GUÍAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

1.- COLECISTITIS LITIASICA Y COLEDOCOLITIASIS

INTRODUCCIÓN

La colecisititis aguda es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias y en la consulta externa de cirugía general. La colecistectomia electiva es la intervención quirúrgica más frecuente en los Centros hospitalarios del país.

Se presenta en el 5 – 20 % de los pacientes con colelitiasis. La colecistitis se presenta con mayor frecuencia en mayores de 40 años en hombres como en mujeres, siendo más frecuente en el sexo femenino en relación 2 – 1.

En el año 2010 la principal causa de consulta fue la colecistitis con siendo la colecistectomia la intervención quirúrgica que se realiza con mayor frecuencia con un total de intervenciones en 2011, siendo cirugías abierta y laparoscopicas. Ocupando el primer lugar entre las 10 principales causas de egreso en 2010.

La Colelitiasis es la inflación de la vesícula bilíar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente.

CIE 10 K801 COLECISTITIS CRONICA LITIASICA

K800 COLEDOCOLITIASIS

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS

Los factores que pueden condicionar el desarrollo de Colecistitis y Colelitiasis:

-Edad: más frecuente a partir de los 40 años, cerca del 20% de los adultos a partir de esta edad y del 30% en los mayores de 70 años, sexo femenino (mujeres mayores de 40 años), embarazo, sobre todo para el desarrollo de cálculos de colesterol, normalmente son formas asintomáticas de litiasis biliar, anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, en este caso en mujeres menores de 40 años y las que reciben una dosis mayor de 50 microgramos de estrógenos. Otros fármacos como los fibratos y la ceftriaxona, obesidad, antecedentes familiares de litiasis biliar, pérdida rápida de peso, nutrición parenteral, diabetes Miellítus, cirrosis hepática, enfermedades del ileon, enfermedad de Crohn, enfermedades hepáticas y metabólicas.

La colecistitis aguda se clasifica en tres grados, de acuerdo a la afectación de otros órganos, medidos por pruebas de laboratorio: Grado I - leve, Grado II - moderada, Grado III – grave.

DATOS DE LABORATORIO Y GABINETE ESPECÍFICOS

No hay pruebas de laboratorio específicas para colecistitis aguda, pero pueden ser de utilidad:

-biometría hematica: se puede encontrar leucocitosis. Proteína C Reactiva la cual puede encontrarse elevada y es de utilidad para confirmar el proceso inflamatorio.

Ante la sospecha de colecistitis o colelitiasis aguda el ultrasonido es la prueba no invasiva de primera elección, los hallazgos que reporta son: engrosamiento de la pared vesicular mayor de 5 mm. Liquido perivesicular, signo de Murphy ultrasonográfico positivo, alargamiento vesicular 8 cm. Axial y 4 cm. Diametral, lito encarcelado, imagen de doble riel, sombra acústica, ecos intramurales.

Para identificar la gravedad de la Colecistitis y Colelitiasis se solicitará:

Bilirrubinas, Bun, creatinina, tiempo de protrombina, la amilasa sérica es de utilidad para identificar complicaciones como coledocolitiasis.

INDICACIONES TERAPEÚTICAS

El tratamiento medico quirúrgico depende del nivel de gravedad, se prefiere una colecistectomia temprana y de selección adecuada de la técnica con la que se realizará la cirugía.

La litiasis vesicular asintomática no es indicación de colecistectomía excepto que la pared vesicular este engrosada (4mm. O más) o calcificada o que los cálculos sean mayores a 3 cm. de diámetro. La colecistectomía puede indicarse ocasionalmente en pacientes con dolor vesicular sin litiasis (colecistitis alitiásica) o porque la vesícula no funcione adecuadamente (discinesia biliar). En estos casos el diagnostico se realiza mediante una colecistografía oral o un gamagrama de vesícula.

La colecistectomia laparoscópica temprana es el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes, porque: la recuperación es rápida, requiere menor estancia hospitalaria, reduce costos de tratamiento, reincorporación rápida al trabajo.

Se considera temprana cuando se realiza de 1 a 3 días después del ataque inicial y tardío si se realiza de 6 A 15 días después del ataque.

Factores que dificultan la colecistectomia por laparoscopia son: cirugía abdominal previa, presencia o antecedentes de ictericia.

La combinación de extracción de litos por endoscopia durante una colangio-pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y la colecistectomia por laparoscopia, es de utilidad en el tratamiento de pacientes con colecisto y coledocolitiasis.

El intervalo entre estos dos procedimientos es de pocos días (ambos procedimientos se realizarán durante la misma estancia hospitalaria).

En la Colecistectomia abierta no complicada los días de estancia hospitalaria posquirúrgica son de 2 a 3 días y el tiempo promedio de recuperación es de 21 días.

En la colecistectomia laparoscópica no complicada dos días de estancia hospitalaria es suficiente.

El tratamiento para la coledocolitiasis puede ser quirúrgico o endoscópico. El tratamiento endoscópico es el indicado en los pacientes que presentan colangitis, pancreatitis grave o ictericia obstructiva, es efectivo pero esta asociado con un riesgo bajo de pancreatitis, sangrado o perforación. La colecistectomía abierta con exploración de la vía biliar es un tratamiento seguro y efectivo especialmente en pacientes con un cuadro agudo.

MANEJO PERIOPERATORIO

Corrección o control de los factores de riesgo, estudios de laboratorio e imagen solicitados en forma particular a cada caso, en mayores de 45 años electrocardiograma, telerradiografía de tórax y valoración cardiovascular preoperatoria, el uso profiláctico de antibióticos se selecciona en base al tipo de herida quirúrgica. En todos los pacientes se debe llevar a cabo prevención tromboembólica.

a) medicamentos de 1ª, 2ª, y 3ª línea:

La administración de AINEs (antinflamatorios no esteroides) se recomienda a pacientes con cólico biliar, sin embargo no es útil para la remisión de la enfermedad.

Es recomendable el uso de diclofenaco a razón de 75 mgr. (intramuscular) para el manejo del cólicos biliares. El manejo del dolor es pacientes con colecistitis aguda incluye narcóticos como meperidina, en presencia de dolor intenso.

El tratamiento de antibiótico se indicará dependiendo de la gravedad de la colecistitis: para colecistitis leve- un antibiótico, para colecistitis moderada y grave se recomienda el uso de dos antibióticos, cuando se sospecha o se detecta la presencia de anaerobios agregar metronidazol.

b) Medidas higiénicas y dietéticas: El control de la obesidad previenen la aparición de colecistitis, así como el consumo de alimentos ricos en fibra y la ingesta de agua son recomendables.

c) Ejercicio y estilo de vida: Hacer ejercicio cuando menos 3 veces a la semana durante media hora, siempre con la supervisión de personal capacitado.

d) Educación y cuidados específicos: el uso de alternativas de tratamiento en mujeres en el periodo del climaterio, previenen la aparición de colecistitis y colelitiasis, así como promover el adecuado control del uso de hormonas en mujeres con vida sexual activa.

e) Pronóstico: en la mayoría de pacientes con riesgo quirúrgico ASA I y II , la colecistectomía laparoscópica electiva no requiere más de 24 hrs. De internamiento. Las operaciones de urgencia ASA III y IV pueden requerir un internamiento posoperatorio un poco mayor. En la colecistectomía abierta, los pacientes son dados de alta 2 o 3 días posteriores a la cirugía, el internamiento se prolonga en pacientes con drenajes abdominales o en pacientes con complicación de vía biliar.

f) Prevención y manejo de complicaciones: Las complicaciones de la colecistectomia laparoscópica generalmente son debidas a instrumental inapropiado o caduco, y también por la falta de pericia del cirujano como son: lesión del conducto biliar, lesión del intestino, lesión hepática. En la cirugía abierta y laparoscópica además puede haber como complicación: las infecciones, íleo, hemorragia intraperitoneal, atelectasia, trombosis de venas profundas, infección de vías urinarias.

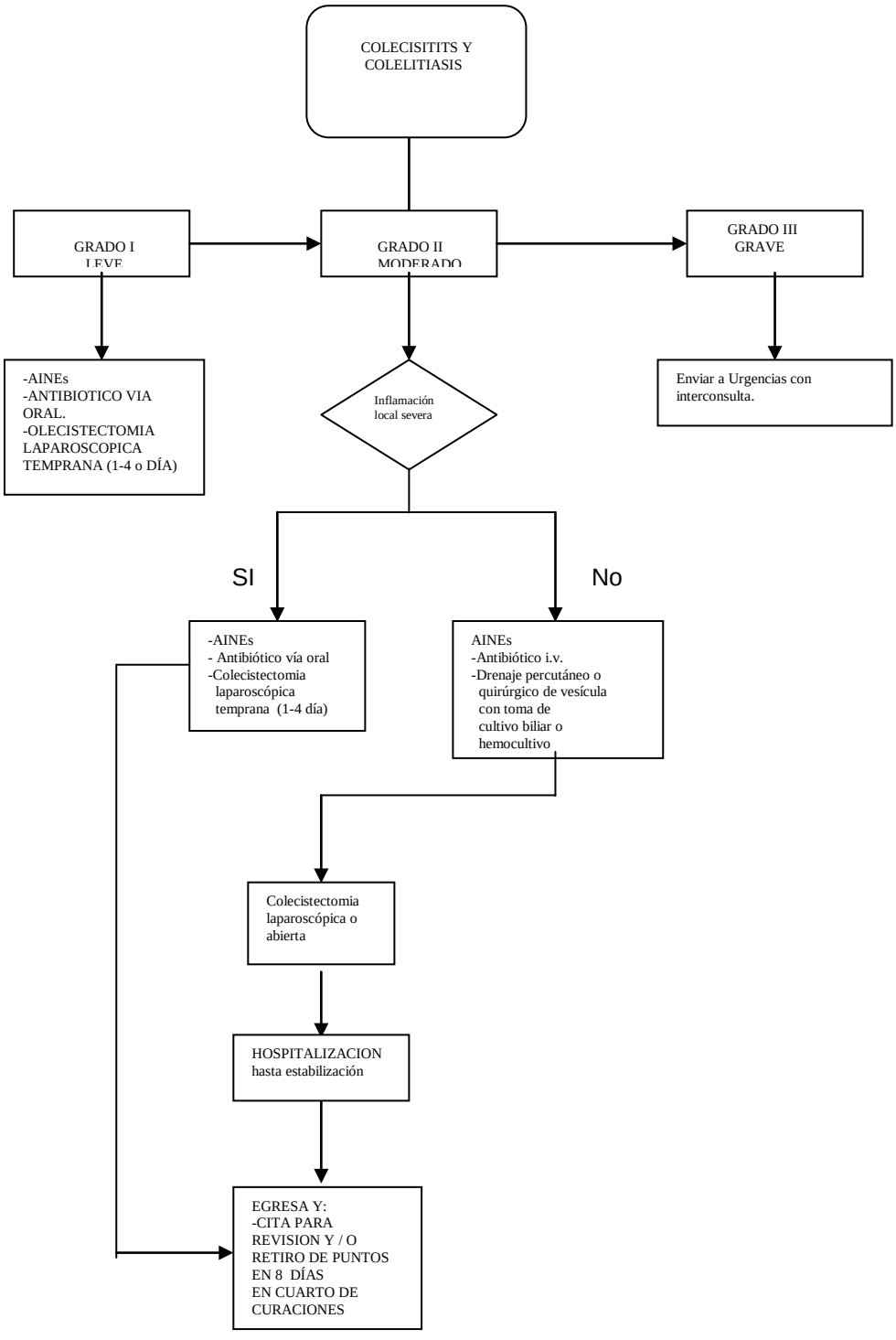
g) Criterios de curación, mejoría y alta. Posterior a la cirugía se recomienda:

Valorar el alta del servicio después de la recuperación anestésica total, en las siguientes 12 hrs. posteriores a la intervención. Realizar curaciones locales diarias con jabón y cubrir herida Será evaluado una semana después de su egreso para el alta definitiva.

h) Indicaciones de hospitalización: el tratamiento medico quirúrgico depende del nivel de gravedad, En etapas tempranas se prepara al paciente y se programa para cirugía abierta o por laparoscopia. En el grado III o grave la atención será por el servicio de urgencias, dando prioridad a la atención de la falla orgánica, tratamiento a la inflamación local, drenaje de vesícula y la colecistectomia se realizara cuando las condiciones del paciente mejoren.

i) Referencia y contrarreferencia: Si en la atención que se brinda de Consulta Externa se observa paciente con riesgo se enviará de inmediato al servicio de urgencias, con interconsulta.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



BIBLIOGRAFÍA

1.- Csikesz N Ricciardi R, Tseng JF, Shah SA. Current status of surgical managements of acute colecistitis in the United States, Word J. Surg. 2008 Oct, 32 (10): 2230-6

2.- Guía Clinico Terappéutica. Diagnostico y tratamiento de la Colecistitis Aguda y Colelitiasis Aguda. Comisión Nacional de Protección social en Salud. 30 de Marzo 2004. (acceso 20 de Octubre 2008)

3.- Guías Clínicas de Litiasis Biliar. Redactores Fisterra. 2003,3,6 (acceso 20 de Octubre de 2008)

4.- Harbour R. Miller J. A. new system for Trading recommendations in evidence base guidelines. BMJ. 2001, 323 (7308):334-336 (acceso 26 de junio de 2006.

5.- Hirota M. Takada T. Kawarada Y, Nimura Y. Miura Y, Hiata K, et al. diagnosis criteria and severity assessment of acute colecistitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007; 14:78-82