



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



# **PATOLOGÍA BILIAR**

PASIÓN POR EDUCAR

**Dr. Gerardo Cancino Gordillo**

**Cielo Brissel Fernández Colin**

**Imagenología**

**4to semestre "B".**

**Comitán de Domínguez, Chiapas., Junio - 2024.**

# PATOLOGÍA BILIAR

# ¿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

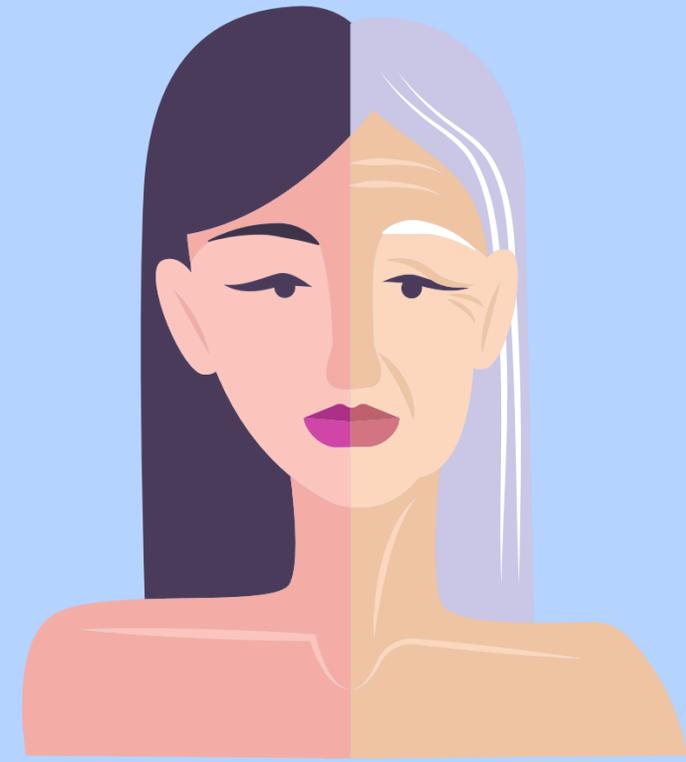
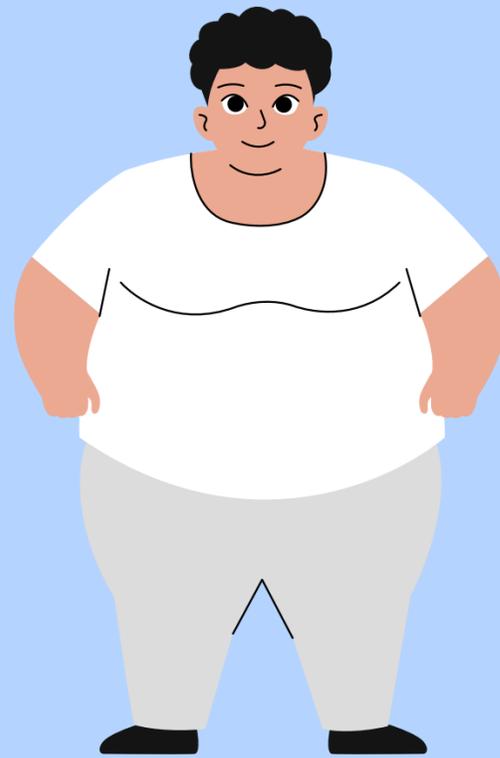
- TUMORES DE LAS VÍAS BILIARES

- TUMORES DE LA PAPILA DE VATER (AMPULOMA)

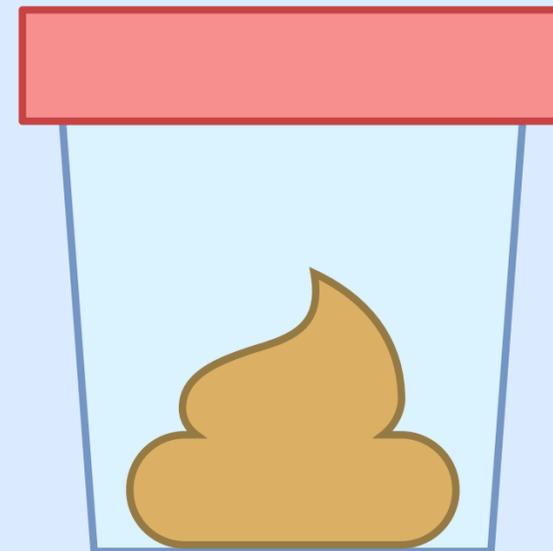
- PATOLOGÍA BILIAR LITIÁSICA: COLELITIASIS, COLÉDOCOLITIASIS.



# FACTORES DE RIESGO



# SÍNTOMAS





# ESTUDIOS

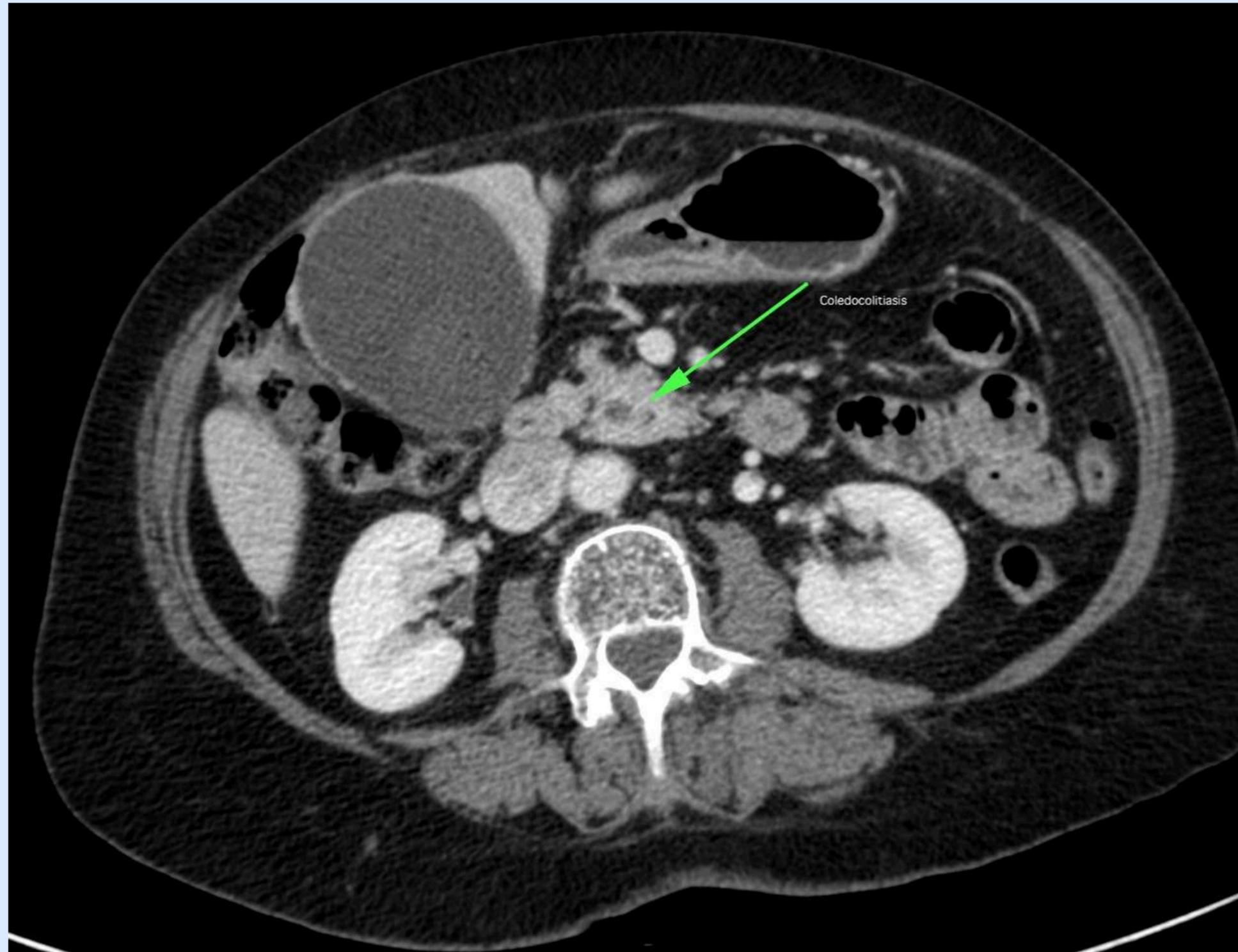




# ULTRASONIDO



# TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA



# RADIOGRAFÍA



# **COLECCISTITIS LITIASICA**

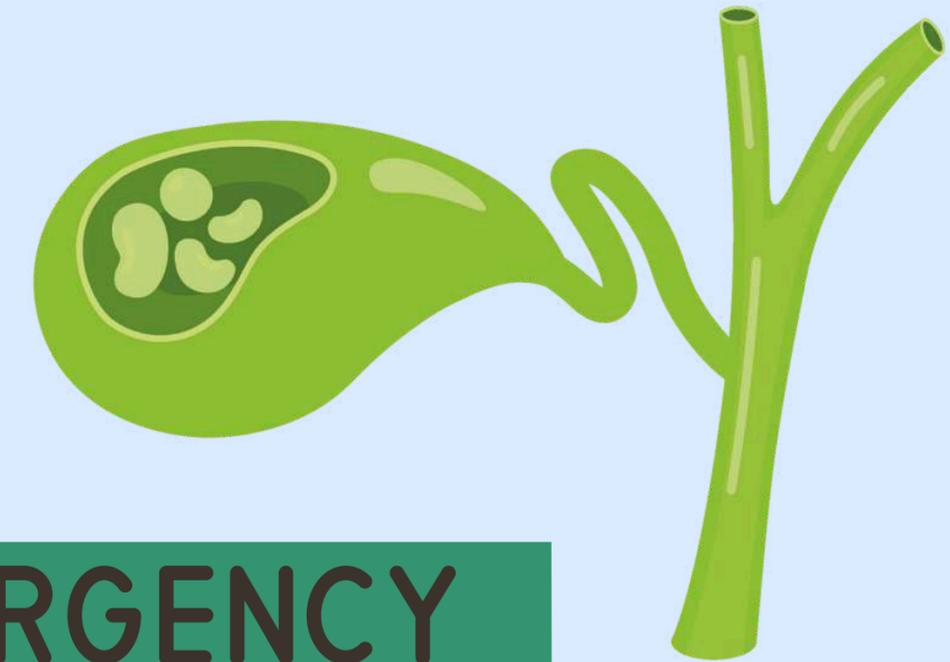


# ¿QUÉ ES?

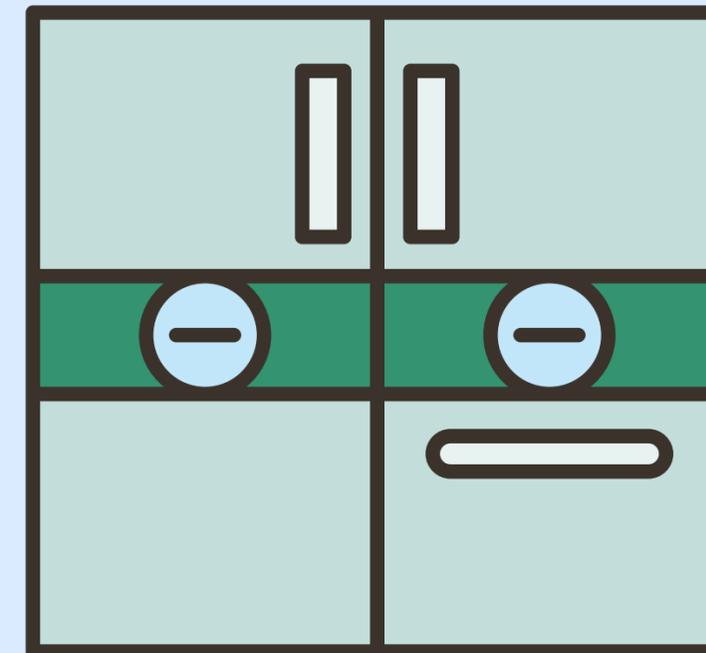
Inflamación de la vesícula biliar con presencia de litos (piedras), en esta.

