



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
MEDICINA HUMANA  
CAMPUS COMITAN**



TEMA:  
ALGORITMO PATOLOGÍA BILIAR

MATERIA:  
CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

ALUMNA:  
DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEÓN

GRADO Y GRUPO:  
SEPTIMO "A"

DOCENTE:  
DR. ALAN DE JESUS MORALES DOMINGUEZ

# Introducción

---

El sistema biliar cumple una función esencial en la digestión de las grasas a través del almacenamiento y liberación de la bilis. No obstante, diversas alteraciones pueden afectar su funcionamiento, dando lugar a un conjunto de entidades clínicas conocidas como patologías biliares. Estas afecciones, que incluyen desde cuadros benignos como el cólico biliar hasta complicaciones severas como la colecistitis aguda, colangitis o pancreatitis biliar, representan un motivo frecuente de consulta médica y hospitalización.

El punto de partida habitual en la práctica clínica es la presencia de dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, característico del cólico biliar, el cual se convierte en la primera señal de alerta. Sin embargo, este síntoma inicial puede corresponder a un espectro amplio de diagnósticos, por lo que se vuelve fundamental establecer criterios clínicos, de laboratorio e imagenológicos que permitan una clasificación adecuada y un manejo oportuno y dirigido.

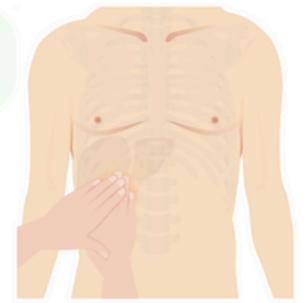
Este trabajo tiene como objetivo describir las principales patologías biliares, sus características clínicas, diagnósticas y fisiopatológicas, y proponer un esquema de clasificación útil desde la etapa inicial del cólico biliar, para facilitar una toma de decisiones clínica más eficiente y con mejor pronóstico para el paciente.

Identificar

1



# PATOLOGIA DE VIA BILIAR



## CLINICA

Dolor en CSD (tipo cólico)  
Náuseas, vómitos  
Fiebre

2

Seguir con

## EXPLORACION FISICA

- Dolor en CSD a la palpación
- Signo de Murphy positivo
- Masa palpable en CSD

3

Pensar en

## PATOLOGIA

Colelitiasis  
Colecistitis aguda  
Colecistitis crónica  
Coledocolitiasis  
Colangitis

## ETIOLOGIA

Litos de colesterol o pigmentados en la vesícula  
Obstrucción del conducto cístico por un lito  
Episodios repetidos de obstrucción e inflamación  
Migración de cálculos a colédoco  
Obstrucción biliar + infección bacteriana ascendente

## POSIBLE

Ictericia



4

Pedir

## LABORATORIOS

- **BH:** leucocitosis en colecistitis, colangitis
- **PFH:** elevación de bilirrubinas, FA, GGT en obstrucción (coledocolitiasis/colangitis)
- **PCR:** marcador de inflamación (↑ en colecistitis y colangitis)
- **Amilasa/lipasa:** para descartar pancreatitis biliar
- **TP/INR:** valorar función hepática
- **Cultivos sanguíneos** (en colangitis o sepsis)

## IMAGEN

- **USG hepatobiliar:** Lito, engrosamiento de pared, Murphy USG +, líquido perivesicular
- **TAC** (USG no concluyente): Inflamación, perforación, absceso, colédoco dilatado.
- **CPRE** (Dx y Tx): Litos en colédoco, estenosis
- **Colangio-RM** (Alternativa para visualizar): Alta sensibilidad para coledocolitiasis



Elección

## ALARMA

Sepsis (fiebre, hipotensión, alteración del estado mental)  
Irritación peritoneal  
Inestabilidad hemodinámica

5

Diferenciar

## DX DIFERENCIAL

- Pancreatitis aguda
- Hepatitis viral
- Úlcera péptica perforada
- Apendicitis
- Colitis
- Infarto agudo al miocardio
- Cólico renal
- Tumor vesicular o colangiocarcinoma

