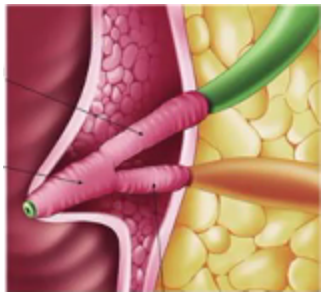
Patología quirúrgica vesícula y vías biliares

Anatomía

El hígado es el órgano principal productor de bilis de ahí pasa a la vesícula y esta producción comunica la necesidad para la cual se utiliza, que es la digestión de las grasas, principalmente en cuanto a la relación con la fisiología, anatómicamente en cirugía cuando un px sufre de una patología lo localizamos en el abdomen, para esto debemos tener claro las relaciones a este nivel.

Se produce mas o menos 1lt de bilis y en ayuno es cuando más se acumula, es necesaria para digestión de lípidos

90 a 95 % de las pancreatitis son de origen biliar



La cantidad de cálculos no tiene relación con peligro ni complicaciones. El hecho de solo tener los cálculos ya representa un problema

Estudios de imagen

USG: es el estudio de mayor sensibilidad en la vesícula. HIDA: ácido himinodiacetico. Estudio de radioisótopos para descartar px con enfermedad inflamatoria de la vesícula no relacionada a cálculos, no se utiliza mucho. El cálculo por la ingesta de grasa llega a la 2 porción del duodeno, y la CCK induce una contracción de la vesícula para que la bilis llegue al duodeno para degradar las grasas; la contracción sostenida hace que el cálculo se enclave temporalmente en el conducto cístico generando cólico biliar. El radioisótopo se da para que entre en las vías biliares, de lo contrario se trata de una obstrucción

Colelitiasis

- *Presencia de cálculos en la vesícula.*
- *No se relaciona con ningún proceso inflamatorio.*
- *Es una condición potencial que puede llevar a una enfermedad.*
- *Predomina en mujeres*
- *Pacientes mayores de 30 años. • No produce síntomas en muchos casos.*
- *Es un hallazgo incidental*

Cólico biliar

- *Cuando el cálculo se enclava temporalmente en el conducto cístico genera un dolor recurrente (no constante) en hipocondrio derecho, puede irradiarse hacia la región escapular y hombro derecho.*
- *Dolor postprandial (grasas)*
- *Alivio progresivo, responde al cese del espasmo del conducto cístico.*
- *No asociado a proceso inflamatorio local o sistemático*

Colecistitis

- *Cálculo se enclavo, pero no sede, se genera una inflamación. Vesícula se distiende.*
- *95% por cálculos.*
- *Inflamación de la vesícula secundaria a la obstrucción del tracto de salida. • 5% acalculosa: HIDA→En px con sepsis, quemaduras extensas, trauma mayor.*
- *Las enzimas hepáticas pueden elevarse, FA no se elevada mucho. Diagnostico diferencial: cardiopatía isquémica, patología péptica, pancreatitis aguda. • Dolor en hipocondrio derecho, tipo cólico duradero, signo de Murphy positivo.*
- *Fiebre, náuseas, vómitos y leucocitosis.*
- *El ultrasonido es el estudio de elección: aumento de las paredes, edema perivesicular.*
- *Manejo inicial: hidratación, analgésicos, antiespasmódicos, antibióticos (cefalosporinas).*
- *Manejo definitivo: colecistectomía. Laparoscópica o abierta.*

Colecistectomía abierta

- *Incisión subcostal*
- *Disección por planos musculares.*
- *Desventajas. Mayor dolor, recuperación lenta, más riesgo de hernias y sangrado.*
- *Entrar a la cavidad, disecar o separar las adherencias producto del proceso inflamatorio (que son normales de la situación).*

- *Se disecan los conductos y la arteria cística.*

Colecistectomía laparoscópica: Procedimiento de elección en colecistitis aguda, que ayuda a tener una mejor visibilidad quirúrgica.

Ventajas: menor hospitalización, menor dolor, recuperación rápida, menos sangrado.

Complicación potencial: lesión de la vía biliar.

Verde indocianina: sustancia para diferenciar las estructuras biliares en la cirugía.

