



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TEMA:
IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA BILIAR Y LAS ALTERNATIVAS
QUIRÚRGICAS PARA RESOLUCIÓN DE LOS CASOS DE COLECISTITIS.

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR:
TINOCO CARRION GISELLA YANINE

MACHALA - EL ORO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, TINOCO CARRION GISELLA YANINE, con C.I. 0706281987, estudiante de la carrera de CIENCIAS MÉDICAS de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autor del siguiente trabajo de titulación IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA BILIAR Y LAS ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS PARA RESOLUCIÓN DE LOS CASOS DE COLECISTITIS.

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 11 de noviembre de 2015

TINOCO CARRION GISELLA YANINE
C.I. 0706281987

DEDICATORIA

Principalmente dedico este trabajo a mis padres puesto que me brindaron apoyo y valores que me fortalecen no solo como profesional, sino como persona, a mi hijo y a mi esposo por ser la razón para seguir con mis triunfos ellos son la bendición mas grande que Dios me ha dado.

Dedico a Dios puesto que me brinda sabiduría, amor y paciencia, que me ayuda en los momentos más difíciles.

AGRADECIMIENTO

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mi madre Melva Carrión, por darme la vida, quererme mucho, creer en mi y porque siempre me apoyaste. Mamá gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto te lo debo a ti.

Familiares que participaron directa o indirectamente en el transcurso de mi carrera.

Primordialmente agradezco a mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

MACHALA, 08 DE OCTUBRE DE 2015

**IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA BILIAR Y LAS
ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS PARA RESOLUCIÓN DE LOS CASOS DE
COLECISTITIS.**

Autora: GISELLA YANINE TINOCO CARRIÓN

RESUMEN

La colecistitis litiasica aguda es una complicación de la colelitiasis. Es una de las patologías de resolución quirúrgica más común en nuestro medio. En el siguiente caso clínico analizaremos cada uno de los parámetros que permitan diagnosticar colecistitis al medico general. Nos basamos en los criterios diagnósticos y grados de severidad de colecistitis aguda de las Guías Tokio 2013, que describe tres parámetros importantes los cuales son: a) signos y síntomas locales de inflamación, b) signos sistémicos de inflamación y c) hallazgos ecográficos. Obteniendo un diagnostico definitivo con la presencia de un signo o síntoma local, un signo sistémico, y un hallazgo de imagen confirmatorio. Los grados de severidad van desde una inflamación vesicular leve hasta daño multiorgánico.

Palabras clave: colecistitis aguda 1, colecistitis aguda litiasica 2, guías de Tokio 2013 3, signo de Murphy 4, signos de inflamación 5.

SUMMARY

Acute cholecystitis is a complication of cholelithiasis . It is one of the pathologies of surgical resolution of the most common is our environment. In the following case we analyze each of the parameters for general practitioners diagnose cholecystitis . We rely on the diagnostic criteria and degrees of severity of acute cholecystitis Guides Tokyo 2013 that child describe three important parameters which: a) signs and symptoms of inflammation premises, b) and c more systemic signs of inflammation) sonographic findings . UN obtaining definitive diagnosis with the presence of UN sign or symptom , a sign of systemic local UN , and the UN Finding confirmatory image. The degrees of severity ranging from vesicular Mild inflammation to multiple organ damage.

Keywords: acute cholecystitis 1, acute gallstone cholecystitis 2, Guide Tokyo 2013 3, Murphy's sign 4, signs of inflammation 5.

INTRODUCCION

La colecistitis aguda litiasica, es la inflamación de la vesícula biliar causada por la impactación de cálculos que producen obstrucción del conducto cístico.¹⁰

Los factores de riesgo que se asocian a esta patología son género femenino, edad de 40 años, fertilidad y obesidad.

Según la INEC, 2014 es la primera causa de morbilidad en el sexo femenino en el Ecuador, teniendo como resolución el tratamiento quirúrgico.

