Nombre del alumno:

Erika Yatziri Castillo Figueroa

Nombre del profesor:

Cindy de los santos candelaria

Licenciatura:

Enfermería 6to Cuatrimestre

Materia:

Patología del adulto

Nombre del trabajo:

Mapa conceptual del tema:

"COLECISTITIS Y COLELITIASIS"

Frontera Comalapa, Chiapas a 11 de junio del 2021

COLECISTITIS Y COLELITIASIS

Factores de riesgo y factores protectores

Existen

tres factores de riesgo principales para el desarrollo de cálculos biliares. En primer lugar, la edad. A medida que avanza la edad, la bilis se vuelve más litogénica aumentando la prevalencia de cálculos. El sexo femenino (probablemente por influencia de los estrógenos) también aumenta el riesgo.

Finalmente

la obesidad que se asocia a un aumento en la producción y posterior eliminación de colesterol por las vías biliares. No es infrecuente, en este contexto, la aparición de un cólico biliar tras una dieta de adelgazamiento con pérdida acelerada de peso, debido a la eliminación masiva de colesterol por las vías biliares.

HISTORIA NATURAL

Colelitiasis asintomática

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%.

Clínica

El único síntoma atribuible a la colelitiasis es el dolor biliar. Se produce por la obstrucción intermitente del conducto cístico por un cálculo y se manifiesta como un episodio de dolor visceral, localizado en el epigastrio hipocondrio derecho.

Cuando

el dolor se prolonga por un tiempo superior a 5-6 horas, debe sospecharse la posibilidad de una colecistitis aguda. A menudo se acompaña de diaforesis, náuseas, vómitos e inquietud.

Diagnostico

Los parámetros de laboratorio son normales en un cólico biliar que no se acompaña de complicaciones. El patrón oro para el diagnóstico es la ecografía abdominal, única exploración necesaria para certificar la presencia de cálculos en la vesícula biliar.

COLECISTITIS AGUDA

Es una

entidad clínica caracterizada por la inflamación de la pared vesicular. Su mortalidad global está en torno al 10%, siendo mayor en las formas a calculosas, en pacientes con una edad igual o superior a los 75 años y en presencia de ciertas comorbilidades (diabetes, inmunodeprimidos)

Etiopatogenia

es la causante del cuadro en el 90% de los pacientes. Dos factores determinan la progresión a CA: el grado y la duración de la obstrucción. Si la obstrucción del conducto cístico es parcial y de corta duración el paciente experimenta un cólico biliar.

Si la

obstrucción es completa y duradera se produce un aumento en la presión intravascular que asociado a la irritación mucosa, la activación de la respuesta inflamatoria aguda y la disminución del flujo vascular de la pared, secundario a la distensión, conducen a la aparición de esta complicación.

Criterios diagnósticos

COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA

Alrededor

del 10% de las CA ocurren en ausencia de cálculos biliares. En la mayoría de las ocasiones sucede en pacientes en estado crítico, o bien asociada a diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal terminal o sida.

La tasa

de mortalidad está en torno al 30 %, debido, en gran medida, a su rápida evolución a gangrena y perforación. Dada la inespecificidad del cuadro clínico es preciso un alto grado de sospecha en pacientes en estado crítico, con hallazgos clínicos compatibles con sepsis o ictericia sin ninguna otra causa que lo justifique.

Aunque

la colecistectomía ha sido históricamente el tratamiento de elección, actualmente la colecistostomía percutánea se ha convertido en una alternativa eficaz y mínimamente invasiva, sobre todo en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

COLEDOCOLITIASIS (CDL)

Se

define como la presencia de cálculos en los conductos biliares.

etiopatogenia

Los cálculos de la vía biliar pueden provenir de la vesícula biliar o formarse en el conducto. En los países occidentales, el 95% de los pacientes con CDL tienen también colelitiasis. A la inversa, solo el 10- 15% de los pacientes con colelitiasis tienen una CDL concomitante.

CLÍNICA

Aproximadamente el 10% de los pacientes con CDL permanecen asintomáticos durante años, pero las pruebas disponibles indican que su evolución natural no es tan benigna como en las colelitiasis.

La obstrucción

biliar por cálculos suele ser incompleta. Cuando se produce de forma aguda, el paciente presenta dolor, similar al del cólico biliar simple, aunque generalmente más prolongado, e ictericia, habitualmente moderada y de curso intermitente.

COMPLICACIONES DE LA COLEDOCOLITIASIS.

Colangitis aguda (CLA)

Es una infección sistémica que tiene como origen la infección del árbol biliar.

Etiopatogenia

Para que se produzca una CLA es necesaria la combinación de dos factores: 1) infección biliar, y 2) incremento de la presión intraductal en la vía biliar.

Clínica

La CLA se caracteriza clínicamente por dolor abdominal en hipocondrio derecho o epigastrio, fiebre, generalmente alta y con escalofríos, e ictericia (tríada de Charcot). Cuando se y shock se denomina pentada de Reynolds, generalmente asociada a una CLA grave y alta morta.

