

**INVESTIGACION: COLELITIASIS VESICAL**

**DISEÑO EXPERIMENTAL**

**SERGIO FABIÁN TREJO RUÍZ.**

**Justificación:**

Desde el punto de vista científico, el abordaje quirúrgico de elección en el tratamiento de la Litiasis vesicular se considera la colecistectomía laparoscópica como el estándar de oro Establecido. La colecistectomía laparoscópica es el proceso quirúrgico “difícil” que Constantemente se ejecuta en la actualidad, que posee el potencial de colocar al paciente en Un riesgo quirúrgico significativo. En la actualidad, aproximadamente el 80-90% de litiasis Vesicular se realiza mediante un abordaje laparoscópico, mientras que la porción restante se Somete a colecistectomía a cielo abierto, sin embargo, en un 6% de conversión es necesaria. Sin embargo, se presentan complicaciones postoperatorias tanto en laparoscópicas como Abierta y la estancia hospitalaria postoperatoria se prolonga. En caso de diagnosticar una Vesícula biliar gravemente inflamada, se debe considerar un procedimiento principalmente Abierto para evitar complicaciones postoperatorias o una decisión temprana para la Conversión. Lo cual resulta un panorama Difícil para el paciente y familiares, tanto en recuperación como en el costo quirúrgico, por tal motivo se pretende dar a conocer la litiasis y colelitiasis desde un enfoque amplio para prevenirlo y detallar cual es la patología en general.

**LIMITACIONES**:

Tomando en cuenta que la investigación tuvo un diseño prospectivo, no todos los Pacientes atendidos son Diagnosticados correctamente o hay confusión en el tema por parte de los pacientes que refieren la colelitiasis como cólico o coraje rezagado y se niegan a participar en consulta por este tipo de patología común.

**OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:**

1. **Objetivo general**:

• Conocer cuáles son las complicaciones relacionadas a colelitiasis y litiasis vesical

1. **Objetivos específicos:**
	1. Conocer la ocurrencia de estas complicaciones en los pacientes afectados y factores de riesgo propensos a
	2. Señalar el grupo de edad donde se presentaron dichas complicaciones con Mayor frecuencia.
	3. Determinar los factores predisponentes asociados a estas complicaciones.

**Marco Teorico:**

La mayoría de personas en zonas rurales y urbanas hacen hincapié a que cada enojo o coraje al comer aguacate, tomate verde, gallina de rancho, lactios entre otros alimentos refieren de dolor en el hipocondrio derecho y evacuaciones diarreicas, mas reflujo abundante o náuseas. Siendo que los pacientes desconocen de la enfermedad que lo causa, acuden a remedios caseros como tés ejemplo: verbena, ruda, hinojo, limón, entre otras yerbas, que han resultado eficaces para controlar estos síntomas. Y refieren los pacientes mayores de 65 años que los doctores o médicos no conocen del cólico o coraje rezagado y muchas veces temen que se les de un tratamiento que los pueda perjudicar y prefieren arraigarse a sus costumbres tradicionales

**Resumen:**

La litiasis biliar es un trastorno cuya incidencia aumenta con la edad. En una sociedad como la nuestra, cada vez más envejecida, al farmacéutico le conviene actualizar su formación sobre este tema, para poder atender las solicitudes de información puntual que pueden hacerle sus clientes en la farmacia. Éste es el propósito del presente artículo.

Alrededor de un 12% de la población adulta occidental mediterránea tiene litiasis biliar.

Geográficamente hay notables diferencias en la incidencia de esta entidad debido a causas ambientales y dietéticas. Así, las tasas son muy elevadas en los países escandinavos y en América del Norte, mientras que son bajas en África y Asia.

**FACTORES PREDISPONENTES**

La incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en las mujeres (en mujeres de más de 60 años es el doble que en los varones). La incidencia también es mayor con el aumento de paridad, sobre todo cuando se superan los tres embarazos.

Tanto el sobrepeso, como la rápida pérdida de éste, aumentan significativamente la incidencia de litiasis biliar, particularmente la obesidad en la mujer.

La hipertrigliceridemia y las dietas ricas en azúcares y grasas insaturadas, o pobres en fibras no digeribles, aumentan marcadamente la incidencia de litiasis de colesterol. También algunos fármacos como los estrógenos, anticonceptivos orales y clofibrato pueden inducir la aparición de cálculos biliares.