En el presente trabajo se describe los criterios diagnóstico y grados de severidad según las Guías Tokio 2013 que debe seguir el médico general para llegar al diagnóstico definitivo de la colecistitis aguda.

Existen estudios donde se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda con la utilización de los criterios clínicos de Tokio y el examen histopatológico.

Por tal motivo es importante contar con criterios que nos permita al médico general diagnosticar desde que el paciente llega a emergencia para así tomar las medidas adecuadas para reducir la mortalidad en el paciente con colecistitis aguda.

COLECISTITIS AGUDA POR CÁLCULO

La obstrucción del conducto cístico por impactación de cálculos puede causar colecistitis aguda litiasica. La impactación temporal, que se observa en el cólico biliar, no da lugar a inflamación, pues la obstrucción se resuelve. Sin embargo, si no se resuelve, se produce inflamación, con edema y hemorragia subserosa, un proceso conocido como colecistitis aguda.⁹

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COLECISTITIS AGUDA

Se han descrito el género femenino, fertilidad, edad de 40 años, y obesidad. No existe evidencia que apoye la asociación de edad /sexo con la presentación de colecistitis aguda.

La obesidad se encuentra asociada a una mayor incidencia de colecistitis aguda. (IMC>34 en mujeres; IMC >38 en hombres)

La edad fértil y el embarazo no tienen evidencia que los apoye. Sin embargo el riesgo de colecistectomía en mujeres de 50-64 años incrementó con la frecuencia de parto y disminuyó de acuerdo a la duración de la lactancia.⁷

FISIOPATOLOGÍA

La colecistitis litiásica se da como consecuencia del atascamiento del cístico por un cálculo, la presencia de micro cristales de colesterol y las sales biliares lesionan la mucosa vesicular y colabora a la invasión bacteriana y se libera ácido araquidónico y lisolecitina. La lisolecitina es citotóxica y aumenta la lesión mucosa, el ácido araquidónico origina prostaglandinas, actúan como proinflamatorios aumentando la secreción de agua y promueven la distensión vesicular. El aumento de presión dentro de la vesícula provoca necrosis (gangrena vesicular) y perforación, por lo consiguiente como consecuencia:

- peritonitis local o generalizada
- absceso local
- fístula colecistoentérica

La bilis es aséptica en condiciones normales por su flujo abundante y por contener Inmunoglobulina A. Sin embargo, la éstasis biliar secundaria a la obstrucción causada por los cálculos provee el medio ambiente ideal para el crecimiento bacteriano de probable origen intestinal, como bacilos Gram negativos (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter* spp.), anaerobios (*Bacteroides fragilis*, *Clostridium* spp.,

Fusobacterium spp.) y cocos Gram positivos (*Enterococcus* spp.) y *Streptococcus faecalis*.

CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS

- *Colecistitis edematosa* (2 a 4 días): se inicia con la dilatación de los vasos linfáticos y capilares, lo cual edematiza la pared. Tejido histológicamente intacto.

- *Colecistitis necrotizante* (3 a 5 días): se generan cambios edematosos con áreas de hemorragia y necrosis en la mucosa. A medida que aumentan los niveles de presión dentro de la luz, se obstruye el flujo sanguíneo, lo que produce trombosis vascular y áreas superficiales de necrosis, sin comprometer todo el espesor de la pared.

- *Colecistitis supurativa* (7 a 10 días): comienza haber infiltración leucocitaria y áreas de supuración. El proceso de reparación hacen que las paredes se engrosen más por la proliferación fibrosa. Puede haber abscesos intramurales y pericolecísticos.

- *Colecistitis crónica* (después de repetidos episodios de colecistitis leve): se genera atrofia de la mucosa fibrosis de la pared.

COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LOS CÁLCULOS VESICULARES

El 80 a 90% de los cálculos son de colesterol; esto quiere decir que más del 75% de su peso seco es colesterol libre. Aproximadamente un 10% de los casos son de composición mixta (de colesterol y pigmento) y un 5% son pigmentarios (más del 80% de su peso seco es bilirrubinato de calcio fundamentalmente).

El desarrollo de cálculos pigmentarios en la vía biliar, menos frecuentes de ver, *obedecen a mecanismos patogénicos muy diferentes a los cálculos de colesterol*. Se postula que su patogenia se debe a la desconjugación de la bilirrubina secretada a la bilis, por presencia de bacterias que han colonizado la vía biliar y que contienen una enzima denominada β -Glucuronidasa capaz de desconjugar la bilirrubina biliar. La bilirrubina no-conjugada es menos soluble en agua y precipita formando complejos con el calcio presente en la bilis, formando agregados insolubles de Bilirrubinato de Calcio. Por ello, los cálculos pigmentarios son más frecuentes de ver en condiciones donde se ve facilitada la colonización o infección crónica de la vía biliar por bacterias de origen entérico. Por ser poco frecuentes en nuestro medio, no nos referiremos mayormente a este tipo de cálculos.

DIAGNOSTICO

GUÍAS TOKIO 2013

CRITERIO DIAGNOSTICO Y GRADO DE SEVERIDAD DE COLECISTITIS AGUDA

Colecistitis aguda es una enfermedad frecuentemente encontrado en la práctica diaria con dolor hipocondrio derecho como el síntoma principal. Sin embargo, no hubo criterio diagnóstico y criterios de evaluación de la gravedad de esta enfermedades antes de la publicación en 2007 de las Guías de Tokio para la gestión de la colangitis aguda y colecistitis (TG07) en el Journal of Hepato - Biliary- Cirugía de páncreas, 2007). Hay un tratado en el TG07 lanzado con la expectativa de mejorar las directrices internacionales actuales para el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda.

Los criterios diagnósticos en TG07 se fijaron en una alta sensibilidad para brindar atención médica adecuada para un número mayor de los casos y la sensibilidad ha sido reportada como 84,9 % sobre la base de los resultados de ensayo para los criterios de diagnóstico TG07.

Directrices TG07 ya han sido reconocidas como los criterios diagnósticos que se recomiendan en la medicina de hoy. Sin embargo, las directrices deberían lograr una mayor evolución. En vista de la situación actual donde el diagnóstico por imagen , como la ecografía (US) , TC y gammagrafía, se utilizan con frecuencia para el diagnóstico definitivo de la colecistitis aguda.

Considerando el progreso de la tecnología de diagnóstico y detección de nuevas evidencias, criterios diagnósticos y grado de severidad revisado en la Directrices Tokio actualizados (TG13) son presentados de acuerdo con ajustes clínicos reales.¹

DIAGNOSTICO PARA COLECISTITIS AGUDA

Criterios clínicos Tokio 2013

a) *Signos locales de inflamación:*

- Signo de Murphy.
- Dolor o sensibilidad en el cuadrante superior derecho.
- Masa palpable en el cuadrante superior derecho.

b) *Signos sistémicos de inflamación*

- Fiebre.
- Leucocitosis.
- PCR elevada.

c) Hallazgos de imagen

- Engrosamiento de la pared vesicular (5mm o mayor)
- Líquido pericolecístico
- Signo de Murphy ecográfico
- Vesícula aumentada de tamaño
- Cálculo impactado en el cístico o en el cuello de la vesícula

Diagnostico sospechoso: un signo local + un signo sistémico de inflamación.

Diagnostico definitivo: un signo o síntoma local, un signo sistémico, y un hallazgo de imagen.¹

✓ **SIGNO DE MURPHY**

Signo de Murphy muestra una alta especificidad, sin embargo, la sensibilidad se ha reportado baja. No es aplicable hacer un diagnóstico de colecistitis aguda debido a la baja sensibilidad (Nivel D).

