



Emmanuel Hernández Domínguez.

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Diapositivas

Imagenología

4-B

PASIÓN POR EDUCAR



**Universidad del Sureste.
Campus Comitán.
Lic. Medicina Humana.**



PATOLOGÍA BILIAR

INTEGRANTES

- **Axel Adnert León Lopez**
- **Cielo Brissel Fernández Colin**
- **Adriana Itzel Gallegos Gómez**
- **Emmanuel Hernández Domínguez**

Imagenología

4to semestre "B".

Comitán de Domínguez, Chiapas., Junio - 2024.

¿QUÉ ES?

Es aquella que engloba las diferentes enfermedades que afectan a órganos como la vesícula y vías biliares



PRINCIPALES ENFERMEDADES

- CÁNCER DE VESÍCULA

- PÓLIPOS VESICULARES

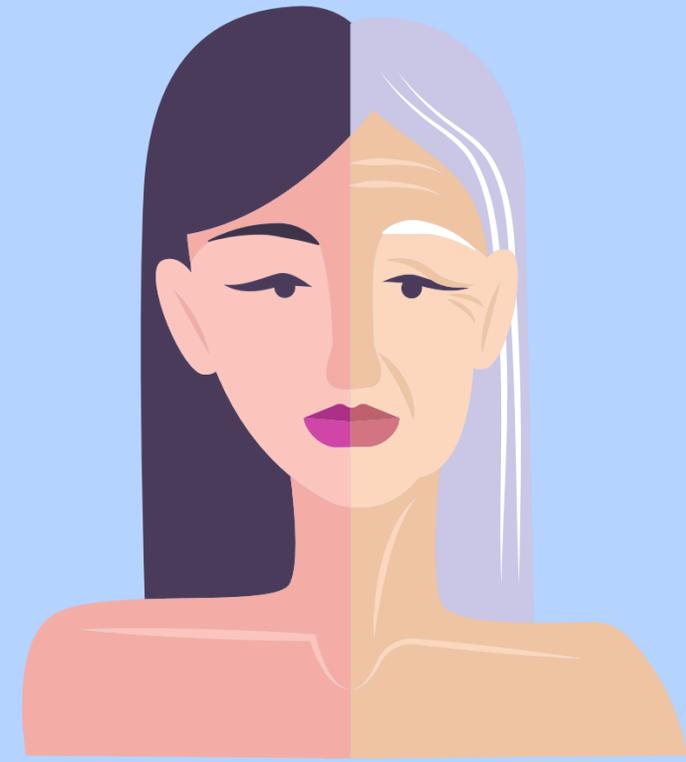
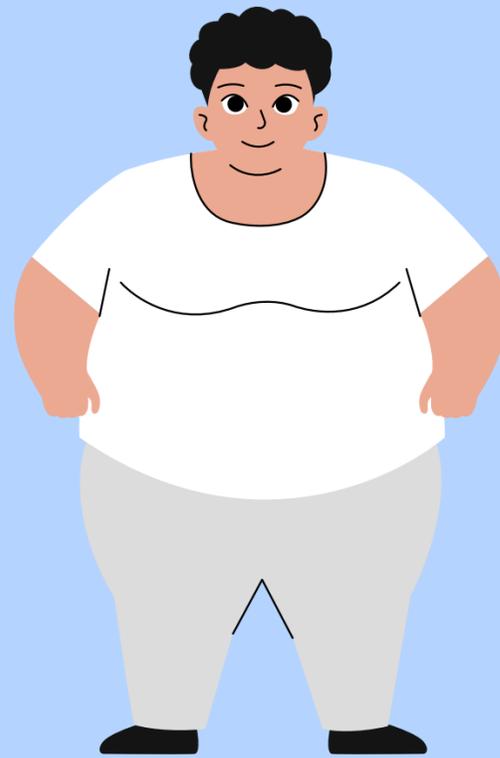
- TUMORES DE LAS VÍAS BILIARES

- TUMORES DE LA PAPILA DE VATER (AMPULOMA)

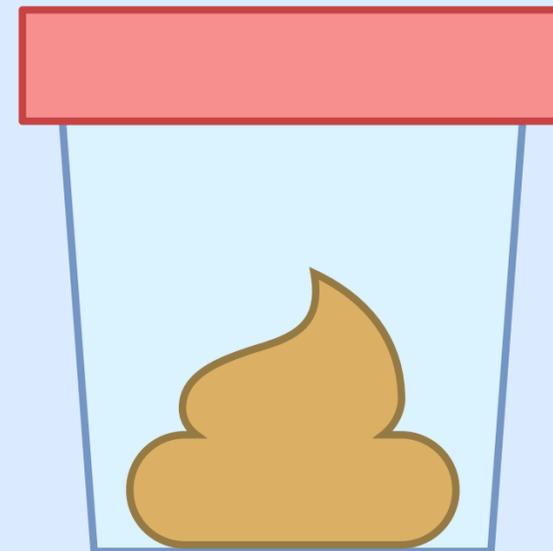
- PATOLOGÍA BILIAR LITIÁSICA: COLELITIASIS, COLÉDOCOLITIASIS.



FACTORES DE RIESGO



SÍNTOMAS





ESTUDIOS

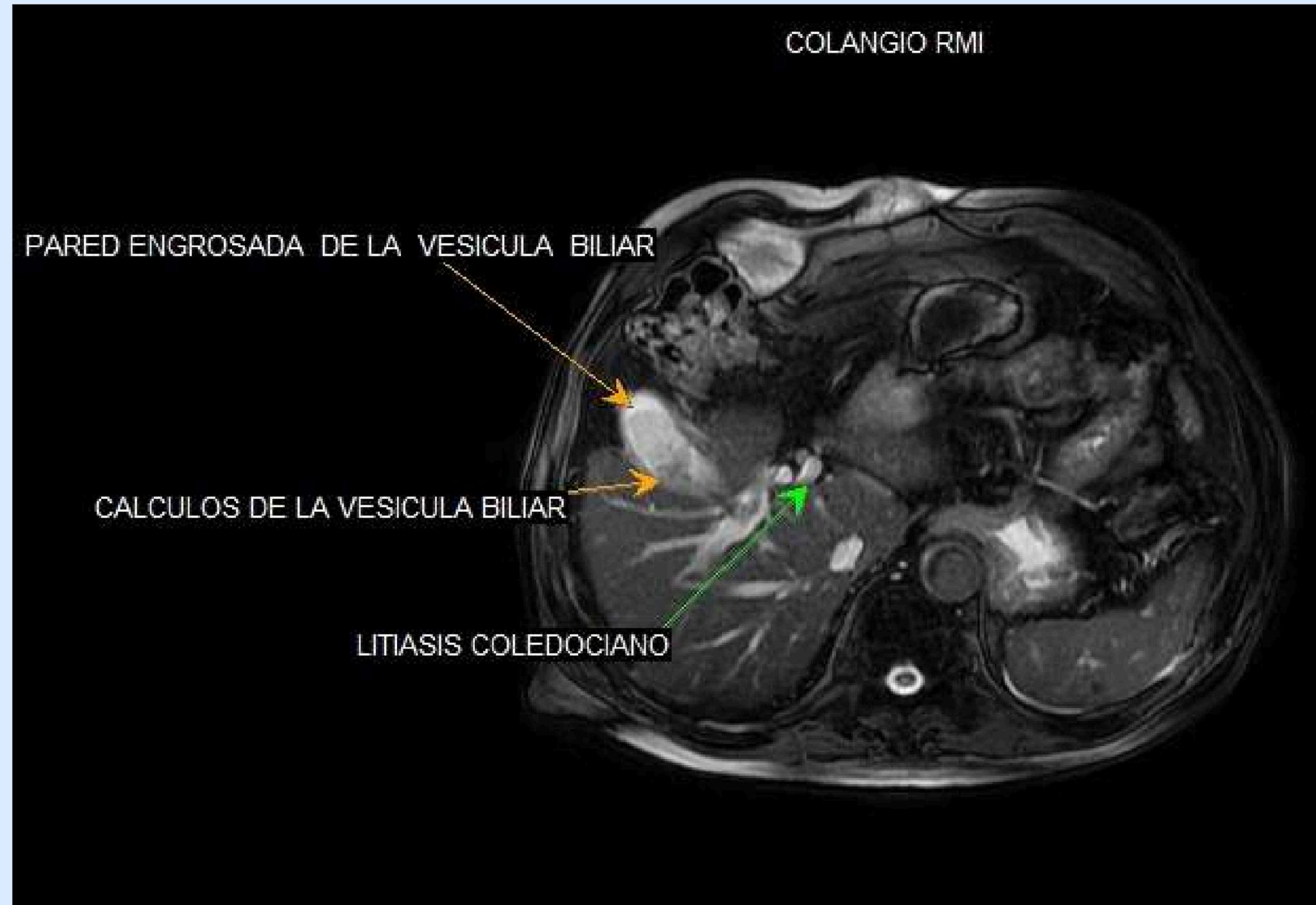




ULTRASONIDO



TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA



RADIOGRAFÍA



COLECISTITIS LITIASICA

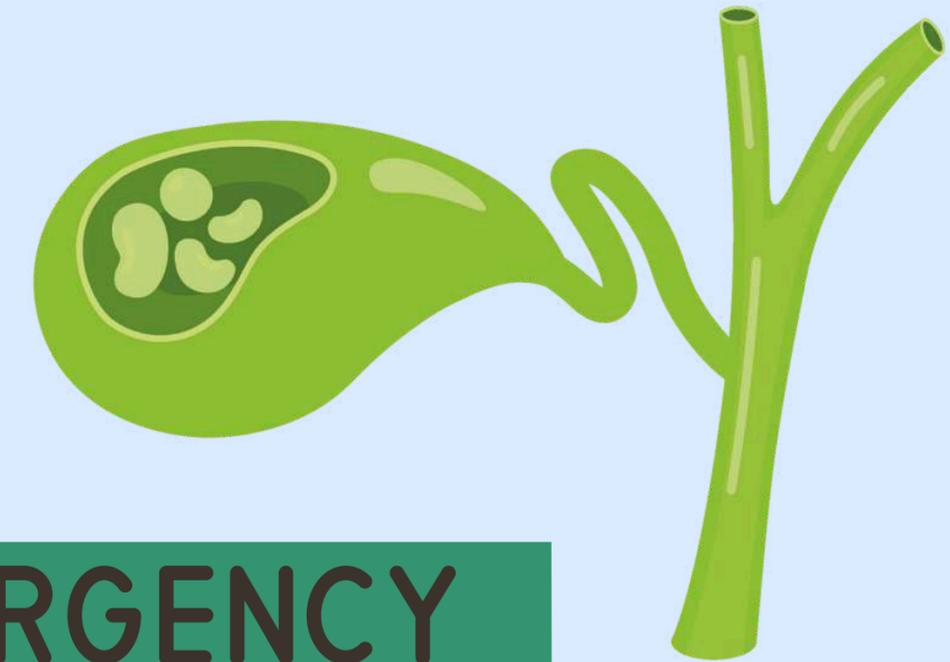


¿QUÉ ES?

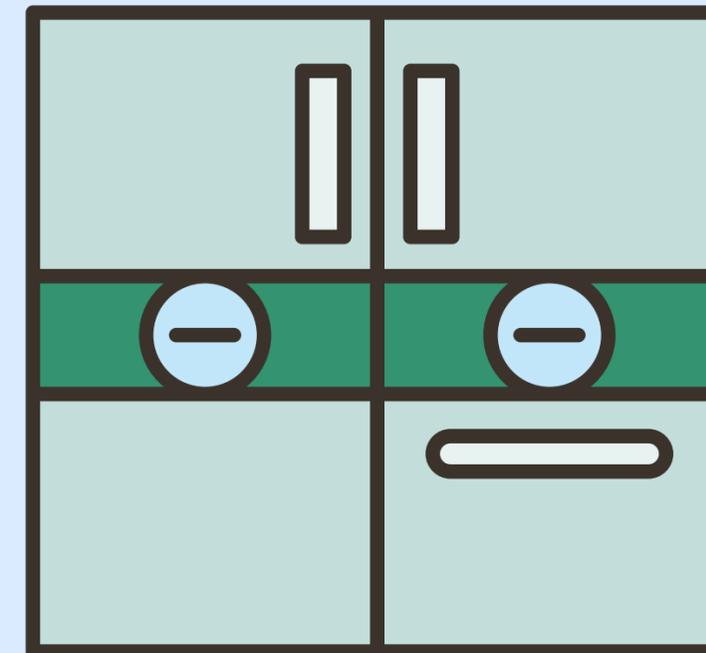
Inflamación de la vesícula biliar con presencia de litos (piedras), en esta.

