

CIRUGÍA

ANÁLISIS RETROSPECTIVO SOBRE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL CÓLICO BILIAR; EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS, DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, EN EL PERÍODO DE ENERO-AGOSTO 2010

Viviana Ramírez Sánchez*

SUMMARY

The gallstones (cholelithiasis) has a significant prevalence in the population of Western countries, 14.3% in Costa Rica, according to INEC. A study was conducted to describe the clinical presentation of the biliary colic, on the population of patients between 18 to 65 who attended at the Emergency Service of the San Vicente de Paul hospital. It was found that the age group between 50-57 years old was the most affected. Regarding genre, there was a relation of 3:1 (female:male) and most of them had abdominal pain, specifically in the right hyponchondrium, which was described by the

patients as moderate, they also mentioned vomiting as the main symptom. The patients with any complication presented, was documented Murphy as the most noticeable sign. The pathology of these patients, who had clinical characteristics of biliary colic, was confirmed by ultrasound. Also, semiology was very important when adequately approaching the patient in the emergency room to guide our diagnosis and be more efficient; it is fundamental to recognize the clinical characteristics of the entities wanted.

Keywords: Cholelithiasis, biliary colic, clinical presentation of cholelithiasis

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es un síntoma inespecífico de múltiples causas³, por el que, con más frecuencia, acude el paciente a urgencias, constituyendo casi el 85% de las consultas a este servicio. Es un síntoma frecuente que puede aparecer en la mayoría de los trastornos intraabdominales^{1,18}, que en gran parte de los casos, puede estar relacionado a colelitiasis (presencia de litos en la vesícula biliar)¹⁵; sin embargo, también, puede ser la manifestación principal de afecciones, localizadas fuera de la cavidad abdominal; es por ello, la importancia de describir claramente el dolor y las carac-

* Médico General. E-mail: v_vramirez 01@hotmail.com

terísticas clínicas más frecuentes que puedan orientar, en forma más eficaz, para el diagnóstico de la colelitiasis. Hay tres factores que contribuyen a la formación de cálculos biliares: las anormalidades en la composición de la bilis, la estasis biliar y la inflamación de la vesícula biliar^{7,9,16}. Muchas personas con cálculos biliares no presentan síntomas^{3,15}. Cada año se descubren esta afección en alrededor de 1 millón de nuevos pacientes, de los que la mitad terminan por ser intervenidos, no obstante >80% son asintomáticos^{4,5}. Los síntomas se producen, cuando los cálculos causan inflamación u obstruyen el flujo biliar (< 8 mm de diámetro), hasta el conducto cístico, o pasan al colédoco y producen síntomas de indigestión y cólico biliar. La obstrucción de los conductos cístico o colédoco por un cálculo produce un aumento de la presión intraluminal y distensión de la víscera, que no puede aliviarse, por contracciones biliares reiteradas. El dolor visceral resultante suele ser intenso y mantenido, o se manifiesta, como una sensación de presión en el epigastrio o en el hipocondrio derecho, que, con frecuencia, se irradia a la región interescapular, la escápula derecha o el hombro, este síntoma es conocido particularmente como cólico biliar y constituye el síntoma principal

de la enfermedad por cálculos biliares^{2,10,14}. La prueba diagnóstica estándar para el diagnóstico de colelitiasis es el ultrasonido abdominal^{11,17}, con una sensibilidad y precisión mayor del 95% para cálculos de 4mm de diámetro²; la demostración de la misma es importante porque las densidades, con sombras, que se originan en el seno de la vesícula, se correlacionan con colelitiasis en el 100% de los casos¹⁰. Otro dato ecográfico que permite alcanzar el diagnóstico de la litiasis es la demostración de un movimiento gravitacional de los litos¹⁷.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación de carácter descriptivo de registros médicos, retrospectivo, transversal y no experimental. Se utilizó una muestra de 49 pacientes, entre los 18 a los 65 años de edad, ambos géneros, que se presentaron al Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl con clínica de dolor tipo cólico, a los cuales se les haya realizado ultrasonido abdominal, con el fin de confirmar el diagnóstico de litiasis vesicular, en el período del 1ero de enero al 31 de agosto de 2010. Como fuentes de información se solicitó en el Departamento de Estadística del Hospital San Vicente de Paúl