Dolor que siente el paciente cuando éste realiza una inspiración profunda mientras se realiza una palpación o compresión por debajo del reborde costal derecho, en el hipocondrio derecho en el punto vesicular, debido a que se palpa la vesícula biliar inflamada. Signo de Murphy es ampliamente conocido como un contribuyente de diagnóstico de colecistitis aguda.

Un número amplio de los médicos confirman la presencia de colecistitis aguda, si refieren Signo de Murphy y proporcionan tratamiento para dicha patología.¹

“El signo de Murphy es muy específico, sin embargo tiene muy baja sensibilidad. Sin embargo puede presentarse colecistitis aguda en pacientes con signo de Murphy negativo.⁷

El diagnóstico definitivo para colecistitis aguda que comprende la presencia de un signo local de inflamación + un signo sistémico de inflamación + un hallazgo de imagen, tiene alta sensibilidad y especificidad.⁷

Se debe descartar otras enfermedades a nivel abdominal incluida hepatitis aguda.

En pacientes inmunodeprimidos pueden no presentar signos sistémicos, estos son casos especiales que ameritan mucha atención.

El dolor abdominal es el signo mas distintivo de colecistitis aguda. Siendo la localización mas frecuente en hipocondrio derecho y epigastrio, dicho dolor es intenso y prolongado (de 4 a 6 horas), con o sin irradiación hacia escapula derecha, seguido por nauseas y vomito.¹

Estudios de laboratorio

No existe algún estudio de laboratorio específico. El diagnóstico se basa en la elevación de cifra de leucocitos (>10,000 mm³/dl) o de la PCR (>3mg/dl) y alteraciones leves en Pruebas de función hepático. Las bilirrubinas totales pueden elevarse hasta 4mg/dl en ausencia de complicaciones.¹

“La combinación del signo de Murphy ultrasonográfico con PCR elevada tiene una sensibilidad de 95%, especificidad de 76% y valor predictivo positivo de 96% para el diagnóstico de colecistitis aguda”.⁷

HALLAZGOS EN ULTRASONIDO

Vesícula biliar

Aspectos técnicos y anatomía ecográfica

El paciente estará en ayuno de 8 h, en decúbito supino, y colabora con inspiraciones profundas mantenidas. A través del reborde subcostal derecho, se realizan los cortes longitudinales y transversales; a veces, por dificultades técnicas, se realiza por vía intercostal o cambiando la posición del paciente a decúbito lateral izquierdo, sentado o en bipedestación. Ecográficamente tiene forma ovalada, mide en eje longitudinal < 10 cm y en eje transversal < 4 cm. El grosor normal de su pared es < 3 mm. Puede presentar variaciones en la forma, localización o número (pliegues, septos, localización intrahepática, duplicaciones o agenesias).²

“La ecografía se debe realizar en la consulta inicial para todos los casos para los que se sospecha una colecistitis aguda, Recomendación 1, nivel A”.¹

Hallazgos de imagen ecográficas característico de la colecistitis aguda.

Son principalmente, la vesícula biliar ampliada, engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, litiasis vesicular, y el eco de escombros.

Un diagnóstico de colecistitis litiásica aguda se puede hacer ecográficamente cuando las siguientes conclusiones están presentes al mismo tiempo: el engrosamiento de la pared vesicular (5 mm o mayor), el líquido pericolecístico o sensibilidad directa cuando la sonda es empujada contra la vesícula biliar (ecográfico Signo de Murphy). Otros hallazgos ecográficos puede incluir la ampliación de la vesícula biliar, piedras en la

vesícula biliar, escombros de eco y de imagen de gas. Sin embargo, debido a las diferencias entre los informes en la frecuencia de la ocurrencia de resultados individual, sensibilidad, y la especificidad, el diagnóstico debe hacerse después de un amplio juicio de los resultados individuales.¹

La TAC puede reportar: engrosamiento y distensión de la pared, estriación de la grasa y líquido peri vesicular, edema de la capa sub seroso y atenuación alta del contenido de la vesícula y pigmentación peri vesicular y mucoso en caso de administrarse contraste intravenoso.

