

Colecistitis aguda. Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento

Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹

1. CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

1.1. Litiásica

1.2. No Litiásica

1.2.1. Infecciosa:

1.2.1.1 En el curso de una sepsis generalizada

1.2.1.2 En la fiebre tifoidea

1.2.1.3 Debido a gangrena por gérmenes anaerobios

1.2.2. Química

1.2.3 Mecánica

1.2.4 Tumoral

1.2.5 Vascular

1.2.6 Parasitaria

2. DIAGNÓSTICO

2.1 Antecedentes dispépticos:

2.1.1 Intolerancia a las comidas con grasas, salsas, los granos, el chocolate

2.1.2 Dolor abdominal posprandial recurrente en hipocondrio derecho

2.1.3 Náuseas, vómitos, episodios diarreicos frecuentes.

2.1.4 Antecedentes de Ictero, Acolia, coluria

2.2 Diagnóstico anterior de Litiasis vesicular.

2.3 Síntomas y signos:

2.3.1 Dolor espontáneo y a la palpación en Hipocondrio derecho

2.3.2 Maniobra de Murphy Positiva

2.3.3 Tumor palpable en Hipocondrio derecho

2.3.4 Náuseas y Vómitos

2.3.5 Fiebre

2.4 Exámenes de Diagnóstico

2.4.1 Imagenológicos:

- Ultrasonido de Vesícula y Vías Biliares (Vesícula distendida, con paredes engrosadas, bilis de éstasis y litiasis vesicular generalmente hacia el cuello, no movibles. Dolor a la presión del transductor sobre la vesícula).
- Resonancia magnética nuclear.
- Laparoscopia diagnóstica en casos dudosos

3. TRATAMIENTO

3.1 Tratamiento quirúrgico

3.1.1 Colectomía

Es el tratamiento de elección, debe realizarse de urgencia y preferentemente por laparoscopia. En aquellos casos en los cuales la evolución clínica sea superior a las 72 h , o en pacientes con un riesgo quirúrgico o anestésico muy alto, ésta decisión debe ser muy bien valorada.

3.1.1.1 Periodos preoperatorio y postoperatorio (ver el presente manual)

3.1.1.2 Detalles de la técnica

Colecistomía laparoscópica

- Anestesia General
- Neumoperitoneo de 12-15 mm Hg. , tres o cuatro puertos de laparoscopia (según necesidad)
- Punción evacuadora de la Vesícula Biliar
- Tracción cefálica del fondo y bacinete vesicular
- Disección del triángulo de Calot, clipado o ligadura del conducto cístico y de la arteria cística.
- Colecistomía
- Hemostasia y lavado, si es necesario.
- Realizar sistemáticamente colangiografía transoperatoria, con excepción de las ocasiones en que se realiza ultrasonografía transoperatoria.
- Debe dejarse un drenaje subhepático exteriorizado por una de las entradas utilizados para esta operación.

Colecistomía Abierta

Estará indicada en:

- Aquellos pacientes que no soporten un neumoperitoneo a bajas presiones.
- Cuando, por razones técnicas, sea necesaria o prudente una conversión después de intentar el proceder laparoscópico, o por juicio preoperatorio

Técnica

- Anestesia General
- Incisión Subcostal Derecha
- Punción evacuadora de la Vesícula Biliar
- Tracción cefálica del fondo y bacinete vesicular
- Disección del triángulo de Calot, ligadura del conducto cístico y de la arteria cística.
- Colectomía
- Hemostasia y lavado.
- Dejar un drenaje subhepático exteriorizado por una contraabertura.
- Debe realizarse sistemáticamente una colangiografía transoperatoria.

3.1.2 Colectostomía

Puede realizarse por punción (guiada por Ultrasonido) o a cielo abierto con una incisión mínima y anestesia local en los pacientes con alto riesgo.

3.1.3 Coledocotomía

En pacientes con colédoco dilatado, presencia de Ictero, evidencia de cálculos en el colédoco (Ver litiasis del colédoco en el presente manual) se preferirá la vía laparoscópica siempre que sea técnicamente factible y solo con personal entrenado.

3.2 Tratamiento Conservador

En aquellos casos en los cuales la evolución clínica sea superior a las 72 h, o en pacientes con un riesgo quirúrgico muy alto esta decisión debe ser muy bien valorada.

- Suspensión de la vía oral por 24 o 48 horas
- Sonda nasogástrica y aspiración si emesis persistente
- Hidratación parenteral hasta que la vía oral sea bien tolerada
- Antibióticos: asociación de una cefalosporina de tercera generación por vía parenteral.
- Uso de Procinéticos Y antieméticos
- Analgésicos
- Leucograma y eritrosedimentación seriados
- Evaluación Clínica cada 4 horas, palpación abdominal, temperatura, pulso, estado general.

- Si no hay complicaciones, a las 24 a 48 horas se comenzará con la alimentación oral, empezando con líquidos, luego dieta blanda, hasta llegar a la dieta libre hipograsa.
- Si la temperatura, el pulso, el leucograma y la eritrosedimentación no se normalizaran, o las condiciones locales o generales (o ambas) no mejoraran, la conducta debe ser quirúrgica
- Si la evolución es satisfactoria, se realizará colecistectomía electiva a los 6 meses, previo estudio ultrasonográfico de las vías biliares y perfil enzimático hepático (Bilirrubina, TGO, TGP, GGT Y FAL).

1 Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H. Especialista de II Grado en Cirugía General . Hospital C. Q. Docente Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.