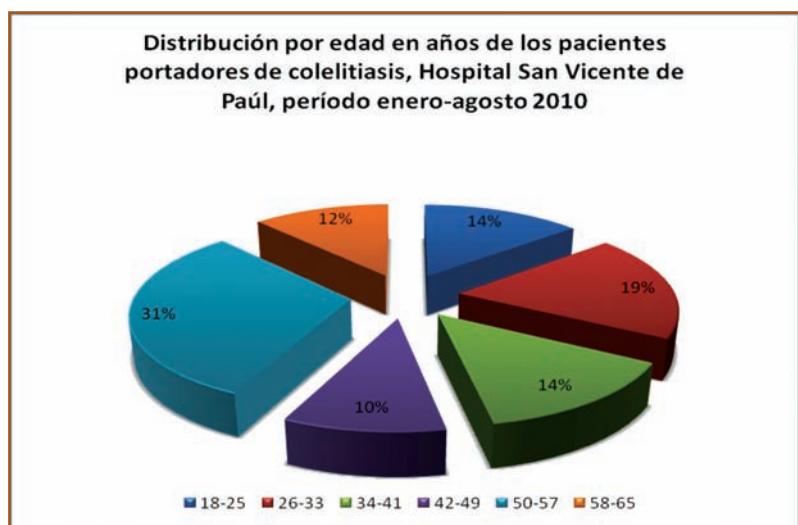
la selección de las hojas de puerta del Servicio de Emergencias, en el período descrito, con diagnóstico de egreso: Colelitiasis. Se realizó revisión bibliográfica de libros y artículos para lograr obtener la teoría y datos existentes, hasta la actualidad.

RESULTADOS

Los siguientes resultados provienen del análisis de las características de los pacientes seleccionados, como muestra para este estudio, y ellos son: Número total de pacientes 49, ubicación geográfica: Provincia de Heredia, sitio del estudio: Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, período: De enero a agosto del 2010, información recolectada: Únicamente se revisó Hojas de Emergencias y no expedientes, esto con el fin de obtener datos fidedignos y no incurrir en anotar datos no recolectados en el Servicio de Emergencias, ya que el alcance de la presente investigación fue generar un cuadro clínico, que permita mejorar la certeza diagnóstica. Del total de casos el rango de edad más frecuente, 31%, correspondió al grupo etario entre los 50-57 años de edad.

Ver gráfico 1.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia

El 76% de la población corresponde al género femenino. De los pacientes que consultaron, característicamente, el 92% de los 49 casos presentó dolor abdominal, mientras en el otro 8% restante,

el dolor se presentó, de forma atípica, en otras regiones, como por ejemplo tórax. El dolor se clasificó según la escala numérica para la evaluación del dolor.

Figura 1

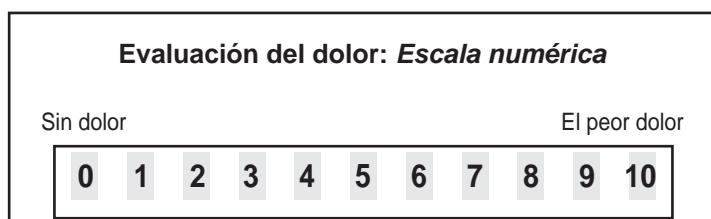


Figura 1. Escala numérica para evaluación del dolor

Leve: 1-3 puntos **Moderado:** 4-6 puntos **Severo:** mayor de 7 puntos.

En cuanto a la intensidad del dolor, se dedujo que en el 35% de los casos, la intensidad fue moderada, seguida por un 20% que indicó ser severo, un 18% fue leve y en un 27% de los casos, las hojas de puerta de emergencias, no contenían ningún dato que hiciera referencia a la intensidad

del dolor que presentaba el paciente a la hora de ser abordado. La localización del dolor más frecuente, corresponde a la región anatómica del hipocondrio derecho en el 66% de los casos, seguido de un 12% en epigastrio. En menor porcentaje se encuentran otras zonas anatómicas, como

lo son flanco derecho, fosa ilíaca izquierda, entre otras. Con respecto a los síntomas el 41% de los pacientes asocio vómito, seguido por un 28% que refirió náuseas. El 49% de los casos no indicó presentar algún signo clínico, y de los que presentaron alguno el más frecuente en el 39% de los casos fue el Murphy; seguido por la ictericia en un 10%. Al 98% de los pacientes se les realizó estudio ultrasonográfico en el Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl, mientras que el 2% restante corresponde a un paciente, el cuál portaba la realización de dicho estudio, a nivel privado.

