

Criterios de Ingreso y Manejo de la Patología bilio- Pancreática

21 diciembre 2011

Alfonso Infantes Velásquez

Sección Aparato Digestivo

Hospital la Inmaculada

COLELITIASIS

- El 70 a 80 % son de colesterol
- Sexo: M/V: 2:1
- La mayoría son asintomáticos: 75 %.
- **Complicaciones:**
 - Colico biliar (20%).
 - Colecistitis aguda (10 %).
 - Síndrome Mirizzi (< 0.1%).
 - Coledocolitiasis (5%), con colangitis o pancreatitis aguda
 - Ileo biliar (<0.1%).
 - Carcinoma vesicular (<0.1%)

COLICO BILIAR Ó HEPATICO

- Es causado por la obstrucción intermitente del conducto cístico.
- **CLINICA:** Dolor epigastrio-HD, continuo, aumenta gradualmente, alcanza una meseta y dura menos de 6 horas, puede irradiarse a escápula y hombro derecha
- Exploración Física: En general, son normales, dolor ligero o moderado a la palpación en HD, durante la crisis.
- **ANALITICA:** generalmente es normal.
- **ECO abdominal:** medio rápido, no invasivo, muy sensible y muy específico.
- **Diagnóstico diferencial:** esofagitis, úlcera péptica, pancreatitis, colico renal, ca. Colon y angor
- **Tratamiento:** Remitir a Servicio de Cirugía
Cirugía laparoscópica

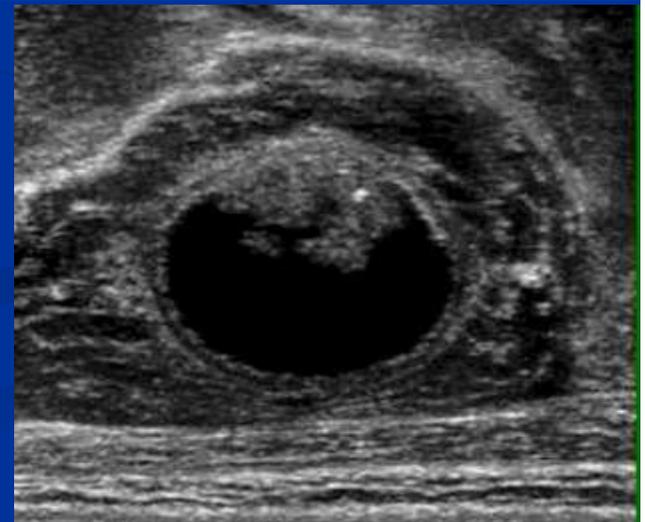


COLECISTITIS AGUDA

- Es la inflamación de la pared de la vesícula, con cálculos o sin cálculos (alitiásica (10%).
- **CLINICA:** Dolor epigástrico-HD, de más de 6 horas evolución, con fiebre. Náusea y vómitos.
- **Exploración Física:** Ictericia leve y dolor a palpación en HD, signo Murphy positivo, vesícula palpable.
- **ANALITICA:** leucocitosis con desviación a la izquierda. BRT < 4 mg/dl. Elevación leve GOT, GPT, FA
- **ECO abdominal:** presencia o ausencia de litiasis. Engrosamiento de pared >4 mm. Líquido pericolecístico
- **TAC Abdominal:** solo si no está claro el diagnóstico, detecta complicaciones: enfisema, perforación, absceso.

COLECISTITIS AGUDA

- **Diagnostico Diferencial:**
Apendicitis aguda, neumonía, pancreatitis, pielonefritis, absceso o tumor hepático y perihepatitis gonococica, ulcera péptica perforada
- **Tratamiento:** ingreso en Planta Cirugía, con sueroterapia, electrolitos.
Antibioticos: cefalosporina 3^o generación y metronidazol



COLEDOCOLITIASIS

- Es la presencia de **cálculos en el colédoco**, por el paso de cálculos desde la vesícula o formarse de novo en el colédoco.
Es frecuente el paso silente del cálculo, del colédoco al duodeno.
- Ocasiona: **dilatación del colédoco**, por que se detienen en el extremo distal, próximo a papila.
- **Complicaciones**: colangitis y pancreatitis aguda