Diagnóstico

El diagnóstico de CLA se basa en la asociación de signos y síntomas de infección con los propios de una obstrucción biliar.

COMPLICACIONES MENOS FRECUENTES

Fístula colecistoentérica e íleo biliar

Se produce una fístula colecistoentérica cuando un cálculo de la vesícula biliar (generalmente situado en el cuello) atraviesa su pared y se introduce en una víscera hueca El duodeno es el punto de entrada más frecuente. Inicialmente los síntomas son similares a los de una colecistitis aguda, aunque a veces son asintomáticas.

Síndrome de Mirizzi

Existen dos tipos de síndrome de Mirizzi. En el tipo I, un cálculo situado en el cuello de la vesícula o en el cístico comprime extrínsecamente al colédoco produciendo obstrucción.

En el

tipo II, un cálculo se ha introducido en el colédoco a través de una fístula colecistocoledocócica produciendo obstrucción.

En la mayoría de los pacientes (60-80%), la colelitiasis es asintomática y se diagnostica incidentalmente al indicar una ecografía por otros motivos. 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.

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

e

- 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 síntoma

- 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.

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.

Tratamiento

Durante el episodio de cólico biliar se aconseja reposo 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.

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.

Colelitiasis sintomática con complicaciones

Las complicaciones de la colelitiasis incluyen: colecistitis aguda, coledocolitiasis que puede producir colangitis o pancreatitis aguda biliar, fístulas biliares, síndrome de Mirizzi, vesícula en porcelana y la neoplasia vesicular.

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 ºC y 39 ºC.

En pacientes

ancianos, especialmente si son diabéticos, el cuadro clínico puede no ser típico y no es inhabitual que el enfermo no manifieste dolor, por lo que es preciso un elevado índice de sospecha. En algunos de estos casos, la CA puede expresarse por las manifestaciones de una sepsis con hipotensión.

Pruebas de laboratorio

En un paciente con CA, 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). E

Pruebas de imagen

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% respectivamente, y a pesar de que es una técnica operador dependiente, tiene un valor predictivo positivo del 92%.

Colecistitis enfisematosa

Es una entidad poco frecuente, con una mortalidad en torno al 15%. Es más prevalente en el masculino y en pacientes con diabetes mellitus y enfermedad vascular periférica. La ecografía posee una sensibilidad y una especificidad menores que la radiografía simple o que la TC.

Los

gérmenes aislados con mayor frecuencia son Clostridium y E. coli. La colecistectomía inmediata es el tratamiento de elección.

DIAGNÓSTICO

Pruebas de laboratorio

Las alteraciones de laboratorio observadas en la CDL reflejan la dificultad para la excreción del flujo biliar y explican la elevación de los enzimas de colestasis (fosfatasa alcalina y GGT), presentes en el 94% y 91% de los pacientes, respectivamente.

Pruebas de imagen

La obstrucción de la vía biliar produce dilatación que se puede detectar mediante pruebas de imagen. Sin embargo, hay que tener en cuenta, que en pacientes que han tenido ataques recurrentes de colangitis o en aquellos en quienes la obstrucción es poco intensa o intermitente, el conducto puede no aparecer dilatado.

TRATAMIENTO

La coledocolitiasis se asocia a una elevada tasa de complicaciones graves, incluso en pacientes asintomáticos por lo que se recomienda realizar tratamiento en casi todos los casos.

CPRE terapéutica Generalmente es el tratamiento de elección. La esfinterotomía es el tratamiento que más se emplea en la CLD y tiene éxito en más del 90% de los casos. Consiste en la sección del esfínter biliar de la papila y el infundíbulo papilar.

La litotricia mecánica es una opción terapéutica cuando la extracción de cálculos mediante CPRE es técnicamente difícil por diversos factores: cálculos de gran tamaño, impactación del cálculo en colédoco no dilatado, litiasis sobre estenosis.

Pruebas de laboratorio

Los hallazgos de laboratorio indican inflamación (leucocitosis y elevación de proteína C reactiva) y colestasis (hiperbilirrubinemia y elevación de transaminasas, fundamentalmente GGT y FA). Se objetiva elevación de FA y GGT en más del 90% de los casos.

Pruebas de imagen

La ecografía y la TC permiten valorar la existencia de dilatación de vía biliar, generalmente secundaria a obstrucción, o la etiología de la misma.

Tratamiento

El tratamiento de la CLA se dirige hacia los dos componentes etiológicos del cuadro: la obstrucción y la infección. Así, se basa en la combinación de antibioterapia y el drenaje biliar.

Tratamiento antibiótico (ATB)

En todos los pacientes en los que se sospeche una CLA se debe comenzar tratamiento antibiótico empírico tan pronto como sea posible y siempre tras la extracción de hemocultivos.

Vesícula en porcelana

Es una calcificación interparietal de la pared vesicular, generalmente asociada a cálculos. No produce síntomas por sí misma, pero incrementa el riesgo de carcinoma de la vesícula hasta un 20%, sobre todo si la calcificación es focal.