DISCUSIÓN

Se observó que el grupo etario con mayor prevalencia de casos osciló, en primer lugar, entre los 50-57 años con un 31%. Los resultados obtenidos se correlacionaron al compararlos con la literatura, en la que se habla de que la edad es un factor de riesgo importante. Se anota que la edad límite de riesgo son los 40 años, sin embargo, la probabilidad de padecer de colelitiasis entre los 40-69 años es 4 veces mayor que el resto de los sujetos de menor edad, incluso se establece que posterior a los 40 años el riesgo aumenta un 1-3% por año^{7,12}. El género femenino, correspondió al 76%, el cuál según las fuentes

bibliográficas consultadas es tres veces más probable que las mujeres formen cálculos vesiculares³, incluso, es el factor de riesgo más importante. En un estudio realizado en Estados Unidos se obtuvo cifras de litiasis vesicular correspondiente a un 20% en las mujeres y 8% en varones de más de 40 años¹⁰. Con base en los datos el 92% de los pacientes presentó dolor abdominal. Lo que corresponde con la teoría de cólico biliar pues su característica principal es el dolor abdominal^{8,15}. En este estudio el 8% que no presentó dolor se debió a que los casos revisados tenían, como diagnóstico de egreso: Colelitiasis, ya que el cólico es un síntoma y no un diagnóstico con lo que 4 de los casos del estudio consultaron por dolor atípico, como lo fue el dolor interescapular, otros 2 con dolor torácico, incluso, con diagnóstico, a su vez, de angor inestable y como hallazgo incidental al solicitar estudios complementarios de ultrasonido de abdomen se documentó en los reportes ultrasonográficos: Colelitiasis. El cuarto caso, sin dolor abdominal, corresponde a un trastorno hidroelectrolítico, que al ultrasonido de abdomen se reportó con diagnóstico de colelitiasis. Se correlacionó la localización del dolor, en el que el predominio fue en hipocondrio derecho (66% de los casos), seguida en epigastrio (12%), según la literatura hace

mención sobre la localización en hipocondrio derecho y epigastrio, así como la irradiación dorsal, a la vez que enfatiza que las localizaciones no son exclusivas ni constantes^{3,6,14}. Con respecto a los síntomas, se analizó que el 41% presentó vómitos, se consiguió una relación entre los hallazgos encontrados y la teoría, donde se indica que en el 80% de los casos se observan vómitos, primero de contenido gástrico y luego bilioso^{2,10}. Con respecto a los signos, el 49% de los pacientes no indicó signo alguno, lo cual era lo esperable ya que se sabe, que la presencia de algún signo como lo fue el Murphy en un 39%, seguido por ictericia en un 10%, corresponde a un cólico biliar complicado, por el que entendemos aquel que presenta complicaciones, ya sea por obstrucción de un lito en la vía biliar principal: Coledocolitiasis o inflamación de la pared de la vesícula biliar: Colecistitis^{8,13}.

CONCLUSIONES

En cuanto a la edad de presentación de litiasis vesicular, la mayoría de los casos, se ubicó en el rango de los 50-57 años de edad. Se encontró una prevalencia en el género femenino, con respecto al masculino; presentando una relación 3:1, se determinó que la presentación del dolor en la mayoría de los pacientes, portadores

de litiasis vesicular, es de origen abdominal, y de estos, la localización anatómica del dolor, tuvo un marcado predominio en hipocondrio derecho. La intensidad del dolor abdominal se clasificó, en un mayor porcentaje de los pacientes, como moderada, en una escala numérica del 1-10. De la población en estudio, se evidenció, que el síntoma más frecuente asociado, es el vómito. El mayor porcentaje de los pacientes estudiados por litiasis vesicular, luego del examen físico, no presentaron ningún signo, mientras que, en los pacientes que sí presentaron alguno, el Murphy fue el más frecuente. Con respecto a los hallazgos ultrasonográficos, el total de los pacientes, presentaron un ultrasonido positivo por litiasis vesicular, sin embargo el diagnóstico del dolor tipo cólico biliar en hipocondrio derecho, causado por litiasis vesicular es, eminentemente clínico, y no es necesario esperar su corroboración por ultrasonido abdominal, para tomar una decisión terapéutica. Considero que se debe especificar las características con las que se presenta el dolor de tipo abdominal a la hora de realizar la anamnesis, como lo hace el presente estudio, esto es de gran ayuda para orientar el enfoque diagnóstico de la litiasis vesicular, para con esto concientizar a los médicos sobre la importancia de elaborar adecuadamente la histo-

ria clínica y examen físico antes de emitir un diagnóstico.

