

Colecistitis crónica litiásica agudizada:

Una consulta frecuente en la guardia médica

María Ameyali Pérez Huitrón^{a,*}, Jorge Luis Ocaña Monroy^{a,b}



Resumen

La colecistitis crónica litiásica es un motivo frecuente de consulta durante las guardias médicas, el cuadro clínico se presenta como náusea, vómito y dolor en el cuadrante superior derecho, principalmente. El diagnóstico se realiza con la historia clínica completa, exploración física detallada, exámenes de laboratorio (elevación de bilirrubinas, sobre todo a expensas de la directa) y un método de imagen confirmatorio, como podría ser el ultrasonido. El tratamiento debe ser quirúrgico para evitar complicaciones como perforación, fístula, piocolecisto o peritonitis generalizada.

Palabras clave: Litos, colecistitis, colecistitis crónica litiásica (CCL), cirugía, abdomen agudo.

Chronic lithiasic acute cholecystitis: a frequent consultation in the medical ward Abstract

A frequent medical consultation during guards is regarding chronic lithiasic cholecystitis. The clinical presentation many

includes nausea, vomiting and right upper quadrant pain. The diagnosis is made using a complete clinical history, detailed physical evaluation, laboratory blood tests and a confirmatory imaging method like an ultrasound. The treatment must be surgical to avoid complications such as perforation, fistula, piocolecisto or generalized peritonitis.

Key words: Gallstones, cholecystitis, CCL, surgery, acute abdominal syndrome.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 37 años con sobrepeso (talla: 1.58 m; peso: 72 kg; índice de masa corporal [IMC]: 28.84), sin antecedentes familiares de importancia, acudió al servicio de urgencias, ya que desde hace 8 horas presentaba dolor tipo cólico en hipocondrio derecho (después de haber consumido tostadas con crema), así como náuseas y vómito. Refirió que no es la primera vez que tiene un dolor así, sólo que esta vez no había cedido con la administración de butilhioscina, como en otras ocasiones.

La dieta de la paciente consiste en azúcares refinados, grasas y pocos vegetales, casi no toma agua sino que toma refrescos, y además no realiza ejercicio debido a que se lo impide un problema en la rodilla derecha.

^aResidente de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica. Centro Médico Nacional, La Raza IMSS. Ciudad de México, México.

^bMédico Cirujano. Egresado de la Facultad de Medicina UNAM. Ciudad de México, México.

Correspondencia: María Ameyali Pérez Huitrón.

Correo electrónico: ameyali_ph@hotmail.com

Recibido: 14-junio-2017. Aceptado: 26-octubre-2017.

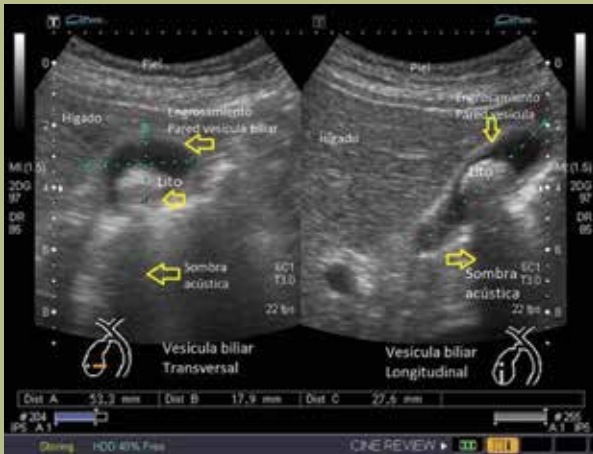


Figura 1. Ultrasonido de la paciente en escala de grises con transductor convexo, donde se muestra una imagen compatible con lito dentro de la vesícula, la cual genera sombra acústica posterior. Así como un engrosamiento de la pared de la vesícula.

A la exploración física, destacó un área de hipersensibilidad en hipocondrio derecho y la palpación manual durante la inspiración profunda a ese nivel produce dolor y cese inspiratorio (signo de Murphy positivo); el resto de la exploración resultó física sin alteraciones.

En los exámenes de laboratorio destacó: leucocitosis, con aumento de la fosfatasa alcalina y bilirrubina a expensas de la bilirrubina directa; el resto se encontraba dentro de los límites normales, por lo que se solicitó un ultrasonido de urgencia al servicio de radiología e imagen del hospital.

Se confirmó el diagnóstico de colecistitis crónica litiásica y se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente, que evolucionó favorablemente y egresó a su domicilio sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

La colecistitis crónica es la inflamación aguda de la vesícula biliar, provocada en el 90% de los casos por la obstrucción del conducto cístico por un lito. La vesícula obstruida se distiende y su pared sufre una inflamación química que se manifiesta como edema y engrosamiento¹.

ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

En la mayoría de los pacientes la causa es litiasis biliar. Los dos factores que determinan la progresión de la enfermedad son:

1. El grado de la obstrucción.
2. La duración de la obstrucción^{1,2}.

Si la obstrucción es parcial y de corta duración, sólo se experimentará cólico biliar³. En cambio, si esta obstrucción es completa y duradera, se produce un aumento en la presión intravesicular, asociada a la irritación de la mucosa, activación de la respuesta inflamatoria aguda y la disminución del flujo vascular de la pared secundaria a la distensión. Sólo la mitad de los pacientes presenta una sobreinfección de la bilis, por lo que se cree que tiene un papel secundario.