- Una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias.

- Ocorre en 10% de la poblacional.
- Predominio de las mujeres.



EMERGENCY

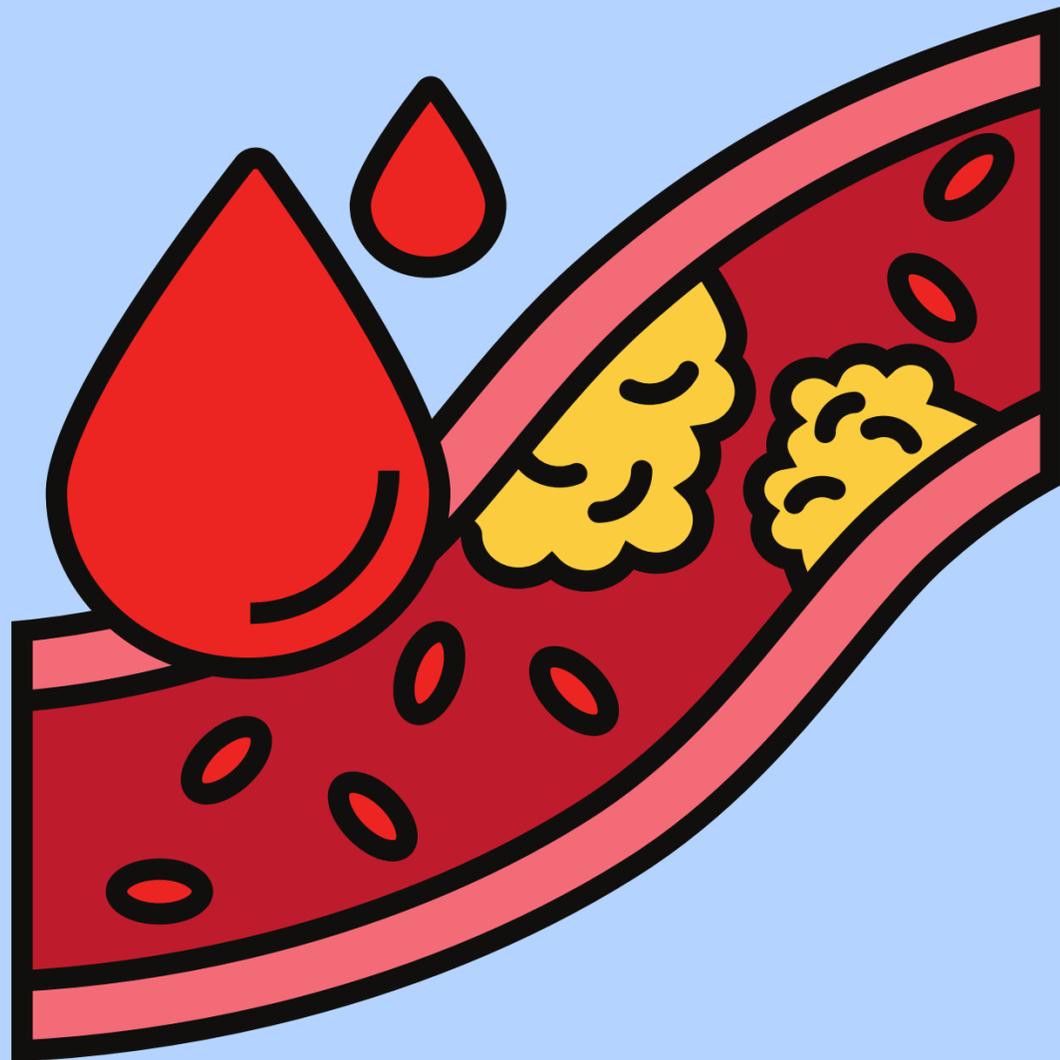


TIPOS DE CÁLCULOS BILIARES.

CÁLCULOS DE COLESTEROL

- No suponen + del 10%.

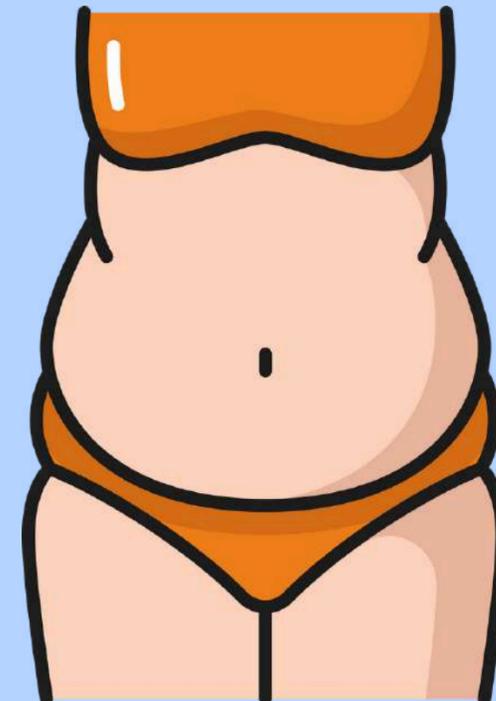
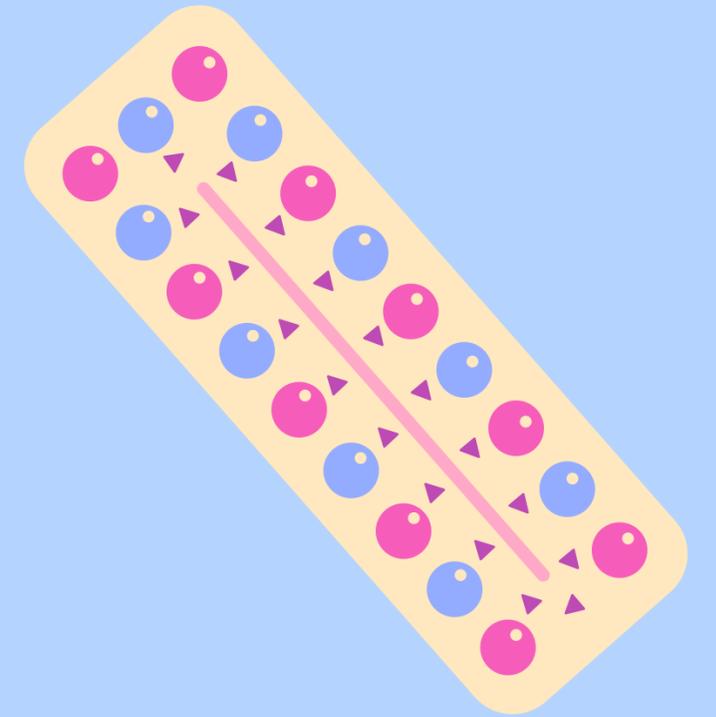
- >50% de contenido de colesterol.



Sobresaturación
de bilis

Nucleación y
crecimiento de
cálculos

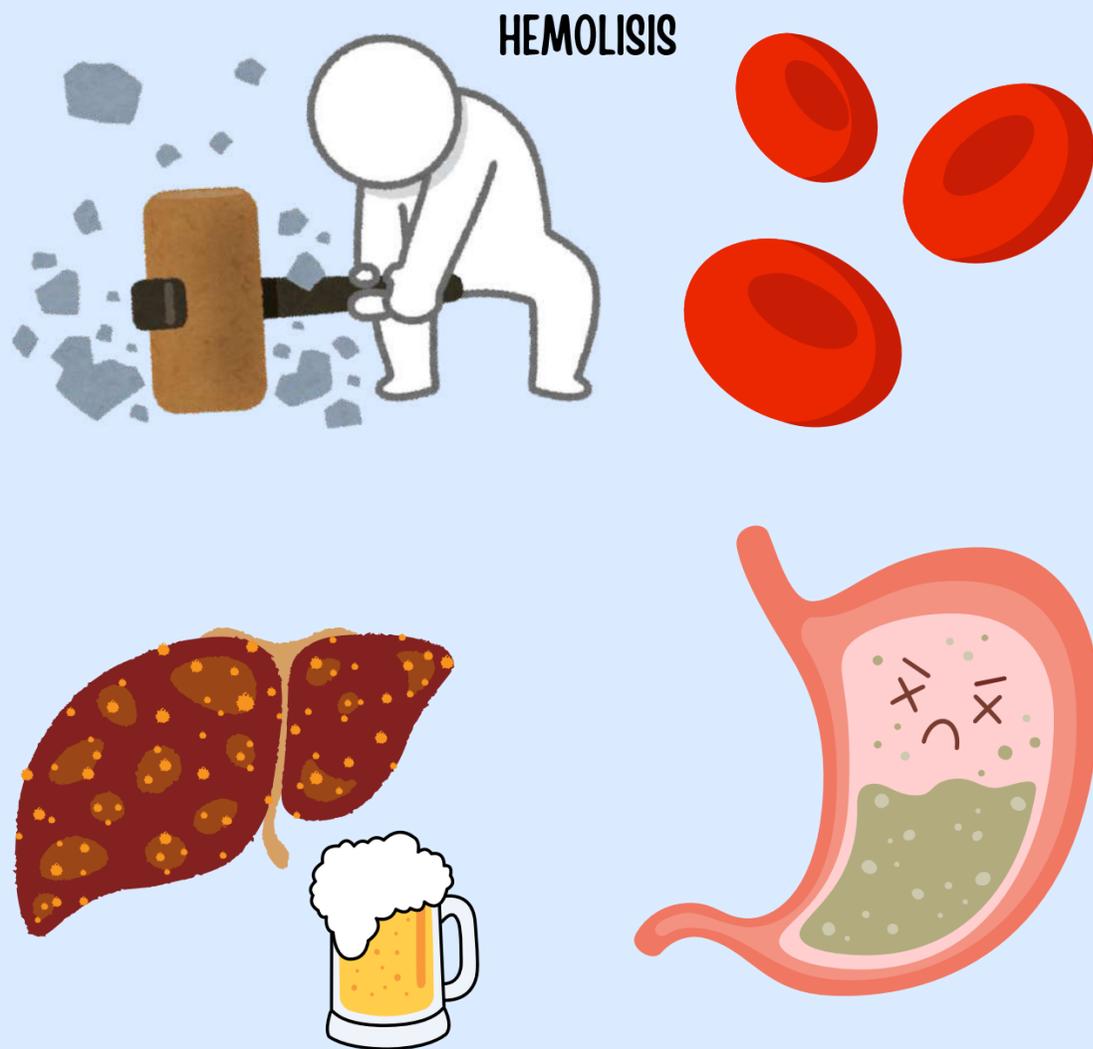
FACTORES PREDISPONENTES:





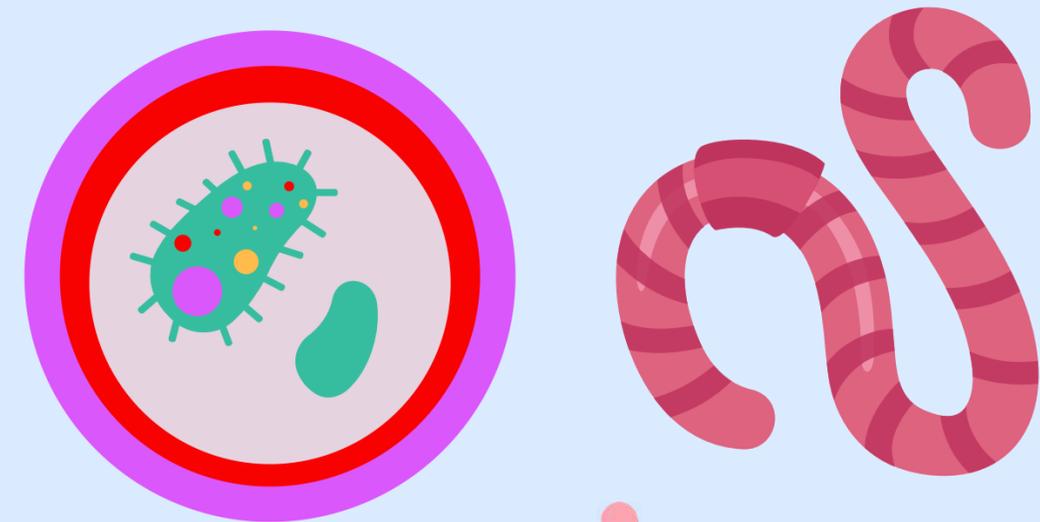
Cálculos pigmentario grasa.