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

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



EMERGENCY

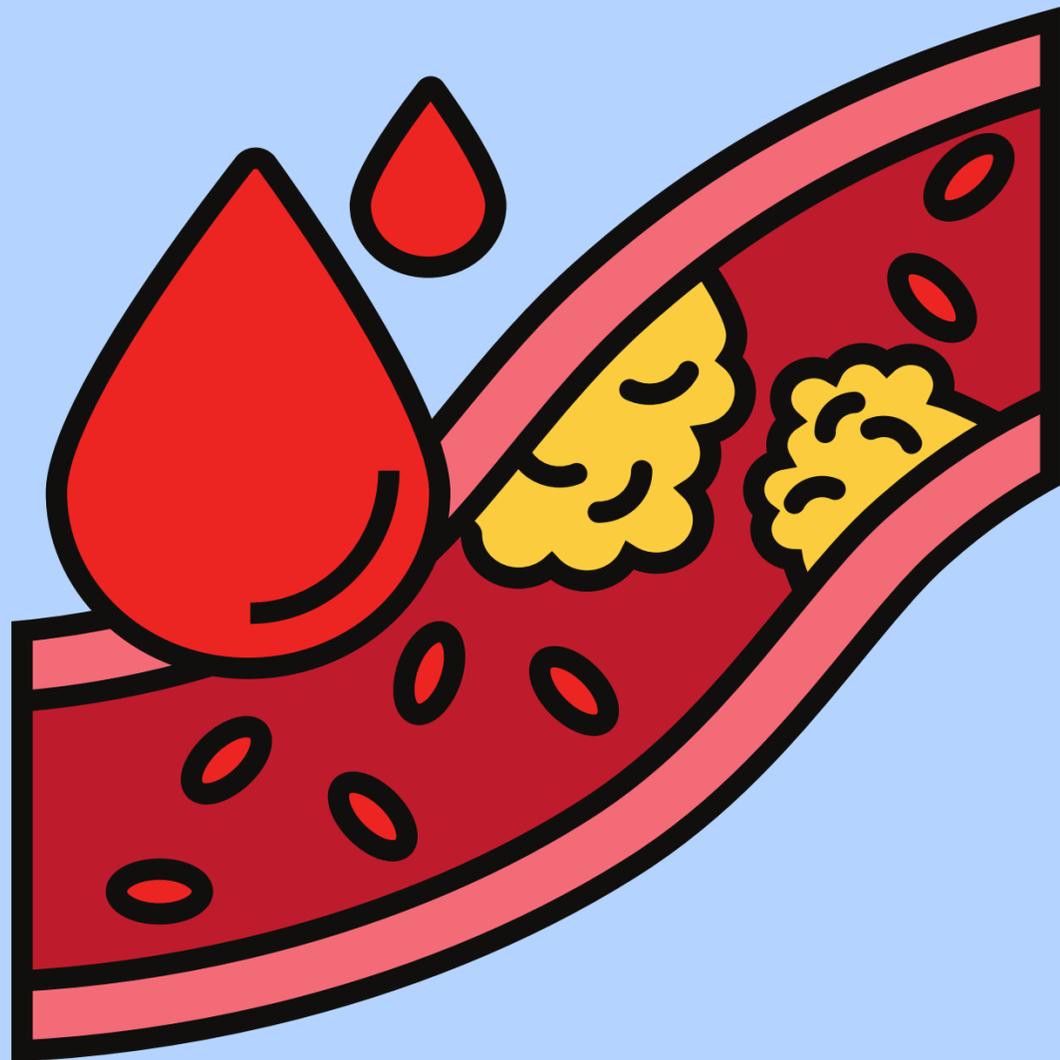


# TIPOS DE CÁLCULOS BILIARES.

## CÁLCULOS DE COLESTEROL

- No suponen + del 10%.

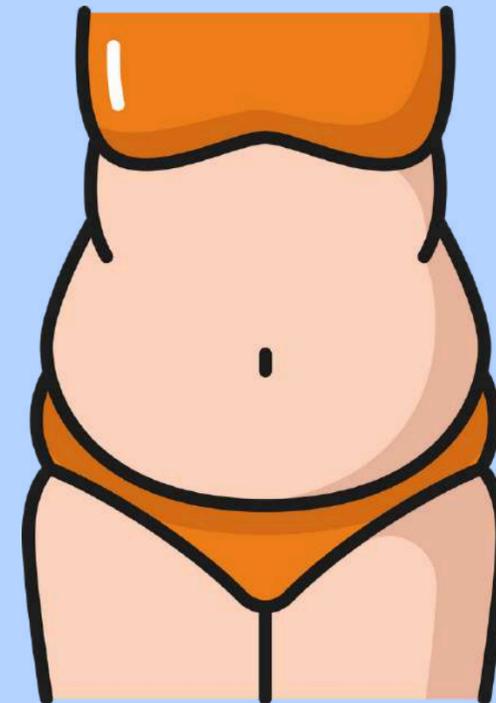
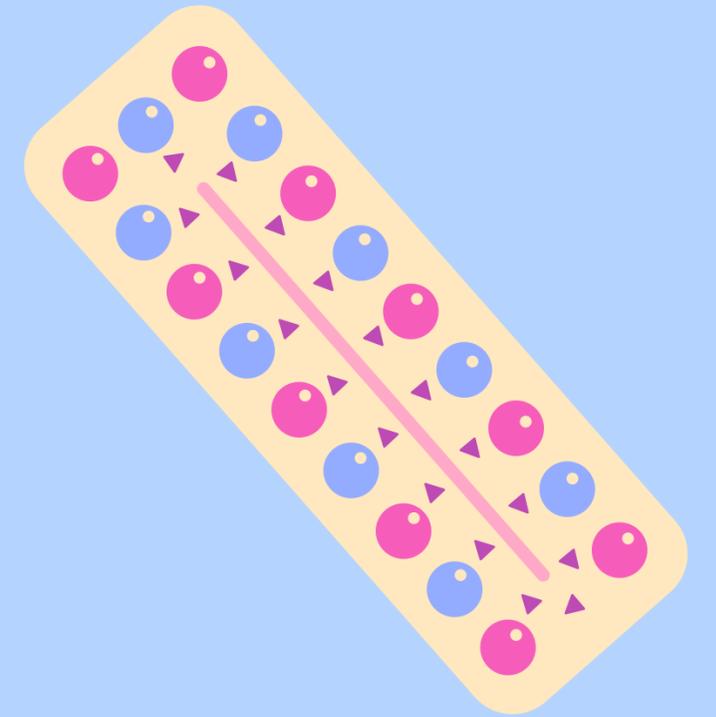
- >50% de contenido de colesterol.



Sobresaturación  
de bilis

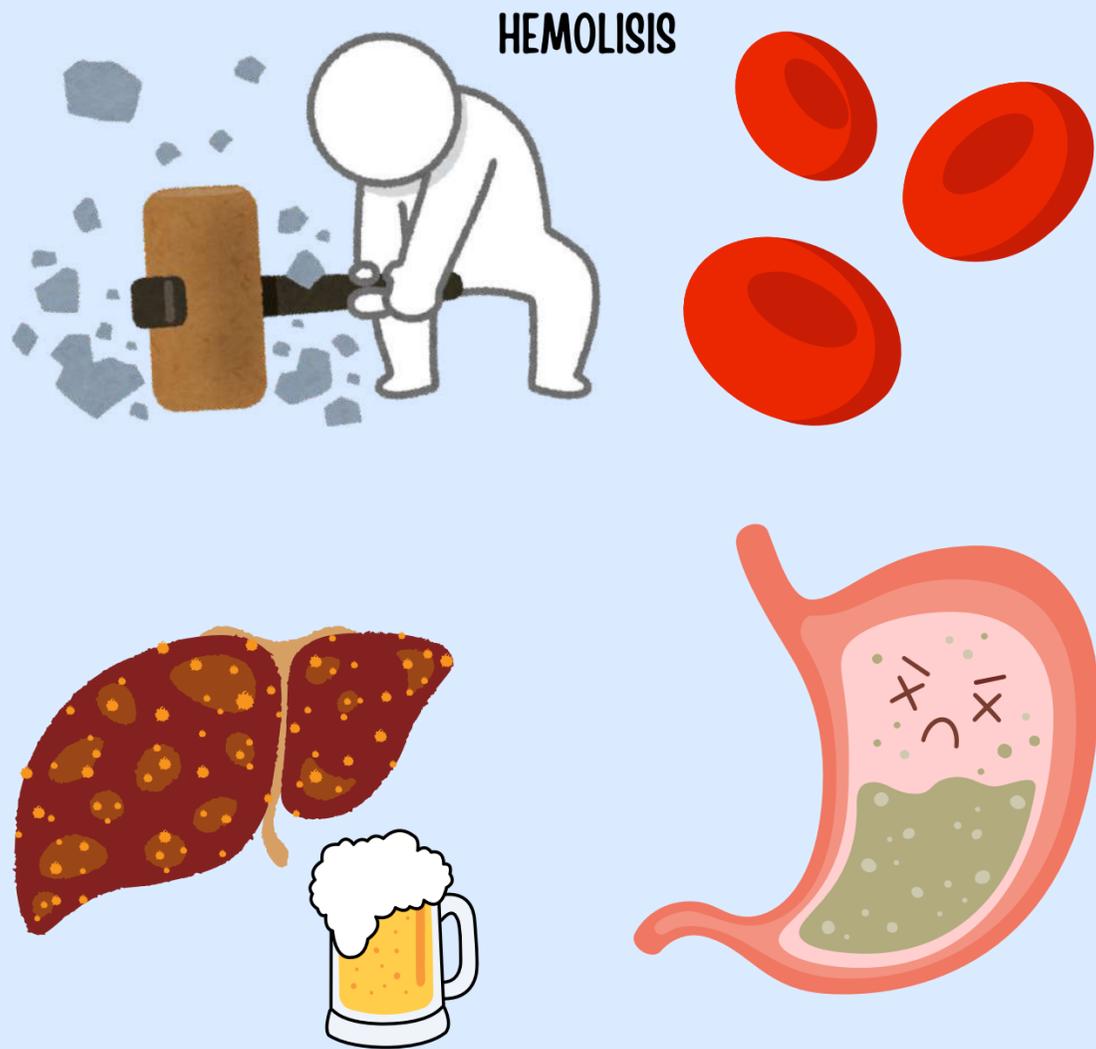
Nucleación y  
crecimiento de  
cálculos

