

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-237-09**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

K 81 Colecistitis

K 80 Colelitiasis

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

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

La colecistitis es una de las principales causas de consulta en el servicio urgencias y en la consulta externa de cirugía general. La colecistectomía 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 aguda se presenta con más frecuencia en mayores de 40 años, tanto en hombres como en mujeres, siendo más frecuente en el sexo femenino en relación 2:1

En el año 2007 se otorgaron 218,490 consultas por colecistitis, ocupando el primer lugar como causa de consulta en cirugía general, siendo la colecistectomía la intervención quirúrgica que se realiza con más frecuencia en este mismo servicio; después de la cesárea la colecistectomía es la segunda intervención quirúrgica que con mayor frecuencia se realiza en el IMSS, con un total de 69,675 colecistectomías de las cuales 47,147 se realizaron con técnica abierta y 22,528 por laparoscopia, la colecistitis y colelitiasis ocuparon el séptimo lugar entre las veinte principales causas de egreso en el IMSS durante el año 2007 y ocuparon el decimoséptimo lugar entre las veinte principales causas de consulta por especialidad en el mismo año (Motivos de egresos. SUI-13, IMSS 2007)

ESTILOS DE VIDA

La Colecistitis y al Colelitiasis se pueden prevenir con:

- El ejercicio físico
- Alimentación sana
- Control de la obesidad
- Uso adecuado de hormonas en:
 - Como método anticonceptivo
 - Climaterio

FACTORES DE RIESGO

- 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.
- Embarazo, sobre todo para el desarrollo de cálculos de colesterol, normalmente son formas

asintomáticas de litiasis biliar y tanto el barro biliar como los cálculos menores de 10mm habitualmente desaparecen tras el parto

- Anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, en este caso con mayor riesgo 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.
- Antecedentes familiares de litiasis biliar.
- Obesidad.
- Pérdida rápida de peso.
- Nutrición parenteral.
- Diabetes Mellitus.
- Cirrosis hepática.
- Enfermedades del íleon
- Enfermedad de Crohn
- Dislipidemia
- Enfermedades hepáticas y metabólicas.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Colecistitis y Colelitiasis no complicada:

- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante superior derecho
- Dolor en cuadrante superior derecho
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho
- Náusea
- Vómito

Colecistitis aguda complicada:

- Vesícula palpable
- Fiebre mayor de 39° C
- Calosfríos
- Inestabilidad hemodinámica

Se debe de considerar el diagnóstico de colecistitis o colelitiasis cuando el paciente presente un signo o síntoma local y un signo sistémico, más un estudio de Imagenología que reporte positivo para esta patología.

La perforación con peritonitis generalizada se sospecha cuando:

- Existen signos de irritación peritoneal difusa
- Distensión abdominal
- Taquicardia
- Taquipnea
- Acidosis metabólica
- Hipotensión
- Choque

La colecistitis aguda se clasifica en 3 grados, de acuerdo a la afectación a otros órganos medido por pruebas de laboratorio:

- Grado I. Leve
- Grado II. Moderada
- Grado III. Grave

(Cuadro I)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| • Úlcera péptica perforada | • Colangitis aguda bacteriana | • Infarto de miocardio |
| • Apendicitis aguda | • Pielonefritis | • Rotura de aneurisma aórtico |
| • Obstrucción intestinal | • Hepatitis aguda | • Tumores o abscesos hepáticos |
| • Pancreatitis aguda | • Hígado congestivo | • Herpes zoster |
| • Cólico renal o biliar | • Angina de pecho | • Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis |

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Laboratorio

No hay prueba de laboratorio específicas para Colecistitis y Colelitiasis.

Pruebas de laboratorio que pueden ser de utilidad:

- Biometría hemática en la cual se puede encontrar leucocitosis
- Proteína C Reactiva la cual puede encontrarse elevada y es de utilidad para confirmar proceso inflamatorio.

Ante la presencia de fiebre y sospecha de proceso infeccioso el médico cirujano solicitará:

- Hemocultivo
- Cultivo de secreciones

Con la finalidad de la selección del agente antimicrobiano.

Gabinete

Ultrasonido

El ultrasonido abdominal es positivo en el 98% (sensibilidad) de los casos de colelitiasis, realizado por personal experimentado, por lo que es la prueba no invasiva de primera elección.