NEGROS:

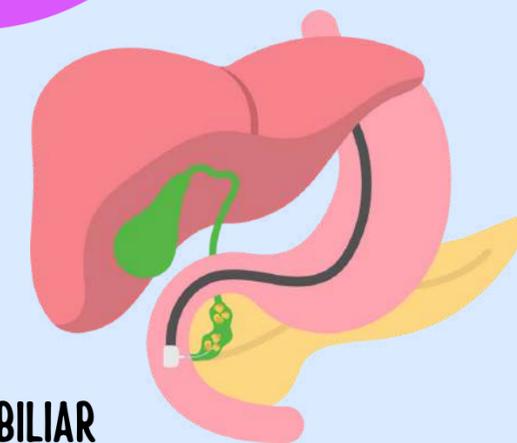


MARRÓN:

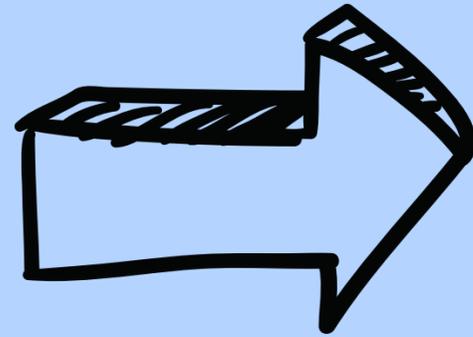
INFECCIONES



ESTASIS BILIAR



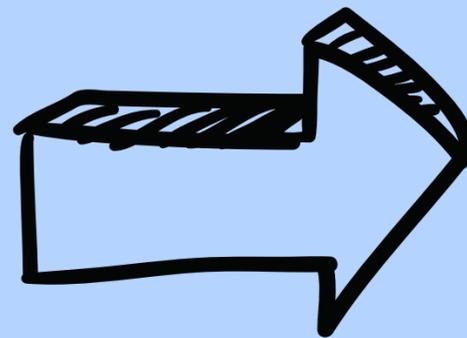
DOLOR:



- Hipocondrio derecho.
- Mesogastrio o hipocondrio izquierdo.



- En + de 1/3 de los px

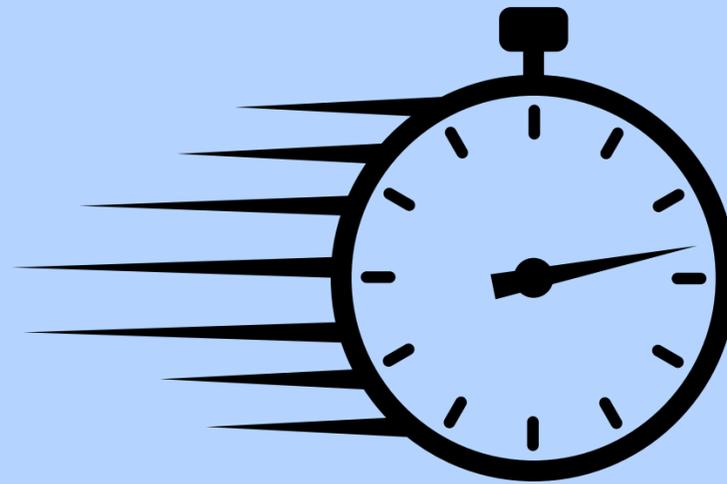


EL DOLOR SE IRRADIA



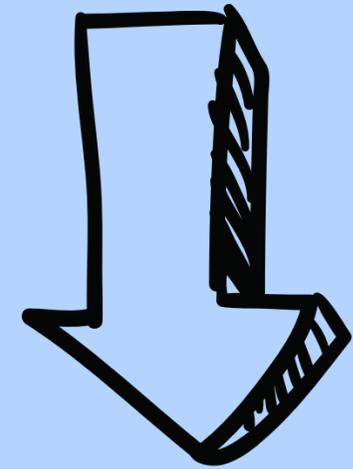
DX: Síntoma característico

- Oleadas de dolor



<6 horas

Cede



ESPASMOLÍTICOS



No deja secuelas



Signo de Murphy

MANIOBRA

Hacer un gancho con los pulgares (o con los dedos de la mano derecha) por debajo del reborde costal derecho, pasando por la línea media-clavicular (punto cístico); pedir al paciente que respire y vigilar su respiración mientras simultáneamente se ejerce presión.



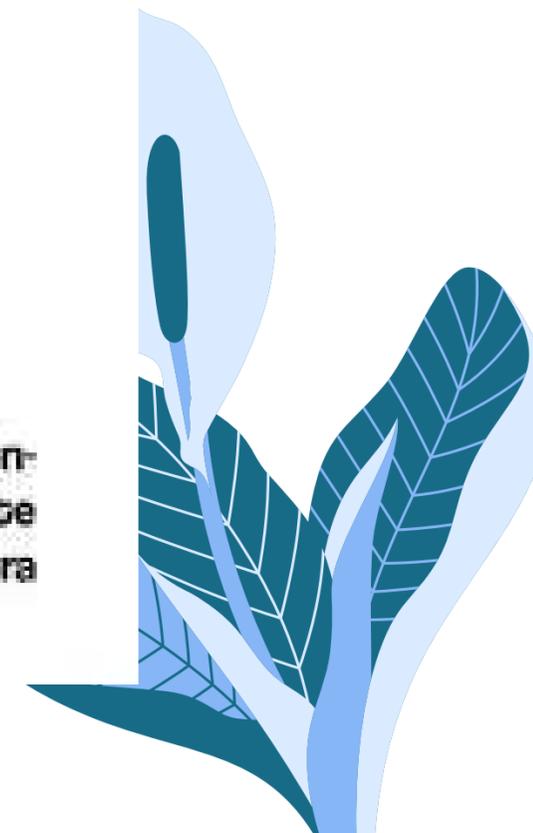
OBJETIVO

Al realizar esta maniobra, buscamos algún dolor localizado únicamente a través de la interrupción repentina de la respiración. Este signo, al ser positivo, nos daría indicios de una colecistitis en el paciente (aunque, en menor medida, también puede ser relacionado con alguna causa hepática) o alguna otra afección de origen biliar.

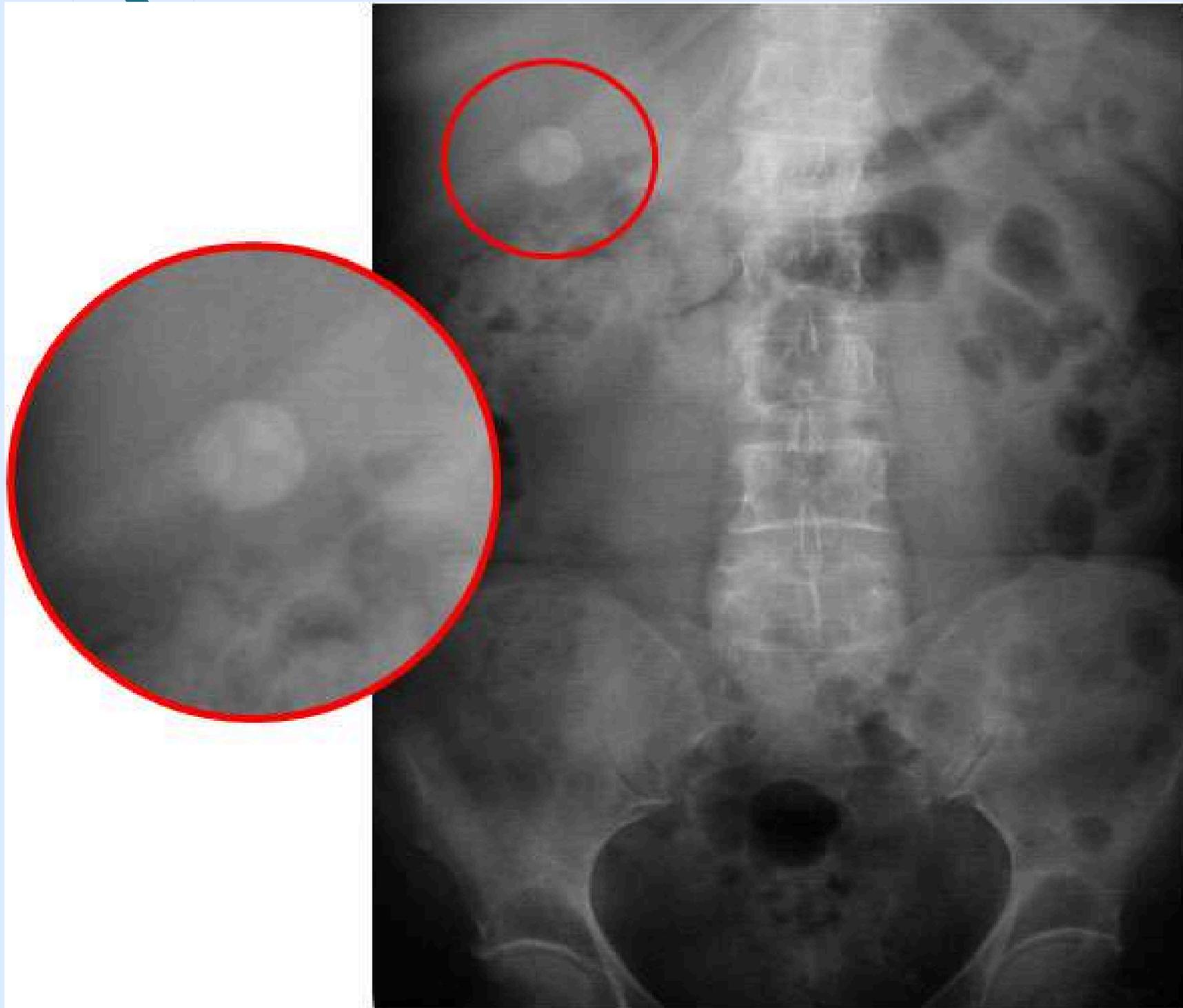
REPORTE

“Signo de Murphy positivo” cuando el paciente presenta de forma repentina, al ejercer presión, molestia para respirar o interrumpe la respiración.

“Signo de Murphy negativo” cuando el paciente no presenta esta dificultad.



RX:



- Cálculos biliares radiopacos sólo en el 15-20% de los casos .
- Puede ser laminado
- Contorno radiopaco
- Centro brillante

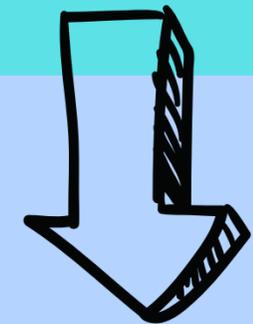


USG:



Dos cálculos biliares en la vesícula biliar.

