

Complicaciones de la colecistitis aguda: diagnóstico y tratamiento

Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹

Nos referiremos a las más frecuentes, que son las siguientes:

1. Empiema Vesicular.
2. Gangrena Vesicular.
3. Perforación Vesicular.
4. Plastrón Vesicular.
5. Absceso Subfrénico.
6. Pancreatitis Aguda .
7. Ileo Biliar.
8. Fístula biliar externa.
9. Fístula biliar Interna.
10. Colangitis Obstructiva Aguda Supurada.

1. EMPIEMA VESICULAR

1.1 Diagnóstico

1.1.1 Síntomas y Signos:

- Taquicardia
- Dolor Intenso y mantenido, con franca irritación peritoneal en el hipocondrio derecho.
- En ocasiones los síntomas son muy pobres.

1.1.2. Exámenes de Diagnóstico:

- Leucograma: leucocitosis alta con gránulos tóxicos; en pacientes de edad avanzada pueden no existir alteraciones.
- Ultrasonido de Vesícula y vías biliares: Vesícula distendida con paredes engrosadas, con bilis muy ecorrefringente y cálculos en su interior.
- Tomografía Axial Computarizada
- Resonancia Magnética Nuclear
- Laparoscopia Diagnóstica

1.2. Tratamiento Quirúrgico

1.2.1. Colectomía de Urgencia (Ver Colectitis Aguda en el presente manual)

1.2.1.1. Indicaciones:

- a) Riesgo Quirúrgico aceptable
- b) Condiciones anatómicas locales que permitan disecar el hilio hepático

1.2.2. Colectostomía

1.2.2.1. Indicaciones:

- a) Riesgo Quirúrgico alto.
- b) Condiciones anatómicas locales que no permitan disecar el hilio hepático con seguridad
- c) Detalles de la técnica: Se preferirá siempre que sea posible realizarla por punción guiada por US. o por vídeo laparoscopia.
De no existir los requerimientos técnicos necesarios, o el personal entrenado, se realizará a cielo abierto, utilizando una sonda de Pezzer No 16 ó 18, fijándose a la piel. La vesícula se fija al peritoneo parietal y se exteriorizará la sonda por contraabertura.
Se obtendrá muestra de pus para coloración de Gram, cultivo y antibiograma.

2. GANGRENA VESICULAR

2.1. Diagnóstico:

Se sospechará durante el proceso de una colectitis aguda, en que el paciente presente:

2.1.1 Síntomas y signos:

- 2.1.1.1. Toma del estado general
- 2.1.1.2. Fiebre (39-40 grados)
- 2.1.1.3. Taquicardia marcada
- 2.1.1.4. Hipotensión arterial
- 2.1.1.5. Signos locales de irritación peritoneal, poco acentuados en relación con las manifestaciones generales.
- 2.1.1.6. En la mayoría de los pacientes se confirmará el diagnóstico durante el acto operatorio.

2.1.2. Exámenes de diagnóstico:

- Se procederá igual que en el empiema vesicular

- En el US y la TAC, puede observarse una pared particularmente engrosada con imágenes sugerentes de gas.

2.2 Tratamiento quirúrgico:

2.2.1. Colectomía: (ver colecistitis aguda en el presente manual)

2.2.1.1 Estará indicada , a pesar de las condiciones generales o locales precarias del enfermo, en los casos siguientes:

- Necrosis del bacinete
- Necrosis en distintas áreas de la pared vesicular

2.2.2. Colectostomía

2.2.2.1 Será indicada en:

- Necrosis circunscrita al fondo
- Si las condiciones locales impiden la colectomía

2.2.3. Detalles de la técnica : Iguales a los del empiema.

3. PERFORACIÓN VESICULAR

3.1 Diagnóstico

3.1.1. Síntomas y signos de peritonitis difusa

3.1.2. Estado de shock

3.1.3. Exámenes de diagnóstico

- El US del hemiabdomen superior o la TAC, pueden hacer el diagnóstico
- La laparoscopia diagnóstica puede ser útil en casos dudosos

