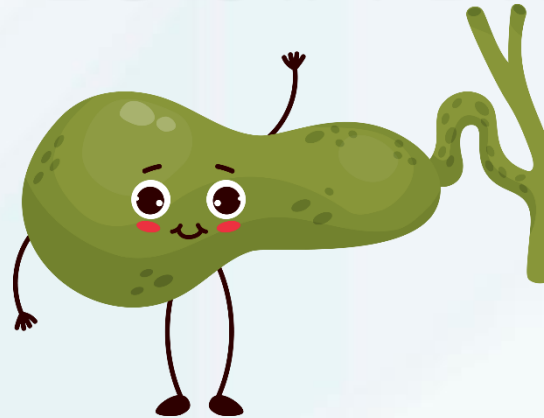




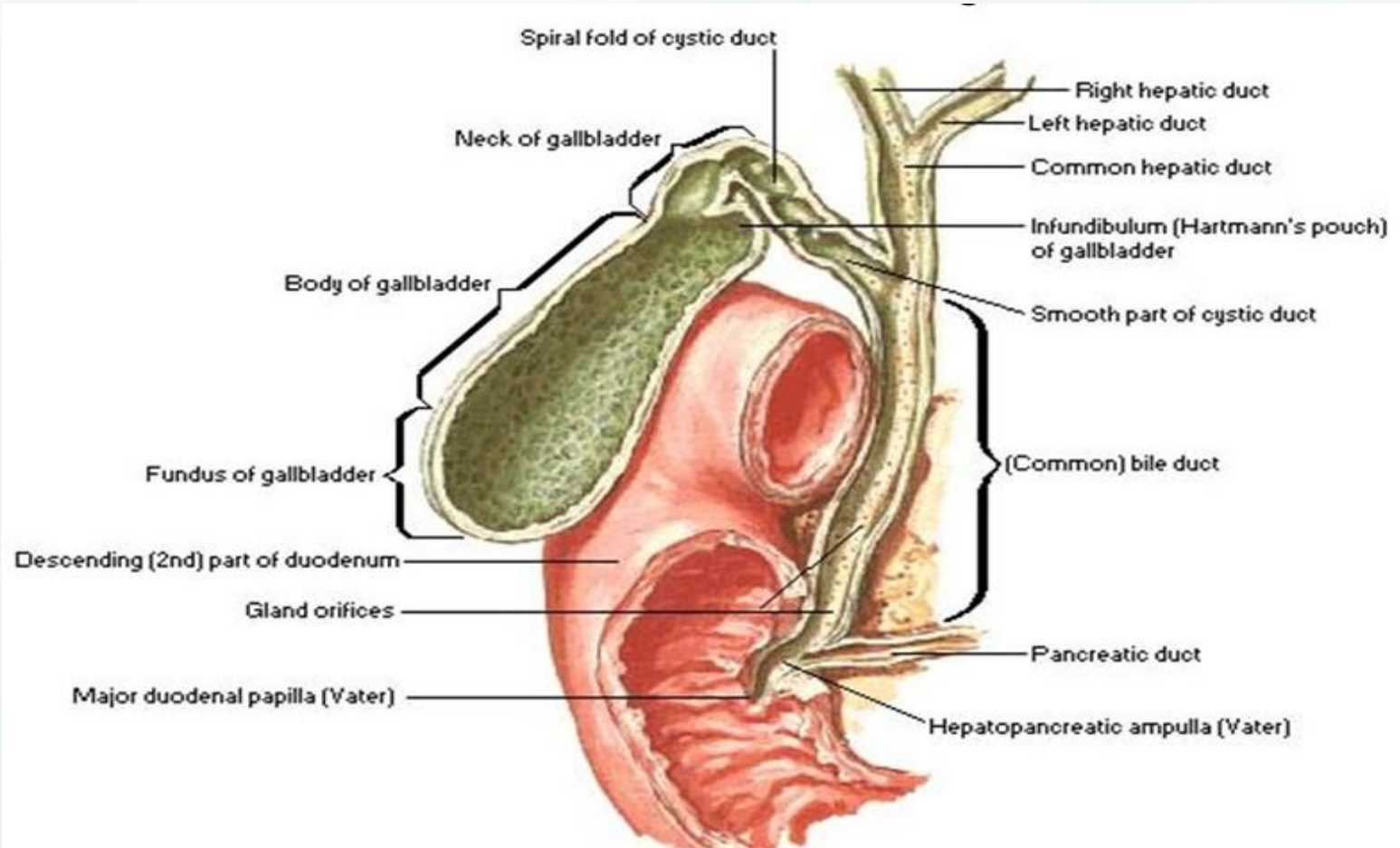
Complejo Asistencial de Palencia

PATOLOGÍA BILIAR



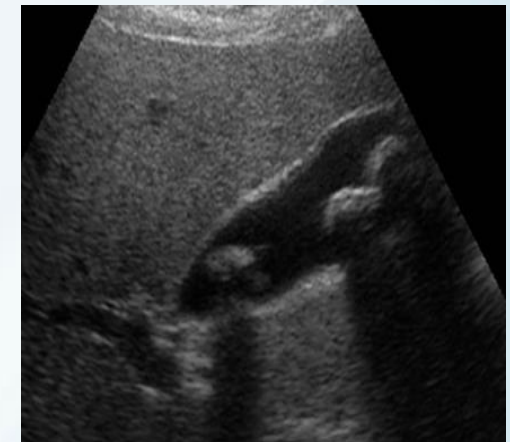
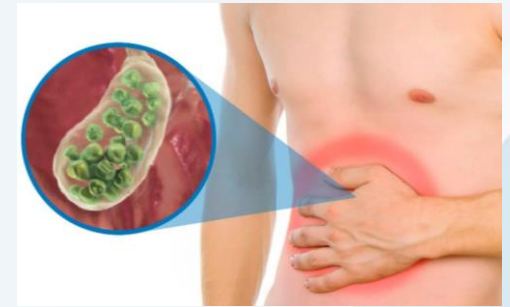
CLAUDIA PÉREZ URRA

ANATOMÍA



CÓLICO BILIAR

- Clínica: dolor HCD/epigastrio, continuo con exacerbaciones, de <6 h +/- náuseas, vómitos, sudoración...
- Diagnóstico:
 - ✓ Exploración física y analítica: **NORMAL**.
 - ✓ Ecografía: colelitiasis.
- Tratamiento: *analgesia* (AINES de elección).
 - ✓ Derivar a consulta de Cirugía para **colecistectomía programada**.
 - ✓ Si necesidad de ingreso para control del dolor, valoración por Cirugía General de guardia.

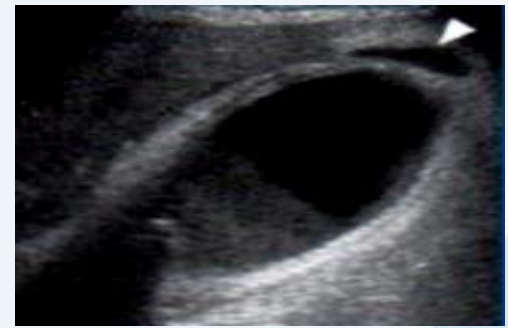


COLEDOCOLITIASIS

- En un 10-15% de pacientes con colelitiasis.
- Clínica: similar a cólico biliar más prolongado +/- ictericia.
- Diagnóstico:
 - ✓ *Analítica*: ↑BT, GGT, FA; en menor medida GOT y GPT.
 - ✓ *Ecografía*: S detección coledocolitiasis 20-60%; dilatación vía biliar 75%.
- Tratamiento: *analgesia y extracción* (de elección CPRE).



COLECISTITIS AGUDA (I)



- Inflamación de la pared de la vesícula por obstrucción conducto cístico completa y duradera.
- Etiología: 90% litiásica / 10% alitiásica
- Clínica: dolor HCD continuo, náuseas, vómitos y fiebre.
- Diagnóstico:
 - ✓ *Exploración física*: dolor HCD/epigastrio, Murphy positivo.
 - ✓ *Analítica*: elevación de RFA (PCR, leucocitosis).
 - ❖ Puede haber **elevación transaminasas**. Si ↑ BT, GGT o FA, sospechar obstrucción biliar concomitante o síndrome de Mirizzi.
 - ✓ *Ecografía*: signo de Murphy ecográfico, colelitiasis, engrosamiento pared (>4mm), distensión vesícula (>8cm), líquido perivesicular.