# FACTORES PREDISPONENTES:



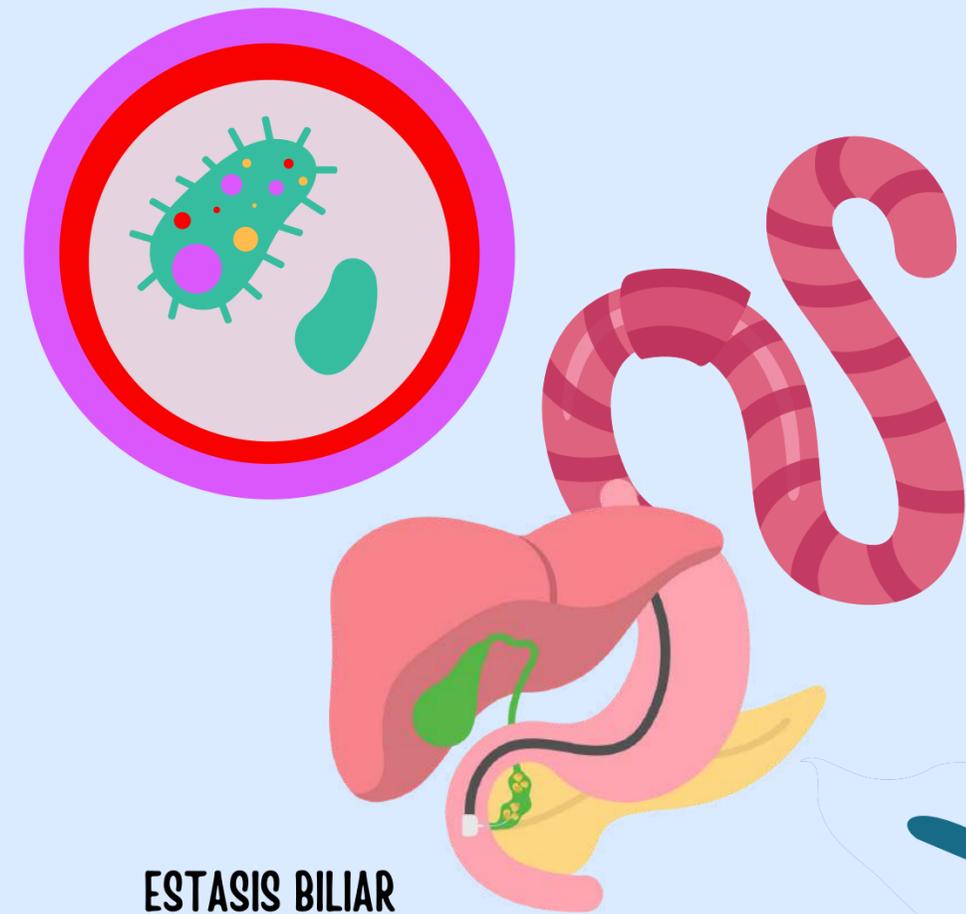
# Cálculos pigmentario grasa.

## NEGROS:

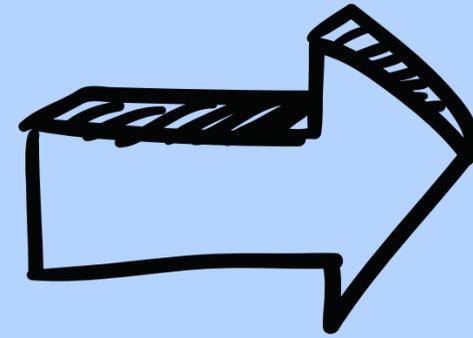


## MARRÓN:

### INFECCIONES



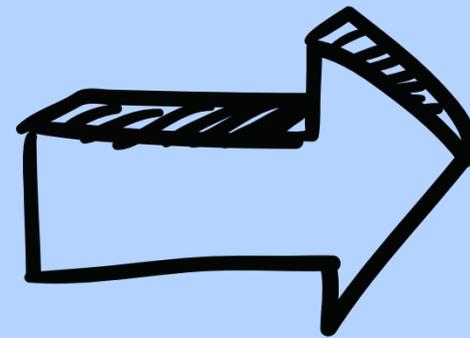
# DOLOR:



- Hipocondrio derecho.
- Mesogastrio o hipocondrio izquierdo.