Hallazgos ante la presencia de colecistitis:

- Engrosamiento de la pared vesicular mayor de 5 mm
- Líquido perivesicular
- Signo de Murphy ultrasonográfico positivo

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

- Bilirrubinas
- BUN
- Creatinina
- Tiempo de protrombina
- La amilasa sérica es de utilidad para identificar complicaciones como coledocolitiasis

Gammagrafía biliar (Escintografía)

Tienen sensibilidad del 97%

En caso de sospecha de colecistitis aguda, donde la clínica y la ecografía no fueron concluyentes debe indicarse este estudio

La Gammagrafía de vías biliares con Tc-HIDA ante la presencia de colecistitis reporta:

- Exclusión vesicular
- Signo de RIM (Aumento de la radioactividad alrededor de la fosa vesicular)

- Alargamiento vesicular 8 cm axial y 4 cm diametral
- Lito encarcelado
- Imagen de doble riel
- Sombra acústica
- Ecos intramurales.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

Hallazgos ante la presencia de colecistitis:

- Signos de pericolecistitis con imágenes de alta densidad.
- Alargamiento vesicular
- Engrosamiento de la pared vesicular.

Tomografía Axial Computada (TAC)

Hallazgos ante la presencia de colecistitis:

Engrosamiento de la pared vesicular

- Colecciones líquidas perivesiculares
- Alargamiento vesicular
- Áreas de alta densidad en el tejido graso perivesicular

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para la disolución de los cálculos biliares en pacientes en situaciones especiales (pacientes con alto riesgo quirúrgico y aquellos que rehúsan la cirugía) el tratamiento de elección es con ácidos biliares orales como:

- Ácido ursodesoxicólico
- Ácido quenodeoxicólico

Durante 1 a 2 años

El ácido ursodeoxicólico se indica como coadyuvante cuando se realiza litotricia, ya que de esta forma se logra mayor efectividad en la destrucción de los litos

La administración de AINEs (antinflamatorios no esteroideos) en pacientes con cólico biliar es recomendable, para prevenir la aparición de colecistitis aguda

Una vez iniciado el cuadro de colecistitis aguda, la administración de AINEs, no ha demostrado remisión de la enfermedad.

En presencia de cólicos biliares y para evitar el progreso de la colecistitis se recomienda una dosis de 75 mg de diclofenaco

La selección del antibiótico dependerá de:

- La susceptibilidad local del germen, conocida por medio del antibiograma
- La administración previa de antibiótico
- La presencia o no, de disfunción renal o hepática
- La gravedad de la colecistitis aguda

El tratamiento antimicrobiano se usará de acuerdo a gravedad de la colecistitis:

- Colecistitis grado I un antibiótico
- Colecistitis grado II..... doble antibiótico
- Colecistitis grado III..... doble antibiótico

Agregar metronidazol cuando se detecta o se sospecha presencia de anaerobios

(Cuadro II)

(intramuscular)

El manejo del dolor intenso en pacientes con colecistitis aguda incluye narcóticos como la meperidina

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Litotricia

Es el tratamiento de primera elección en pacientes con las características abajo señaladas, que no han sido tratados previamente

Indicaciones:

- Pacientes con litiasis única
- No calcificada
- Con diámetros de 20 a 30 mm

Contraindicaciones:

- Pancreatitis
- Alteraciones de la coagulación
- Quistes o aneurismas en el trayecto de las ondas de choque

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La elección de la técnica quirúrgica para Colecistitis aguda depende de la gravedad del cuadro:

Grado I o leve:

- Colecistectomía temprana por laparoscopia, es el procedimiento de primera elección.

Grado II o moderada:

- Colecistectomía temprana por laparoscopia es de primera elección, sin embargo dependerá de la experiencia del cirujano en la técnica ya que la vesícula puede presentar una inflamación grave que haga difícil el abordaje
- Si el paciente presenta inflamación grave de la vesícula se recomienda un drenaje temprano que puede ser quirúrgico o percutáneo.
- Si el paciente se encuentra en la situación previamente mencionada la colecistectomía temprana puede ser difícil, por lo que se recomienda posponer la cirugía hasta que la inflamación disminuya

Grado III o grave:

- Manejo urgente de la falla orgánica
- Tratamiento de la inflamación local
- Drenaje de vesícula
- La colecistectomía se realizara cuando las condiciones generales del paciente mejoren.