RESUMEN

La litiasis vesicular (colelitiasis) tiene una importante prevalencia en los habitantes de los países occidentales, según el INEC en Costa Rica es de un 14.3%. Se realizó un estudio para describir la presentación clínica del cólico biliar, en la población de pacientes entre 18 y 65 años que acudieron al Servicio de Emergencias del Hospital San Vicente de Paúl y se encontró que el grupo etario entre los 50-57 años es el más prevalente, en el género se presentó un relación femenino: masculino 3:1, con un predominio de dolor de origen abdominal, específicamente en hipochondrio derecho, con una intensidad la cual los pacientes la refirieron con moderada, como síntoma principal asociaron el vómito, y de los pacientes que presentaron alguna complicación el signo con mayor prevalencia fue el Murphy, estos pacientes los cuales consultaron con datos clínicos característicos de cólico biliar, su patología fue corroborado por ultrasonido abdominal con el diagnóstico de colelitiasis. Es necesario mencionar la importancia de la semiología al momento de realizar un adecuado abordaje del paciente en el servicio de emergencias con el fin de orientar nuestro diag-

nóstico y ser mas eficientes, para esto se necesita tener claro las características clínicas de las entidad que se busca.

Palabras Claves: Colelitiasis, cólico biliar, presentación clínica de colelitiasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argente, H. (2008). *Semiología médica: Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica: Enseñanza basada en el paciente* (1^a ed. 3^a reimp.). Argentina: Panamericana.
2. Beckingham, IJ. (2001). *ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system: Gallstone disease*. *BMJ*, 322 (91-92), 91-94.
3. Brunicardi, F., Andersen, D., Billiar, T., Dunn, D., Hunter, J., Pollock, R. (2007). *Schwartz's principles of surgery* (8^a ed.). México: McGraw - Hill.
4. Cotran, R., Kumar, V., Collins, T. (2004). *Patología Estructural y Funcional* (6^a ed.). España: McGraw-Hill Interamericana.
5. Di Ciaula, A., Wang, D., Wang, H., Bonfrate, L., Portincasa, P. (2010). Targets for Current Pharmacologic Therapy in Cholesterol Gallstone Disease. *Gastroenterol Clin*, 39 (245, 247-251) 245-264.
6. Elwood, D. (2008). Cholecystitis. *Surg Clin*, 88 (1241-1243), 1241-1252
7. Ganong, W (2000). *Fisiología médica* (19^a ed.). México: Editorial El Manual Moderno.
8. Gurusamy, K., Davidson, B. (2010). Surgical Treatment of Gallstones. *Gastroenterol Clin*, 39 (230-231), 229-244.
9. Guyton, A., Hall, J. (2006). *Tratado de fisiología médica* (11^a ed.). España: Elsevier.
10. Kasper, L., Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. (2006). *Harrison principios de Medicina Interna* (16^a ed.). México: McGraw - Hill.
11. Laing, F. (2006). *Vesícula y vías biliares* (2^a ed.). España: Elsevier.
12. Lambou-Gianoukos, S., Heller, S. (2008). *Lithogenesis and Bile Metabolism*. Elsevier 88 (1175-1182; 1184-1188), 1175-1194.
13. Litwin, D., Cahan, M. (2008). Laparoscopic Cholecystectomy. *Surg Clin*, 88 (1305) 1295-1313.
14. Mackay, S., Dillane, P. (2004). Biliary Pain. *Australian Family Physician*, 30(977-978; 981), 977-981.
15. Mc Phee, S., Lingappa, V., Ganong, W. (2003). *Fisiopatología médica: Una introducción a la medicina clínica* (4^a ed.). México: Editorial El Manual Moderno.
16. Porth, C. (2006). *Fisiopatología Salud-enfermedad: un enfoque conceptual*. (7^a ed.). Madrid: Medica Panamericana.
17. Rumack, C., Wilson, S., Charboneau, W. (2006). *Diagnóstico por Ecografía* (2^a ed.). España: Elsevier.
18. Surós, A. (2006). *Semiología médica y técnica exploratoria* (8^a ed.). España: Elsevier.