COLEDOCOLITIASIS

- **CLINICA:** cólico hepático e ictericia si obstrucción es aguda y si es gradual en forma de prurito e ictericia aislada.
- **Exploración física:** normal si obstrucción es intermitente e ictericia de intensidad variable según tiempo de obstrucción.
Si la obstrucción es crónica aparece signos de cirrosis biliar secundaria
- **ANALITICA:**
Bilirrubina : 2- 5 mg/dl, rara vez excede de 12 mg/dl.
Fosfatasa alcalina: elevada, mas rápida que BR.
Elevaciones transitorias de **GOT, GPT o amilasa**
- **DIAGNOSTICO:**
ECO ABDOMINAL: visualiza dilatación de colédoco en el 75%
RMN COLANGIO: detecta cálculo y dilatación
ECOENDOSCOPIA: visualiza mejor el colédoco y descarta o confirma el cálculo en el 95% de los casos.
para diagnóstico en el 95% y extracción de los cálculos

CPRE:

COLEDOCOLITIASIS

■ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:.

Colico biliar.

Enfermedades malignas

Quistes coledocianos

Congestión pasiva del hígado

Estenosis papilar

■ TRATAMIENTO:

■ Ingreso en planta MI.

CPRE con papilotomía endoscopia
y extracción de cálculo



litiasis via bili

COLANGITIS AGUDA

- **Infección de la vía biliar**, con pronta diseminación bacteriana a través del hígado y hacia la sangre: sepsis.
- **Etiología**: cálculo **impactado en colédoco** en el 85% (reflujo de bacterias del contenido duodenal hacia el colédoco). **Neoplasias**. Anomalías congénitas de las vías biliares. **Bacterias**: e. coli, enteroco, klebsiela, pseudomonas y Proteus, los anaerobios suelen acompañar a los aerobios.
- **CLINICA**: **Triada de Charcot** (70%): dolor HD, ictericia y fiebre. El **dolor puede ser leve y transitorio**, con escalofrío, confusión mental, letargo y delirio
- **Exploración física**: **Fiebre** (95%), **dolor a palpación** en HD (90%), Ictericia (80%). Confusión e hipotensión.
- **ANALITICA**: leucocitosis (80%). FA elevado. BRT > 2 mg/dl (80%). Hemocultivos positivos en la mayoría de los casos.

COLANGITIS AGUDA

- **DIAGNÓSTICO:** Eco abdominal, RMN colangio, EE, CPRE.
TAC abdominal, para excluir complicaciones: absceso hepático, pancreatitis.

- **TRATAMIENTO:**

- Ingreso en planta MI.

- Sueroterapia y electrolitos

Leves: cefalosporina 3^o generación.

gentamicina o tobramicina, ampicilina y metronidazol.

Severos:

Buena respuesta: mejoría a las 6 a 12 horas, a los 2 a 3 días, no fiebre no leucocitosis.

No respuesta: si a las 6 a 12 horas el estado clínico empeora con aumento de la fiebre, confusión e hipotensión, se **procede a descomprimir colédoco de forma urgente:** CPRE, La cirugía de emergencia y exploración del colédoco.

PANCREATITIS AGUDA

- **Definición:** proceso inflamatorio agudo del páncreas, con compromiso variable de otros tejidos regionales o sistemas orgánicos distantes.
ninguna disfunción del páncreas y recuperación sin complicaciones.
Leve:
Grave: con insuficiencia del páncreas ó complicaciones locales como necrosis, absceso, pseudoquiste ó afectación sistemas organicos distante
- **Incidencia:** 4.8 a 24.2 x100000 hab
- **Causas:** Colelitiasis (35%),
Idiopática (30%)
Hipertigliceridemia > 1000 mg/dl,
Fármacos (AZA, aminosalicilatos, o sulfonamidas, diuréticos etc.),
Páncreas divisum,
Enfermedad vascular (isquemia por vasculitis, hipotensión postoperatoria)
Postoperatorias (trasplante hepático, renal, circulación extracorporea),
Alcohol (30%),
Hipercalcemia
Después CPRE (3-5%)
Traumatismo (penetrante o cerrado)
Hereditarias
Disfunción esfinter Oddi