Se recomienda la TAC para evaluar complicaciones como abscesos.

En la actualidad existen múltiples estudios de imagen entre ellos la gammagrafía con Tc-HIDA, siendo este muy sensible y específico. Sin embargo, se prefiere el segundo por su disponibilidad, bajo costo y nula exposición a radiación”.⁷

Según los criterios del American College of Radiology, los pacientes con sospecha de colecistitis aguda pueden ser, en principio, valorados mediante ecografía o gammagrafía; sin embargo, la ecografía es más utilizada y existen varias razones para ellos:

- Cerca de 70 % de los pacientes con sospecha clínica de colecistitis aguda tienen alguna otra patología; al demostrar una vesícula normal se puede excluir colecistitis en la mayoría de los pacientes.
- La ecografía puede identificar con más probabilidad que la gammagrafía un diagnóstico alternativo.
- La ecografía es un método más barato para la obtención de información de órganos localizados en el hipocondrio derecho.
- Todos los hallazgos ecográficos de la vesícula (tamaño, situación de la pared, tamaño del cálculo) y de la propia vía biliar, son datos preoperatorios importantes, que no se obtienen con la gammagrafía.
- La mayoría de las exploraciones con resultados falsos positivos de colecistitis aguda se producen en pacientes con colelitiasis sintomática, que requerirán colecistectomía, por lo que el impacto preoperatorio del diagnóstico de una colecistitis es mínimo.⁶

Como alternativa diagnóstica se puede emplear la gammagrafía con derivados del ácido iminodiacético marcados con tecnecio radiactivo (HIDA-Tc99). El contraste administrado por vía intravenosa es captado por los hepatocitos y eliminado por la bilis.

Al encontrarse inflamada la pared de la vesícula, se puede observar una captación de trazador en el lecho vesicular en la fase vascular del estudio. Si el cístico se encuentra obstruido, el contraste no rellenará la vesícula; por lo tanto, la no visualización de la vesícula junto con un cuadro clínico compatible son diagnóstico de colecistitis aguda. La tomografía computadorizada (TC) y la resonancia magnética (RM) no están indicadas en la evaluación inicial de estos pacientes.⁷

“debe hacerse diagnóstico diferencial con patologías como la cardiopatía isquémica, enfermedades pépticas, pancreatitis aguda, apendicitis retrocecal o dolores neuromusculares”.¹⁰

Se realizó un estudio transversal en el Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato. Donde se estudió la Correlación de los criterios clínicos de Tokio con el examen histopatológico de la pieza quirúrgica para el diagnóstico de la colecistitis aguda.

Se incluyeron los pacientes atendidos de urgencia por presentar cuadro clínico sugestivo de colecistitis aguda; se clasificaron según los criterios de Tokio para colecistitis aguda por un cirujano independiente al que realizó la colecistectomía.

Para el análisis de la prueba diagnóstica se tomó la descripción microscópica como diagnóstico definitivo de colecistitis aguda encontrando una sensibilidad de 0.97 (97%), con una especificidad de 0.88 (88%), con un valor predictivo positivo de 0.97 (97%) y con un valor predictivo negativo de 0.88 (88%); una razón de probabilidad positiva de 8.8 y una razón de probabilidad negativa de 0.02.

Considerando que para un diagnóstico definitivo de colecistitis aguda según las Guías de Tokio se requiere un criterio A más B y C, en nuestra población tuvieron estas características el 75% de los pacientes ingresados al estudio. Con base al resultado los criterios de Tokio se pueden utilizar de forma segura y se debe alentar su uso como medio diagnóstico estándar para la colecistitis aguda en los pacientes con sospecha de dicha patología.

CRITERIOS DE GRADACIÓN DE SEVERIDAD PARA COLECISTITIS AGUDA, SEGÚN LOS CRITERIOS DE TOKIO.