- Ubicados en posición declive
- Muestran una sombra acústica posterior



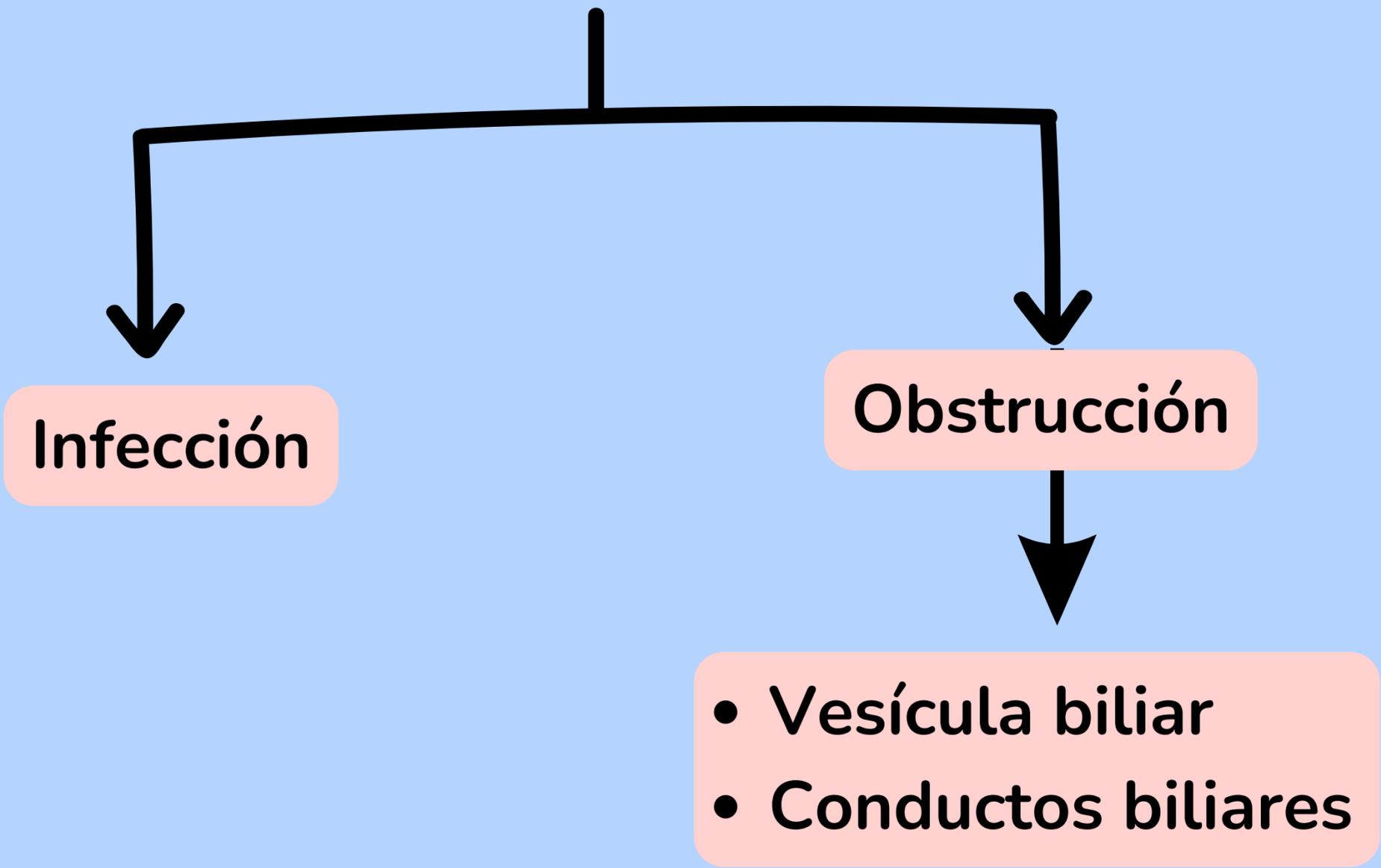
Permite diferenciarlos de los pólipos de la vesícula biliar.



TC:



Pueden mostrar cálculos biliares o complicaciones:



COLECISTITIS ALITIASICA



DEFINICIÓN:

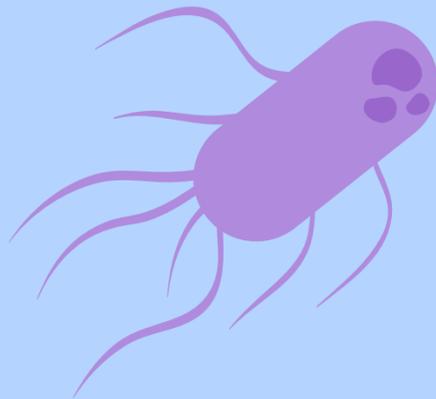
Se define como la inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos.

- Origen multifactorial.
- Representa 5-10% de todos los casos de colecistitis aguda en adultos.
- Infrecuente en niños.

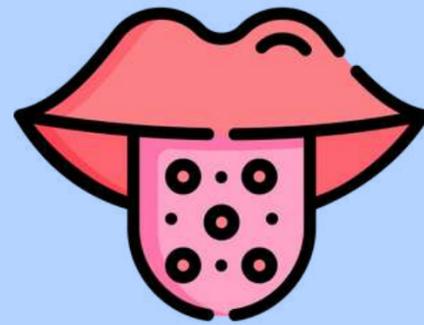


NIÑOS:

La mayoría de los casos descritos en niños están asociados a infecciones sistémicas:



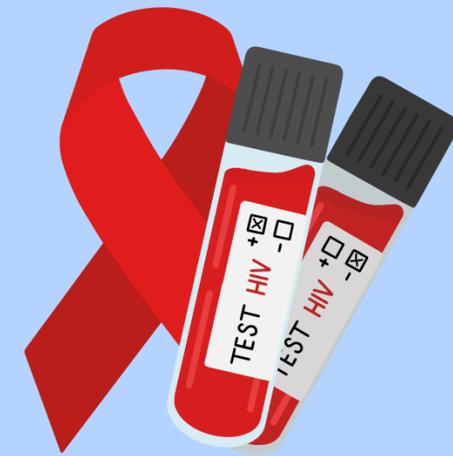
FIEBRE TIFOIDEA



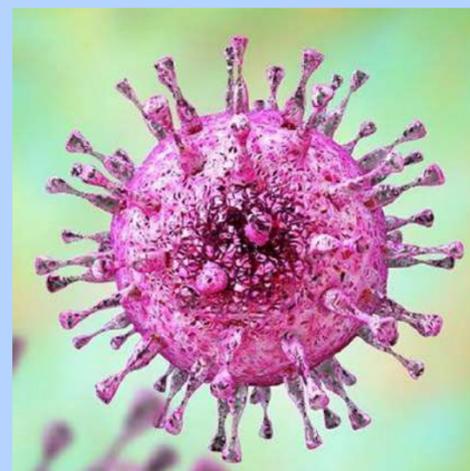
ESCARALTINA



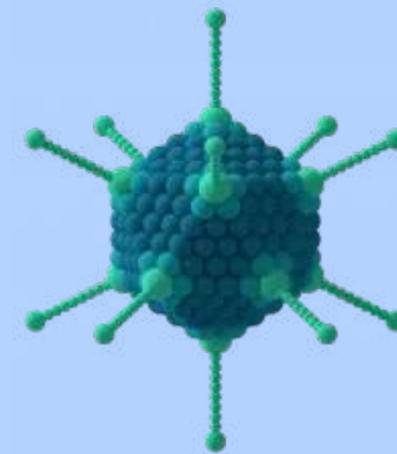
SARAMPIÓN



VIH

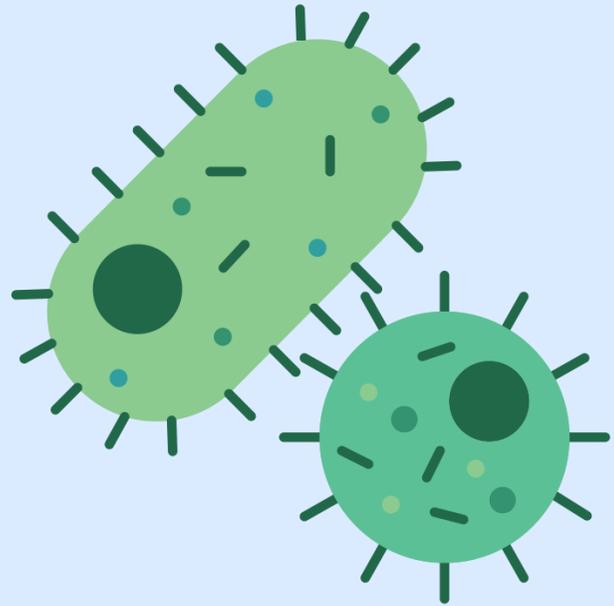


CITOMEGALOVIRUS

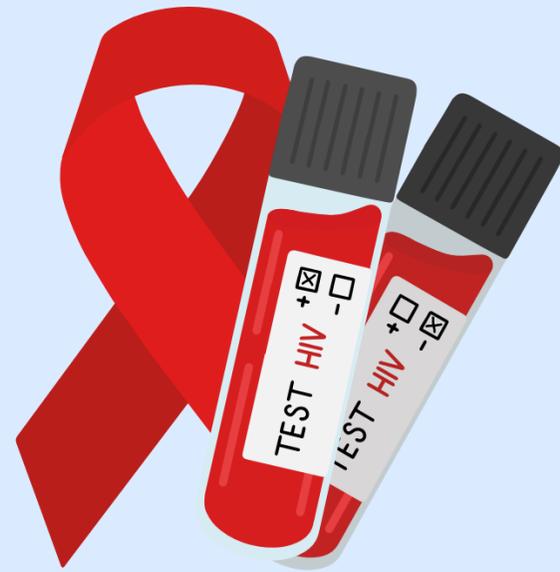


Virus de Epstein - Barr

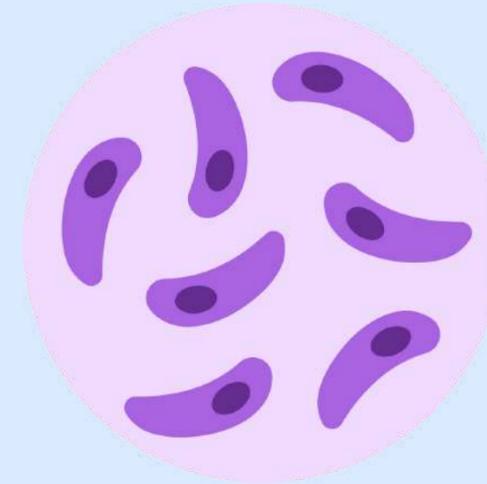
ETIOLOGÍA:



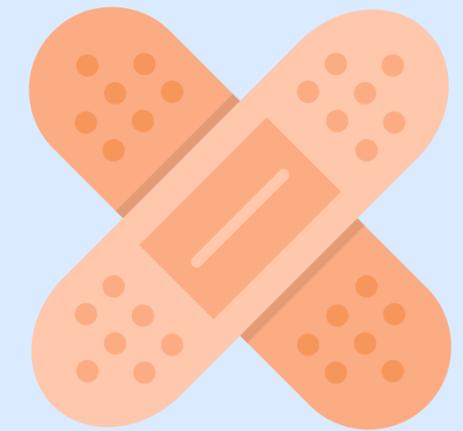
BACTERIAS



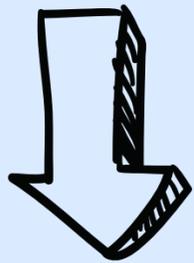
VIH



TOXOPLASMOSIS



TRAUMATISMOS



- ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO DEL GRUPO A.
- SALMONELLA.
- E. COLI



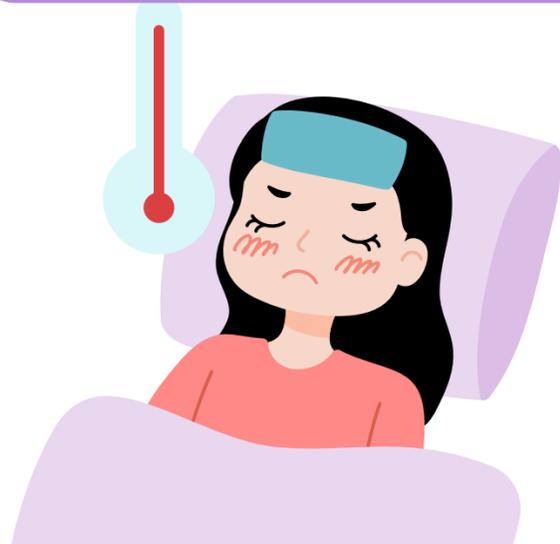
DIABETES MELLITUS



PRESENTACIÓN CLÍNICA:

Es variable y, a menudo depende de las condiciones clínicas de base.

