

Enfermedades de las vías biliares

Introducción

- La patología biliar es la patología más frecuente en la sala de cirugía, no la apendicitis.
- Muchos de los estudiantes serán operados de la vesícula en algún momento de su vida.

Patología Biliar

- En las últimas dos décadas, la patología biliar ha aumentado debido a cambios en la alimentación que producen un desbalance en la función hepática.
- La patología biliar tiene cierta dificultad en cuanto a los términos, porque muchos de los términos se confunden, son

parecidos.

Temas a tratar

- Anatomía y fisiología (repaso).
- Patologías inflamatorias de la vesícula y vía biliar.
- Neoplasias
- Otros trastornos epidemiológicamente importantes.
- Procedimientos que cambiaron.

Repaso de anatomía

- Órganos involucrados: hígado, vías biliares intrahepáticas, conducto hepático derecho e izquierdo, conducto hepático común, conducto cístico, colédoco, vesícula biliar, arteria cística, ampolla de Váter, esfínter de Odi.
- Relaciones anatómicas de la vesícula: hígado, segunda porción del duodeno, colon y estómago.
- Cualquier patología de estos órganos puede tener diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios de la vesícula.
- "La gran mayoría de los pacientes que vemos procesos inflamatorios de la vesícula han sido tratados por otra patología y la más frecuente es la gastritis."

Variantes anatómicas

- Dificultades en la evaluación de la patología de la vesícula.
- Dos factores importantes: drenaje de la vesícula (conformación del conducto cístico) e irrigación.
- Anatomía funcional: drenaje y control del drenaje de la bilis hacia la segunda porción del duodeno.

Producción y función de la bilis

- La bilis se produce en el hígado y se acumula en la vesícula, especialmente durante el ayuno.
- Cuando los alimentos grasos llegan al duodeno, la colescistoquinina relaja el esfínter de Odi, permitiendo la contracción de la vesícula y la expulsión de la bilis.
- El volumen diario de bilis varía entre 500 y 800 cc, aunque puede llegar hasta 1200 cc.
- La función principal de las sales biliares es solubilizar las grasas.

Fisiopatología de la patología biliar

- La presencia de cálculos, con sobresaturación de colesterol en la vesícula, es clave.
- Desequilibrio entre sal biliar, colesterol y agua lleva a la aparición de liposomas que se cristalizan, formando barro biliar.
- El barro biliar se compacta y forma cálculos que causan problemas.

Cálculos biliares

- "Cuando yo estudié medicina... los libros decían que las personas que sufrían de patología biliar tenían más de 40 años, eran mujeres obesas y múltiparas". Esto ya no es del todo cierto.
- No hay una relación directa entre el número de cálculos y la gravedad del problema.
- La vesícula es un reservorio de bilis que produce moco y se contrae en respuesta a la grasa en el duodeno.

Anatomía y fisiología

- Es importante conocer la anatomía para comprender la patología biliar.
- La patología inflamatoria depende de la presencia de cálculos y su ubicación.
- Es importante que los cálculos no salgan de la vesícula.
- Hay que diferenciar los términos que denotan presencia de cálculos de los que denotan inflamación.

Colelitiasis

- Colelitiasis es la presencia de cálculos en la vesícula.
- El diagnóstico se apoya en la historia clínica, los signos, los síntomas y los estudios de imagen.
- Los estudios de imagen son mandatorios.
- Es más común en mujeres.
- No implica síntomas ni inflamación.
- Se detecta incidentalmente, a menudo con un ultrasonido

Ultrasonido

- El ultrasonido es el método más sensible para detectar colelitiasis.
- La vesícula debe estar llena para una mejor visualización, por lo que se requiere ayuno.

Cuadro Clínico de Colelitiasis

- No presenta síntomas.
- No se asocia a inflamación o infección.
- Pacientes facémicos, aunque asintomáticos, pueden requerir atención.

Obstrucción del Cístico

- El cálculo obstruye el cístico o el plan cístico.
- Alimentos grasos causan contracción de la vesícula para expulsar bilis.
- La obstrucción causa dolor hipocondrio derecho, irradiado a espalda, escápula y hombro derecho, siempre posprandial.
- Puede confundirse con gastritis.

Cólico Biliar Recurrente

- Asociado a la ingesta de grasa.
- Colelitiasis sintomática.
- El cálculo actúa como válvula pasajera.
- Alivio con relajantes o antiinflamatorios.

Cálculo Enclavado

- Aumento de la presión dentro de la vesícula.
- Engrosamiento de las paredes.
- Posible colección de líquido alrededor de la vesícula.
- En casos extremos, perforación.
- Fisiopatología similar a la apendicitis (obstrucción).

Colecistitis Aguda

- El cálculo se enclava y el dolor no cede.
- Cuadro inflamatorio similar a la apendicitis.
- Síntomas: leucocitosis, neutrofilia, dolor, fiebre, náuseas, vómitos.
- Dolor localizado en el hipocondrio derecho.
- Signo de Murphy positivo: interrupción de la inspiración al palpar el hipocondrio derecho.

Diferencias entre cirugía y medicina interna

- En cirugía, el diagnóstico y el tratamiento ocurren simultáneamente.
- En medicina moderna, el tratamiento se inicia junto con el diagnóstico.