PA: Clínica y Exp. Física

- **Dolor abdominal:** En todo el abdomen superior, si aparece en abdomen inferior es por diseminación rápida de exudado al colon izdo. Inicio rápido, es constante y de intensidad moderada- severa, puede estar irradiado a espalda. En ocasiones refractario a narcóticos. En el 5-10% está ausente, y sucede en enfermedad grave fatal.
- **Nauseas y vómitos:** aparece en el 90%. Los vómitos pueden ser intensos, durar horas, no alivia dolor.
- **Exploración Física:** Depende de la gravedad.
 - Leves:** no sensación enfermedad, palpación con sensibilidad al dolor, es leve y no hay defensa.
 - Graves:** sensación de enfermedad, ictericia, alucinaciones, desorientación o coma. FC: 100 a 150 lpm. TA: Hipotensión. Temperatura: normal primeros 1 a 3 días, después 38-39 °C. Taquipnea y disnea.

AR: disminución m.v, en las bases.

Abdomen: distensión abdominal, sensibilidad a la presión, raramente hay rigidez. Ruidos intestinales, disminuidos a veces ausentes. Equimosis en flanco (s. Cullen), mal pronóstico.

PA: Diagnóstico

- **LABORATORIO:** Hb y Hcto. Leucocitos con frecuencia alto. Glucosa puede ser alto. Urea y creatinina: variable. Gasometría: HCO⁻, pO₂. GOT, GPT, GGT, FA BRT, elevadas en grado variable. LDH variable, PCR >210 mg/L predice gravedad.
Amilasa: valores > 3veces. Se eleva en primeras 6 a 12 horas y permanece alta 3 a 5 días. Puede ser normal en hipertrigliceridemia (dilución seriada del suero) e incluso en enf. Grave.
Aumento amilasa no pancreática: Glándulas salivares, trompas falopio, algunos tumores como cistoadenoma papilar ovario, quiste ovario, Ca. Pulmón.
- **Lipasa:** Elevada en el primer día y permanece elevada durante poco mas tiempo que la amilasa.
- **RX Simple Abdomen:** Íleo. Informa de obstrucción o perforación. Calcificaciones en HD, calcificaciones pancreáticas.
- **RX Tórax:** elevación diafragmática, derrame pleural, atelectasia basal

PA: Diagnóstico por Imagen

- **ECO abdominal:** ve el páncreas en el 65%, agrandado difusamente e hipoecoico. **No es útil para determinar gravedad.** Durante evolución útil para **evaluar la progresión de los pseudoquistes.**
- **ECOEndoscopia:** no es útil en la fase aguda. Podría eliminar necesidad de realizar CPRE urgente en pancreatitis grave biliar.
- **TAC Abdominal:** por 3 razones: (1) excluir otro cuadro abdominal grave, (2) estadificar la gravedad de pancreatitis aguda y (3) determinar si existen complicaciones.
Realizar con contraste oral e IV, la **necrosis pancreática puede no aparecer hasta 48 a 72 horas.** La pancreatitis Grado E representa la forma mas grave, la mitad tiene la PA necrotizante.
- **RMN Abdomen:** es tan eficaz como TAC para **detectar necrosis** y es mejor para **detectar coledocolitiasis** y anomalías de los conductos. El **gadolinio es seguro en insuficiencia renal**
- **CPRE:** No se usa, excepto para descomprimir colédoco.

PA: Diagnóstico Diferencial

- Cólico biliar/colecistitis aguda
- Perforación de viscera hueca
- Isquemia o infarto mesentérico
- Obstrucción intestinal con asa cerrada
- Infarto agudo de miocardio de cara diafragmática
- Aneurisma disecante de aorta
- Embarazo ectópico

PA: Estadificación por TC, Baltazar

- **Grado A:** Páncreas es normal, compatible con pancreatitis leve
- **Grado B:** Agrandamiento focalizado o difuso del páncreas, con irregularidades del contorno y atenuación no homogénea, pero **sin inflamación peripancreática**.
- **Grado C:** Las anomalías de B, más inflamación peripancreática
- **Grado D:** grado C, **mas** solo una acumulación de líquido.
- **Grado E:** grado C, **mas** dos o más acumulaciones de líquido peripancreáticas o gas en el páncreas o en el retroperitoneo.