Se manifiesta con:



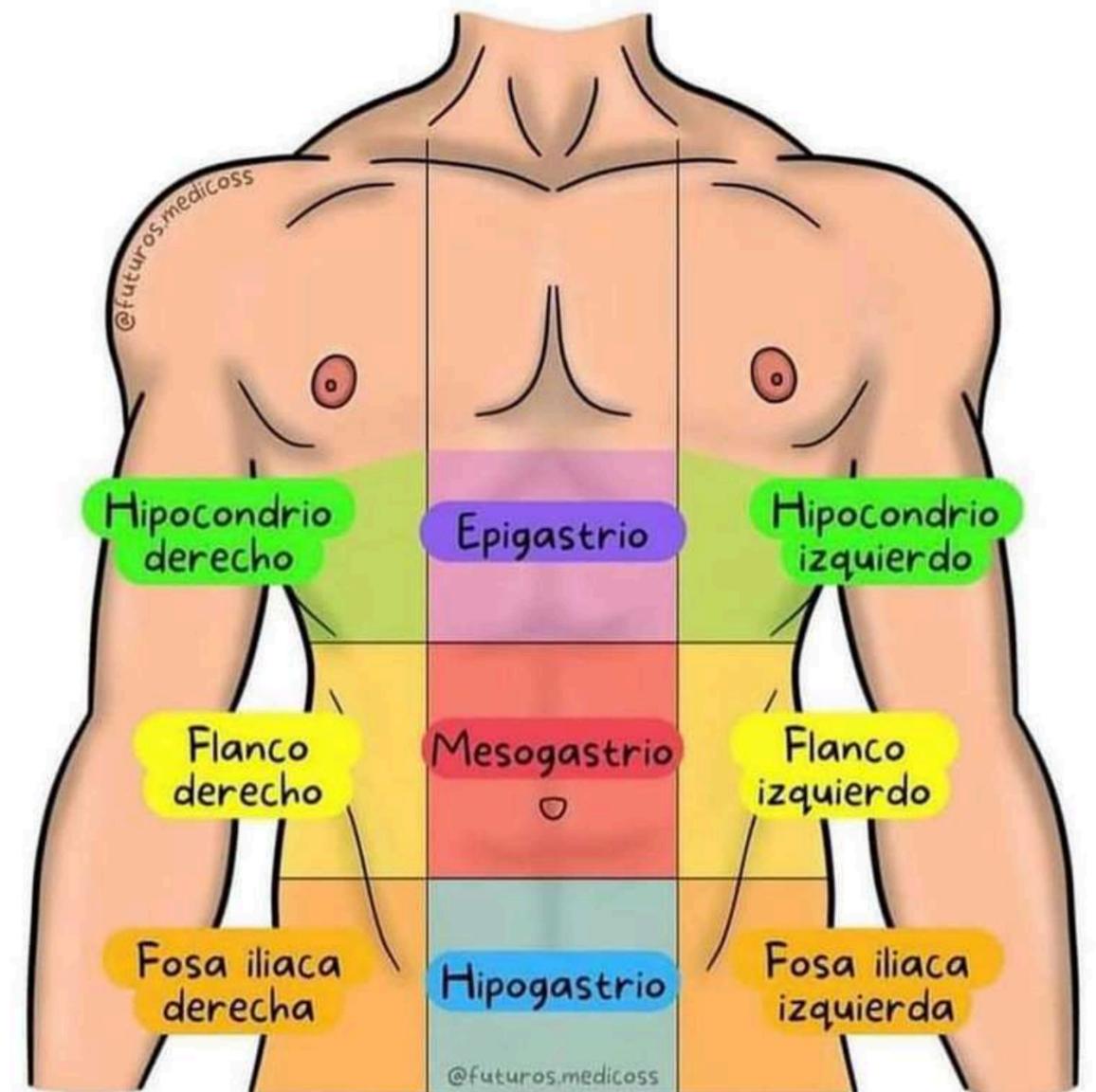
FIEBRE



Náuseas



Vómitos



Dolor abdominal en cuadrante superior derecho.

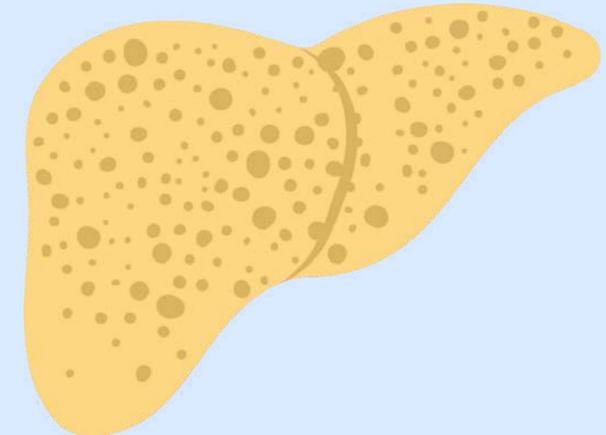
EXPLORACIÓN FÍSICA:



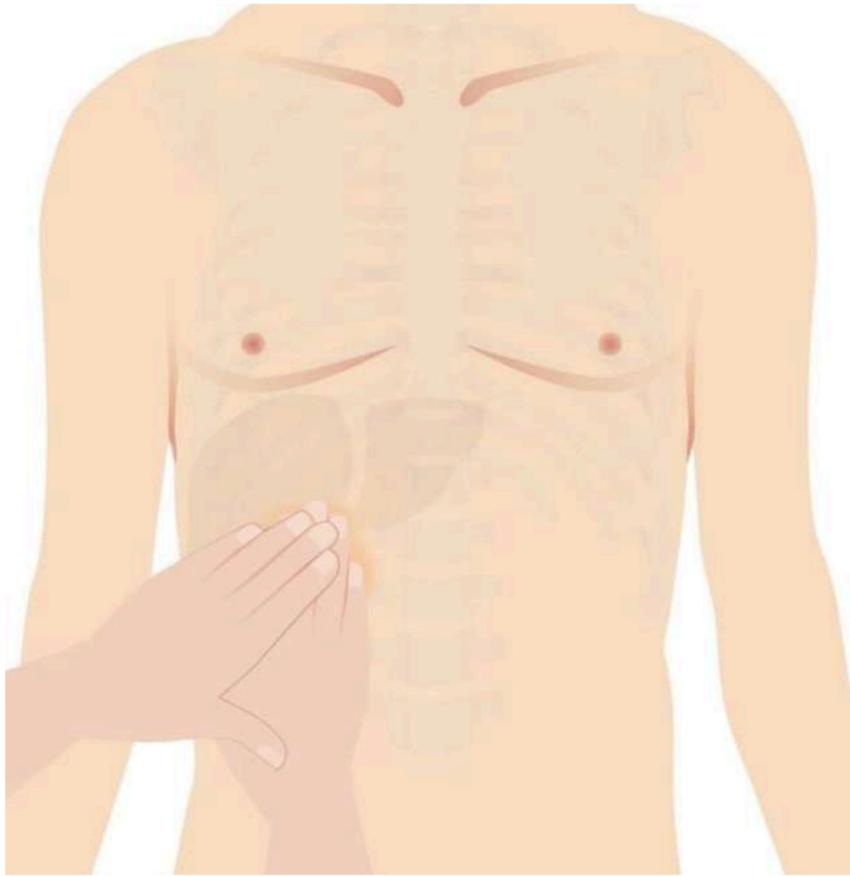
DOLOR



**DOLOR O MASA A LA
PALAPCIÓN EN HIPOCONDRIO
DERECHO**



ICTERICIA



SIGNO DE MURPHY +



HIPERSENSIBILIDAD DEL ÁREA



PRESENCIA DE MASA EN CUADRANTE SUPERIOR.



TC:



- Se aprecian una vesícula biliar con
- Pared engrosada
- Zona de hipodensidad localizada en el parénquima hepático adyacente que se interpretó como líquido perivesicular (flechas).



USG:



- Corte longitudinal y transversal, en hipocondrio derecho.

- 1) Engrosamiento de la pared.
- 2) Colecciones líquidas perivesiculares
- 3) Material ecogénico intravesicular.



CRITERIOS PRINCIPALES

- Espesor de la pared de la vesícula biliar >3 mm
- Estriación de la pared
- Líquido pericolecístico
- Signo ecográfico de Murphy.
- Gas intramural
- Desprendimiento de la mucosa

CRITERIOS MENORES

- Bilis o lado ecogenico en el lumen.
- Diametro transversal >5 cm



TX:

- Colecistectomía es el tx definitivo.

- Sin embargo, los pacientes que no son aptos para la cirugía



- Someterse a drenaje biliar percutáneo o endoscópico como terapia alterantiva.

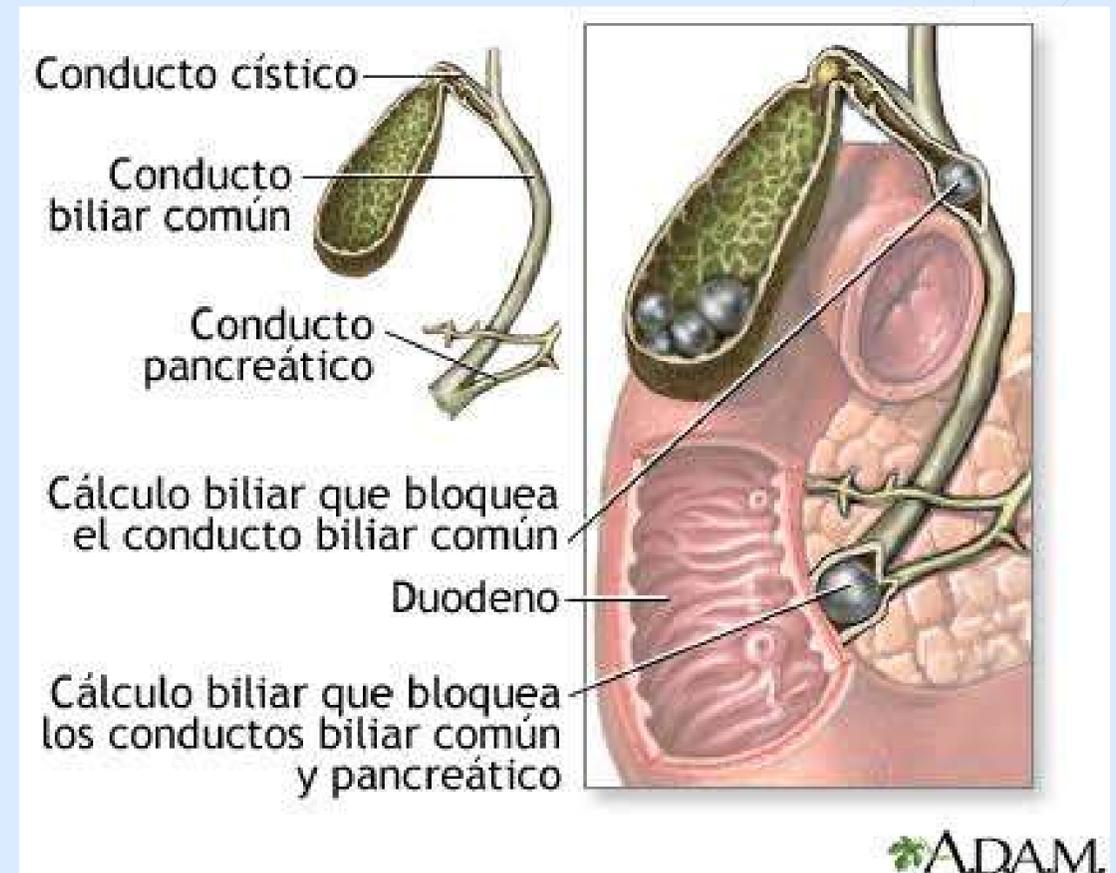


- La colecistectomía aún puede realizarse cuando el paciente mejora.



COLEDOCOLITIASIS

Hace referencia a la ocupación total o parcial del conducto colédoco por cálculos, produciendo obstrucción del mismo.



