

## **COLECISTITIS AGUDA.**

### **Clasificación etiológica. Diagnóstico. Tratamiento.**

Dr. Lázaro Quevedo Guanche (1)

#### **1. Clasificación etiológica**

1.1 Litiásica

1.2 No Litiásica

1.2.1 Infecciosa:

1.2.1.1 En el curso de una sepsis generalizada

1.2.1.2 En la fiebre tifoidea

1.2.1.3 Debido a gangrena por gérmenes anaerobios

1.2.2 Química

1.2.3 Mecánica

1.2.4 Tumoral

1.2.5 Vascular

1.2.6 Parasitaria

#### **2. Diagnóstico.**

*2.1 Antecedentes dispépticos:*

2.1.1 Intolerancia a las comidas con grasas, salsas, los granos, el chocolate

2.1.2 Dolor abdominal posprandial recurrente en hipocondrio derecho

2.1.3 Náuseas, vómitos, episodios diarreicos frecuentes.

2.1.4 Antecedentes de Ictero, Acolia, coluria

*2.2 Diagnóstico anterior de Litiasis vesicular.*

*2.3 Síntomas y signos:*

2.3.1 Dolor espontáneo y a la palpación en Hipocondrio derecho

2.3.2 Maniobra de Murphy positiva

2.3.3 Tumor palpable en hipocondrio derecho

2.3.4 Náuseas y vómitos

2.3.5 Fiebre

*2.4 Exámenes de Diagnóstico*

*2.4.1 Imagenológicos:*

2.4.1.1 Ultrasonido de Vesícula y Vías Biliares

- Vesícula distendida, con paredes engrosadas, bilis de estasis y litiasis vesicular generalmente hacia el cuello, no movibles. Dolor a la presión del transductor sobre la vesícula. Zona líquida pericolecística.

2.4.1.2 Resonancia magnética nuclear.

2.4.1.3 Laparoscopia diagnóstica en casos dudosos

---

(1) Dr. en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Cirugía, I.S.C.M.-H.  
Especialista de 2do. Grado en Cirugía General. Hospital C. Q. Docente  
Hermanos Ameijeiras. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

---

### 3. Tratamiento.

#### 3.1 Tratamiento quirúrgico

##### 3.1.1 Colectomía

Es el tratamiento de elección, debe realizarse de urgencia y preferentemente por laparoscopia. En aquellos casos en los cuales la evolución clínica sea superior a las 72 h, o en pacientes con un riesgo quirúrgico o anestésico muy alto, ésta decisión debe ser muy bien valorada.

##### 3.1.1.1 Periodos preoperatorio y postoperatorio (ver el presente manual)

##### 3.1.1.2 Detalles de la técnica

###### *Colectomía laparoscópica*

- Anestesia General
- Neumoperitoneo de 12-15 mm Hg., tres o cuatro puertos de laparoscopia (según necesidad)
- Punción evacuadora de la Vesícula Biliar
- Tracción cefálica del fondo y bacinete vesicular
- Disección del triángulo de Calot, clipado o ligadura del conducto cístico y de la arteria cística.
- Colectomía
- Hemostasia y lavado, si es necesario.
- Realizar sistemáticamente colangiografía transoperatoria, con excepción de las ocasiones en que se realiza ultrasonografía transoperatoria.
- Debe dejarse un drenaje subhepático exteriorizado por una de las entradas utilizados para esta operación.

###### *Colectomía Abierta*

- Estará indicada en:
- Aquellos pacientes que no soporten un neumoperitoneo a bajas presiones
- Cuando, por razones técnicas, sea necesario o prudente una conversión después de intentar el proceder laparoscópico, o por juicio preoperatorio

###### Técnica

- Anestesia General
- Incisión Subcostal Derecha
- Punción evacuadora de la Vesícula Biliar
- Tracción cefálica del fondo y bacinete vesicular
- Disección del triángulo de Calot, ligadura del conducto cístico y de la arteria cística.
- Colectomía
- Hemostasia y lavado.
- Dejar un drenaje subhepático exteriorizado por una contraabertura.
- Debe realizarse sistemáticamente una colangiografía transoperatoria.

### 3.1.2 Colecistostomía

Puede realizarse por punción (guiada por Ultrasonido) o a cielo abierto con una incisión mínima y anestesia local en los pacientes con alto riesgo.

### 3.1.3 Coledocotomía

En pacientes con colédoco dilatado, presencia de Ictero, evidencia de cálculos en el colédoco (Ver litiasis del colédoco en el presente manual) se preferirá la vía laparoscópica siempre que sea técnicamente factible y solo con personal entrenado.

## 3.2 Tratamiento Conservador

En aquellos casos en los cuales la evolución clínica sea superior a las 72 h, o en pacientes con un riesgo quirúrgico muy alto esta decisión debe ser muy bien valorada.

- Suspensión de la vía oral por 24 o 48 horas
- Sonda nasogástrica y aspiración si emesis persistente
- Hidratación parenteral hasta que la vía oral sea bien tolerada
- Antibióticos: asociación de una cefalosporina de tercera generación por vía parenteral.
- Uso de Procinéticos y antieméticos
- Analgésicos
- Leucograma y eritrosedimentación seriados
- Evaluación Clínica cada 4 horas, palpación abdominal, temperatura, pulso, estado general.
- Si no hay complicaciones, a las 24 a 48 horas se comenzará con la alimentación oral, empezando con líquidos, luego dieta blanda , hasta llegar a la dieta libre hipograsa.
- Si la temperatura, el pulso, el leucograma y la eritrosedimentación no se normalizaran, o las condiciones locales o generales ( o ambas) no mejoraran, la conducta debe ser quirúrgica
- Si la evolución es satisfactoria , se realizará colecistectomía electiva a los 6 meses, previo estudio ultrasonográfico de las vías biliares y perfil enzimático hepático (Bilirrubina, TGO, TGP ,GGT Y FAL).