

1. COLELITIASIS-COLECISTITIS

2. TEMA 25

3. CODIGO DE CIE-10: K800 K802 K803 K810

4. RESPONSABLE: ANYHELY BUSTOS CELEMIN¹

GENERALIDADES: Colelitiasis es la presencia de cálculos en el interior de la vesícula.

Tres tipos de cálculos ocurren en humanos: de colesterol (75%), y pigmentados trivialmente llamados negros (20%) y café (menos de 5%). Los dos primeros se forman generalmente en la vesícula en un medio estéril de bacterias y su patogénesis es fisicoquímica, como resultado principalmente de alteración en la composición de lípidos y lipopigmentos de la bilis. Los cafés se relacionan con alteraciones crónicas extrahepáticas. Los principales componentes de estos cálculos son monohidrato de colesterol en cálculos de colesterol y bilirrubinato de hidrógeno de calcio en cálculos negros, la estasis es el factor más importante para la formación de cálculos.

Colecistitis aguda es el proceso inflamatorio en la vesícula biliar y conducto cístico de origen bacteriano o químico agudo.

Alrededor del 95% de los pacientes tienen cálculos biliares asociados. La incidencia de colecistitis calculosa es más alta en el sexo femenino en una proporción de 3:1 respecto a los varones hasta la edad de 50 años, aproximadamente. Después esa proporción pasa a ser más o menos de 1.5:1. Esto representa diferencias en la prevalencia de los cálculos entre los sexos, fenómeno que al parecer se explica por la producción más alta de bilis litógena durante la edad de procreación.

5. CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA:

La colelitiasis es una entidad muy común. Aproximadamente 10 a 15% de la población adulta o más de 20 millones de personas en Estados Unidos (USA) tienen cálculos biliares. Se ha estimado que hay 1 millón de pacientes nuevos diagnosticados cada año.

La prevalencia es mayor en mujeres, asociado con embarazos múltiples, obesidad y rápida pérdida de peso, así como pacientes mayores y ciertos grupos étnicos. En 1991 aproximadamente 600.000 pacientes se sometieron a colecistectomía en USA. Como causa de hospitalización, la colelitiasis es la enfermedad digestiva más común y más costosa.

La incidencia de colecistitis calculosa es más alta en el sexo femenino en una proporción de 3:1 respecto a los varones hasta la edad de 50 años, aproximadamente. Después esa proporción pasa a ser más o menos de 1.5:1. Esto representa diferencias en la prevalencia de los cálculos entre los sexos, fenómeno que al parecer se explica por la producción más alta de bilis litógena durante la edad de procreación. La incidencia de colecistitis aguda entre pacientes con cálculos es difícil de determinar con exactitud, pero alrededor del 20% de los pacientes que ingresan al hospital por enfermedad de las vías biliares sufren de colecistitis aguda.

En el año 2006 durante los meses de enero a mayo en el Hospital de Yopal, se diagnosticaron 71 casos de patología litiásica biliar, donde el 54 % se clasificaron en CIE 10 como colecistitis aguda, 1, 4 % colecistitis crónica, 8,4 % cálculo en conducto biliar con colecistitis, 25% cálculo en la vesícula biliar sin colecistitis, 5,6% cálculo en vía biliar con colecistitis y 4,2% otras colecistitis.

6. DIAGNOSTICO CLINICO:

Estadio asintomático o sintomático leve:

- a. Dolor en HCD progresivo de intensidad leve después de ingesta de comida
- b. Duración de más o menos tres horas.
- c. No palpación de la vesícula biliar.
- d. Signo de Murphy² negativo.

¹ Medica Cirujana Universidad de Boyacá.

- e. Si persiste sintomático a pesar de medicación previa, pasa a ser sintomático.

Estadio sintomático:

- a. Dolor en HCD de intensidad progresiva.
- b. Antecedente de episodios previos autolimitados.
- c. Mayor a tres horas.
- d. Dolor que se extiende en todo el cuadrante superior derecho.
- e. Irradiación a interescapular, escápula derecha y/o hombro.
- f. Náuseas.
- g. Ocasionalmente emesis.
- h. Dispepsia.
- i. Dolor a la palpación en HCD.
- j. Signo de Murphy positivo.

Estadio complicado:

- a. Signos de irritación peritoneal.
- b. Signo de Murphy positivo
- c. Sensación de masa en HCD.
- d. Fiebre, dolor e ictericia: Triada de Charcot.
- e. Palpación de vesícula biliar.
- f. Emesis biliosa persistente.

Se debe indagar sobre situaciones que compliquen el cuadro clínico o que necesiten cambios en su manejo:

- a. Embarazo: evitar la asociación con AINES.
- b. Diabetes mellitus asociada: descartar proceso infeccioso.
- c. Pacientes ancianos: descartar patología neoplásica.
- d. Pacientes con diagnóstico dudoso.
- e. Pacientes obesos: descartar otra patología gastrointestinal.
- f. Paciente con cálculos > 2cm.
- g. Pacientes con reingresos frecuentes.
- h. Pacientes con cálculos enclavados en cístico.
- i. Obstrucción en la vía biliar.

7. DIAGNÓSTICO PARACLÍNICO: La ultrasonografía es actualmente el método de elección para el diagnóstico de la coledocistitis. Tiene una sensibilidad del 95 % y una especificidad del 94 a 98%. Puede haber hasta un 5% de falsos negativos en cálculos pequeños, vesículas muy grandes y pacientes obesos o con exceso de gas en el tracto digestivo. Es también el método de elección en colecistitis aguda con un 80% de efectividad.

Es importante verificar si se han realizado anteriormente, reinterrogando al paciente acerca de la toma de este examen o revisando la historia clínica antigua, en caso de verificar que el diagnóstico se realizó anteriormente, observar si la fecha de realización fue mayor a tres meses, si es así, se debe repetir, en estadio complicado siempre se debe realizar.

Estadio asintomático: Ecografía hepatobiliar ambulatoria.

Estadio sintomático: Ecografía hepatobiliar, Amilasa si la ecografía es positiva para litiasis.

Estadio complicado: Ecografía hepatobiliar, Amilasa, Proteína C reactiva, Cuadro hemático, Bilirrubinas, Fosfatasa alcalina, PT y PTT

8. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO: El manejo inicial del paciente en urgencias se basa en:

Estadio asintomático:

- a. Suspender vía oral.

² Incapacidad de realizar una inspiración profunda cuando los dedos del examinador hacen presión sobre el hipocondrio derecho sobre un punto situado sobre la intersección del reborde costal con el borde externo del músculo gran recto (punto cístico), es positivo si el paciente acusa dolor y detiene súbitamente la respiración, si se queja pero no detiene la respiración es negativo.

- b. Buscapina compuesta IV.
- c. Traslado el paciente en sala de TV.
- d. Revalorar en una hora.
- e. Si continúa con dolor pasa a estadio sintomático.

Estadio sintomático:

- a. Suspender vía oral.
- b. Dejar en observación.
- c. Hidratación con cristaloides.
- d. Antiespasmódico + AINES por horario: butilbromuro de hioscina + dipirona IV cada 6 horas.
- e. Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas.
- f. Ranitidina 50 mg IV cada ocho horas.
- g. Revalorar en seis horas con paraclínicos y reinterrogar síntomas.
- h. Probar tolerancia a la vía oral con dieta hipograsa y sin irritantes si hay resolución de síntomas y se descarta patología complicada.
- i. Si no hay resolución de síntomas, revalorar en otras seis horas.
- j. Si persiste sintomático, pasa a estadio complicado.

Estadio complicado:

- a. Suspender vía oral.
- b. Dejar en observación.
- c. Hidratación con cristaloides.
- d. Sonda nasogástrica a drenaje.
- e. Buscapina compuesta IV cada 6 horas.
- f. Ranitidina 50 mg IV cada ocho horas.
- g. Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas.
- h. Ampicilina sublactam 1.5 gramos IV cada 6 horas.
- i. Solicitar paraclínicos respectivos.
- j. Valoración por cirujano general de turno.

El uso de antibióticos en la colecistitis tiene las siguientes indicaciones:

- a. Historia de fiebre y escalofrío.
- b. Edad mayor de 55 años.
- c. Antecedente de diabetes mellitus.
- d. Ictericia.
- e. Leucocitosis y /o neutrofilia en cuadro hemático.
- f. Proteína C reactiva mayor a 90.
- g. Se administrará ampicilina sublactam 1.5 mg cada 6 horas con uno de los anteriores.

9. TIEMPO PROMEDIO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: El tiempo de estancia de un paciente en estadio asintomático y/o sintomático es aproximadamente 6-12 horas en el servicio de urgencias con manejo por medicina general.

La conducta de remisión, tratamiento quirúrgico y hospitalización³ es definida por el cirujano general de turno, por ello a continuación cito los criterios diagnósticos para decidir valoración por cirujano general y criterios para dar de alta a los pacientes manejados por medicina general.

CRITERIO	ALTA	VALORACION
1. Diagnostico confirmado.	SI	SI
2. Resolución de síntomas en un tiempo de 6-12 horas.	SI	NO
3. Tolerancia a la vía oral.	SI	NO
4. Reingreso.	NO	SI

³ En paciente complicado con cuadro estable el medico de urgencias puede ordenar hospitalización previa valoración realizada por el medico especialista. El manejo en hospitalización será a cargo de la especialidad de cirugía general.

5. Ictericia.	NO	SI
6. Triada de Charcot.	NO	SI
7. Emesis persistente.	NO	SI
8. Palpación de masa en hipocondrio derecho.	NO	SI
9. Situaciones asociadas que compliquen la patología.	NO	SI
10. Elevación de paraclínicos.	NO	SI
11. Diagnostico dudoso o difícil.	NO	SI
12. Persistencia del dolor	NO	SI
13. Signos de irritación peritoneal.	NO	SI
14. Sospecha de pancreatitis.	NO	SI
15. Antecedente de colecistectomía.	NO	SI

10. TRATAMIENTO AMBULATORIO: Los médicos generales en el servicio de urgencias dan egreso a pacientes en los siguientes estadios:

Estadio asintomático:

- a. Orden de cita por medicina general.
- b. Orden de ecografía ambulatoria si no la tiene.
- c. Butilbromuro de hioscina + dipirona vía oral cada seis horas por 5 días.
- d. Comida baja en grasa e irritantes.
- e. Signos de alarma.

Estadio sintomático:

- a. Orden de cita por cirujano general en 7 días.
- b. Copia de la ecografía si se realizó o de la menor de tres meses que tiene en la historia clínica antigua.
- c. Orden de programación de cirugía.
- d. Orden de valoración preanestésica.
- e. Orden de paraclínicos para valoración preanestesia según grupo etareo.
- f. Butilbromuro de hioscina + dipirona vía oral cada seis horas.
- g. Comida baja en grasa e irritantes.
- h. Signos de alarma⁴.

11. PARAMETROS QUE CONFORMAN LA AIU: Incluye toda la atención desde el ingreso hasta estabilización hemodinámica y control del dolor, los paraclínicos definidos en el numeral 7 y la instauración del tratamiento definidos en el numeral 8.

⁴ Dolor persistente a pesar de la medicación oral, emesis persistente o biliosa, fiebre, sensación de masa en hipocondrio derecho e ictericia.