Las enfermedades del ileon distal, como es el caso de la enfermedad de Crohn, predisponen a la litiasis biliar de colesterol. Por otro lado, las anemias hemolíticas y la cirrosis hepática aumentan de forma significativa la incidencia de cálculos pigmentarios, al aumentar la oferta de bilirrubina indirecta.

Hay estudios epidemiológicos que demuestran que cuanto menor es el nivel socioeconómico, mayor es la incidencia de colelitiasis (litiasis en la vesícula biliar), por una alimentación no equilibrada.

Finalmente, parece haber una clara predisposición familiar a presentar litiasis biliar, en relación tanto con factores genéticos como ambientales.

**PATOGENIA DE LA LITIASIS BILIAR**

La bilis normal está constituida por colesterol, fosfolípidos (sobre todo lecitina), sales biliares y agua. En condiciones normales, el colesterol, que es insoluble en agua, está en parte solubilizado por la lecitina y las sales biliares.

Para que se produzca la litiasis debe secretarse una bilis saturada en colesterol, con una concentración muy elevada de aquél, que no puede ser mantenido en solución. La bilis litogénica contiene, por tanto, gran cantidad de colesterol y baja concentración de fosfolípidos, sales biliares y agua. Ello, en suma, es debido a una alteración metabólica hepática por la que aumenta la secreción de colesterol en relación a la de sales biliares y lecitina, que es menor. A todo esto hay que añadir alteraciones funcionales de la vesícula biliar, a saber:

­ Hipocinesia biliar. Escasa actividad contráctil de la vesícula, sobre todo en ayunos largos.

­ Reabsorción de agua de la bilis vesicular, con concentración de la misma.

­ Secreción de moco vesicular sobre el que se nuclean los cálculos.

­ Vaciamiento vesicular enlentecido. Como ocurre en el embarazo, con el uso de anticonceptivos y tras la vagotomía (el nervio vago inerva la vesícula).

**TIPOS DE CÁLCULOS BILIARES**

Cálculos de colesterol

Los cálculos de colesterol (fig. 1) representan el 75% de las litiasis. Son cálculos grandes, pálidos, de color blanco-amarillento y consistencia blanda. A su vez, pueden ser puros (cuando el 90% o más es colesterol) o mixtos (más del 50% del cálculo está formado por colesterol). Estos últimos son más pequeños que los puros y, a menudo, múltiples, con superficies contiguas facetadas. Son más frecuentes en mujeres entre 40 y 60 años.



Fig. 1. Dos ejemplos de cálculos de colesterol



Cálculos pigmentarios

Suponen el 25% de los cálculos. Pueden ser de dos tipos: negros o marrones. Los negros son pequeños y fácilmente fragmentables. Están compuestos por fosfobilirrubinato cálcico. Los marrones son grandes y firmes. Están formados por bilirrubina, colesterol y sales de calcio.

Los cálculos pigmentarios son más frecuentes a partir de los 70 años, con una incidencia mayor también en las mujeres. En la tabla I se refieren las diferencias entre los cálculos de colesterol y los pigmentarios.

Los cálculos negros aparecen en casos de hemólisis crónica y cirrosis hepática, mientras que los marrones lo hacen en situaciones en las que se producen infecciones del árbol biliar. En ambos casos la incidencia aumenta con la edad.

El aumento de la bilirrubina no conjugada (o indirecta) es el suceso primario en los negros y la contaminación bacteriana en los marrones.

A diferencia de lo que ocurre con los cálculos de colesterol, que se pueden intentar disolver con ciertos preparados, la cirugía es la única posibilidad terapéutica en caso de cálculos de pigmentos biliares en la vesícula.

HISTORIA NATURAL DE LA LITIASIS BILIAR

La mayoría de los cálculos biliares (50% o más) son asintomáticos y entrañan un bajo riesgo, de modo que en tal situación no hay que tratarlos.

Los diabéticos tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones graves, incluso por cálculos biliares asintomáticos, por lo que está indicada la colecistectomía profiláctica o electiva cuando se detectan.

Cuando los cálculos ocasionan síntomas leves o moderados se debe ensayar un tratamiento médico. Cuando los síntomas son graves o se han producido complicaciones secundarias (colecistitis aguda, pancreatitis), está indicada la cirugía.

En general, ante la litiasis biliar asintomática debe prevalecer, por tanto, una actitud no intervensionista apoyada en el hecho de que sólo un 20% de las litiasis asintomáticas darán manifestaciones clínicas en su evolución y que el 90% de estos casos se iniciará con un cólico biliar simple, sin demasiada trascendencia y sin mortalidad.