Puntuación:

Grado A: 0 Ptos
Grado B: 1 Pto
Grado C: 2 ptos
Grado D: 3 ptos
Grado E: 4 ptos

No necrosis: 0 pt
Necrosis < 33%: 2 pt
Necrosis =o< 50%: 4 pt
Necrosis > 50 %: 6 pt

GRUPOS:

I: 0 a 3 pt, baja S
II: 4-6 pt. Mod. S.
III: 7-10 pt. Alta
Severidad

PA: Criterios Severidad de Ranson

AL INGRESO

- Edad > 55 años
- Glucemia > 200 mg
- Leucocitosis > 16000
- LDH > 350
- GOT > 250

Pancreatitis Severa: 3 o

A LAS 48 H DE INGRESO

- Hcto: descenso > 10%
- Ca < 8
- Déficit bases > 4 mEq/l
- pO₂ < 60
- Urea : aumento > 5 mg/l
- Secuestro Líquidos: > 5 litros

mas criterios de Ranson

PA Leve: Tratamiento

- Sueroterapia I.V: en volumen adecuado.
- Analgésicos tipo meperidina 50 a 100 mg cada 4 horas.
- Dieta absoluta.
- No SNG excepto si hay íleo.
- Antibióticos: No es necesario.
- Inicio de dieta oral a los 3 días si descenso amilasa próxima a normalidad, dieta líquida o primera fase durante 2 a 3 días y después dieta segunda fase pancreatitis y alta a los 5 a 7 días del ingreso Hospitalario.

PA Grave: Tratamiento

- Ingreso en UCI, sostén de función pulmonar, renal y hepatobiliar.
- **Vía central y reposición de líquidos adecuado**, es importante (evita necrosis tubular renal aguda) puede requerir 5 a 10 litros.
- **Oxígeno**, con mascarilla, si no corrige hipoxemia o si hay disnea, requiere intubación endotraqueal (SDRA, es complicación mas grave) .
- **Analgésicos**: meperidina 50 a 10 mg cada 4 horas
- **Antibióticos**: imipenem, cefalosporina 3^a generación, piperazilina, metronidazol, fluoroquinolonas
- **Nutrición**: Empezar con NE al desaparcer íleo mediante sonda nasoyeyunal o NPT con lípidos

PA Grave: Tratamiento y Pronóstico

- **Alimentación oral:** No esperar a normalización de amilasa, y no depende del aspecto de TC. Empezar con **líquidos sin calorías** 100 a 300 ml/4h, 24 horas, si se tolera misma cantidad **líquidos con nutrientes**, pasando progresivamente en 3 a 4 días a **alimentos blandos** y finalmente **sólidos** (todas tienen mas del 50% HdC y el **contenido calórico total** se aumenta gradualmente de 160 a 640 Kcal por comida).
- **Pronóstico:** mortalidad de 5 al 10 % y en la infectada hasta del 30% y es mayor en las idiopáticas y traumáticas.
Factores pronósticos de mortalidad: creatinina mayor 2 mg/dl, RX tórax con derrame pleural o infiltrado pulmonar dentro de las 24 horas de ingreso, coma, edad avanzada y la existencia de enfermedades simultaneas.

**Criterios de Ingreso y Manejo de la
Patología bilio- Pancreática**

21 diciembre 2011

Alfonso Infantes Velásquez

Sección Aparato Digestivo

Hospital la Inmaculada

Estudio por imagen del tracto biliar

- **Ecografía abdominal:** En colelitiasis sensibilidad y especificidad 95/95%.
Coledocolitiasis sensibilidad 75%.
Detecta dilatación de coledoco.
Colecistitis aguda: pared >4 mm, líquido pericolecístico.
- **TAC abdominal:** Detección complicaciones: líquido pericolecístico, gas en la pared de la vesícula, perforación de vesícula y formación de absceso.
- **RMN colangio:** detección de cálculos en colédoco (correlación con CPRE superior al 90 %).
- **Ecografía endoscópica:** Ventaja de visualizar colédoco y confirmar o excluir la presencia de cálculos con alto grado de precisión.
Es el estudio indicado si la probabilidad de encontrar cálculos es baja antes del estudio
- **CPRE:** sensibilidad y especificidad del 95%.
Permite extracción de los cálculos detectados en colédoco