

CIRUGÍA GENERAL

COLECISTITIS CALCULOSA
AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Fiorella Molina Coto*

SUMMARY

Acute cholecystitis is a complication of cholelithiasis, affecting most frequently the female form. Its clinical presentation is characterized mainly by a right upper quadrant pain associated with nausea, anorexia and fever. The diagnosis is based on clinical parameters and radiographic findings mainly on ultrasound. The definitive treatment is laparoscopic cholecystectomy to be done within 24 to 72 hours to reduce the risk of complications.

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar es uno de los problemas más comunes que afectan al sistema digestivo, ciertos estados predisponen a la formación de cálculos biliares como obesidad, embarazo, factores alimentarios, edad, cirugías gástricas, entre otros.³ La colescitis aguda es una complicación de la colelitiasis, que afecta más de 20 millones de personas. La mayoría de pacientes con colelitiasis son asintomáticos, y solo el 20% de los pacientes llegan a desarrollar una colescitis aguda. Aproximadamente el 60% de los pacientes son mujeres, sin embargo dicha enfermedad tiende a ser más severa en el género

masculino.⁸FISIOPATOLOGÍA
Y CLÍNICA

La colescitis aguda es una inflamación de la vesícula biliar que ocurre en la mayoría de las veces por una obstrucción del conducto cístico en presencia de una bilis supersaturada de colesterol. La inflamación al inicio es estéril en la mayoría de los casos, sin embargo la infección bacteriana ocurre como un evento secundario. Aproximadamente el 50% de los pacientes tiene cultivos de bilis positivos por *E. coli* y de la familia de las

Enterobacterias y anaerobios. En los casos más severos (5% a 18%) el proceso inflamatorio puede causar isquemia, necrosis y la perforación de la vesícula biliar. Cuando parte de la infección bacteriana secundaria está constituida por microorganismos que forman gas, puede reconocerse en la pared de la vesícula biliar en radiografías y Tac de abdomen en una entidad que se denomina vesícula biliar enfisematosa.^{1,3,7,8} Los pacientes con colecistitis aguda se presentan típicamente con dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio, asociado a náuseas, vómitos, anorexia y fiebre. Es frecuente después de las comidas grasosas o en horas de la noche, cuando el dolor dura más de 24 horas debe sospecharse de colecistitis aguda.^{3,7,8} A la exploración se encuentra una hipersensibilidad a nivel de cuadrante superior derecho y la presencia del signo de Murphy una detención en la inspiración con la palpación del área subcostal derecha.³ En los exámenes de laboratorio puede que haya un aumento leve de bilirrubina sérica menor de 4mg/dL, junto con un incremento discreto de la fosfatasa alcalina, transaminasas y amilasa. En pocos casos ocurre una leucocitosis de más de 20 000 lo que sugiere una forma grave de colecistitis complicada como gangrenosa, perforación o colangitis comitante. La

ictericia grave sugiere cálculos en el colédoco o una obstrucción de los conductos biliares por inflamación pericolestística grave consecutiva a un impacto de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula biliar que obstruye de forma mecánica el conducto biliar el Síndrome de Mirizzi.^{2,3,7}

DIAGNÓSTICO

La ecografía es el estudio radiológico más útil para el diagnóstico, con una sensibilidad y especificidad del 85% al 95%, respectivamente. Es sensible para documentar la presencia de cálculos, además demuestra un engrosamiento de la pared vesicular de más de 4mm, líquido pericolestístico, distensión vesicular, litos impactados, y el signo sonográfico de Murphy que es la hipersensibilidad focal cuando se comprime la vesícula

biliar con la sonda sonográfica.^{6,10}

La gammagrafía con radionúclidos es usada con menos frecuencia para el diagnóstico de colecistitis aguda en casos atípicos. La falta de llenado de la vesícula biliar después de 4 horas indica obstrucción del conducto cístico y es muy sensible y específica para realizar el diagnóstico. En pacientes con dolor agudo de abdomen con frecuencia se lleva a cabo la tomografía axial computarizada, la cual revela engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, el líquido pericolestístico y la presencia de cálculos biliares, pero es menos sensible que la ecografía.^{3,7} El gold estándar para el diagnóstico es el hallazgo de una vesícula biliar patológica al examinarla. La conferencia de Tokyo clasifica la colecistitis aguda con el objetivo de guiar a la mejor terapia, la colecistectomía.⁸