- En + de 1/3 de los px

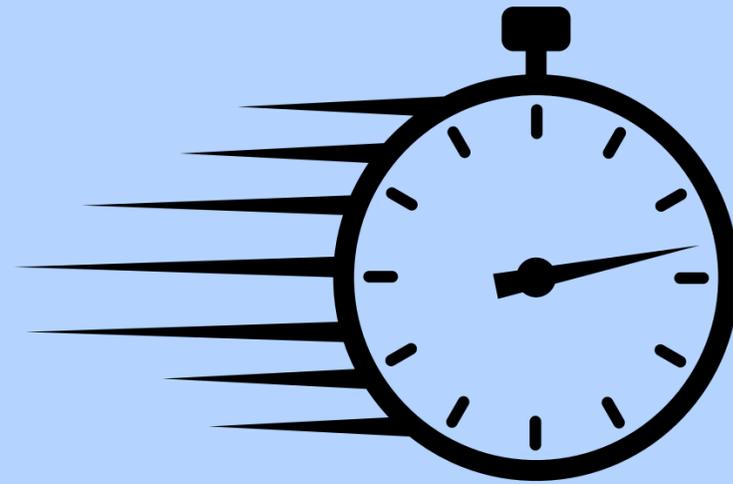


EL DOLOR SE IRRADIA



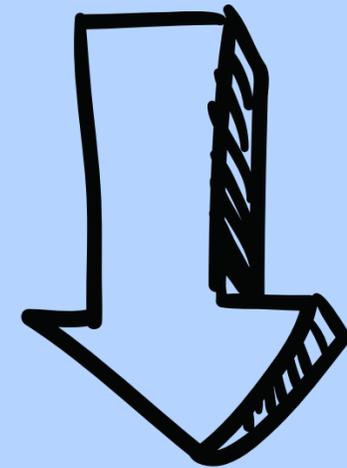
# DX: Síntoma característico

- Oleadas de dolor



<6 horas

Cede



ESPASMOLÍTICOS

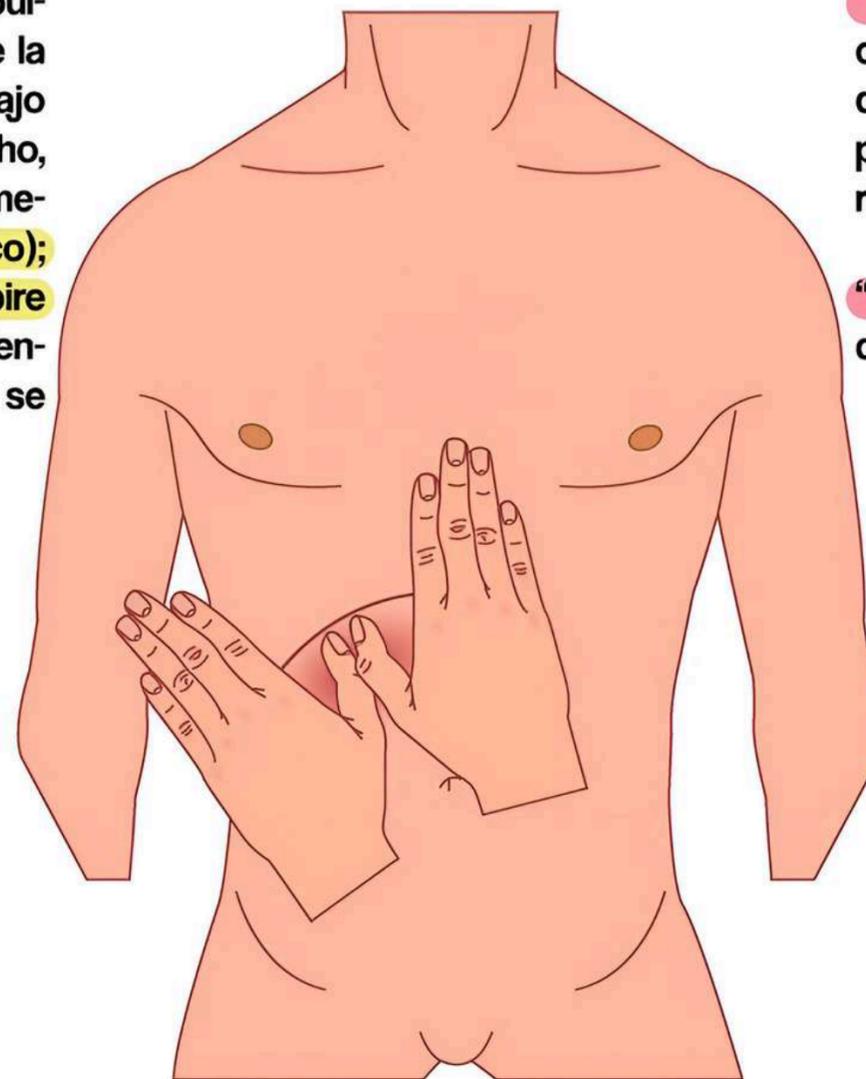


No deja secuelas

# 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

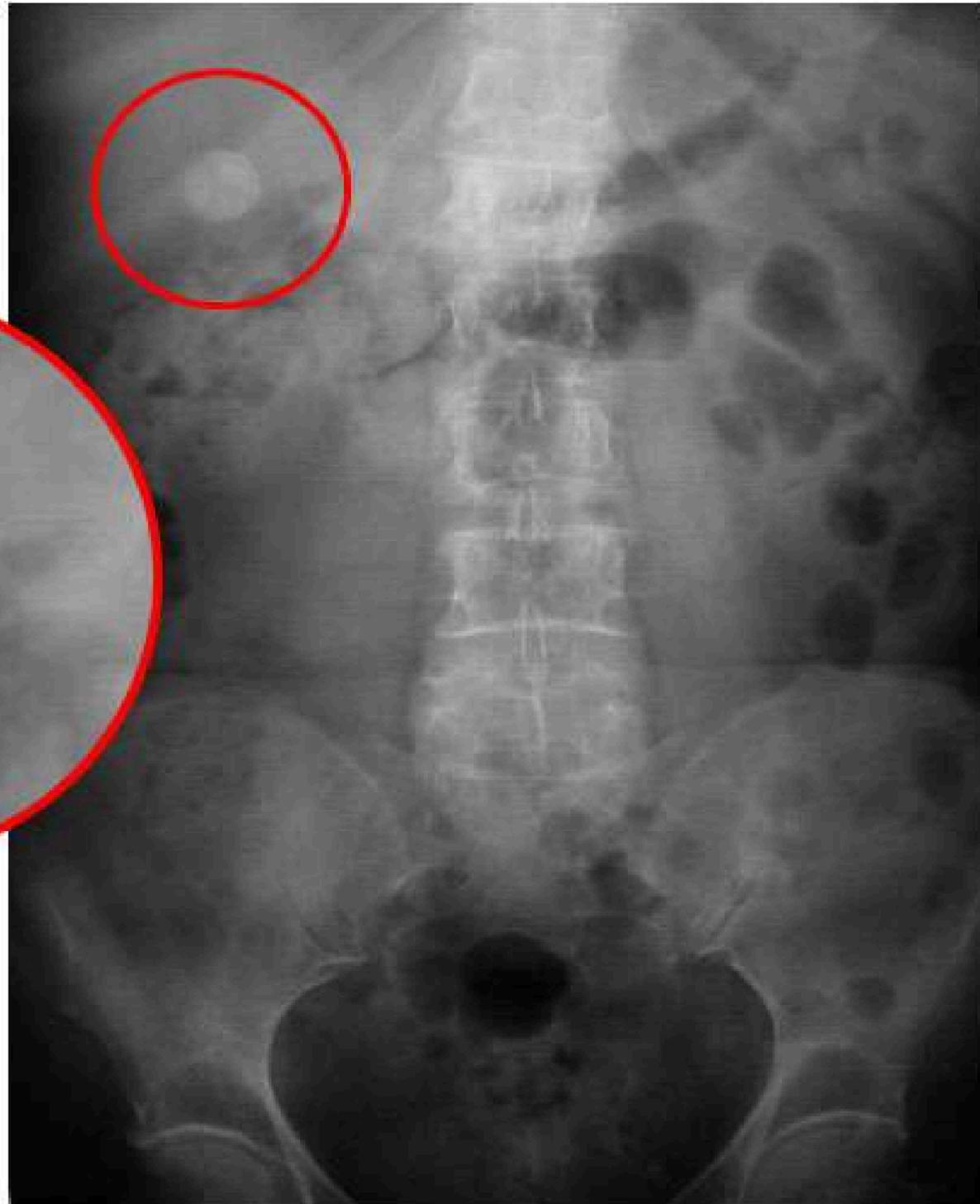
Al realizar esta maniobra, buscamos algún dolor localizado únicamente a través de la interrupción repentina de la respiración. Este signo, al ser positivo, nos daría indicios de una colecistitis en el paciente (aunque, en menor medida, también puede ser relacionado con alguna causa hepática) o alguna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

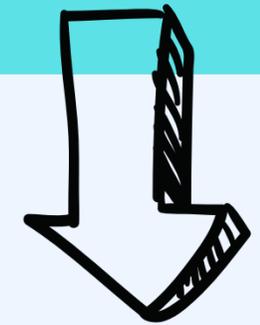


# USG:



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:



Infección

Obstrucción

- Vesícula biliar
- Conductos biliares

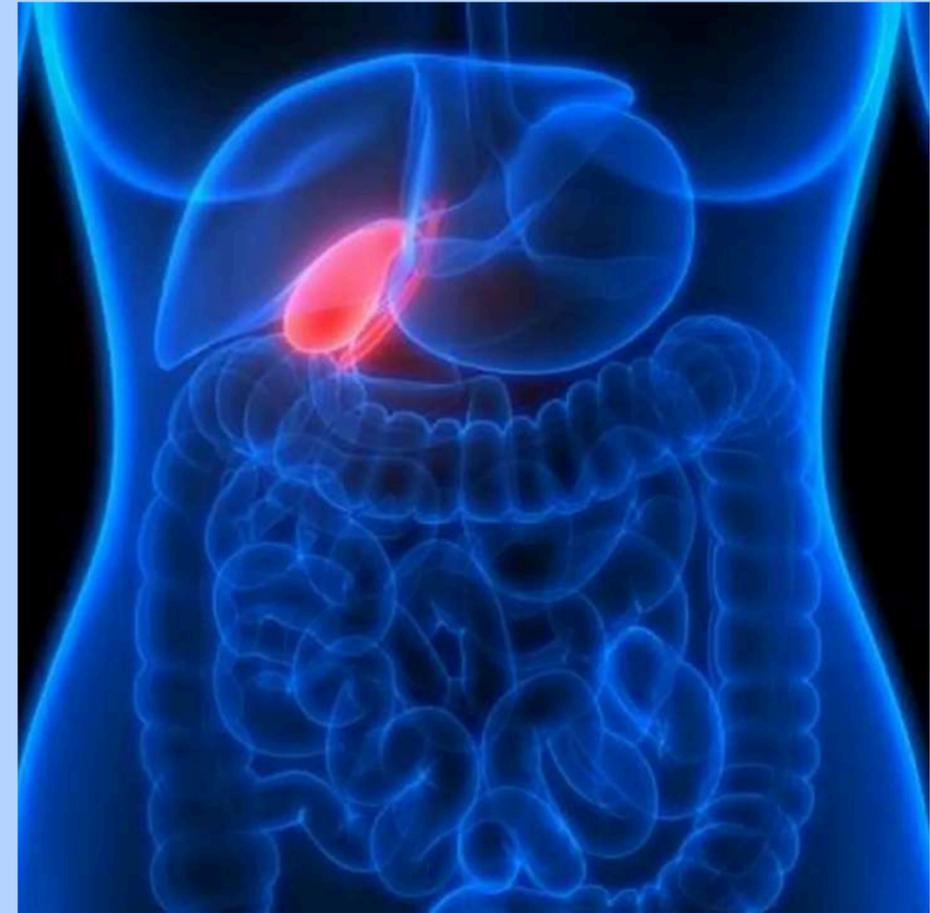
# **COLECISTITIS ALITIASICA**



# DEFINICIÓN:

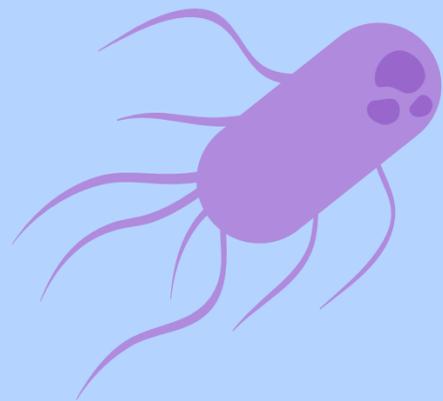
Se define como la inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos.

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

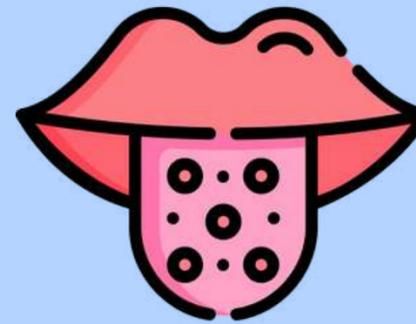


# NIÑOS:

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



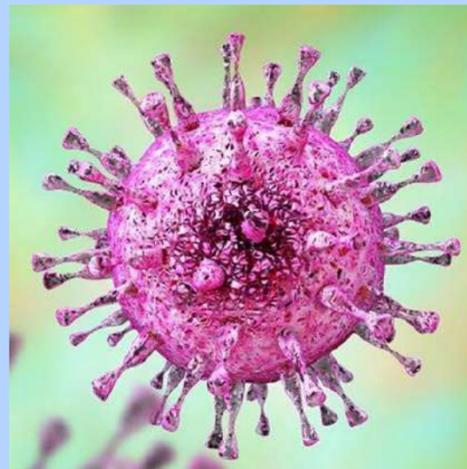
FIEBRE TIFOIDEA



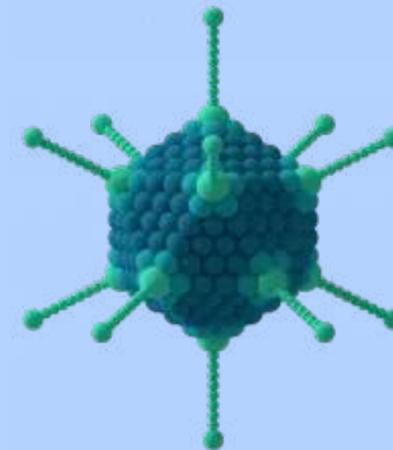
ESCARALTINA



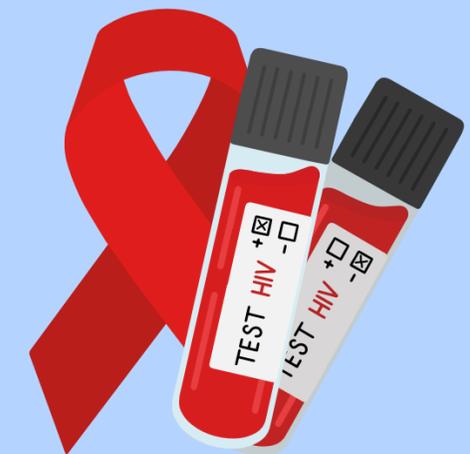
SARAMPIÓN



CITOMEGALOVIRUS

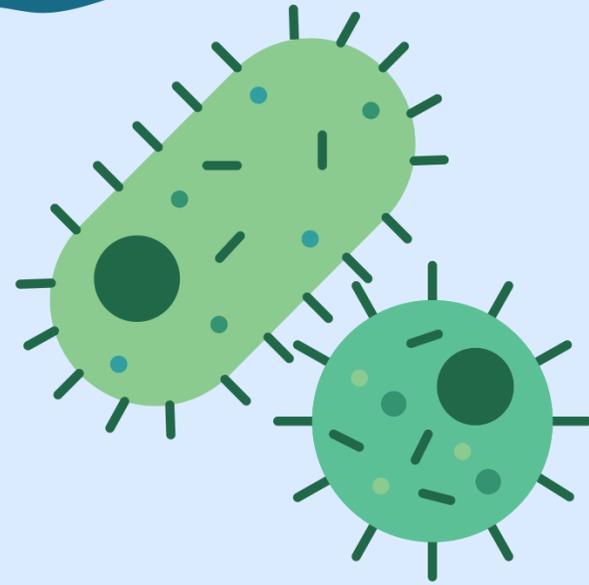


Virus de Epstein - Barr

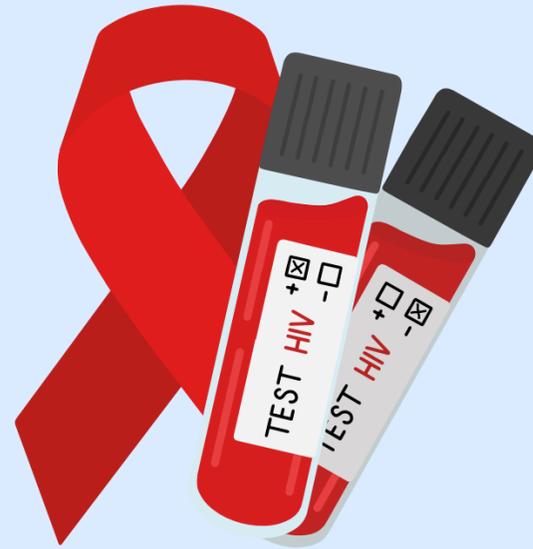


VIH

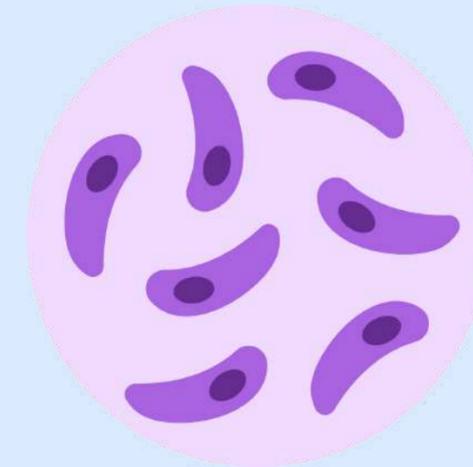
# ETIOLOGÍA:



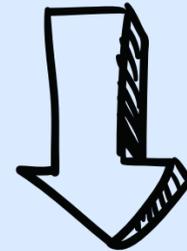
**BACTERIAS**



**VIH**



**TOXOPLASMOSIS**



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



**DIABETES MELLITUS**



**TRAUMATISMOS**

# PRESENTACIÓN CLÍNICA:

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

Se manifiesta con:



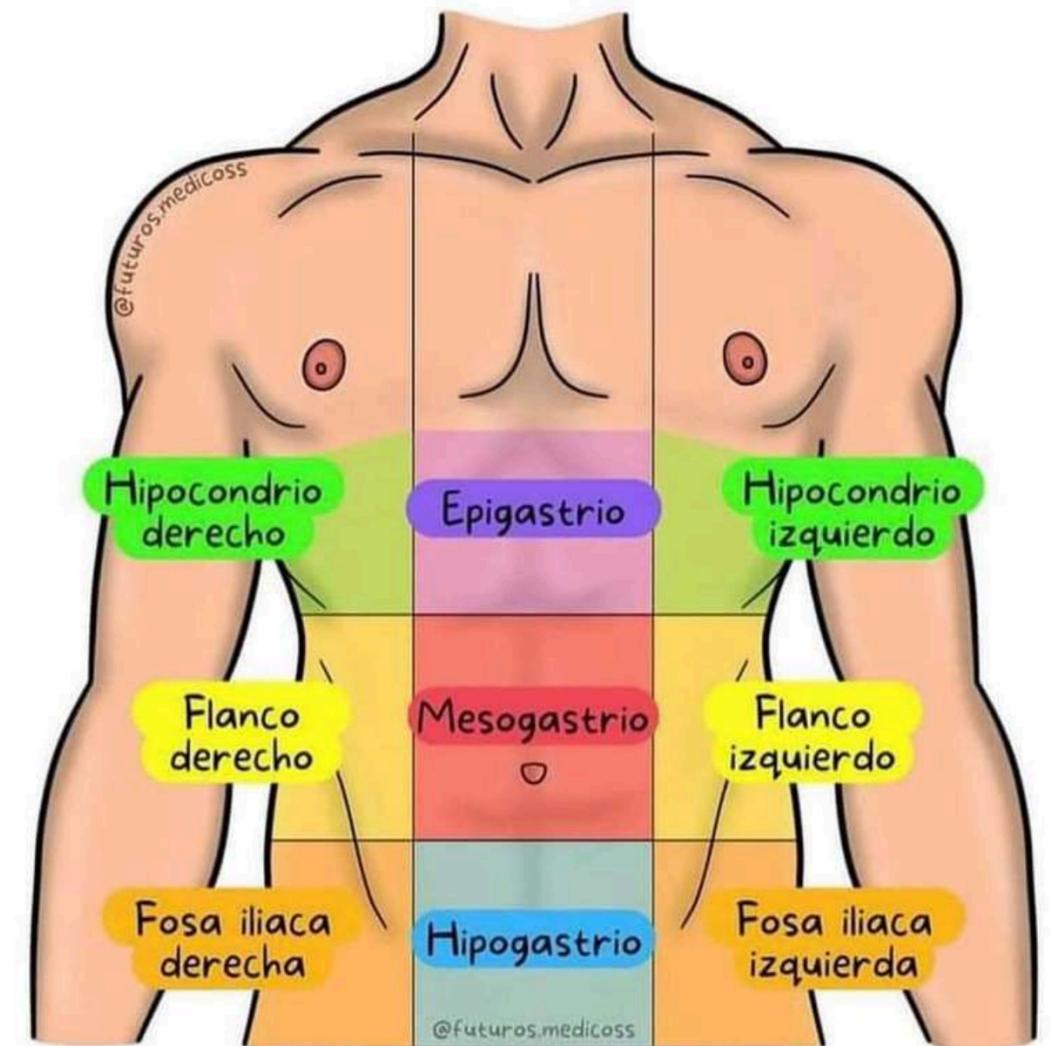
FIEBRE



Náuseas

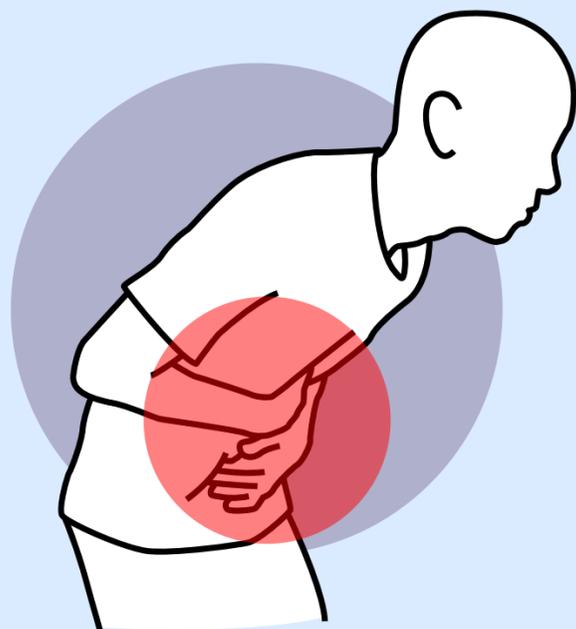


Vómitos

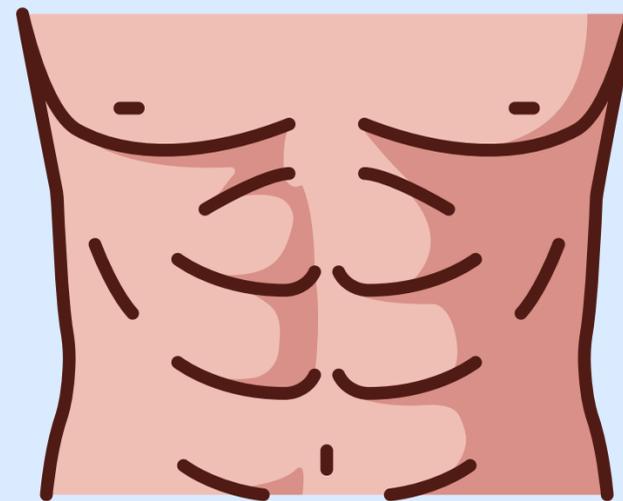


Dolor abdominal en cuadrante superior derecho.

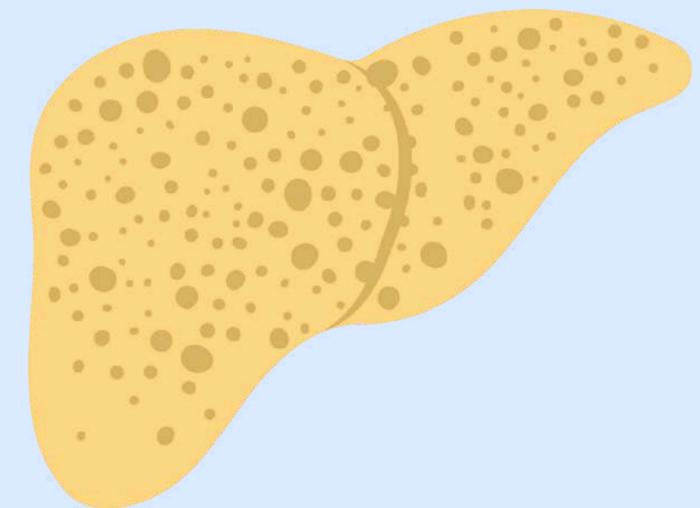
# EXPLORACIÓN FÍSICA:



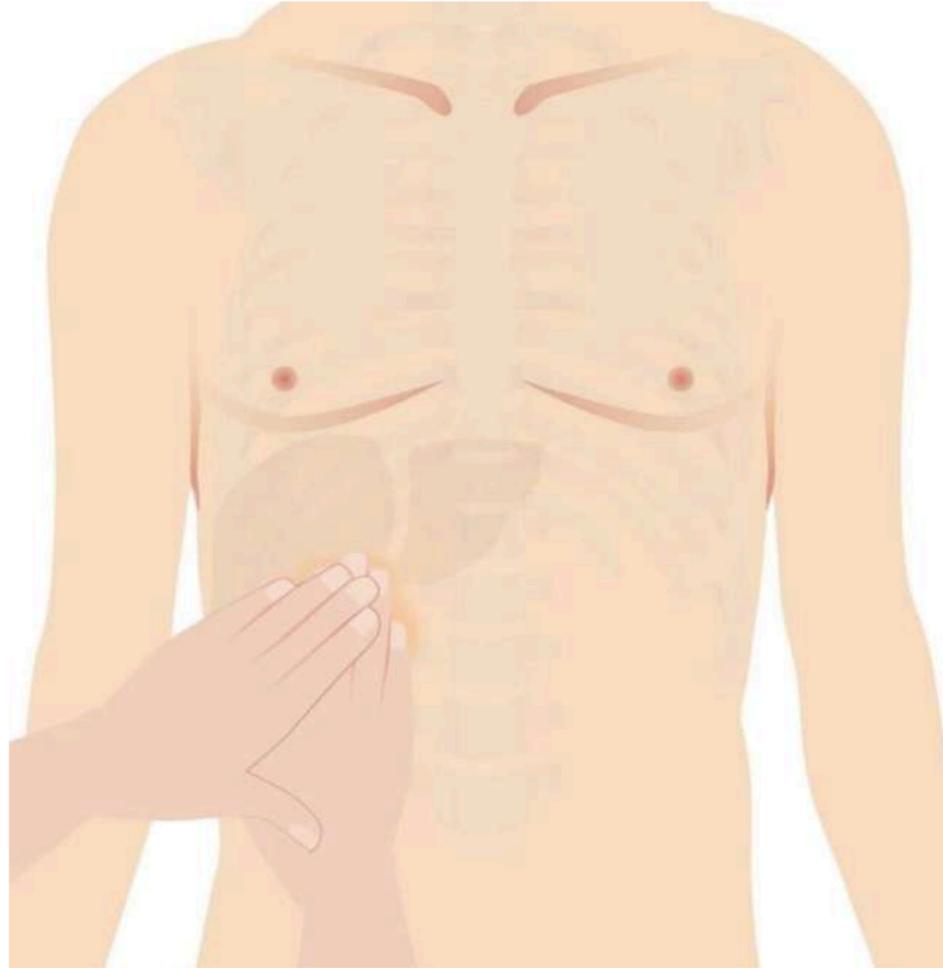
**DOLOR**



**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

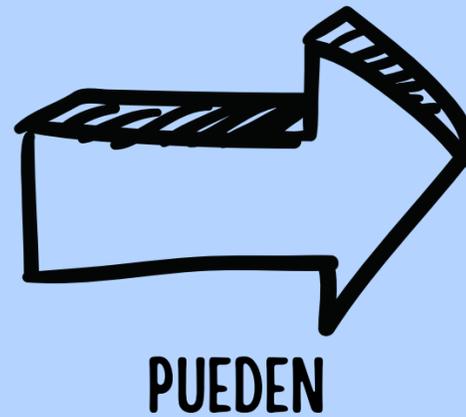
- Bilis o lado ecogenico en el lumen.
- Diametro transversal  $>5$ cm



# TX:

- Colecistectomía es el tx definitivo.