3.2. Tratamiento quirúrgico:

3.2.1. La colectomía es el tratamiento de elección .

3.2.2. Colectostomía (ver empiema vesicular en el presente manual)

4. PLASTRÓN VESICULAR

4.1. Diagnóstico

4.1.1. Historia sugerente de colecistitis de mas de 72 h de evolución

4.1.2. Masa tumoral dolorosa, ubicada en el hipocondrio derecho, sin contacto lumbar.

4.1.3. Signos locales de irritación peritoneal, de poca intensidad, en el hipocondrio derecho.

4.1.4. Exámenes de diagnóstico:

- Ultrasonido abdominal, TAC, RMN.
- Laparoscopia diagnóstica en los casos dudosos.

4.2. Tratamiento:

4.2.1. Médico:

4.2.1.1. Pacientes con intolerancia a la vía oral:

- Sonda nasogástrica con aspiración cada 3 h
- Hidratación parenteral, de acuerdo con el balance hidromineral.
- Analgésicos : Dipirona (3-6g/24h)
- Antibióticos (ver el tema correspondiente en el presente manual)

4.2.1.2. Tan pronto se tolere la vía oral:

- Dieta liquida
- Pasar progresivamente, a dieta sólida hipograsa
- Antibioticoterapia Oral (ver el tema de antibióticos en el presente manual)
- Vigilancia estricta cada 12 h, durante 4 días, realizando hemograma y eritrosedimentación..

4.2.1.3. Ante una posible evolución desfavorable (empiema, gangrena o perforación), se deberá intervenir quirúrgicamente, de urgencia.

4.2.1.4. Si la evolución es favorable se llevara a cabo:

- Eritrosedimentación semanal.
- Estudio por US de las Vías Biliares al mes, a los tres y seis meses.
- Perfil hepático al mes, tres y 6 meses (si fuera necesario).
- Valorar CPRE si el perfil hepático sugiere patrón obstructivo.
- Si el plastrón vesicular persiste o se asocia Ictero obstructivo, valorar CPRE, TAC o RMN.

4.2.2. Quirúrgico:

4.2.2.1. Colectomía a los 6 meses

5. ABSCESO SUBFRÉNICO

(Ver ese tema en el presente manual)

6. PANCREATITIS AGUDA

(Ver ese tema en el presente manual)

7. ILEO BILIAR

(Ver ese tema en el presente manual)

8. FÍSTULA BILIAR EXTERNA

Es una complicación excepcional

8.1. Diagnóstico:

8.1.1. Antecedentes de empiema vesicular mal tratado.

8.1.2. Síntomas y signos:

- Fístula en el hipocondrio derecho que drena pus con bilis mal ligada y, en ocasiones , cálculos biliares.

8.1.3. Exámenes radiológicos:

- Fistulografía.

