



Universidad del sureste  
Campus Comitán  
Licenciatura en Medicina Humana



Tema: Patología biliar

Vázquez Santiz Antonia Berenice  
7° "A"

Materia: Clínicas quirúrgicas complementarias

Nombre del docente: Dr. Morales Domínguez Alan de Jesús

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de junio del 2025

# cólico biliar/colelitiasis

## Evaluación clínica e inspección

### Síntomas clave:

- Dolor en cuadrante superior derecho (puede irradiarse al hombro derecho)
- Fiebre, ictericia, cambios en orina/hematosis → sospecha de colangitis o litiasis coledocal
- Náuseas, vómito, fiebre → posible colecistitis
- Paciente sin fiebre ni ictericia → colelitiasis simple

## Pruebas de laboratorio

- Marcadores inflamatorios: leucocitosis, PCR elevada.
- Perfil hepático/colestático: bilirrubina, FA, GGT,
  - Elevación colestática sugiere obstrucción biliar o coledocolitiasis.
  - Patrón hepatocelular agudo ("enzimas en centenas"), con colestasis leve, sugiere posible cólico biliar temprano.

## Imagen inicial: Ecografía abdominal

- Primera opción en sospecha biliar: sensibilidad 80-90%, especificidad similar.
- Hallazgos clave: cálculos, engrosamiento pared >3 mm, líquido pericolecístico, signo de Murphy ecográfico.

## Algoritmo resumido (flujo de decisiones)

1. Clínica + signos físicos (Murphy)
2. → Labs: CBC, PCR, bilirrubina, FA, GGT, AST/ALT
3. → US abdominal
  - Si confirma: tratamiento según grado
  - Si no confirma y sospecha moderada/alta:
    - → HIDA (para colecistitis)
    - → TC abdominopélvico (para complicaciones o diagnóstico diferencial)
    - → MRCP/USE si se sospecha coledocolitiasis o enfermedad del conducto

## Estudios de segunda línea

- Gammagrafía HIDA: sensibilidad ~95-97%, especificidad ~90-95%. Especialmente útil en colecistitis acalculosa o dudas tras US.
- TC abdominopélvico (con contraste): solo si se sospechan complicaciones (perforación, absceso, enfisematosa)

## Confirmación y diagnóstico diferencial

- Colecistitis aguda: clínica + lab + imagen (US/ HIDA/TC).
- Coledocolitiasis: bilirrubina/colestasis elevadas + dilatación de vía biliar; estudio por US, MRCP o ya en segundo nivel. ERCP o CPRE actúan como confirmación y tratamiento.
- Colangitis aguda: tríada de Charcot (dolor, fiebre, ictericia), o pentada de Reynolds si hay shock o alteración mental; confirmar con labs y US o TC; MRCP para definir obstrucción; ERCP + antibióticos son esenciales.

**Tratamiento: analgésicos (AINES), líquidos, antibióticos si se complica; colecistectomía (preferiblemente laparoscópica temprana), CPRE o drenaje según sea necesario (Tokyo Guidelines).**

Condición	Primario manejo inicial	Timing quirúrgico/interve
<b>Colecistitis aguda</b>	Líquidos IV, antibióticos,	Colecistectomía laparoscópica
<b>Coledocolitiasis</b>	Diagnóstico con imagen + ERCP	Extracción de cálculos durante
<b>Colangitis aguda</b>	Líquidos IV, antibióticos,	ERCP urgente (< 24-48 h) para