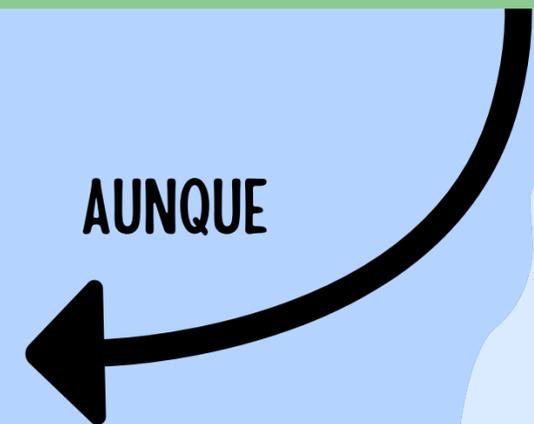
- Sin embargo, los pacientes que no son aptos para la cirugía



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

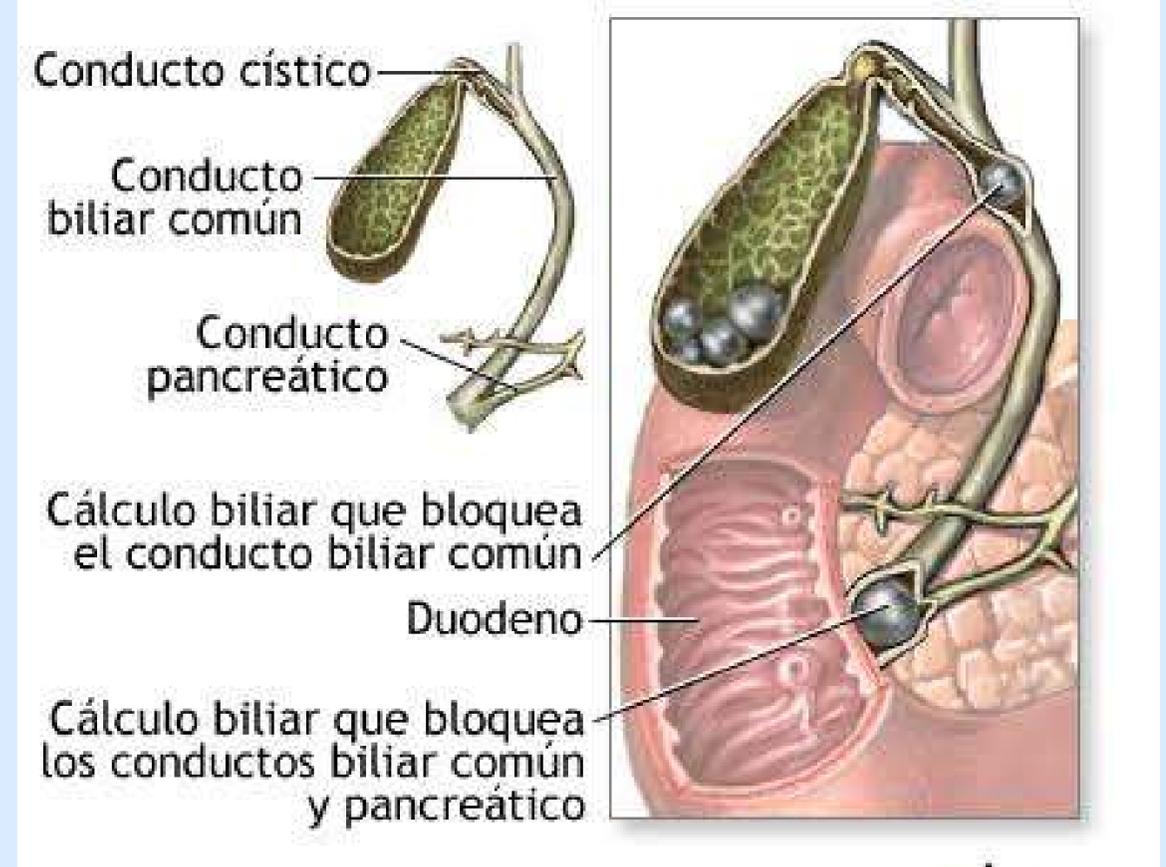


- La colecistectomía aún puede realizarse cuando el paciente mejora.



# 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



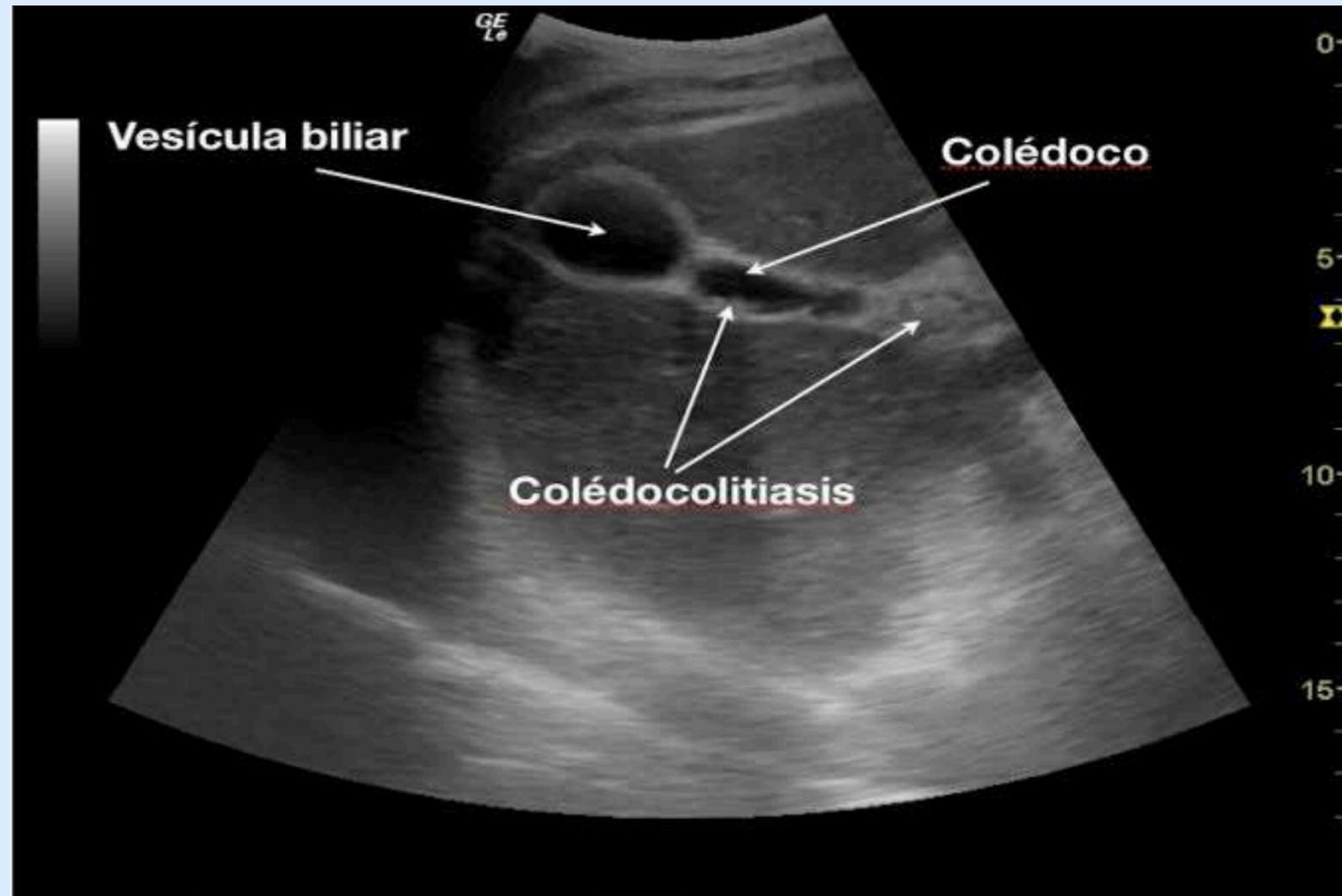
- Puede ocasionar colangitis o pancreatitis