La colecistitis aguda es una de las causas principales de consulta en el servicio de urgencias y en la consulta externa de cirugía general, cerca de 3-10% de todos los pacientes con dolor abdominal^{4,5}.

De acuerdo con la literatura médica, se reportan factores de riesgo y factores protectores, los cuales se enlistan a continuación:

Factores de riesgo

- Edad
- Sexo femenino
- Obesidad
- Nutrición parenteral (PT)
- Pérdida de peso
- Descenso de HDL
- Aumento de triglicéridos
- Embarazo
- Anticonceptivos

Factores protectores

- Ácido ascórbico
- Consumo de café
- Proteínas vegetales
- Grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas

CUADRO CLÍNICO

Suele ser asintomático^{2,3}. El síntoma principal es el dolor abdominal agudo constante en el hipocondrio

derecho, de duración mayor de 5 horas, normalmente irradiado a la espalda, y que se acompaña frecuentemente de náuseas, vómito y fiebre de entre 37.5 y 39 °C.

En la exploración física destaca un área de hipersensibilidad en el hipocondrio derecho y la palpación manual durante la inspiración profunda a ese nivel produce dolor y cese inspiratorio (signo de Murphy), resistencia muscular a la exploración. Los pacientes ancianos, sobre todo si son diabéticos, pueden no presentar dolor^{2,3}.

Las manifestaciones clínicas al presentarse una complicación pueden ser: vesícula palpable, fiebre mayor de 39 °C, escalofríos e inestabilidad hemodinámica, así como sospechar de una perforación con peritonitis generalizada cuando existe distensión abdominal, taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica o choque.

En los estudios de laboratorio se reporta: leucocitosis, aumento de bilirrubinas y fosfatasa alcalina.

En el examen general de orina (EGO) se puede presentar aumento en la excreción de urobilinógenos.

DIAGNÓSTICO

Se integra con el interrogatorio, la exploración física, los estudios de laboratorio y los métodos de imagen. De éstos, el ultrasonido es la prueba no invasiva de primera elección⁶.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre las posibilidades diagnósticas que hay que descartar están la úlcera péptica perforada, apendicitis aguda, obstrucción intestinal, cólico renal, hepatitis aguda y herpes zóster^{2,3}.

TRATAMIENTO

El manejo de la colecistitis aguda requiere de ingreso hospitalario, reposo en cama, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioticoterapia y analgesia; además, se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que como efecto colateral pueden alterar la historia natural de la enfermedad, además de aliviar el dolor. La colecistectomía es el tratamiento de elección (20% de los pacientes que presentan un cuadro agudo biliar que se resuelve espontáneamen-

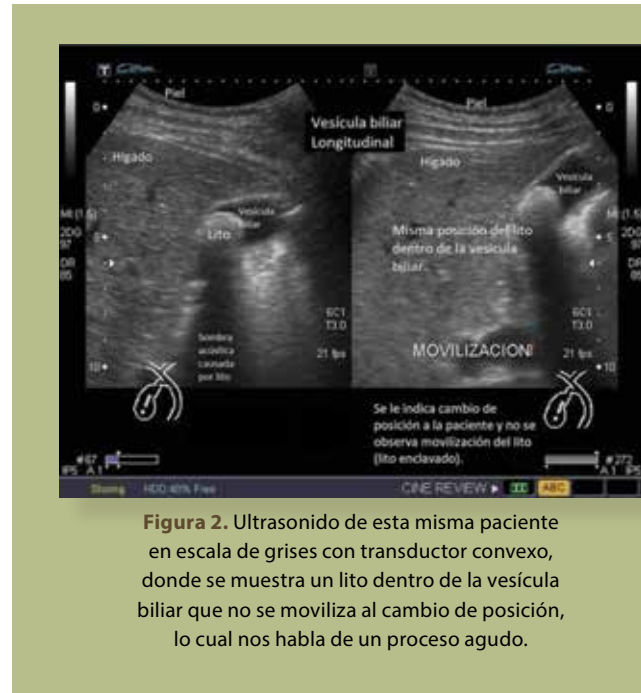


Figura 2. Ultrasonido de esta misma paciente en escala de grises con transductor convexo, donde se muestra un lito dentro de la vesícula biliar que no se moviliza al cambio de posición, lo cual nos habla de un proceso agudo.

te, vuelven a presentarlo), se debe realizar de forma temprana (7 días desde la aparición de los síntomas) no incrementa la morbimortalidad respecto a la cirugía diferida^{1,4}.

En las **figuras 1 y 2** se pueden apreciar las imágenes ultrasonográficas correspondientes al caso clínico que se presenta. ●

REFERENCIAS

1. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci SL, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18ª edición. México: Ed. McGraw-Hill; 2012. pp. 2621-4.
2. Doherty GM. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico. 13ª edición. Ed. McGraw-Hill; 2011. pp. 471, 483-6.
3. Stone CK, RL Humphries. Diagnóstico y tratamiento en medicina de urgencias. 7ª edición. Ed. McGraw-Hill LANGE; 2013. pp. 229-230, 242, 243.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis. México; 2009.
5. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):15-26. Epub 2007 Jan 30.
6. Rumack MC, Wilson SR, Charboneau JW, Johnson JA. Diagnóstico por ecografía. 3ª edición. Marbán. 2006. pp. 171-4, 177-9.