- **Leve (Grado I):**

“Colecistitis aguda que no cumple los criterios para un grado más severo, Inflamación vesicular leve, no disfunción de órganos”.¹

Tratamiento antimicrobiano:

Se recomienda una cefalosporina (cefuroxima/ceftriaxona o cefotaxima) +/- metronidazol.

También se puede utilizar terapia combinada de quinolona (ciprofloxacino/levofloxacino) +/- metronidazol.

En caso de utilizar monoterapia, se puede utilizar ertapenem o moxifloxacino.³

Tratamiento quirúrgico:

Colecistectomía temprana sea laparoscópica o abierta es el tratamiento preferido en estos casos. Si el paciente presenta problemas médicos asociados se puede optar por la colecistectomía electiva una vez mejorada la condición del paciente.⁴

- **Moderada (Grado II):**

La presencia de uno o más de lo siguiente:

- Leucocitosis >18.000.
- Masa palpable, sensibilidad en el cuadrante superior derecho.
- Duración de más de 72 horas.
- Inflamación local marcada que incluye: peritonitis biliar, absceso pericolecístico, absceso hepático, colecistitis gangrenosa, colecistitis enfisematosa.¹

Tratamiento antimicrobiano:

Se pueden utilizar los mismos esquemas recomendados para la colecistitis leve además de piperacilina/tazobactam.³

Tratamiento quirúrgico:

Se recomienda colecistectomía laparoscópica en centros experimentados. Si existe inflamación local importante, se puede intentar drenaje (percutáneo o abierto), manejo médico y colecistectomía de intervalo (2-3 meses después).⁴

- **Severa (grado III):**

La presencia de uno o más de lo siguiente:

Disfunción cardiovascular (hipotensión que requiera tratamiento con dopamina 5ug/kg/min o cualquier dosis de dobutamina).

Disfunción neurológica (nivel de conciencia disminuido).

Disfunción respiratoria (relación de presión parcial de oxígeno arterial para la fracción inspirada de oxígeno <300).

Disfunción renal (oliguria, creatinina >2.0mg/dl).

Disfunción hepática (TP, INR >1,5).

Disfunción hematológica (plaquetas <100.000).¹

Tratamiento antimicrobiano:

Se puede elegir entre esquemas con piperacilina/tazobactam, cefepime/ceftazidima +/- metronidazol, imipenem, meropenem o ertapenem.³

Tratamiento quirúrgico

“Debe de manejarse con drenaje y colecistectomía de intervalo mientras se trata la disfunción orgánica”.⁷

En estos casos que son una minoría de pacientes, se acompaña de disfunción de órganos y/o severa inflamación local. Es necesario instaurar un apropiado soporte de órganos junto con un tratamiento médico adecuado; el manejo de la inflamación local severa se puede realizar por un drenaje percutáneo de la vesícula, la cirugía urgente está reservada para pacientes en quienes este tratamiento falla, o se presentan complicaciones serias como perforación de la vesícula. Una vez mejorada la condición aguda del paciente por estos métodos se puede realizar la colecistectomía diferida.⁴

Manejo antibiótico después de que se haya realizado colecistectomía

En casos leves, se puede suspender 24 horas después del control de la infección.

En casos moderados y graves, se debe de continuar la terapia de 4-7 días a pesar de haber realizado colecistectomía.

En pacientes con absceso pericolecístico y perforación vesicular, el antibiótico debe de continuarse hasta que se encuentre afebril, con cifras de leucocitos y exploración abdominal normal.

Una vez tolerada la vía oral, se puede continuar el tratamiento antibiótico por esta vía.

Una vez obtenida la sensibilidad de los cultivos, se debe de ajustar el tratamiento antibiótico.