Manejo inicial del cólico

- Estudio de imagen para determinar la ubicación del dolor.
- Sospechar según la estadística y la frecuencia de las patologías.
- Ejemplo: Dolor en fosa ilíaca derecha sugiere apendicitis.

Colecistitis aguda

- Causada por un cálculo en la salida de la vesícula biliar.
- Signo de Murphy ultrasonográfico: examen físico con el transductor.
- Es un cuadro inflamatorio e infeccioso.

Tratamiento inicial en el hospital

- Hidratación para el paciente.
- Analgésicos para aliviar el dolor.
- "No darle analgésico porque enmascara el cuadro."
- Ultrasonido para confirmar el diagnóstico.

Manejo de la colecistitis

- Hospitalización, hidratación, analgésicos.
- Diagnóstico paralelo y explicación de la necesidad de operar.
- No se retira solo el cálculo, sino toda la vesícula.
- Dos opciones para el retiro de la vesícula: laparoscópica (preferida) y abierta.
- Medicamentos: antibióticos (cefazolina) y antiespasmódicos.

Colecocolitiasis

- Presencia de cálculo en la vía biliar.
- Síntomas: Acolia, coluria e ictericia.
- Sospechar de coledocolitiasis en pacientes con ictericia.

- En urgencias, considerar lo más común y lo más mortal.
- Diferenciar de síndrome de Mirizzi.
- Ictericia principalmente conjugada.

Diagnóstico y Sospecha de Patologías Biliares

- El orador enfatiza la importancia de asociar la patología a la sospecha clínica.
- Menciona la importancia de preguntar al paciente sobre historial de dolor debajo de la costilla después de comer grasas, lo cual puede indicar colitiasis.
- La génesis de todo es la presencia de cálculos en la vesícula.

Diagnóstico de Coledocolitiasis No Infecciosa

- Se diagnostica igual que la presencia de cálculos en la vesícula.
- Se debe descartar proceso infeccioso (sin leucocitosis, neutrofilia, fiebre, solo ictericia).
- Se realiza ultrasonido para confirmar la presencia de cálculos y medir los diámetros de la vía biliar.
- El diámetro normal del conducto biliar común (colédoco) es hasta 7 mm.
- Una dilatación mayor (ej. 10 mm) sugiere la presencia o el paso de un cálculo.
- La resonancia (colangio resonancia) es el estudio de elección para confirmar o descartar cálculos en las vías biliares.
- La CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) es diagnóstica y terapéutica, pero invasiva y con riesgos.

Manejo del Paciente con Coledocolitiasis

- Si no hay signos de inflamación o infección, el paciente puede ser manejado ambulatoriamente con dieta baja en grasas mientras espera la CPRE para extraer los cálculos.

Fístula Colecistocolédociana

- Es una complicación rara (1% de los casos de colitiasis) donde la acumulación de cálculos en la vesícula produce presión sobre la vía biliar, creando una comunicación (fístula) entre la vesícula y la vía biliar.
- La resonancia ayuda a diferenciarla de la coledocolitiasis.

Colangitis

- Es un proceso inflamatorio infeccioso de la vía biliar debido a la contaminación de la bilis (generalmente por bacterias entéricas) cuando hay obstrucción por cálculos.
- El paciente presenta:
 - Ictericia
 - Dolor
 - Fiebre y calofríos
 - Leucocitosis
 - Puede haber aumento de transaminasas, DHL y alteraciones en los tiempos de coagulación.

Colangitis

- Tratamiento inicial: hidratación, antibióticos y analgésicos.
- Se debe realizar una CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica).
- La colangitis está relacionada con la presencia de cálculos.

Alternativas a la CPRE

- Drenaje percutáneo de la vesícula biliar: se realiza en la cama del paciente.
- La CPRE es un procedimiento endoscópico con un lente de visión lateral.
- Durante la CPRE, se localiza la papila de Vater, se realiza una papilotomía y se extraen los cálculos con una canastilla.

CPRE: Diagnóstico y Terapéutica

- La CPRE tiene dos facetas: diagnóstico y terapéutica.
- Para el diagnóstico de coledocolitiasis, es mejor utilizar una resonancia magnética.
- Después de extraer el cálculo, se realiza una colecistectomía.

Opciones Cuando No Hay CPRE Disponible

- Drenaje percutáneo a través del hígado hasta la vía biliar.
- Opción quirúrgica: retirar la vesícula, drenar la vía biliar, retirar los cálculos y colocar un tubo en T.
- El tubo en T ya casi no se usa, solo cuando la CPRE no es efectiva.

Resumen de patología biliar

- Presencia de cálculos en la vesícula se define como colelitiasis.
- Paciente asintomático solo tiene colelitiasis.
- Si hay síntomas (dolor en hipocondrio derecho postprandial, después de ingesta de grasa), se denomina cólico biliar.
- El dolor puede ser residuante.
- Ultrasonido demuestra colelitiasis sin signos de inflamación, sin fiebre ni leucocitos.
- Manejo ambulatorio con dieta sin grasa y referencia a cirugía electiva.
- Si hay cuadro inflamatorio evidenciado y dolor persistente, se define como colecistitis.
- Cálculos en la vía biliar pueden presentarse de dos formas:
 - Ictericia sin signos de inflamación: coledocolitiasis.
 - Ictericia con signos de inflamación/infección (leucocitosis, neutrofilia, alteraciones hepáticas): colangitis.
- En ambos casos, se debe realizar CPRE y luego colecistectomía.