CLASIFICACIÓN

PRIMARIA

LITO SE FORMA DENTRO DEL
COLÉDOCO

ASOCIADO A ESTASIS BILIAR Y
DESCOMPOSICIÓN DE LÍPIDOS
BILIARES

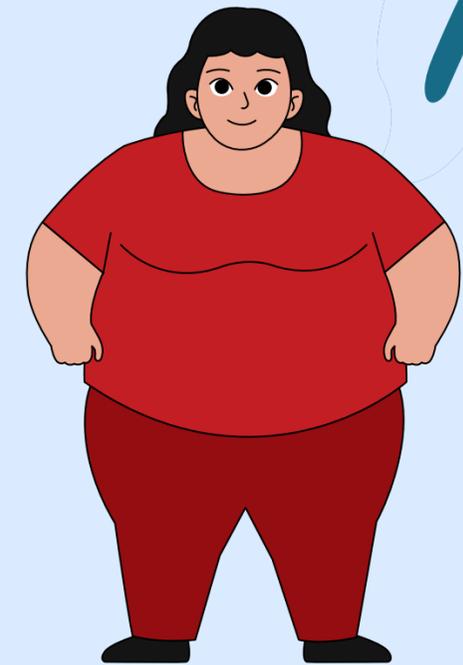
SECUNDARIA

LITO SE FORMA DENTRO DE
VESÍCULA BILIAR

85% DE TODOS LOS CÁLCULOS
DEL COLÉDOCO

FACTORES DE RIESGO

- Edad mayor a 55 años
- Sexo femenino
- Historia familiar y genética
- Embarazo
- Dislipidemia
- Obesidad
- Consumo de estrógenos
- Diabetes
- Cirrosis



CLÍNICA

- Dolor en HD
- Ictericia
- Coluria / Acolia



- Puede ocasionar colangitis o pancreatitis

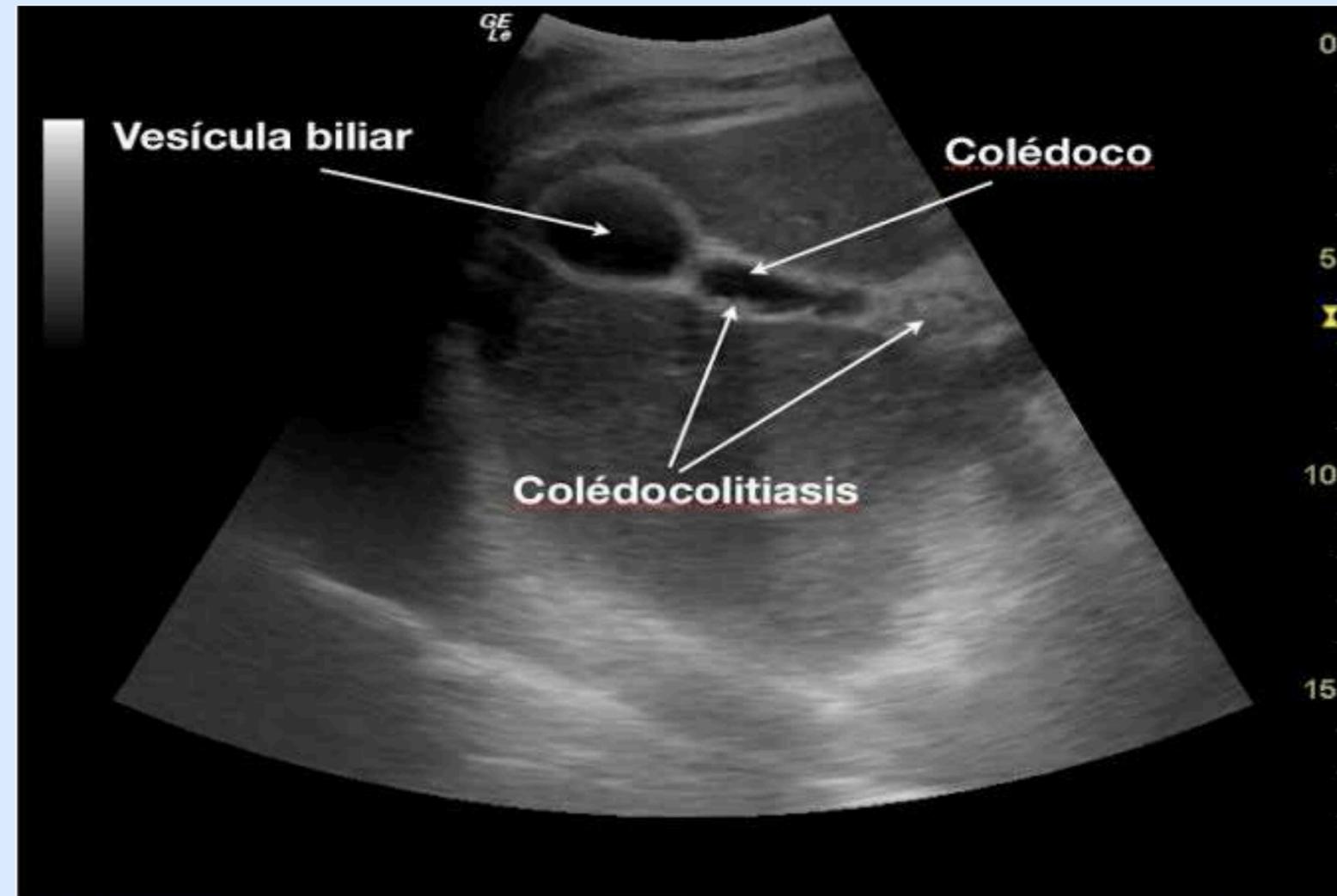


DIAGNÓSTICO

- Bilirrubina mayor a 5mg/dL
- Fosfata alcalina y GGT elevadas
- USG
- CPRE (gold standard diagnóstico y terapéutico)



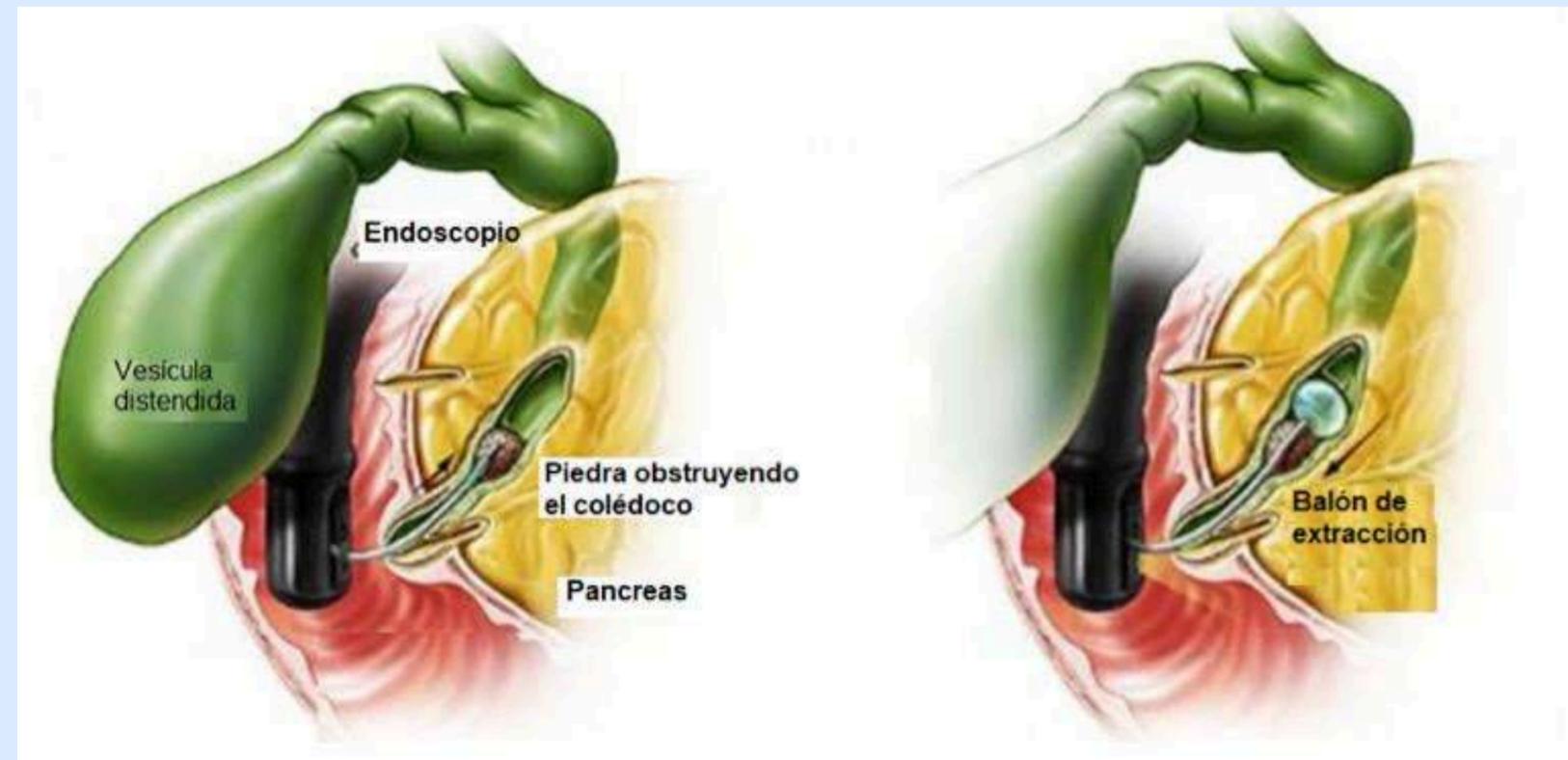
USG



- Dilatación del colédoco mayor a 6mm
- Litos en el colédoco

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es CPRE + Colectomía laparoscópica



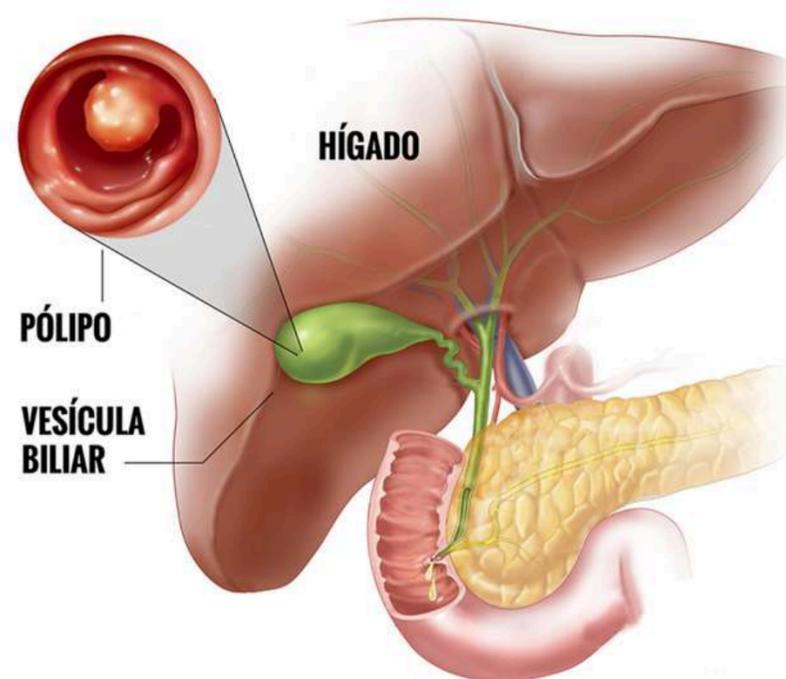


polipos biliares



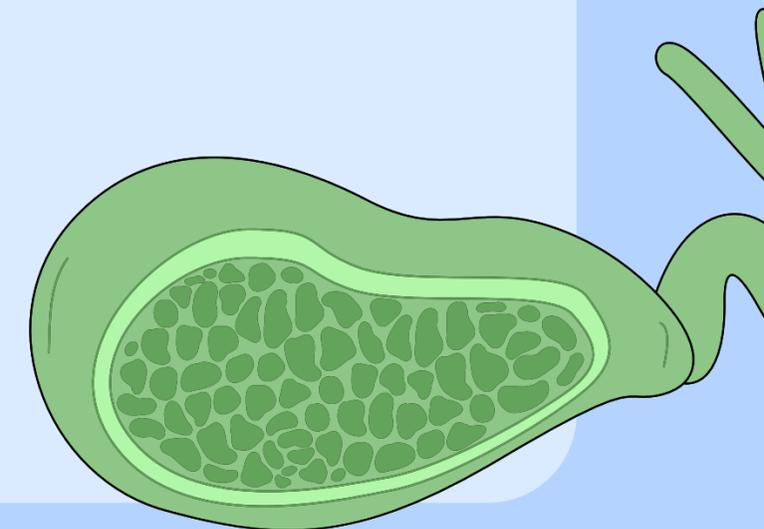
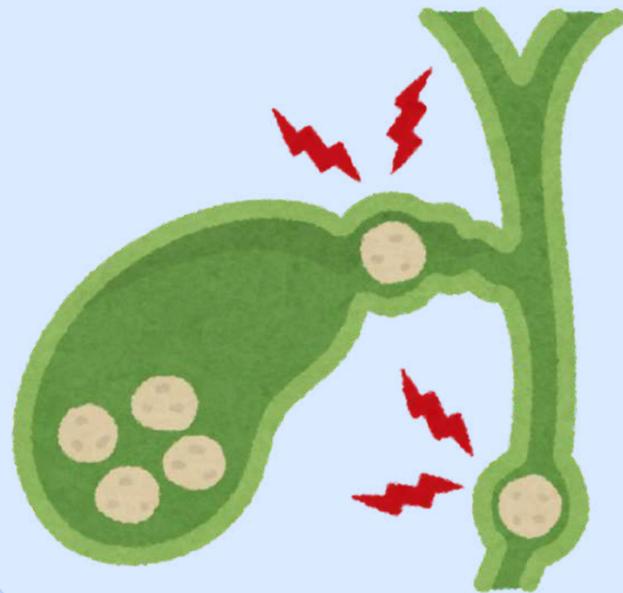
Definicion

lesiones elevadas que ocurren comúnmente en la superficie mucosa de la vesícula biliar. La gran mayoría son benignos. La mejor manera de caracterizarlos es en la ecografía como un crecimiento endófito sin sombra en la luz de la vesícula biliar



patología

- Pólipos benignos: >70% de todos los pólipos 23
- Polipos de colesterol: >50% de todos los pólipos
 - Polipos inflamatorios: ~10% 14
 - adenomiomatosis focal 13,23



patología

- Pólipos neoplásicos no invasivos
- intracoleneo papilar quístico
- adenoma de la vesícula biliar de la glándula pilórica