- La colecistectomía por laparoscopia en este caso también es de primera elección, sin embargo dependerá de la pericia del cirujano y de si cuenta con el instrumental necesario para este procedimiento

La colecistectomía por laparoscopia se prefiere a colecistectomía abierta, porque:

- Tiene menor mortalidad
- Menor incidencia de complicaciones
- Menor tiempo de estancia hospitalaria
- Incorporación rápida a la actividad laboral

Factores que dificultan la realización de colecistectomía por laparoscopia son:

- Sexo masculino
- Cirugía abdominal previa
- Presencia o antecedentes de ictericia
- Colecistitis en fase avanzada
- Infecciones graves

Complicaciones

Colecistectomía y laparoscópica:

- Infecciones
- Ileo
- Hemorragia intraperitoneal
- Atelectasia
- Trombosis de venas profundas
- Infección del tracto urinario

Colecistectomía por laparoscopia

- Lesión del conducto biliar
- Lesión del intestino
- Lesión hepática

La combinación de extracción de litos por endoscopia durante una colangio- pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y la colecistectomía por laparoscopia, son de utilidad en el tratamiento de pacientes con colecisto y coledocolitiasis. El intervalo entre estos dos procedimientos es de pocos días

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Ante la sospecha de colecistitis aguda enviar al paciente en forma urgente al segundo nivel de atención, de acuerdo a la gravedad será a la consulta externa de cirugía general o al servicio de urgencias
- Será evaluado una semana después del egreso hospitalario en la consulta externa de cirugía general, donde se valorará el alta del servicio y se realizará la contrarreferencia en todos los casos a su unidad de primer nivel.

TIEMPO DE RECUPERACIÓN

- Colecistectomía laparoscópica no complicada en promedio de 14 - 21 días.
- Colecistectomía Abierta no complicada en promedio 21 días.
- En los casos de colecistectomía laparoscópica o abierta complicadas los días de recuperación varían de acuerdo a la complicación, y se les otorgará incapacidad laboral hasta que las complicaciones se resuelvan. (Cuadro III)

ESCALAS

Cuadro I. Clasificación De Gravedad Para Colecistitis Y Colelitiasis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007

| Clasificación de gravedad de Colecistitis aguda | | |
|---|-----------------|--|
| Grado | | Criterio |
| Grado I | leve | Colecistitis aguda en un paciente saludable sin disfunción orgánica, solo cambios inflamatorios leves en la vesícula biliar, la colecistectomía se puede hacer en forma segura con bajo riesgo operatorio. |
| Grado II | Moderado | Colecistitis aguda acompañada cualquiera de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Conteo de leucocitos elevado (> 18,000 mm³). • Masa palpable en cuadrante superior derecho de abdomen. • Duración del cuadro clínico > 72 h. • Marcada inflamación local (peritonitis biliar, absceso perivesicular, absceso hepático, colecistitis gangrenada, colecistitis enfisematosa). |
| Grado III | Grave | Colecistitis aguda acompañada por disfunción de cualquiera de los siguientes órganos/sistemas: <ul style="list-style-type: none"> • Disfunción cardiovascular (hipotensión que requiere tratamiento con dopamina > 5 ug/kg/min. o cualquier dosis de dobutamina). • Disfunción neurológica (disminución del nivel de conciencia). • Disfunción respiratoria (PaO₂/FiO₂ promedio <300). • Disfunción renal (oliguria, creatinina >2.0 mg/dl). • Disfunción hepática (TP-INR >1.5) • Disfunción hematológica (plaquetas <100 000/mm³). |

**CUADRO II. TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO PARA COLECISTITIS Y COLELITIASIS: TOKYO
GUIDELINES. J HEPATOBILIARY PANCREAT SURG. 2007**

| Colecistitis aguda | Antibiótico |
|--------------------|--|
| Grado I | <ol style="list-style-type: none"> 1. fluoroquinolona orales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Levofloxacino ▪ Ciprofloxacino 2. Cefalosporinas orales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefotiam ▪ Cefcapene Penicilinas de amplio espectro <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina con sulbactam |
| Grado II | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penicilinas de amplio espectro <ul style="list-style-type: none"> ▪ piperacilina con Tazobactam ▪ Ampicilina con sulbactam 2. Cefalosporinas de segunda generación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefmetazole ▪ Cefotiam ▪ Oxacefem ▪ Flomoxef |
| Grado III | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalosporinas de tercera y cuarta generación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefoperazon con sulbactam ▪ Ceftriaxona ▪ Ceftazidima ▪ Cefepime ▪ Cefozopran 2. Monobactamicos (aztreonam) 3. Ante la sospecha de anaerobiosagregar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metronidazol |