Coledocolitiasis Ocupación total o parcial del conducto (colédoco) por cálculos, produciendo obstrucción de este. - Puede presentarse en las vías biliares intrahepáticas o extrahepáticas. No se presentan signos o datos de inflamación. Px con probables cólicos biliares previos, donde la piedra logró pasar el conducto cístico y se aloja en el conducto colédoco.

Diagnósticos

Clínico: ictericia, acolia, coluria (orinado como té), prurito.

Laboratorios: bilirrubinas elevadas, predominio directo. FA se eleva de forma importante, PFH, Tiempos de coagulación.

Ultrasonido: dilatación de la vía biliar, visualización del cálculo.

Resonancia nuclear (colangioresonancia)- Mayor sensibilidad y especificidad.

Colangiografía (CPRE).

Es la causa más frecuente de ictericia de acuerdo con las estadísticas. El ultrasonido sigue siendo el estudio de elección. El paso del cálculo puede llevar a dos puntos: - Punto superior. - Punto distal llegando a la papila, obstruyendo la papila o la unión del conducto colédoco + pancreático

Síndrome de Mirizzi

Obstrucción por presencia de cálculos en la vesícula que ejercen una presión y pueden obliterar la pared. Proceso inflamatorio agudo o crónico, por implantación de cálculos en el infundíbulo. Ictericia obstructiva. Poco común (1% de las colelitiasis).

Colangitis

Se define como infección ascendente de la vía biliar, con repercusión sistémica, en presencia de obstrucción parcial o completa de la vía biliar.

- Los principales microorganismos implicados: E. coli, Klebsiella sp, Estreptococos sp, Pseudomona sp, Bacteroides sp., y Clostridium sp.

Tríada de Charcot: fiebre, dolor en HD e ictericia. Manifestación clásica.

Pentada de Reynolds: triada de Charcot + desorientación + hipotensión. Se le suma vómitos, deshidratación, mal estado general. En los laboratorios se observa leucocitosis: neutrofilia, bilirrubina elevada (directa), Transaminasas discretamente elevadas, FA elevada.

Pólipos vesiculares

la gran mayoría no produce ningún problema, debe tener 1 cm (luego dice 6mm) para ameritar cirugía. Las

lesiones menores de 6 mm se vigilan con ultrasonido cada año.

- *Adenoma*
- *Pseudotumores (Hiperplasia adenomatosa)*
- *Pólipo inflamatorio*
- *Pólipo de colesterol*
- *Adenocarcinoma*

Se presenta si es de localización distal(cuello)

Quistes vesiculares

- *Dilatación quística del árbol biliar tanto intrahepático como extrahepático.*
- *Predominio en sexo femenino*
- *Mayor incidencia en países asiáticos*
- *Clasificación anatómica¨Todani¨*
- *Alto porcentaje de malignización (colangiocarcinoma)*
- *Manejo quirúrgico*

Neoplasias

- *Hacen bilirrubinas muy elevadas*
- *3% de todas las neoplasias digestivas*
- *Cuadro clínico sugestivo de obstrucción de la vía biliar*

- *Asociada a pérdida de peso*
- *Aumento importante de la bilirrubina*
- *Según su localización: colangiocarcinoma intrahepático y extrahepático, tumor de klatskin, neoplasia de papila*
- *Neoplasia de vesícula: 1 de cada 1000 colecistectomías*

Se diferencian entre intrahepáticos y extrahepáticos dependiendo de su localización.

Se tiene un paciente con ictericia, bilirrubinas elevadas, su progresión es muy rápida y en diagnóstico es tardío la gran mayoría de las veces → Mal pronóstico

Colangiocarcinoma

Puede aparecer en cualquier punto del árbol biliar (desde los canalículos intrahepáticos hasta la ampolla de váter), siendo el tramo peri hiliar (zona de la confluencia de los conductos hepáticos principales) el más frecuentemente afectado, representa entre el 40% y 60% del total; a este subtipo se le denomina Tumor de Klatskin (bifurcación de los conductos hepáticos derecho e izquierdo o en la confluencia).

Cuando es distal y está cerca o afecta la ampolla se debe diferenciar con otras neoplasias locales, de la cabeza del páncreas, de la segunda porción del duodeno, de la ampolla o del colédoco distal ya que los síntomas son muy similares.

Es un cuadro MUY AGRESIVO, el diagnóstico es muy tardío y tiene muy mal pronóstico.