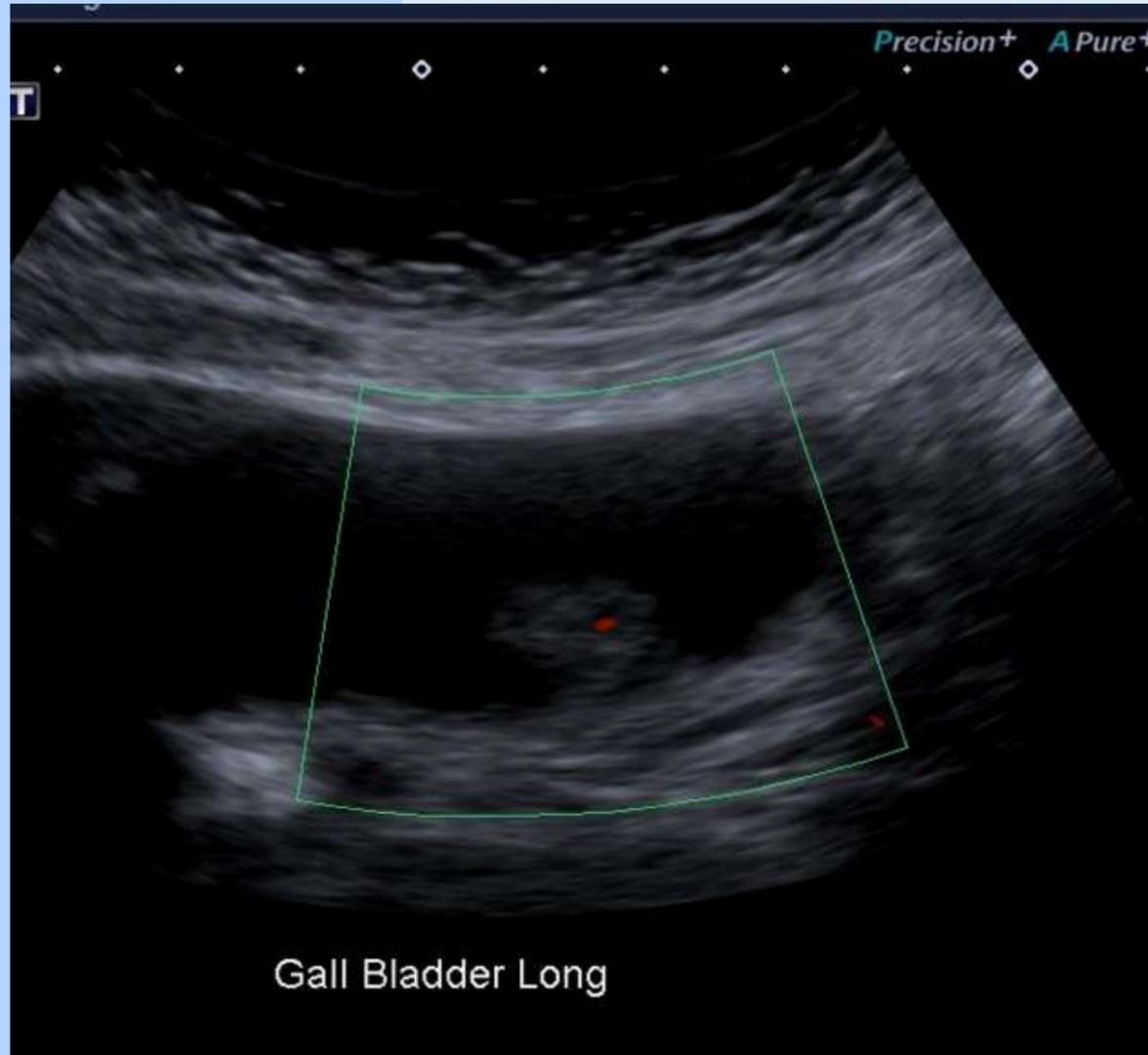
patología

- **Pólipos malignos: la mayoría mide >20 mm**
- **Adenocarcinoma ~90% de los pólipos malignos**

y otras entidades raras, como
metastasis de la vesicula biliar
linfoma

Carcinoma de células escamosas

Angiosarcoma



características radiograficas

en mayoría de los casos, no es posible predecir la histología basándose únicamente en las imágenes, con la posible excepción de los pólipos de colesterol en algunos casos.



