

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

**Presenta**

*Erick Villegas Martínez*

**Materia**

*Clínicas quirúrgicas*

**Docente**

*Dr. Guillermo del solar Villarreal*

# PATOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

Erick Villegas Martínez

# LITIASIS VESICULAR

Es la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar. Habitualmente, los cálculos biliares se forman en la vesícula biliar, pero pueden hacerlo a cualquier nivel del tracto biliar.

El 10-20% de los adultos poseen cálculos biliares, una tercera parte de los cuales (5 a 10%) desarrollará cólico biliar.

## Factores de riesgo para Colelitiasis

- Mujer mayor de 40 años
- Obesidad
- Embarazo
- Uso de fármacos ACOs (Combinados) o fibratos o Ceftriaxona
- Antecedentes familiares de litiasis biliar
- Nutrición parenteral
- Dislipidemia y Diabetes Mellitus
- Enfermedades de ileon o hepáticas

## Factores protectores para Colelitiasis

- Ejercicio físico
- Alimentación sana
- Control de la obesidad
- Adecuado control de uso de hormonas en el
- climaterio

# EPIDEMIOLOGIA

Las mujeres tienen doble riesgo respecto a los hombres de Colecistitis y Colelitiasis 2:1

15% de la población tiene litiasis vesicular de los cuales 7% padecerá Cólico biliar aguda y de los cuales un 1% presentará una complicación como Colecistitis aguda, pancreatitis biliar o coledocolitiasis.

# CÁLCULOS

80% de los cálculos son los cálculos de colesterol-salesbiliares → Son el tipo más común de litos

## COMPONENTES DE LOS CALCULOS

- 80% componente mixto → Colesterol-Bilirrubinato cálcico
- 10% pigmentos negros o cafés
- 5 a 10% colesterol puro

# PATOLOGÍA

Cuando el colesterol excede su solubilidad se precipitan los cristales en la bilis lo que lleva a la evolución de litos. Estos litos requieren la presencia de cualquiera de estos factores:

Supersaturación de colesterol

Nucleación acelerada

Estasis biliar

Supersaturación:

Debe de haber un balance delicado de las concentraciones de colesterol y ácidos biliares. Si hay un exceso en el colesterol relativo a fosfolípidos o ácidos biliares, o si hay una reducción en estos últimos, ocurre la supersaturación.

# LODO BILIAR



La principal causa de lodo biliar es el embarazo

En el ultrasonido, el lodo aparece como una zona hipogénica que carece de sombra acústica.

Cuando aparece el lodo biliar, puede resolverse permanentemente o progresar a litiasis.

# CUADRO CLINICO

Hasta el 80% de las colelitiasis son asintomáticas y no provocarán entidad clínica ni complicación evolutiva

La primera manifestación sintomática de la colelitiasis (y la más frecuente) suele ser el **cólico biliar** y puede progresar a una colecistitis aguda.

DX

El ultrasonido abdominal es positivo en un 98% de sensibilidad en los casos de colelitiasis

Ecografía patologica

## Colelitiasis



# TRATAMIENTO DE LA COLELITIASIS

En general, los pacientes asintomáticos no se han de tratar. Sin embargo, la colecistectomía se ha recomendado en determinadas situaciones asintomáticas especiales

## SITUACIONES RECOMENDADAS PARA MANEJO QUIRURÚGICO

- Cálculos  $>2.5\text{cm}$  ya que se asocian a Colecistitis aguda más que los cálculos pequeños.
- Anemia falciforme puede precipitar crisis hemolíticas graves
- Vesícula en porcelana por su alta asociación con el cáncer de vesícula
- Pólipos vesiculares de  $>1\text{cm}$
- Inmunosupresión crónica
- Pacientes usuarios de NPT de larga evolución por su riesgo de Colecistitis

