

# MANEJO CONSERVADOR DE LA COLECISTITIS AGUDA

Emilia Blesa Sierra

Residente 2º año CGD Hospital Clínico San Carlos

# Colecistitis aguda

- \* Aumento de prevalencia con la edad
- \* Varía según población: a los 65 años, 23% de las mujeres en Roma frente a 90% de mujeres indias Pima
- \* Deterioro de la motilidad biliar y su menor respuesta a la CCK
- \* Cambio en la composición: aumento de pigmentos biliares sobre colesterol, aumentando la frecuencia de infección de un 9% hasta un 69%

# Indicaciones de tratamiento

- \* Colelitiasis como hallazgo incidental:  
No requiere ningún tratamiento.
- \* Colelitiasis con clínica o complicaciones (cólico biliar/colelitis):  
Riesgo de **recidiva de hasta el 70% en los dos años siguientes**  
à indicación de tratamiento definitivo (cirugía).

# Tratamiento médico



Una vez diagnosticada:

- \* Ingreso
- \* Hidratación intravenosa y corrección hidroelectrolítica
- \* Reposo digestivo
- \* Antieméticos y/o SNG
- \* Analgesia
- \* Antibioticoterapia

# Analgesia

\* AINEs: **Ketorolaco** a dosis única inicial de 30-60 mg IM ajustado a edad y función renal.

El efecto analgésico sobre el cólico biliar puede alterar el curso natural de la enfermedad encubriendo un cuadro agudo.

\* Opioides: en pacientes cuyo dolor no mejora con AINEs o alérgicos a ellos.

Todos aumentan la presión del esfínter de Oddi.

# Antibioticoterapia

Especies bacterianas más frecuentemente aisladas en infecciones de la vía biliar:

Enterobacterias (incidencia **68%**)

- \* **E. coli**
- \* Klebsiella
- \* Enterobacter

Enterococcus (incidencia **14%**)

Anaerobias (incidencia **10%**)

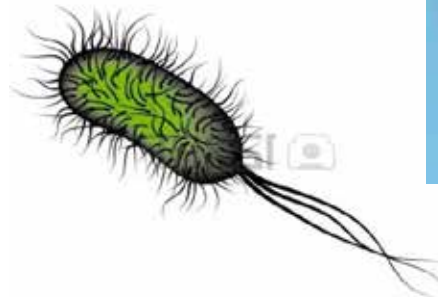
- \* Bacteroides

Clostridium (incidencia **7%**)

Streptococcus (infrecuentes)

Pseudomonas (infrecuentes)

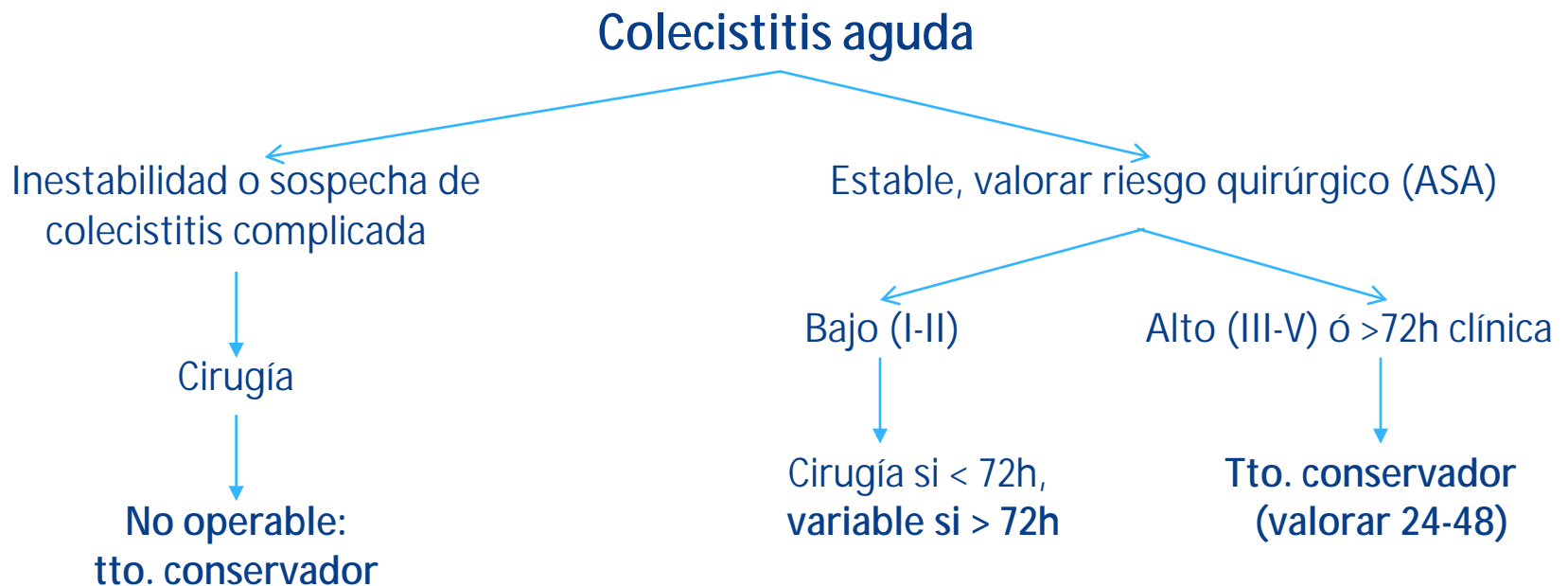
Candida (infrecuentes)