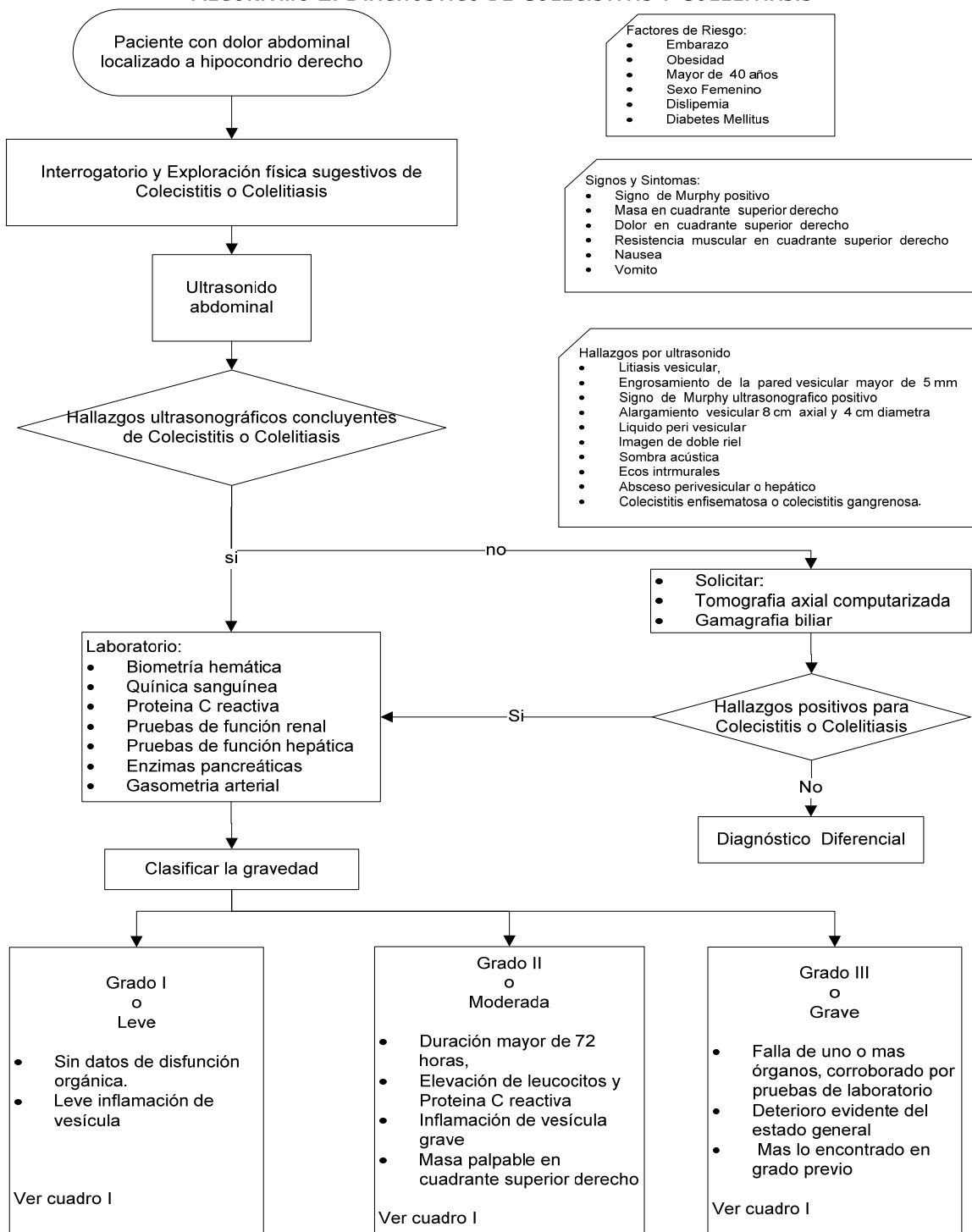
CUADRO III DÍAS DE INCAPACIDAD SEGÚN LA TÉCNICA DE COLECISTECTOMIA

| Técnica usada para realizar la colecistectomía | Tiempo en días Mínimo | Tiempo en días Optimo | Tiempo en días Máximo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Laparoscópica | 10 | 14 | 21 |
| Laparoscópica complicada | 14 | 21 | 28* |
| Abierta | 14 | 21 | 28 |
| Abierta complicada | 21 | 28 | 45* |

* ✓ Grupo redactor que elaboró la presente Guía 2008. En casos espaciales queda a criterio del médico tratante.

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS Y COLELITIASIS



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DE COLECISTITIS Y COLELITIASIS

