELITIASIS

¿Qué es?

Es la presencia de uno o varios cálculos (litiasis vesicular) en la vesícula biliar

En función de su composición podemos diferenciar tres tipos de cálculos

- Cálculos de colesterol que representan el 75% de los cálculos en los países occidentales
- cálculos de pigmentos marrones (20%) formados fundamentalmente por sales de calcio de bilirrubina no conjugada
- cálculos de pigmentos negros (5%) que se asocian típicamente a hemólisis crónica, cirrosis y pancreatitis y cuyo componente principal es el bilirrubinato cálcico

Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo son:

- ✓ Edad: A medida que avanza la edad, la bilis se vuelve más litogénica aumentando la prevalencia de cálculos.
- ✓ sexo femenino: (probablemente por influencia de los estrógenos) también aumenta el riesgo
- ✓ obesidad: se asocia a un aumento en la producción y posterior eliminación de colesterol por las vías biliares

Factores de riesgo asociados a la formación de cálculos de colesterol.

<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Edad.</li><li>✓ Sexo femenino.</li><li>✓ Obesidad.</li><li>✓ Pérdida de peso rápida.</li><li>✓ Nutrición parenteral total</li><li>✓ Embarazo.</li><li>✓ Multiparidad</li><li>✓ Fármacos:<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Estrógenos exógenos</li><li>✚ Anticonceptivos orales</li><li>✚ Clofibrato</li><li>✚ Octreótido</li><li>✚ Ceftriaxona</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Hipertrigliceridemia o niveles bajos de HDL.</li><li>✓ Diabetes resistente a la insulina.</li><li>✓ Enfermedades del íleon terminal.</li><li>✚ enfermedad de Crohn.</li><li>✓ Lesiones en la médula espinal.</li><li>✓ Etnia (nativos americanos y escandinavos).</li></ul> <p>Factores de riesgo asociados a la formación de cálculos de pigmentos negros.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia hemolítica crónica.</li><li>• Cirrosis hepática y pancreatiti</li></ul>
--	--

# COLELITIASIS ASINTOMÁTICA

Normalmente el 60-80% de los casos no presentan síntomas por lo que el diagnóstico es de manera accidental, El riesgo medio anual de desarrollar síntomas es del 2% y la incidencia anual de complicaciones y cáncer de vesícula es 0,3% y 0,02% respectivamente<sup>4</sup>. Por ello, no es necesario realizar colecistectomía profiláctica a todos los pacientes. Existen varias excepciones a esta recomendación

Pacientes con alto riesgo de desarrollar cáncer de vesícula:

- Existencia de pólipos vesiculares con crecimiento rápido o mayor de 1 cm.
- Vesícula en porcelana.
- Cálculo mayor de 3 cm.
- Mujer joven de origen amerindio.

Pacientes con riesgo mayor de desarrollar síntomas:

- Joven con anemia drepanocítica. En estos pacientes las crisis de dolor abdominal podrían hacer difícil el diagnóstico diferencial con un cólico biliar o una colecistitis aguda.
- Otro subgrupo de pacientes que podría beneficiarse de una colecistectomía profiláctica serían aquellos en los que se realiza cirugía abdominal por otro motivo, especialmente si es cirugía bariátrica, y en el trasplante cardíaco.

## COLELITIASIS SINTOMÁTICA NO COMPLICADA: CÓLICO BILIAR SIMPLE

Aproximadamente, el 65% de los pacientes sintomáticos presentarán recurrencia clínica en los dos primeros años con una incidencia anual de complicaciones del 1-2%.

**Colecistectomía profiláctica:** es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. La operación se realiza para extirpar la vesícula biliar debido a la presencia de cálculos biliares que causan dolor o una infección.

**Clínica:** El único síntoma atribuible a la colelitiasis es el dolor biliar. En un 50% de los casos el dolor irradia hacia el hombro derecho o la escápula, y se manifiesta como un dolor constante, que aumenta gradualmente durante 15 minutos-1 hora, se mantiene durante 1 hora o más y desaparece lentamente. A menudo se acompaña de diaforesis, náuseas, vómitos e inquietud. El gas, la distensión abdominal, la flatulencia y la dispepsia no están relacionados con los cálculos en sí mismos

**Diagnóstico:** El patrón oro para el diagnóstico es la ecografía abdominal, única exploración necesaria para certificar la presencia de cálculos en la vesícula biliar, La colecistografía oral se utiliza, fundamentalmente, cuando la vesícula biliar no se puede identificar mediante ecografía (por ejemplo: cuando está llena de cálculos y contraída) y para valorar la motilidad vesicular y la permeabilidad del cístico antes de iniciar un tratamiento de disolución oral o litotricia. La tomografía computarizada del abdomen (TC) y la resonancia magnética (RMN) no son necesarias en ausencia de complicaciones.

**Tratamiento:** Durante el episodio de cólico biliar se aconseja digestivo, calor local y analgesia. Se recomienda el uso de AINE, ya que además de aliviar los síntomas, pueden prevenir la progresión del cuadro hacia una colecistitis aguda<sup>5</sup>. Tras la presentación de un primer episodio de cólico biliar se debe proponer la realización de colecistectomía diferida. La colecistectomía laparoscópica o la de pequeña incisión permite una menor estancia hospitalaria que la colecistectomía abierta, sin que existan diferencias significativas en cuanto a la tasa de complicaciones o mortalidad. El tratamiento no quirúrgico presenta baja eficacia y altas tasas de recurrencia. Por ello, sólo debería ofrecerse a aquellos pacientes con alto riesgo quirúrgico o que no deseen someterse a cirugía