6

Descartar

CARACTERISTICA	COLELITIASIS	COLECISTITIS A	COLECISTITIS C	COLEDOCOLITIASIS	COLANGITIS
Cólico biliar	+	+, intenso, continuo	+, episódico	+, irradia espalda	+ severo
Fiebre	-	+	-	+/-	+++
Murphy (+)	-	+	-	-	-
Ictericia	-	-	-	+	+++
Labs	N	↑ Leucos, PCR ↑	N	BT, BD ↑, FA, GGT ↑	BT, BD ↑, leucocitosis+ y cultivo +
Imagen	Lito libre	Lito + engrosamiento de la pared	Lito, vesícula escleroatrofíca	Lito, en colédoco (si se ve)	Coledoco dilatado + litos

7

Manejo



## RECUPERACION

- Colecistectomía laparoscópica no complicada: alta en 24 h, recuperación 7-14 días
- Cirugía abierta: estancia hospitalaria 2-3 días, recuperación ~21 días
- Seguimiento en cirugía general postoperatoria

8

Seguimiento

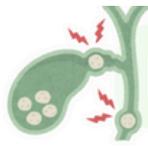
## PATOLOGIA

Colelitiasis  
Colecistitis aguda  
Colecistitis crónica  
Coledocolitiasis  
Colangitis

## TRATAMIENTO

- Analgésico (AINEs: Diclofenaco 75 mg IM), Programar colecistectomía electiva (laparoscópica)
- Grado I (leve): ATB IV, Colecistectomía laparoscópica temprana.
- Grado II (moderada): ATB doble, Cirugía laparoscópica si es viable;
- Grado III (grave/sepsis): Drenaje biliar, Colecistectomía a la mejoría
- Colecistectomía electiva programada y Control de comorbilidades
- Solicitar colangio-RM o CPRE, Si hay litos en colédoco → CPRE con extracción de litos y Posterior colecistectomía
- UCI + antibióticos de amplio espectro, CPRE urgente para drenaje





# PATOLOGIA DE VIA BILIAR

9

Resumen

## PACIENTE

Dolor en CSD ± fiebre ± ictericia



## USG HEPATOBILIAR

Lito sin inflamación

Lito + signos inflamatorios

Vesícula escleroatrófica

Dilatación colédoco o ictericia

COLELITIASIS

COLECISTITIS AGUDA

COLECISTITIS CRONICA

COLEDOCOLITIASIS / COLANGITIS

10

importante



SIGNOS CLÍNICOS CLAVE A BUSCAR

### SIGNO DE MURPHY

- Técnica: Coloca tu mano en el CSD, pide al paciente que inspire profundamente. Si interrumpe la inspiración por dolor, es positivo.
- Muy sensible para colecistitis aguda.

### TRIADA DE CHARCOT (SUGIERE COLANGITIS AGUDA)

- Dolor en hipocondrio derecho
- Ictericia
- Fiebre

### PENTADA DE REYNOLDS (COLANGITIS GRAVE/SEPSIS)

- Triada de Charcot
- Hipotensión
- Alteración del estado de conciencia

## USG CARACTERISTICAS (TOKIO)

- Signo de Murphy ecográfico positivo
- Engrosamiento de la pared vesicular >5 mm
- Presencia de líquido perivesicular (coleperitoneo)
- Lito impactado en el cuello o conducto cístico (lito encarcelado)
- Distensión vesicular
  - Vesícula >8 cm de largo o >4 cm de ancho (diametral).
- Sombra acústica posterior
- Imagen de doble pared (signo del doble halo o doble riel)
- Ecos intramurales o gas en la pared

11

Herramienta

## CRITERIOS DE TOKIO

- Signos locales de inflamación
  - Signo de Murphy
  - Masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho
- Signos sistémicos de inflamación
  - Fiebre >37.5
  - Proteína C reactiva elevada
  - Leucocitosis >10x 10 /L
- Imagen
  - Edema con pared >5mm, vesicula distendida, Murphy sonografico, liquido perivesicular, colelitiasis

## VALORACION

- Sospecha diagnostica
- un criterio A + un criterio B
- Diagnostico definitivo
- un criterio A + un criterio B + C

## BIBLIOGRAFIA

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2011). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis (IMSS-237-09). México: Secretaría de Salud.
- Miura, F., Okamoto, K., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., Pitt, H. A., ... & Kiriyaama, S. (2018). Tokyo Guidelines 2018: Management strategies for gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis (with videos). Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences, 25(1), 87-95. <https://doi.org/10.1002/jhbp.518>

DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEON