



Capítulo 35

PATOLOGÍA URGENTE DE LA VÍA BILIAR

R. López Pardo - J. Alvarez Martín - A. Bravo Blanco

COLELITIASIS

- ▲ **Epidemiología:** afecta al 10 % de los hombres y al 20 % de las mujeres en países occidentales, siendo más frecuente en edades a partir de 65 años.
- ▲ **Clinica:** asintomáticos la mayoría (60%). Aproximadamente un 20-30 % presentarán dolor o complicaciones a lo largo de su vida.

CÓLICO HEPÁTICO

- ▲ **Causa:** obstrucción por un cálculo del conducto cístico o del colédoco.
- ▲ **Clinica:** dolor de inicio brusco en hipocondrio derecho, a veces irradiado a epigastrio o espalda, constante e intenso. Suele durar 3-4 horas y se puede acompañar de náuseas o vómitos, generalmente biliosos. Suele desencadenarse tras la ingesta de alimentos ricos en grasas o proteínas.
- ▲ A la exploración física el enfermo está afebril, no presenta ictericia, coluria o acolia; y el abdomen es depresible con dolor a la palpación en hipocondrio derecho-epigastrio. Puede presentar defensa abdominal de tipo voluntario a este nivel.

▲ Pruebas Complementarias:

Análítica: se debe solicitar al menos hemograma con fórmula leucocitaria y bioquímica con amilasa. Estos no deben mostrar alteraciones. Si es posible, es útil la determinación de Transaminasas.

Rx Abdomen: sólo el 10% de los cálculos biliares son radio opacos (por presencia de sales de calcio). Debe solicitarse para excluir otros diagnósticos.

Ecografía abdominal: no está indicada de Urgencias, a no ser que coexistan otros signos como fiebre, ictericia o intenso dolor abdominal con defensa que no responde a analgesia.

▲ Diagnósticos diferenciales:

- Patología biliar: colecistitis aguda, ictericia obstructiva de causa no litiásica.
- Patología Gastro intestinal: gastritis, Ulcus péptico sintomático, hernia de Hiato.
- Pancreatitis Aguda.

▲ Tratamiento

- En Urgencias: analgesia intravenosa; Metamizol magnésico / Bromuro de Hioscina 1 amp. diluida en 100 cc de Fisiológico cada 8h. Si no responde a analgesia, el paciente debe quedar ingresado para realizar ecografía preferente y observación; pautando dieta absoluta, analgesia y protección gástrica con Ranitidina una amp. iv c/8h.
- De elección: Colectomía laparoscópica.

COLECISTITIS AGUDA

- ▲ **Incidencia:** 5- 10 % de los abdomenes agudos.

▲ Etiología:

- **Litiásica:** 90%. Se produce por obstrucción del conducto cístico y sobreinfección de la bilis vesicular. Cultivos más frecuentes: E. coli, Klebsiella y anaerobios (Bacteroides fragilis y Clostridium).

* Hasta un 10% de las colecistitis litiásicas se producen tras realizar ERCP.

- **Alitiásica:** 10 %. Multifactorial; pacientes críticos como quemados, politraumatizados o con Nutrición Parenteral prolongada.
El 50 % son colecistitis gangrenosas *Son más graves que las litiásicas.*

▲ **Clínica:**

El paciente refiere antecedentes de cólico hepático (75%). Presenta dolor en hipocóndrio derecho irradiado a escápula derecha, que se inicia como un cólico pero de mayor duración. Se puede acompañar de náuseas o vómitos.

- ▲ **A la exploración** el enfermo está febril (38-38.5° C), pudiendo encontrarse Ictericia (10%) por coledocolitiasis asociada o compresión de la vía biliar (Sd. de Mirizzi). En el abdomen encontraremos dolor a la palpación en HD con defensa y peritonismo localizado con *Signo de Murphy* positivo. En el 30 % de los casos se puede palpar la vesícula distendida.

* Las colecistitis graves se dan con mayor frecuencia en ancianos y diabéticos.

- ▲ **Pruebas Complementarias:** de entrada solicitar Hemograma, Bioquímica con amilasa, E. Coagulación y Rx tórax y abdomen.

Análítica: - *Leucocitosis* 12.000- 15.000 con desviación izquierda. Si es > 20.000 sospechar complicación grave (colecistitis gangrenosa, absceso perivesicular o colangitis).

- Aumento de *bilirrubina total* hasta 4 mg/dl (10%), GOT y GPT (10%), y de forma inconstante también *Fosfatasa Alcalina* y *Amilasa* (no siempre se acompaña de pancreatitis con alteraciones morfológicas).

Rx tórax: solicitar en pacientes con enfermedad cardiopulmonar y para descartar otros cuadros como úlcus péptico perforado.

Rx de Abdomen: podremos ver colelitiasis (10%), calcificaciones pancreáticas que apoyen la existencia de una pancreatitis; y signos como gas perivesicular en la colecistitis enfisematosa o aerobilia en las fístulas colecisto entéricas o colecistitis post ERCP.

Ecografía: Técnica de elección en Urgencias. Debemos solicitarla una vez recibidas la analítica y radiografía, con un cuadro clínico compatible y habiendo excluido otros posibles diagnósticos que no necesiten esta prueba.

- * El diagnóstico de colecistitis aguda es clínico (fiebre, dolor en HD y antecedente de cólico hepático) en más del 50% de los enfermos.

▲ **Diagnósticos diferenciales:**

- Patología biliar: cólico biliar, colangitis, ictericia obstructiva de causa no litiásica.
- Patología hepática: hepatitis aguda, absceso hepático.
- Patología Gastrointestinal: gastritis, úlcus péptico sintomático o perforado, obstrucción intestinal.
- Pancreatitis Aguda.
- Otros: IAM, neumonía de LID, etc.

▲ **Complicaciones:** más frecuentes en ancianos y diabéticos.

- *Colecistitis enfisematosa:* 1% de las colecistitis. Gérmenes productores de gas: *Clostridium welchii* o *perfringens*. Se caracteriza por su instauración brusca, de curso rápido y lleva al enfermo a un estado de sepsis grave (25% de mortalidad). Puede verse gas intra y perivesicular.
- *Colecistitis gangrenosa o perforada:* 10 % de las colecistitis. La perforación puede ser:



- Local: absceso perivesicular con tendencia a la formación de un plastrón. Presenta Fiebre > 38.5° C y Leucocitosis > 20.000. Sepsis grave por gérmenes Gram negativos.
 - Libre (1%): peritonitis.
 - Entérica: a colon o estómago presenta "mejoría" clínica brusca y se puede observar aerobilia.
 - *Empiema vesicular*: 1-5 % de las colecistitis. Colección de pus intravesicular. Produce Sepsis grave por gérmenes Gram negativos.
- ▲ **Tratamiento:** siempre comenzar con el tto. médico y valorar la urgencia quirúrgica.
- A.- Médico:** Dieta Absoluta y sueroterapia.
SNG si vómitos.
Analgésia parenteral (No poner Mórficos porque pueden producir espasmo del esfínter de Oddi).
Protección gástrica: Ranitidina 50 mg. iv/8h
Antibióticos: Amoxicilina/ Clavulánico 1-2 gr iv c/8 h ó
Piperacilina/ Tazobactam 4/0.5 gr iv c/8 h. En los casos graves se puede añadir Metronidazol 500gr iv c/8h o cambiar a Imipenem 500 mg iv c/6h.
- B.- Quirúrgico:**
- *Urgente:* Indicaciones: - Colecistitis Complicada.
- Colecistitis Alitiásica.
10 % de las colecistectomías por colecistitis.
 - *Urgencia diferida:* todas las colecistitis agudas dentro de periodo de 48-72 h. desde el inicio de la clínica. Es la modalidad de elección.
 - *Colecistectomía diferida:* debe reservarse para las colecistitis agudas no complicadas de más de 72 h de evolución.
 - *Colecistostomía percutánea:* drenaje percutáneo de la vesícula guiado por Eco / TAC utilizando anestesia local. Indicaciones: pacientes en estado grave por sepsis con riesgo para la cirugía (Edad, enfermedades asociadas).

COLANGITIS

- ▲ **Etiología:** coledocolitiasis: 70 %, estenosis benignas (postoperatorias) 10 %, estenosis malignas 10 %, Otras: colangitis esclerosante, post ERCP o PTC, pancreatitis crónica, pseudoquiste pancreático,...
- Gérmenes: Gram (-): E. coli, Klebsiella pneumoniae, enterococo, Pseudomona o Bacteroides.
- ▲ **Clínica:** Triada de Charcot:
- Fiebre: (85%) > 38°C con tiritona.
 - Ictericia: (75 %) bilirrubina total 5-9 mg/dl. Puede ser mayor en neoplasias.
 - Dolor abdominal (60%).
Si asocia Confusión mental y Shock además de los síntomas previos, se habla de la *Pentada de Reynolds*.
- ▲ **Pruebas Complementarias:**
- **Análítica:** solicitar hemograma con fórmula y Estudio de Coagulación, Bioquímica con amilasa, bilirrubina y Transaminasas. Encontraremos Leucocitosis > 10.000 o en los casos graves leucopenia. Elevación de la bilirrubina, FA, GGT, GOT y GPT (si persiste más de 48 h pensar en hígado séptico y descartar hepatitis vírica).

Sacar tres Hemocultivos que seran + en el 30 %.

- **Rx Tórax y Abdomen:** buscar los hallazgos descritos para colecistitis, cólico biliar.
- **Ecografía abdominal:** de elección en Urgencias; muestra dilatación de la vía biliar y frecuentemente la causa (colecistitis, coledocolitiasis, neoplasia ...)

▲ **Tratamiento:** *iniciar siempre tto médico y valorar el drenaje de la vía biliar en función de la evolución clínica.*

A.- Médico: - Dieta absoluta + sueroterapia + SNG (valorar un aspirado biliario pues indica permeabilidad de la vía biliar).

- Antibióticos: Piperacilina/ Tazobactam o Imipenem a las dosis indicadas. Otra opción es Ampicilina 1gr. iv c/6h + Tobramicina 100 mg. iv c/8h + Metronidazol 500 mg iv c/8h (que cubre el enterococo).

B.- Drenaje de la vía biliar: debe realizarse descompresión de la vía biliar de forma urgente en el 15 % de las colangitis.

Indicaciones: - Enfermos que no mejoran en 12-24h de tratamiento médico.

Técnicas: PTC (Colangiografía transparietohepática), ERCP o cirugía si fallan éstas.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Lavelle-Jones M, Cuschieri A. Acute Cholecystitis. En: Blumgart LH ed. Surgery of the liver and biliary tract. 2nd. Ed. Edimburgh: Churchill Livingstone; 1994. p. 589-599.
- ▲ Schwartz SI. Evaluación de la ictericia. En: Schwartz SI, Ellis H, editores. Maingot Operaciones Abdominales. 8ª. ed. Buenos Aires: Panamericana; 1985. p.1703-1713.
- ▲ Hawes RH, Sherman S. Choledocholithiasis. En Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE, editors. Bockus Gastroenterology. 5th. ed. Philadelphia: Saunders; 1995. p. 2745-2780.