CLÍNICA

Como se ha indicado, en la mayoría de los casos la litiasis biliar es asintomática u oligosintomática. La litiasis biliar asintomática es un proceso benigno con una incidencia muy baja de complicaciones y nula mortalidad.

El único síntoma característico de la litiasis biliar no complicada es el llamado cólico biliar. Se produce por una obstrucción transitoria del con ducto cístico por el cálculo. El dolor tiene su origen en la hipertensión brusca que se produce en la vesícula o en la vía biliar, aparecida como consecuencia de la oclusión de la luz.

El cólico biliar puede ser simple o complicado. En el primer caso, la obstrucción del conducto cístico o de la vía biliar es transitoria y cede espontáneamente o por efecto del tratamiento, sin dejar secuelas. En el segundo caso, la obstrucción se prolonga y, durante su curso, aparecen complicaciones que determinarán la evolución del paciente.

Habitualmente, el cólico biliar simple se inicia de dos a tres horas después de una comida con una sensación de distensión epigástrica o de dificultad respiratoria retroxifoidea, y se transforma rápidamente en un dolor de intensidad creciente, continuo, localizado en el epigastrio y en el hipocondrio derecho.

El dolor suele irradiarse hacia la región dorsal derecha y se acompaña de náuseas. Al comienzo del cuadro pueden aparecer vómitos de escasa cuantía que no alivian al enfermo.

Este episodio dura de 15 minutos a dos horas y cede gradualmente de forma espontánea. También se alivia rápidamente con espasmolíticos por vía parenteral. La rápida resolución del cólico simple indica que la obstrucción ha desaparecido, espontáneamente o con la ayuda de los anticolinérgicos.

A diferencia del anterior, el cólico biliar complicado se caracteriza por ser mucho más prolongado (varias horas o días), cede sólo parcial y transitoriamente con los analgésicos y recidiva de forma temprana. Frecuentemente se acompaña de vómitos intensos y rebeldes, de escalofríos, fiebre o ictericia. Estos pacientes deben ser ingresados y sometidos a tratamiento antibiótico y, en ocasiones, a cirugía urgente.

DIAGNÓSTICO POR TÉCNICAS DE IMAGEN

La radiología simple de abdomen (fig. 2) permite, en ocasiones, diagnosticar la litiasis biliar (cálculos calcificados). La ecografía abdominal (fig. 3) es, actualmente, la exploración más utilizada en el diagnóstico de la litiasis ya que constituye un método excelente para examinar la vesícula y los conductos biliares. Los cálculos biliares aparecen como imágenes intensamente ecogénicas, que dejan una sombra sónica posterior (no permiten el paso de los ultrasonidos).



Fig. 2. Radiografía simple de abdomen en la que aparecen 5 cálculos biliares radioopacos en la zona costal derecha



Fig. 3. Ecografía abdominal en la que se aprecia claramente un cálculo (ecogénico) con sombra sónica posterior (cometa)

Cuando se sospecha litiasis en el conducto colédoco puede recurrirse a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE; fig. 4), que permite el diagnóstico preciso de esta patología, a la vez que proporciona su tratamiento definitivo en muchos casos.



Fig. 4. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un caso de litiasis de colédoco

Antes de la aparición de la ecografía, la colecistografía oral (fig. 5) era la exploración más utilizada. Actualmente, esta técnica se reserva como estudio previo al tratamiento disolutivo de los cálculos biliares de colesterol, ya que permite comprobar si la vesícula es funcionante, condición sine qua non para emplear agentes litolíticos.



Fig. 5. Colecistografía oral

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Bateson MC. Managing gallstones. Practitioner 2001;245(1625):659-63.

Johnson CD. ABC of the upper gastrointestinal tract. Upper abdominal pain: Gall bladder. BMJ 2001;17;323(7322): 1170-3.

Kalloo AN, Kantsevoy SV. Gallstones and biliary disease. Prim Care 2001;28(3): 591-606.

Paul B, Millat U, Holthausen S, et al. Diagnosis and treatment of common bile duct stones (CBDS): results of a consensus development conference. Surg Endosc 1998;12:856-64.

Petroni ML, Jazrawi RP, Pazzi P, et al. Ursodeoxycholic acid alone or with chenodeoxycholic acid for dissolution of cholesterol gallstones: a randomized multicentre trial. The British-Italian Gallstone Study group. Aliment Pharmacol Ther 2001;15(1):123-8.