# DIAGNÓSTICO

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



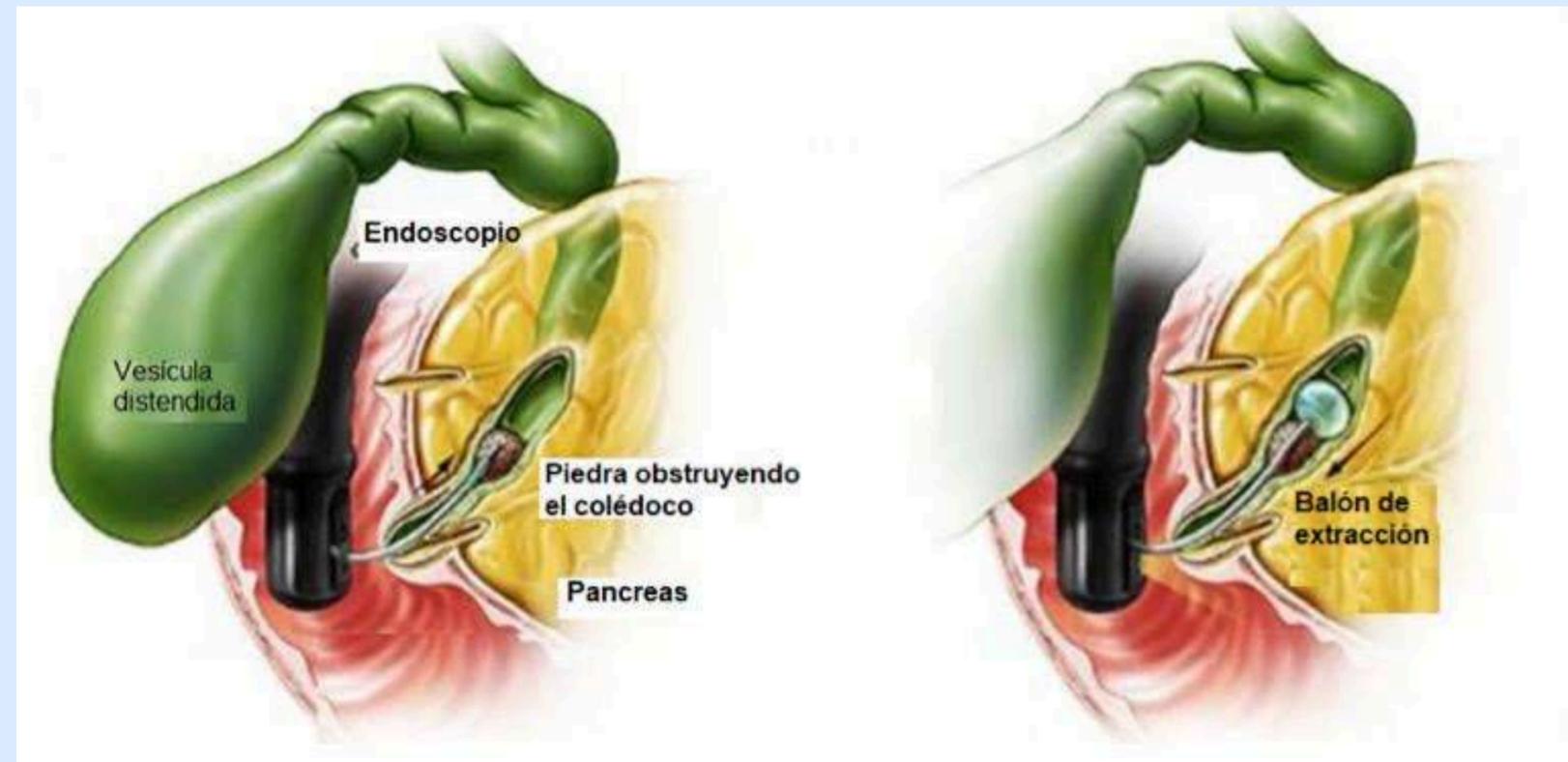


# USG

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

# TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es CPRE + Colectomía laparoscópica



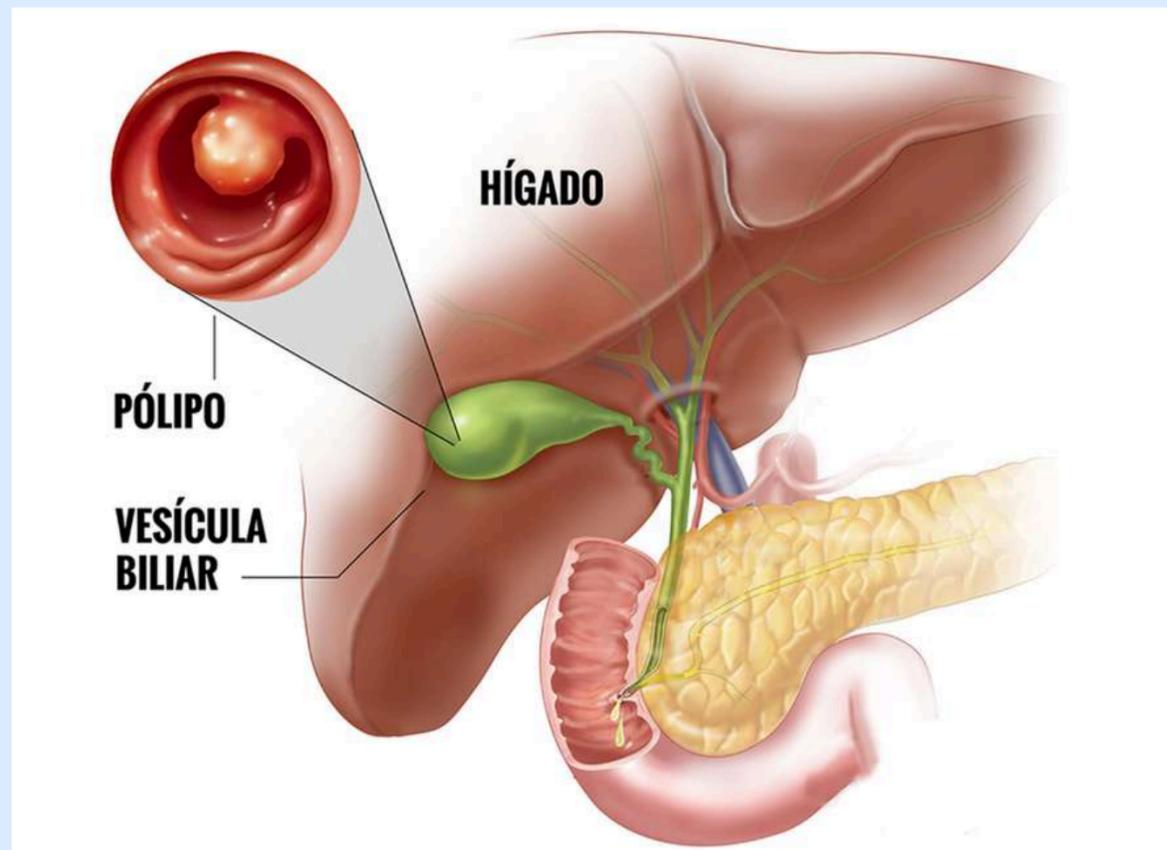


**poliipos**

**biliiarres**



# Definición

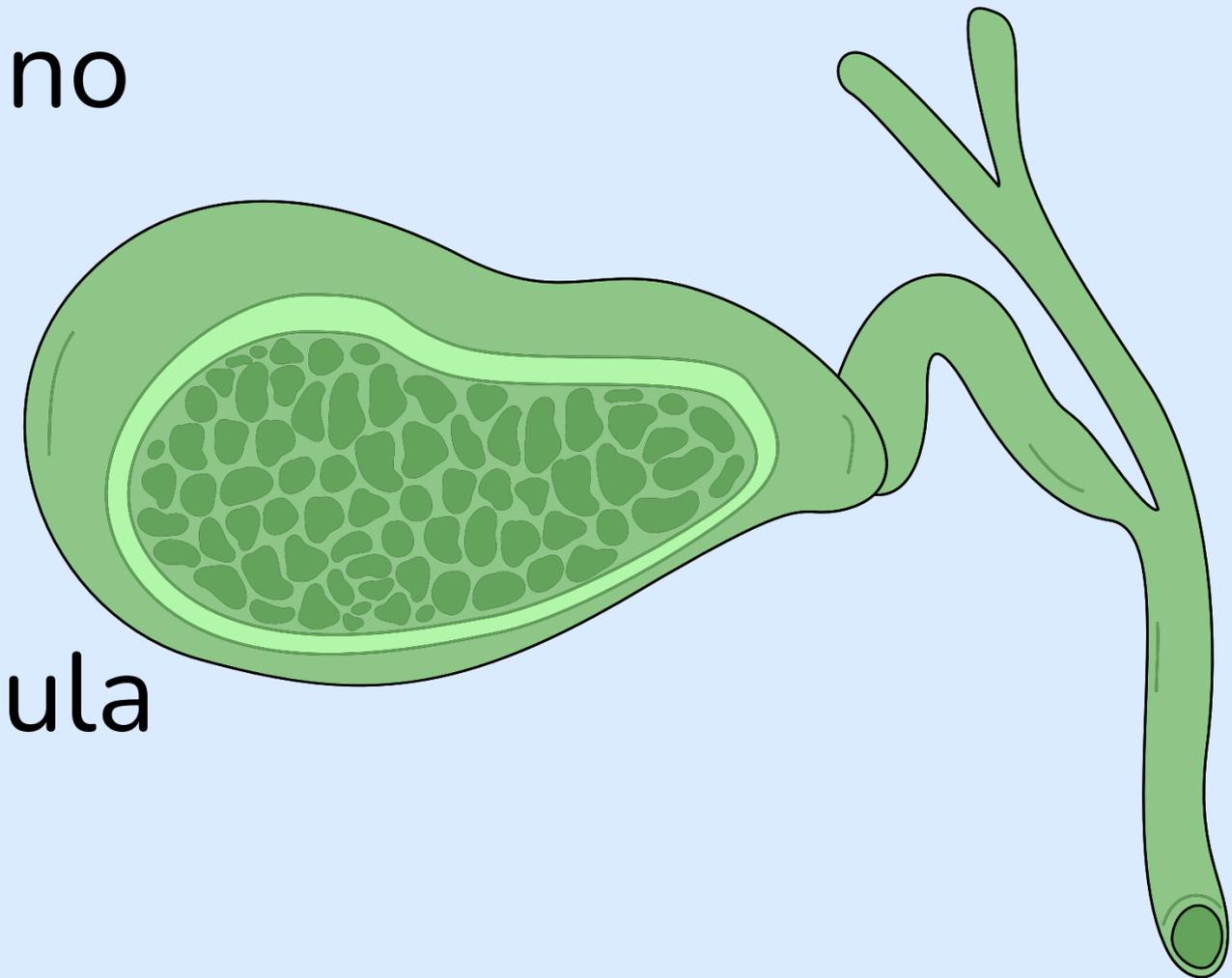


lesiones elevadas que ocurren comúnmente en la superficie mucosa de la vesícula biliar. La gran mayoría son benignos. La mejor manera de caracterizarlos es en la ecografía como un crecimiento endófito sin sombra en la luz de la vesícula biliar