características benignas frente a malignas

tamaño

- Los pólipos que miden menos de 5 mm son casi siempre pólipos de colesterol

morfología

- Pedunculado

número

- >50% de los pólipos de colesterol son múltiples

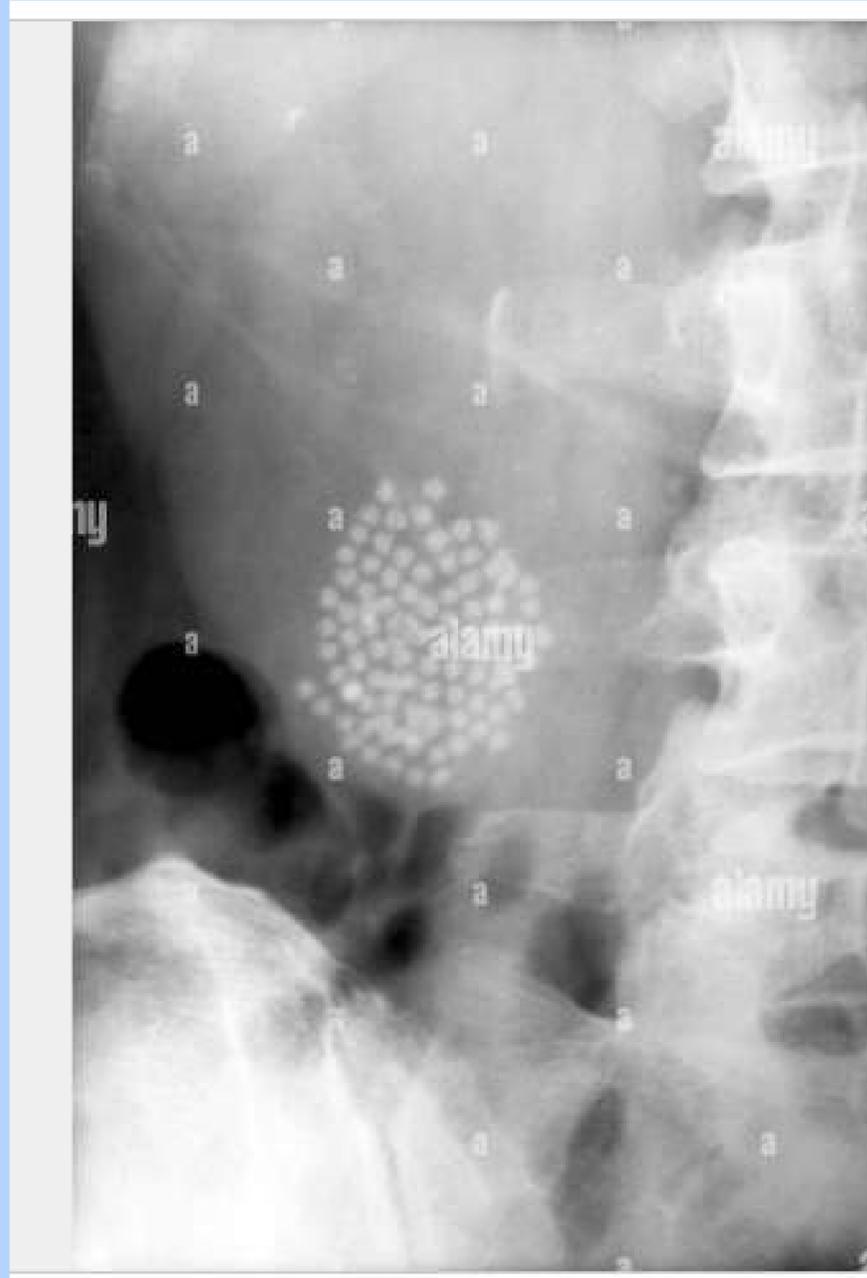
crecimiento

- Tamaño estable

Mejora de la tomografía

computarizada/resonancia magnética

- similar al resto de la pared de la vesícula biliar



tamaño

- >10 mm: ~62,5% (rango 37-88%) son malignos

morfología

- sésil 1,2

número

- Lesión solitaria

crecimiento

- Aumento de tamaño en el intervalo 1,2

Mejora de la tomografía

computarizada/resonancia magnética

- mayor que la pared normal de la vesícula biliar

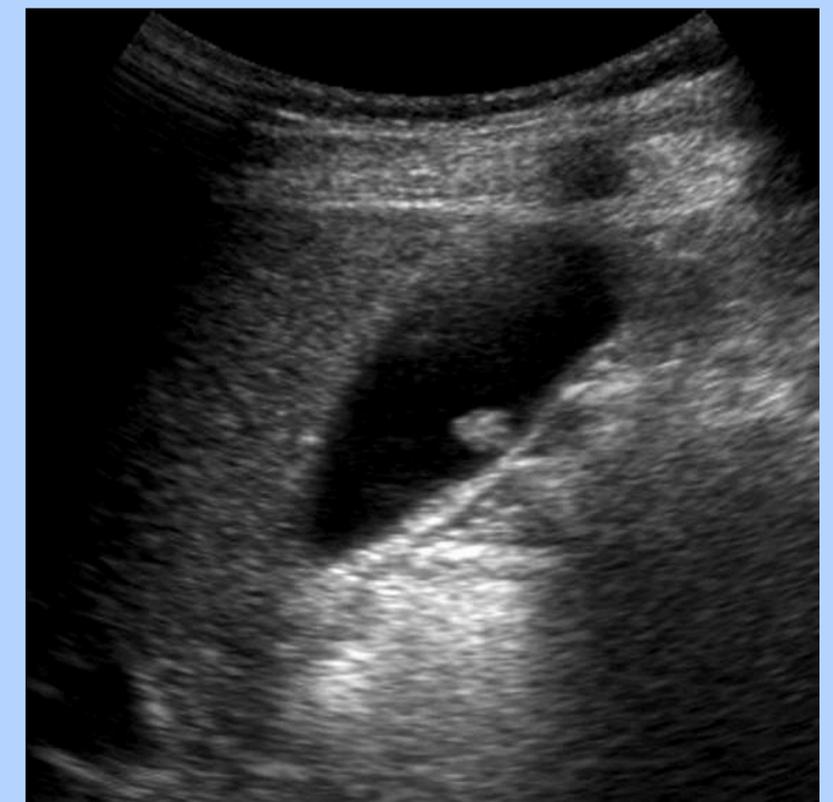
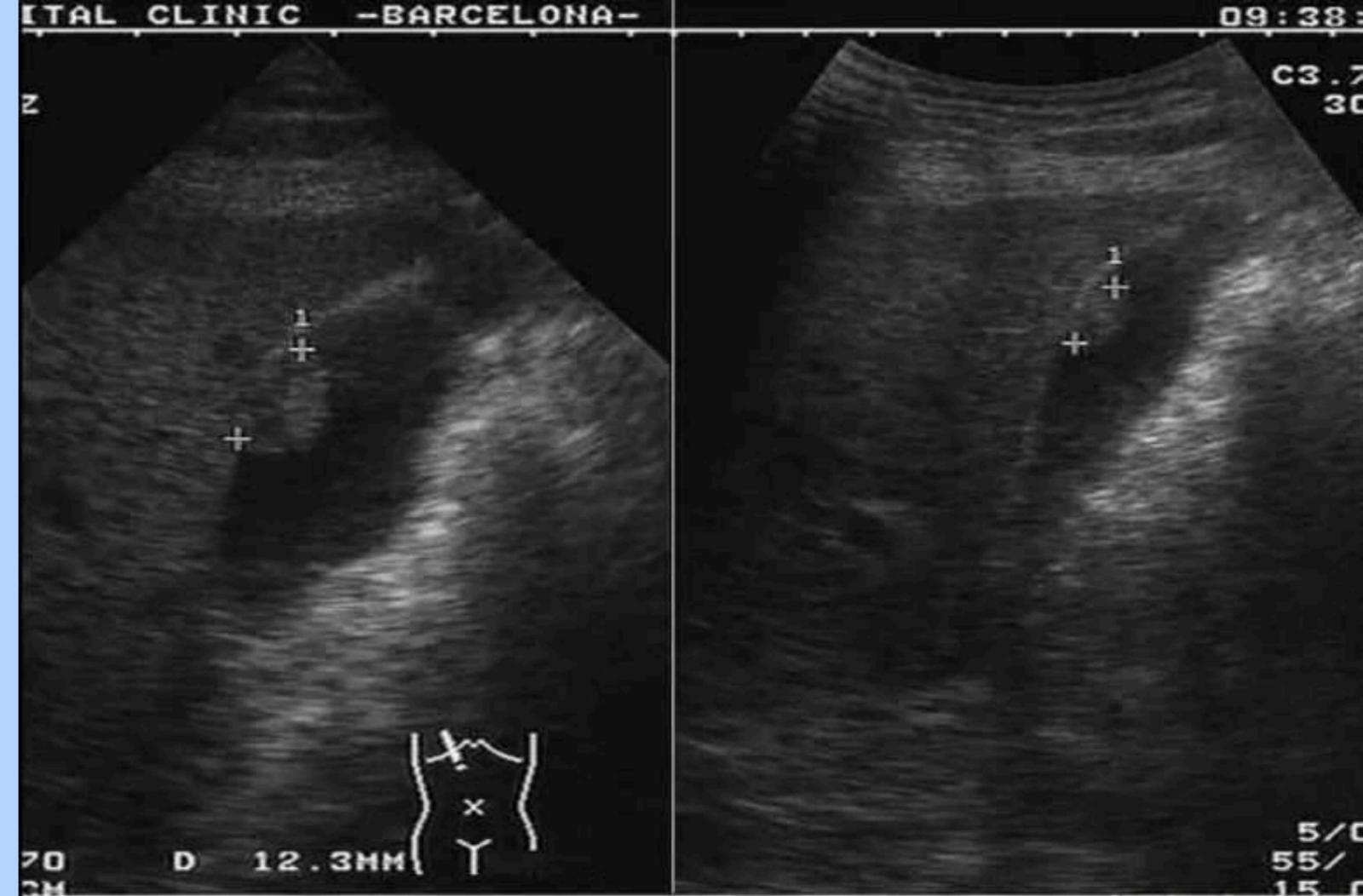
ultrasonido

características generales de los pólipos de la vesícula biliar son un crecimiento polipoide no sombreado en la luz de la vesícula biliar, que generalmente es inmóvil a menos que haya un componente pedunculado relativamente largo



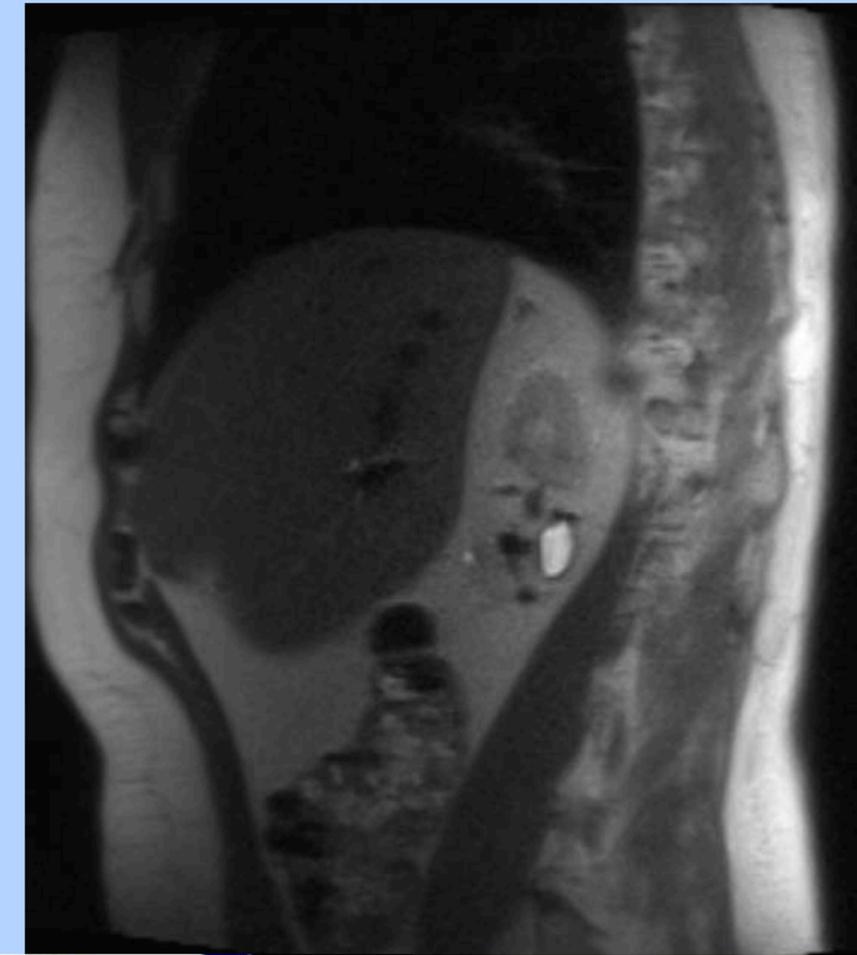
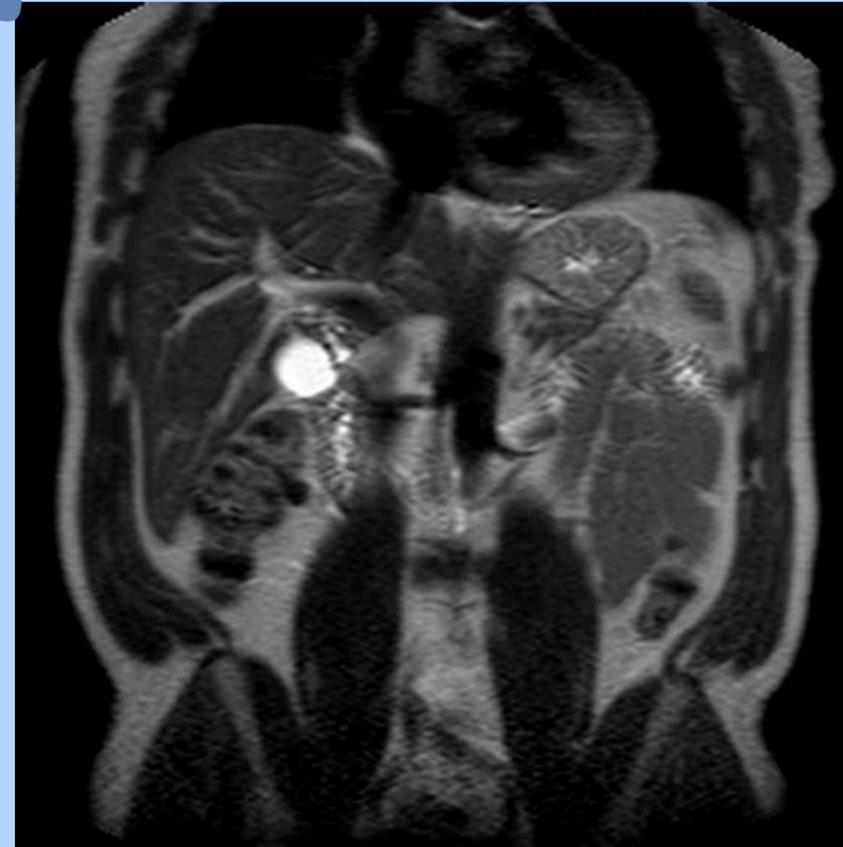
característica ultrasonido

- tamaño pequeño
 - Los pólipos de colesterol son los más frecuentes, más del 90% son <10 mm, y la gran mayoría son <5 mm.
- La ecogenicidad varía con el tamaño
 - Los pólipos pequeños son ecogénicos pero no sombreados
 - Los pólipos de colesterol más grandes tienden a ser hipoecogénicos
- morfología
 - Los pólipos pequeños pueden adherirse a la pared y ser lisos
 - Las lesiones más grandes tienden a ser pedunculadas y de contorno granular

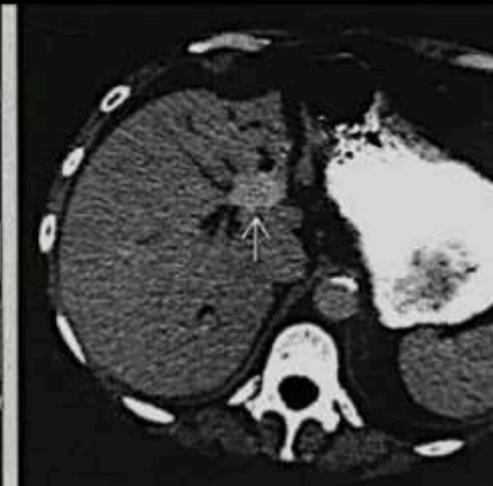


tomografía

La tomografía computarizada a menudo no puede detectar pólipos pequeños en la vesícula biliar. Los pólipos más grandes aparecerán como proyecciones de atenuación de tejidos blandos en la luz de la vesícula biliar y demostrarán una mejora similar a la del resto de la vesícula biliar. La realce más intensa debe considerarse con sospecha, ya que se asocia con un aumento de la vascularización en las neoplasias malignas.



HALLAZGOS POR TOMOGRAFIA



tratamiento

- ólipos de riesgo extremadamente bajo (pedunculación en forma de bola en la pared o tallo delgado):
 - ≤ 9 mm: sin seguimiento
 - 10-14 mm: ecografía de seguimiento a los 6, 12 y 24 meses
 - ≥ 15 mm: consulta quirúrgica
- Pólipos de bajo riesgo (pedunculados con tallo grueso o sésiles):
 - ≤ 6 mm: sin seguimiento
 - 7-9 mm: ecografía de seguimiento a los 12 meses
 - 10-14 mm: ecografía de seguimiento a los 6, 12, 24 y 36 meses o consulta quirúrgica
 - ≥ 15 mm: consulta quirúrgica
- Pólipos de riesgo indeterminado (engrosamiento de la pared focal ≥ 4 mm adyacente al pólipo):
 - ≤ 6 mm: ecografía de seguimiento a los 6, 12, 24 y 36 meses o consulta quirúrgica
 - ≥ 7 mm: consulta quirúrgica

BIBLIOGRAFÍA

- BILIARY DISEASE. (2015, OCTOBER). ENFERMEDAD BILIAR. GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY HOSPITAL.
- CONSULTA DE ENFERMEDADES BILIARES - PATOLOGÍA BILIAR. (2024, APRIL 25). INGALED - INSTITUTO GALLEGO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS.
- HANBIDGE AE, B. P. (JUNIO DE 2024). COLECISTITIS LITIASICA. OBTENIDO DE RADIOPAEDIA: [HTTPS://RADIOPAEDIA.ORG/ARTICLES/ACUTE-CHOLECYSTITIS](https://radiopaedia.org/articles/acute-cholecystitis)
- JOSEPH T, U. K. (JUNIO DE 2024). COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA. OBTENIDO DE RADIOPAEDIA: [HTTPS://RADIOPAEDIA.ORG/ARTICLES/ACUTE-ACALCULOUS-CHOLECYSTITIS?LANG=US#ARTICLE-IMAGES](https://radiopaedia.org/articles/acute-acalculous-cholecystitis?lang=us#article-images)