Colecistectomía de urgencia

Confirmado el diagnóstico de colecistitis aguda esta debe ser realizada tan pronto como lo permita la situación clínica del paciente. Los criterios que indican esta actitud son:

Clínicos:

- a) Evidencias de peritonitis generalizada o de absceso.
- b) Estado tóxico.
- c) Aumento del dolor.
- c) Fiebre superior a 39°C.
- d) Leucocitosis de 20.000/ml o mayor.
- e) Aparición de una masa abdominal.
- f) Tensión sistólica menor de 90 mm Hg.
- g) Obstrucción intestinal.
- h) Ictericia.

Ultrasonográficos:

- a) Líquido perivesicular.
- b) Gas en pared o luz vesicular.
- c) Engrosamiento de la pared vesicular.
- c) Edema de pared vesicular.
- d) Líquido libre abdominal.
- e) Signo de Murphy ecográfico positivo.
- f) Absceso pericolecístico

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Según los estudios realizados, dan como resultado que los criterios diagnósticos y grados de severidad para colecistitis aguda de las Guías Tokio 2013. Se pueden utilizar de forma segura y se debe alentar su uso como medio diagnóstico estándar en los pacientes con sospecha de dicha patología. La ecografía es un método de imagen recomendado para el diagnóstico de dicha patología, es más barato para la obtención de información de órganos localizados en el hipocondrio derecho.

Todos los hallazgos ecográficos de la vesícula (tamaño, situación de la pared, tamaño del cálculo) y de la propia vía biliar, son datos preoperatorios importantes

RECOMENDACIONES

1. Por los resultados de los estudios realizados, se recomienda a los médicos generales que utilicen las Guías Tokio 2013 como método de diagnóstico estándar en pacientes con sospecha de colecistitis aguda.
2. Utilizar la ecografía como método diagnóstico de imagen en la consulta inicial para todos los casos que se sospeche de colecistitis aguda.
3. Se recomienda al médico general referir inmediatamente al paciente con diagnóstico definitivo de colecistitis aguda al médico cirujano para que reciba el tratamiento acorde a la gravedad que se encuentre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yokoe M, Takada T, Strasberg S, Solomkin J, Mayumi T, Gomi H, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. . J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20:35–46
2. Segura A, Joleini S, Díaz N, Segura J. Ecografía de la vesícula y la vía biliar. Semergen. 2014. Vol 36. 1 - 6
3. Gomi H, Solomkin J, Takada T, Strasberg S, Pitt H, Yoshida M. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci 20:60–70
4. Yamashita Y, Takada T, Strasberg S, Pitt H, Gouma D, O Garden et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci (2013) 20:89–96
5. Salinas C, Pereyra T, Evangelista C, Salinas M, Palomares U, Pérez J, et al. Correlación de los criterios clínicos de Tokio con el examen histopatológico de la pieza quirúrgica para el diagnóstico de la colecistitis aguda. Revista Latinoamericana de Cirugía. (2013) vol. 3. 1-4
6. Blanco A, Prada A, Miguel I, Ruiz E. Ecografía en un dolor abdominal agudo. Revista digital de Ecografía Clínica, (2014) Vol. 5 N 3:1 – 2
7. Chan Núñez, B. M. Guía de práctica clínica colecistitis. ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA GENERAL A.C. (2014) 1- 34.
8. F. Charles Brunicaudi, et al. SCHWARTZ MANUAL DE CIRUGÍA. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2007
9. TOWNSEND M., BEAUCHAMP D., EVERS E., MATTOX K. Sabiston tratado de cirugía Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 19^o edición. España : Elsevier; 2013
10. M. Tejedor Bravao y A. Albillos Martínez. Enfermedad litiasica biliar. Medicine , (2012) 11(8), 481-8.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: guisela tinoco.docx (D16201368)
Submitted: 2015-11-14 22:40:00
Submitted By: yana2592@hotmail.com
Significance: 7 %

Sources included in the report:

<https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/colecistitis.pdf>

Instances where selected sources appear:

6