8.2. Tratamiento: Fistulectomía y colecistectomía abierta.

9. FÍSTULA BILIAR INTERNA

9.1. Diagnóstico:

9.1.1. Antecedentes de colecistitis aguda o subaguda

9.1.2. Puede acompañarse de un proceso clínico de colangitis

9.1.3. Es posible que ocurra la expulsión de cálculos junto con las heces fecales

9.1.4. Exámenes radiológicos:

9.1.4.1 Radiografía simple de abdomen (muestra gas en las vías biliares)

9.1.4.2. Examen de estómago y duodeno, que mostrará el pase del contraste a las vías biliares

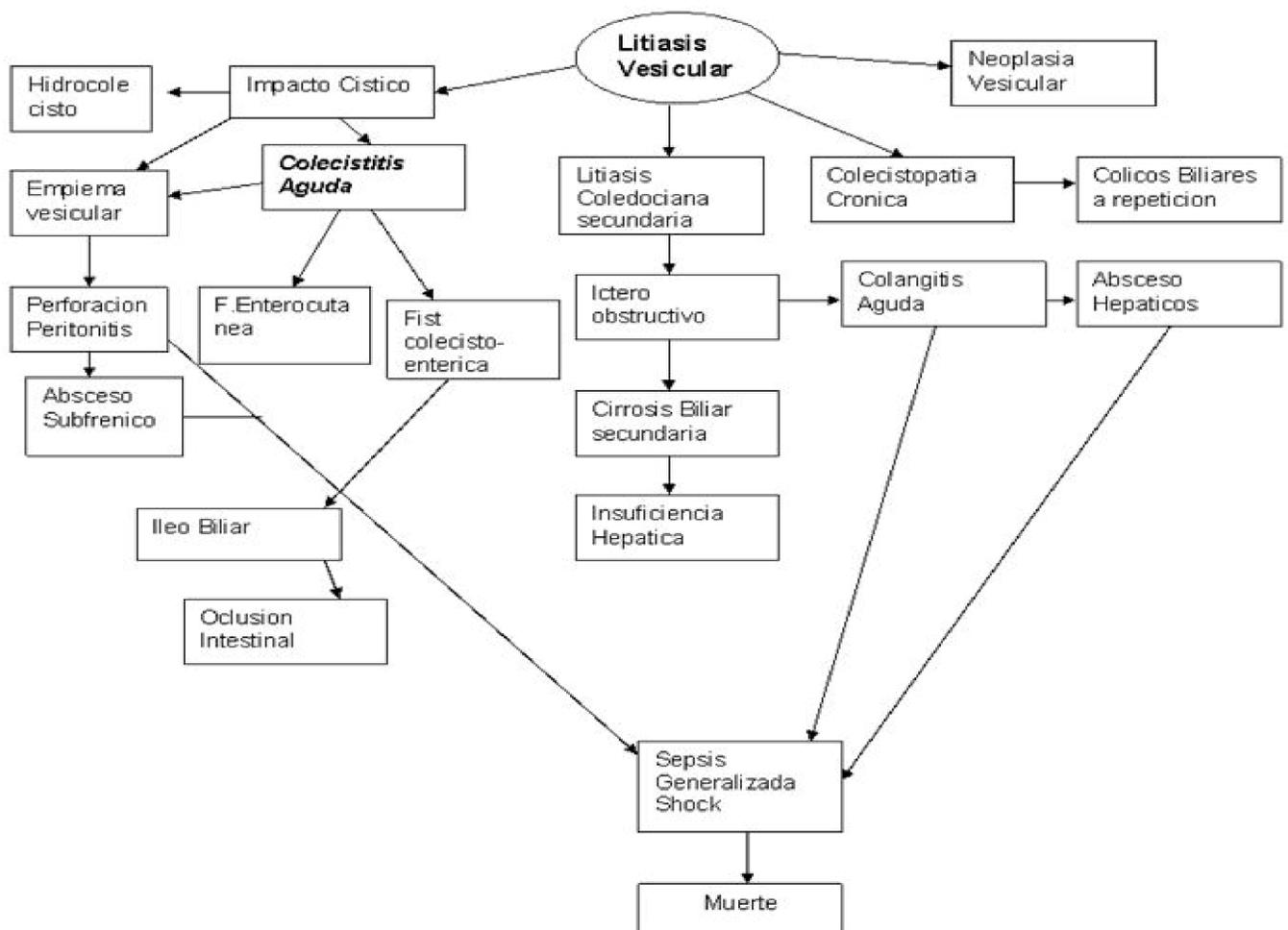
9.2 Tratamiento:

Si la fístula determina sintomatología (colangitis), se realizara colecistectomía, resección del trayecto fistuloso y enterorrafia.

10. COLANGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA SUPURADA

(Ver complicaciones post operatorias de la cirugía de las vías biliares, en este manual)

Figura. Complicaciones de la Litiasis Vesicular (Algoritmo)



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.