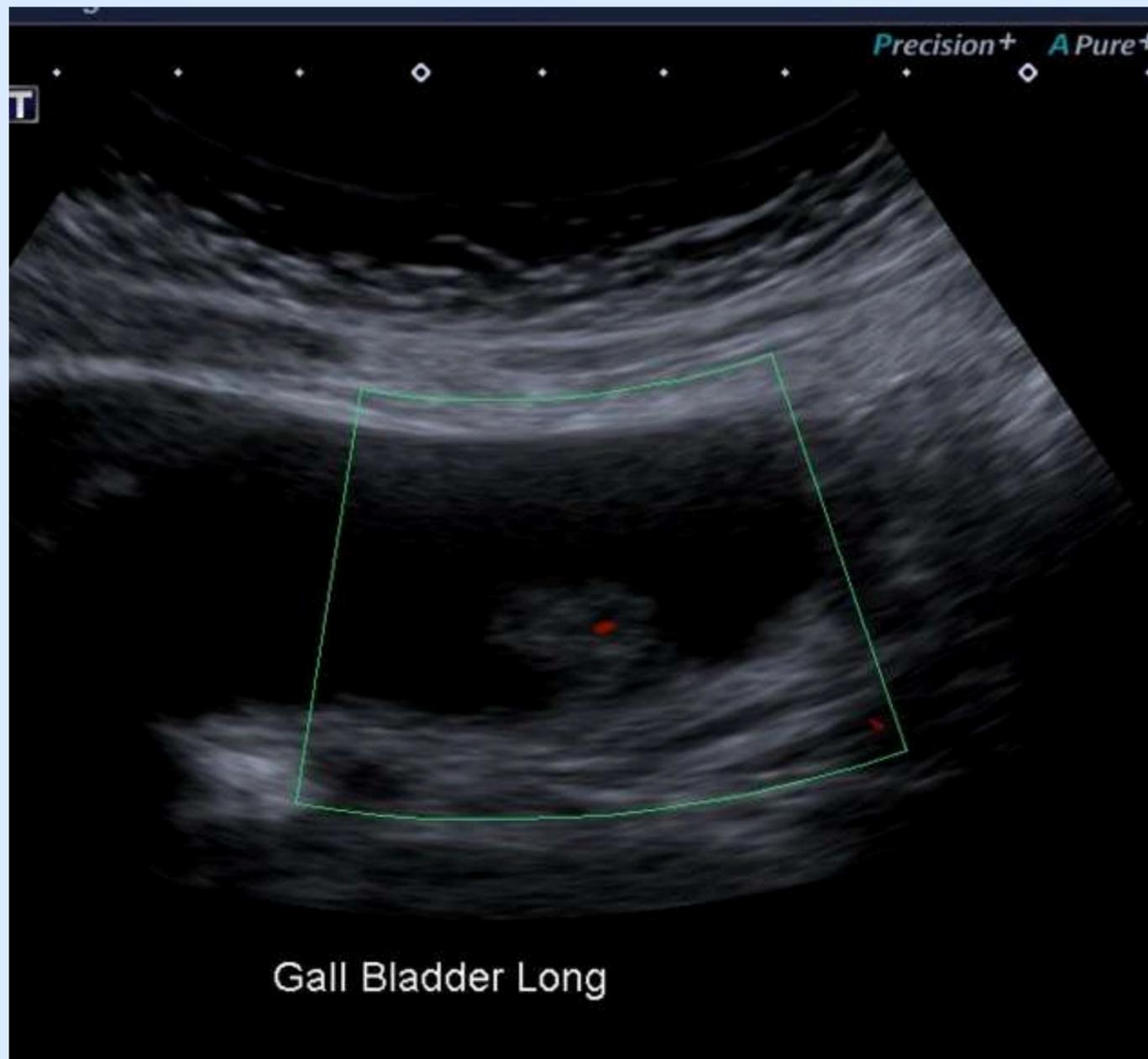


# Patología

- Pólipos neoplásicos no invasivos
- intracoleneo papilar quístico
- adenoma de la vesícula biliar de la glandula pilorica



# Patología



- **Pólipos malignos:** la mayoría mide >20 mm
- **Adenocarcinoma** ~90% de los pólipos malignos
- **otras entidades raras, como**
  - **metastasis de la vesicula biliar**
  - **linfoma**
  - **Carcinoma de células escamosas**
  - **Angiosarcoma**

# Características radiográficas



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 vs 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 TC/RMI

- 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

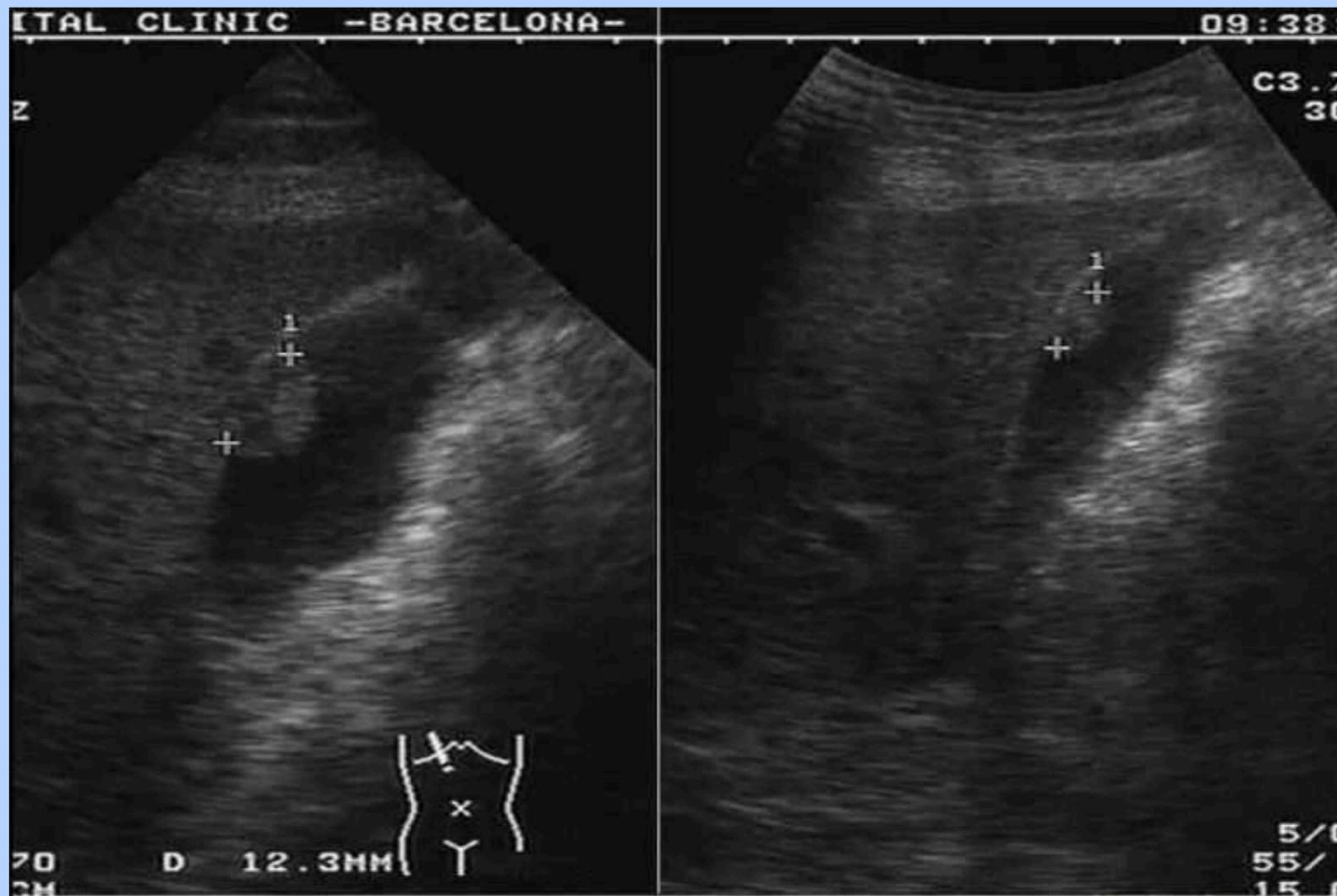
## CRECIMIENTO

- Aumento de tamaño en el intervalo 1,2

## MEJORA DE LA TC/RMI

- 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

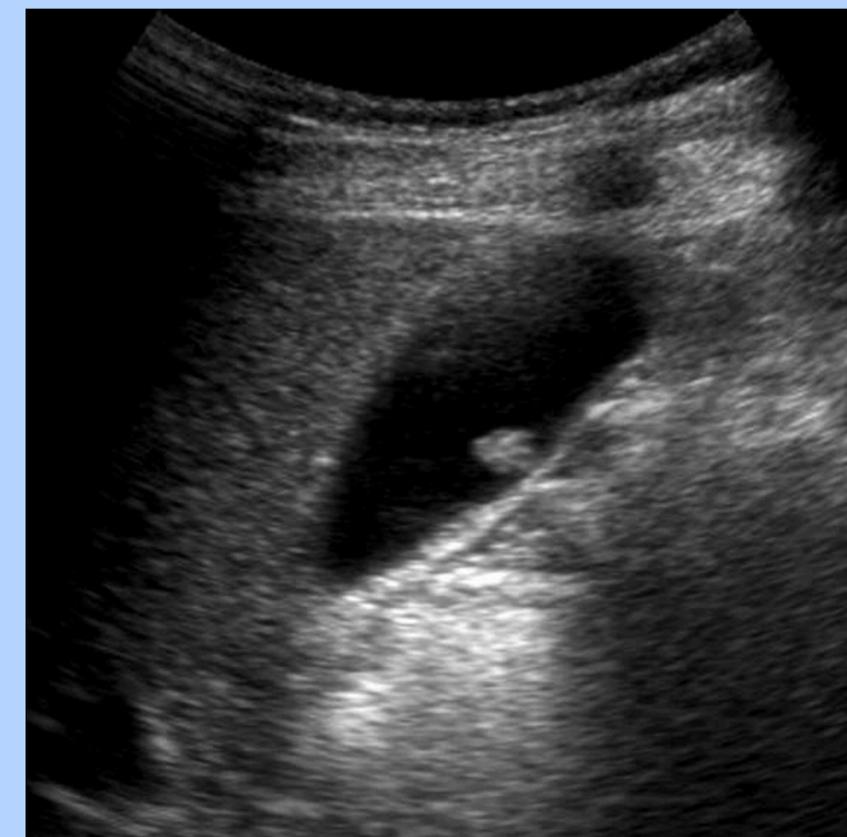
Los pólipos de colesterol son los más frecuentes, más del 90% son <10 mm, y la gran mayoría son <5 mm.

## Morfología

- Los pólipos pequeños pueden adherirse a la pared y ser lisos
- Las lesiones más grandes tienden a ser pedunculadas y de contorno granular

## La ecogenicidad varía con el tamaño

- Los pólipos pequeños son ecogénicos pero no sombreados
- Los pólipos de colesterol más grandes tienden a ser hipoecogénicos



# 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.

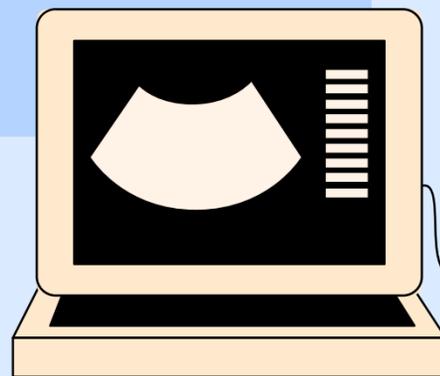


# TRATAMIENTO



## PÓLIPOS DE RIESGO EXTREMADAMENTE BAJO (PEDUNCULACIÓN EN FORMA DE BOLA EN LA PARED O TALLO DELGADO)

- $\leq 9$  mm: sin seguimiento
- 10-14 mm: ecografía de seguimiento a los 6, 12 y 24 meses
- $\geq 15$  mm: consulta quirúrgica



## PÓLIPOS DE RIESGO INDETERMINADO (ENGROSAMIENTO DE LA PARED FOCAL $\geq 4$ MM ADYACENTE AL PÓLIPO)

- $\leq 6$  mm: ecografía de seguimiento a los 6, 12, 24 y 36 meses o consulta quirúrgica
- $\geq 7$  mm: consulta quirúrgica



## PÓLIPOS DE BAJO RIESGO (PEDUNCULADOS CON TALLO GRUESO O SÉSILES)

- $\leq 6$  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
- $\geq 15$  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)