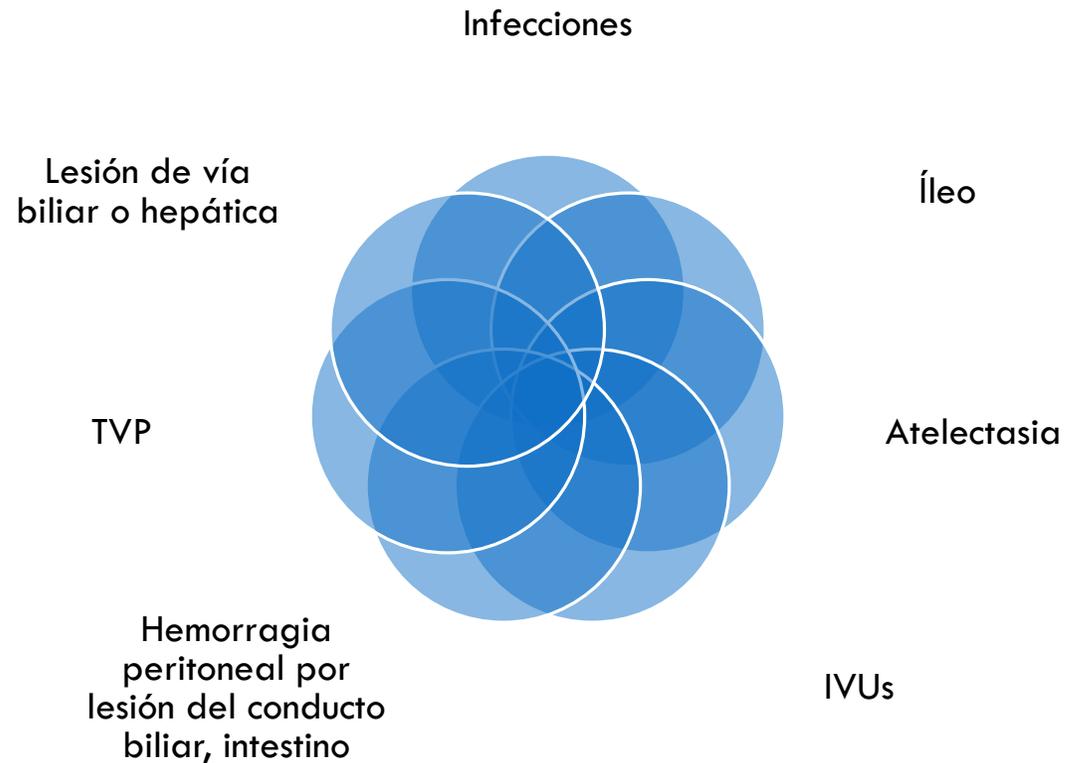
# CIRUGIA DE LA COLELITIASIS

Actualmente el procedimiento de elección es la colecistectomía laparoscópica

- Mortalidad casi nula y mínima morbilidad cuando se realiza de forma electiva
- Mejores resultados en la colecistectomía laparoscópica que en otro tratamiento.
- Contra la colecistectomía abierta, la laparoscópica tiene menor mortalidad y complicaciones además de menor estancia hospitalaria y más rápida incorporación a la vida laboral.

Dar incapacidad de 14 a 21 días en la colecistectomía laparoscópica vs 28 días de la cirugía abierta.

# COMPLICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA



# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En pacientes con alto riesgo quirúrgico o que rechazan la cirugía se debe de usar:

Se debe mantener el ácido ursodesoxicólico y ácido quenodesoxicólico por lo menos 1 a 2 años.

Los principales inconvenientes de este tratamiento son:

- Recidiva de la enfermedad litiasica en un plazo breve de tiempo.
- Baja adhesión por sus efectos adversos.
- Elevado coste/efectividad frente a la colecistectomía.

ANTIINFLAMATORIOS  
NO ESTEROIDEOS

- Se recomienda AINES en pacientes con cólico biliar para prevenir la aparición de colecistitis aguda, aunque una vez establecida, no remite.
- Según GPC se recomienda Diclofenaco 75mg IM