Cuadro 1.
Diagnostic Criteria for Acute Cholecystitis, According to Tokyo Guidelines⁸

Clinical Manifestations

Local symptoms and signs

- Murphy's sign
- Pain or tenderness in the right upper quadrant
- Mass in the right upper quadrant

Systemic signs

- Fever
- Leukocytosis
- Elevate C-reactive protein level

Imaging findings

- A confirmatory finding on ultrasonography or hepatobiliary scintigraphy

Diagnosis

The presence of one local sign or symptom, one systemic sign, and confirmatory finding on an imaging test

TRATAMIENTO

El tratamiento de la colecistitis depende de la severidad y de la presencia de complicaciones. Para la colecistitis aguda el manejo inicial incluye reposo intestinal, hidratación intravenosa, corrección de alteraciones electrolíticas, analgesia y antibióticos intravenosos.¹ Los antibióticos son recomendados utilizarlos cuando son basados en parámetros clínicos, fiebre mayor de 38.5°C y de laboratorio como una leucocitosis mayor de 12500 células/mm³ o hallazgos radiológicos como inflamación vesicular. La terapia antibiótica utilizada es una Cefalosporina de segunda generación combinada con una Quinolona o Metronidazole o una Cefalosporina de tercera generación con un buen espectro contra anaerobios.⁸ El tratamiento definitivo es la colecistectomía laparoscópica que es considerada el "gold standard" para tratar la colelitiasis sintomática y la colecistitis aguda.^{5,9} La colecistectomía laparoscópica debe realizarse en las primeras 24 a 72 horas después de realizarse el diagnóstico. Cuando los pacientes consultan en fase tardía, después de 3 o 4 días de presentarse la patología o por alguna razón no son aptos para realizar la cirugía, se indican antibióticos y se les programa para la colecistectomía

unos dos meses después.⁷ La colecistectomía percutánea se realiza bajo anestesia local con guía radiológica y se utiliza en pacientes que presentan sepsis severas y en los casos donde el tratamiento conservador falla, especialmente en pacientes que no son candidatos a la cirugía.⁸

COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS AGUDA

En la práctica clínica se reconocen complicaciones severas de la colecistitis aguda, estas pueden llegar a ser letales si el diagnóstico y el manejo no son oportunos. Se cree que un factor importante en la incidencia de las complicaciones es el tiempo que tarda el paciente en consultar los servicios de emergencias.⁴ Las complicaciones incluyen empiema de la vesícula, colecistitis enfisematosa, perforación y la fístula enterovesicular.⁷

RESUMEN

La colecistitis aguda es una complicación de la colelitiasis, que afecta de forma más frecuente al género femenino. Su presentación clínica se caracteriza principalmente por un dolor en cuadrante superior derecho asociado a náuseas, anorexia y fiebre. El diagnóstico se basa en

parámetros clínicos y hallazgos radiológicos en el ultrasonido principalmente. El tratamiento definitivo es la colecistectomía laparoscópica que se realiza entre las primeras 24 a 72 horas para disminuir el riesgo de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bloom A. (2014). Cholecystitis. Medscape Reference. 4(8), 215-220
2. Bravo M y Martínez A. (2012). Enfermedad Litiasica Biliar. Elsevier. 11(8), 481-488
3. Brunicki Charles et al. Schwartz Principios de Cirugía, novena edición, Mc Graw Hill.
4. Castro F, Galindo J, Bejarano M. (2008). Complicaciones de Colecistitis Aguda en Pacientes Operados de Urgencia. Revista Colombiana de Cirugía. 23(1), 16-21
5. Ferrarese et al. (2013). Elective and Emergency laparoscopic cholecystectomy in the elderly: our experience. BMC Surgery. 13(2), 1-3
6. Jiménez L y Montero F. Medicina de Urgencias y Emergencias, quinta edición, Elsevier.
7. Mullholland Michael et al. Greenfield's Surgery Scientific Principles and Practice, fifth edition. Lippincott Williams & Wilkins
8. Strasberg S. (2008). Acute Calculous Cholecystitis. The New England Journal of Medicine. 358 (26), 2804-2810
9. Tenconi SM, Boni L, Colombo EM, Dionigi E, Rovera F, Cassionotti E. (2008). Laparoscopic Cholecystectomy as day-surgery procedure current indications and patient's of surgery. International Journal of Surgery. 6(2008), S86-S88
10. Townsend et al. Sabiston Textbook of Surgery, eighteen edition. Saunders Elsevier