COLECISTITIS AGUDA (II)

CRITERIOS DE TOKIO 2013

A. SIGNOS LOCALES DE INFLAMACIÓN
A-1. Signo de Murphy
A-2. Masa/Dolor/Hipersensibilidad en CSD
B. SIGNOS SISTÉMICOS DE INFLAMACIÓN
B-1. Fiebre > 38°C
B-2. PCR > 3 mg/dL
B-3 Glóbulos blancos > 10,000
C. IMÁGENES: USG
C-1. Hallazgos ultrasonográficos de colecistitis aguda

SOSPECHA DIAGNÓSTICA: UN ÍTEM EN A + UN ÍTEM EN B

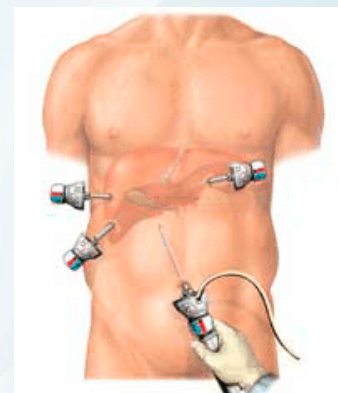
Diagnóstico definitivo: Un ítem de A, B y C

COLECISTITIS AGUDA (III)



○ Tratamiento:

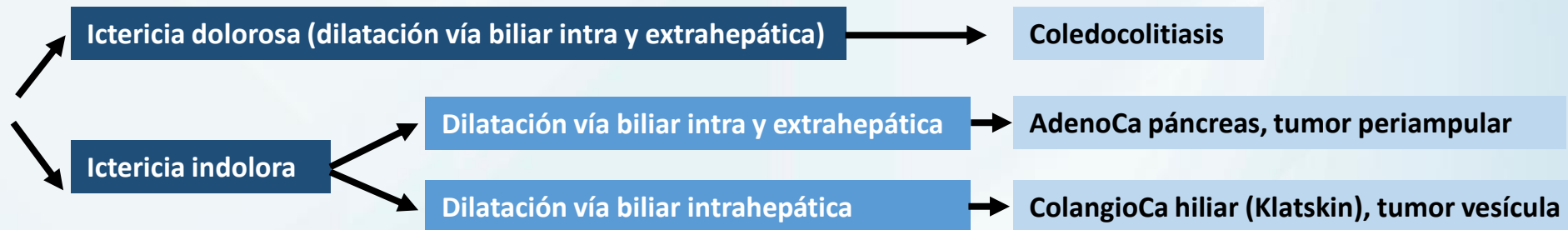
- ✓ Valoración por *Cirugía General* de guardia.
- ✓ *Ingreso* hospitalario. Control de *constantes* y *diuresis*.
- ✓ *Sueroterapia* + *Analgesia* + *Antieméticos*.
- ✓ **Antibiótico iv** (gram – y anaerobios):
 - ❖ Piperacilina- tazobactam (Tazocel): 4g/0,5 g/6h.
 - ❖ Ceftriaxona (2g/24h) + metronidazol (500 mg/8h).
 - ❖ Ciprofloxacino (500 mg/12h) + metronidazol (500 mg/8h).
 - ❖ Ertapenem (1g/24h).
- ✓ *Profilaxis antitrombótica* (salvo IQ urgente).
- ✓ **Colecistectomía urgente**: si colecistitis grangrenosa, enfisematosa o perforación. Resto de casos, **colecistectomía precoz**.
- ✓ Si colecistitis grave (con disfunción orgánica) valorar **drenaje percutáneo o endoscópico**.



ICTERICIA OBSTRUCTIVA



- **Ictericia:** tinte amarillento de piel y mucosas por elevación de bilirrubina sérica (>5 y 2.5 mg/dL respectivamente). Asocia coluria, acolia y prurito.
- Diagnóstico diferencial ictericia obstructiva:



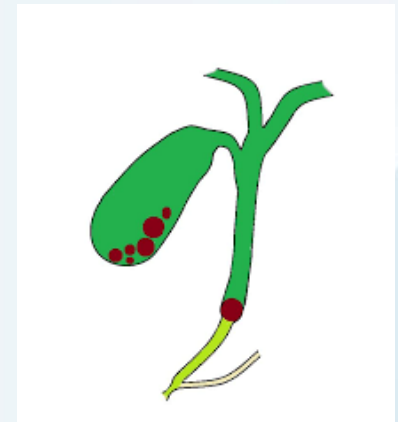
- Tratamiento:

- ✓ *Ingreso hospitalario en Digestivo. Control de constantes.*
- ✓ *Analgesia y antieméticos.*
- ✓ *Vitamina K 1 amp iv/24h.*
- ✓ *Si prurito: Colestiramina 1 sobre/8 horas.*
- ✓ *Si etiología maligna: profilaxis antitrombótica.*
- ✓ *Drenaje de la vía biliar (CPRE) no urgente.*



COLANGITIS AGUDA (I)

- Infección de la vía biliar.
- Etiología:
 - ✓ *Obstrucción de la vía biliar* benigna (coledocolitiasis) o maligna.
 - ✓ Menos frecuente *colangitis ascendente*.
- Diagnóstico:
 - ✓ *Clínica*: **tríada de Charcot**: fiebre, ictericia y dolor en HCD.
 - ✓ *Analítica*: elevación de RFA (PCR, leucocitosis), bilirrubina, transaminasas.
 - ✓ *Ecografía abdominal*: dilatación vía biliar intra y extrahepática.



COLANGITIS AGUDA (II)

Tabla 1. Criterios diagnósticos de colangitis aguda.

A. Inflamación sistémica:

A1. Fiebre ($T^a >38^{\circ}\text{C}$) y/o escalofríos.

A2 Datos de laboratorio: Leucocitos <4000 o $>10000/\text{mcl}$, PCR $>1\text{mg/dl}$.

B. Colestasis.

B-1. Ictericia (T-Bil $>2\text{mg/dL}$)

B-2. Elevación de niveles de FA, GGT, AST y ALT $> 1,5$ LSN.

C. Pruebas de imagen:

C-1. Dilatation vía biliar

C-2. Evidencia de la causa en pruebas de imagen (tumor, litiasis, stent etc.)

Diagnóstico de sospecha: Un ítem de A + uno de B o de C

Diagnóstico definitivo: Un ítem de A + uno de B + uno de C

COLANGITIS AGUDA (III)



○ Tratamiento:

- ✓ *Ingreso hospitalario* en Digestivo. Control de *constantes y diuresis*.
- ✓ *Dieta absoluta + Sueroterapia + Analgesia + Antieméticos*.
- ✓ **Antibiótico iv** (gram – y anaerobios) –igual que en colecistitis–. Previamente, sacar hemocultivos.
- ✓ *Profilaxis antitrombótica* (salvo previsible CPRE al día siguiente: “lunes y jueves”).
- ✓ *Vitamina K* 1 amp iv/24h.
- ✓ Si prurito: *Colestiramina* 1 sobre/8 horas.
- ✓ **Drenaje biliar (CPRE) urgente (<24h) si colangitis grave (disfunción orgánica) y preferente (<48h) en el resto.**



Grado III (Grave): Disfunción de cualquiera de los órganos/sistemas siguientes:

- (1) Cardiovascular: hipotensión que requiere Dopamina ≥ 5 mg/kg/min o norepinefrina en cualquier dosis.
- (2) Neurológica: disminución del nivel de conciencia.
- (3) Respiratoria: PaO_2/FiO_2 ratio de < 300 .
- (4) Renal: Oliguria, creatinina $> 2,0$ mg/dl.
- (5) Hepática: TP-INR $> 1,5$.
- (6) Hematológica: Recuento de plaquetas $< 100,000/mm^3$.

IDEAS CLAVE



○ Conceptos básicos:

- ✓ Colelitiasis.
- ✓ Cólico biliar → colecistitis.
- ✓ Coledocolitiasis → colangitis.

○ Patología quirúrgica:

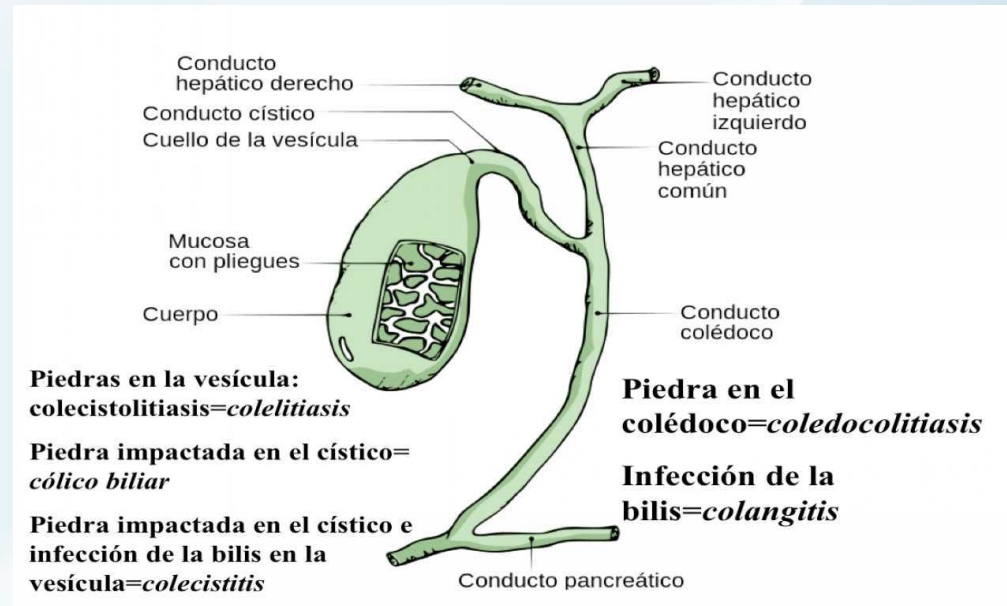
- ✓ Cólico biliar.
- ✓ Colecistitis.

○ Drenaje de vía biliar:

- ✓ Ictericia obstructiva.
- ✓ Colangitis.

○ Antibioterapia:

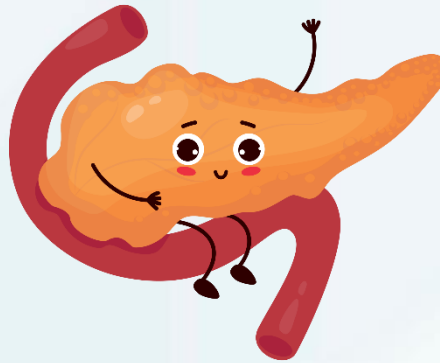
- ✓ Colecistitis y colangitis.





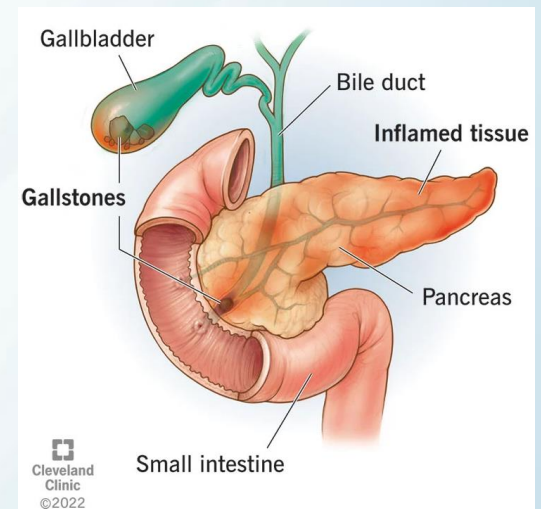
Complejo Asistencial de Palencia

PANCREATITIS AGUDA



INTRODUCCIÓN

- Inflamación aguda del páncreas $\xrightarrow{14\%}$ inflamación sistémica $\xrightarrow{30\%}$ fallo orgánico.
- Pico incidencia 6ª década, no diferencias entre sexos.
- Etiología:
 - ✓ 1ª causa (40-70%): **biliar** (GPT >150 U/L primeras 48h VPP 85%).
 - ✓ 2ª causa (25-35%): **alcohol**.
 - ✓ Otras causas: **idiopática**, hipercalcemia, hipertrigliceridemia (TG>1000 mg/dL), infecciones, neoplasias, fármacos.
- La mayoría son leves, pero mortalidad del 7%.



DIAGNÓSTICO

○ Presencia de **dos de los siguientes tres** criterios:

- ✓ *Dolor abdominal típico* (epigastrio, irradiado a flancos “en cinturón”, continuo, mejora con la flexión del tronco).
- ✓ *Elevación de las enzimas pancreáticas* (amilasa y lipasa) x3 LSN.
- ✓ *Prueba de imagen compatible* → **ECOGRAFÍA ABDOMINAL**
 - ✓ *TC inicial si duda diagnóstica o en el seguimiento >3 días para descartar complicaciones.*



NO TODA AMILASA ELEVADA = PANCREATITIS

Insuficiencia renal
Isquemia mesentérica
Perforación intestinal
Parotiditis



Apendicitis, diverticulitis
Colecistitis/colangitis
Gastroenteritis
Macroamilasemia
Rotura embarazo ectópico
Cetoacidosis
Traumatismo abdominal

VALORACIÓN GRAVEDAD (I)



- Depende de factores como:
 - ✓ **Edad**, comorbilidades, **obesidad**.
 - ✓ Urea, hematocrito.
 - ✓ Derrame pleural, infiltrados pulmonares.

○ Escala BISAP:

- ✓ **B**: **BUN** > 25 (Urea >50 mg/dl).
- ✓ **I**: **Impaired** mental status.
- ✓ **S**: **SIRS**.
- ✓ **A**: **Age** >60 años.
- ✓ **P**: derrame **P**leural

+1 punto cada ítem.
≥ 3: grave.

SIRS

Taquicardia FC >90lpm
Taquipnea FR >20rpm/pCO₂ <32 mmHg
T_a<36°C / T_a38°C
Leucocitos <4000 / >12000
Cumplir 2 o +

VALORACIÓN GRAVEDAD (II)

○ Clasificación de Atlanta:

- ✓ *Leve*: ausencia de fallo orgánico* ni complicaciones locales, ni sistémicas.
- ✓ *Moderadamente grave*: fallo orgánico* <48 h desde inicio de síntomas y/o complicaciones locales o sistémicas.
- ✓ *Grave*: fallo orgánico* persistente >48h → **ingreso en UVI.**

***Fallo orgánico (≥2)**: circulatorio (PAS <90 mmHg), respiratorio (PO2 <60 mmHg) y renal (Cr >2 mg/Dl tras reposición de volumen).



○ Complicaciones locales:

	NO ENCAPSULADA	ENCAPSULADA (>4 semanas)
HOMOGENEA	Colección peripancreática aguda	Pseudoquiste
HETEROGENEA	Colección necrótica aguda	Necrosis encapsulada

**Pancreatitis
necrotizante**



Pancreatitis necrotizante INFECTADA: gas en colección (TC) y sospecha clínica (fiebre persistente, ↑RFA) → PAAF +.

TRATAMIENTO (I)

- Ingreso hospitalario.
- Monitorización de constantes. Control de diuresis (0.5 mL/h) y glucemia.
- Nutrición:
 - ✓ Nutrición precoz y completa (blanda baja en grasas).
 - ✓ Inicio: **cuando dolor haya disminuido**. Si intolerancia VO tras **3 días** → NE.
 - ✓ *Antieméticos* si precisa por náuseas/vómitos.
- Sueroterapia: **PRECOZ Y GUIADA POR OBJETIVOS**.
 - ✓ 2500-4000 mL en las primeras 24h.
 - ✓ **RINGER LACTATO**: menor gravedad (SRIS), ingreso en UCI y complicaciones que SSF.
 - ✓ Precaución en pacientes ancianos o cardiopatía.



TRATAMIENTO (II)



○ Analgesia:

- ✓ No hay pautas claras; seguir escala de la OMS: *Paracetamol* → *Metamizol* (**iprecaución agranulocitosis!**) → Opiáceos menores y mayores:
 - ❖ Petidina (1/2 amp cada 6 h).
 - ❖ Bombas de perfusión de analgesia (petidina, morfina).
 - ❖ AINEs: alérgicos a Metamizol, o si necesidad de limitar opioides. NO si insuficiencia renal o riesgo de hemorragia GI.

○ Profilaxis antitrombótica:

- ✓ *HBPM* (Enoxaparina 40 mg/24h).

○ Si PA+colangitis → CPRE (<24h). Colecistectomía al alta.

○ **NO** antibiótico de rutina. Papel PCT para diferenciar inflamación de infección.

IDEAS CLAVE



- Criterios diagnósticos (cumplir 2 de los 3)
- Analítica (BQ+HG+COAG+GV) + RX tórax.
- Descartar otras causas de elevación de amilasa.
- Monitorizar al paciente y valorar signos de gravedad.
- Sueroterapia desde la sospecha clínica y guiada por objetivos.
- Buen control del dolor (estrategia escalonada).
- Profilaxis antitrombótica.
- No ATB de rutina.

¡MUCHAS GRACIAS!