# Antibioticoterapia

Antibiótico	Dosis
<b>Primera elección</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Monoterapia con B-lactámico + inhibidor de B-lactamasa</li></ul>	
Ampicilina-sulbactam	3gr iv c/6 horas
Piperacilina-tazobactam	3.375-4.5 iv c/6 horas
Ticarcilina-clavulánico	3.1 gr iv c/4 horas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Combinación Cefalosporina de 3ª generación + Metronidazol</li></ul>	
Ceftriaxona + Metronidazol	1 gr c/24h ó 2gr c/12h + 500mg c/8h
<b>Alternativa</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fluorquinolona (Cipro o Levofloxacino) + Metronidazol</li><li>• Monoterapia con carbapenémicos</li></ul>	

# Indicación de tratamiento conservador en la colecistitis aguda



Norrby S, Herlin P, Holmin T, Sjö Dahl R, Tagesson C. Early or delayed cholecystectomy in acute cholecystitis? A clinical trial. Br J Surg. 1983;70(3):163.

McArthur P, Cuschieri A, Sells RA, Shields R. Controlled clinical trial comparing early with interval cholecystectomy for acute cholecystitis. Br J Surg. 1975;62(10):850

Feigal DW, Blaisdell FW. The estimation of surgical risk. Med Clin North Am. 1979;63(6):1131

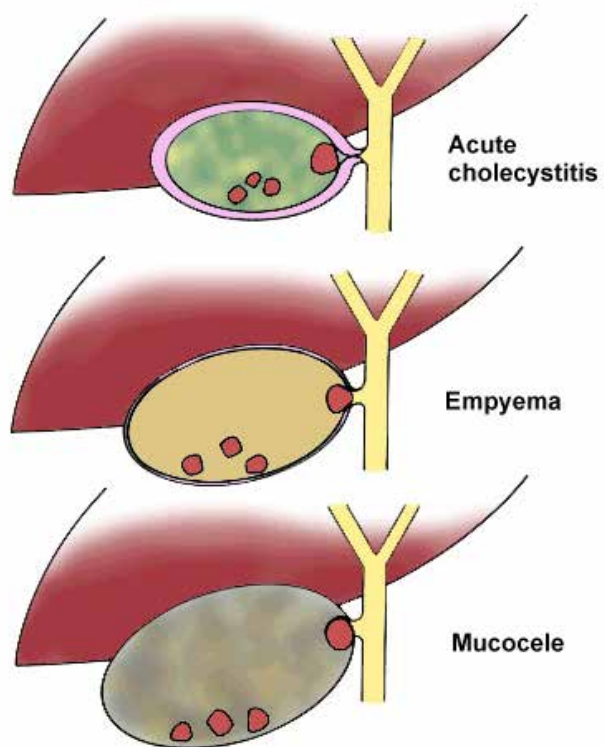


# Fracaso del tratamiento conservador

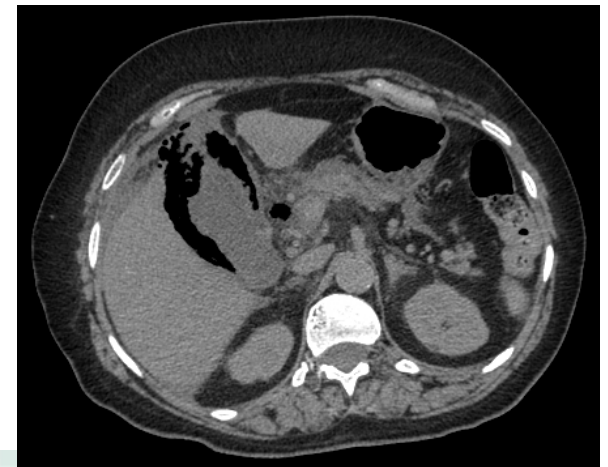
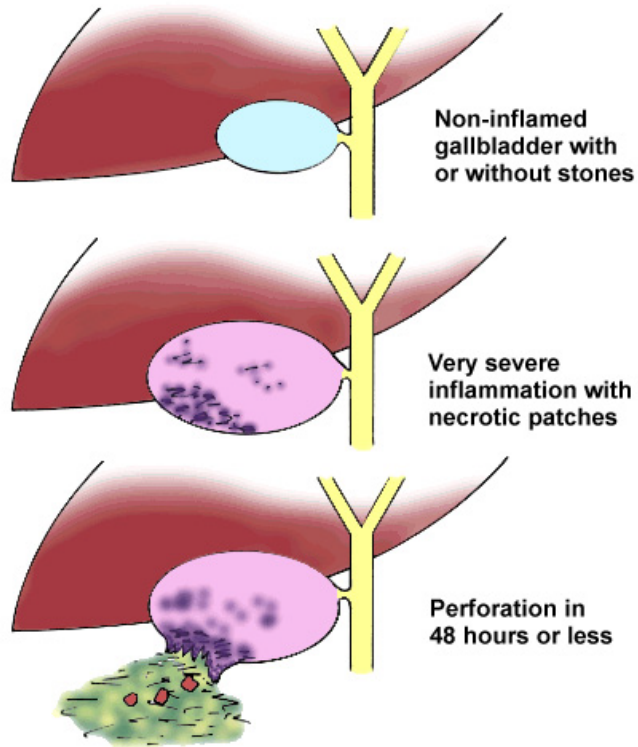
¿ Qué hacemos con los pacientes no operables o de alto riesgo que no responden clínicamente al tratamiento médico o que presentan complicaciones?



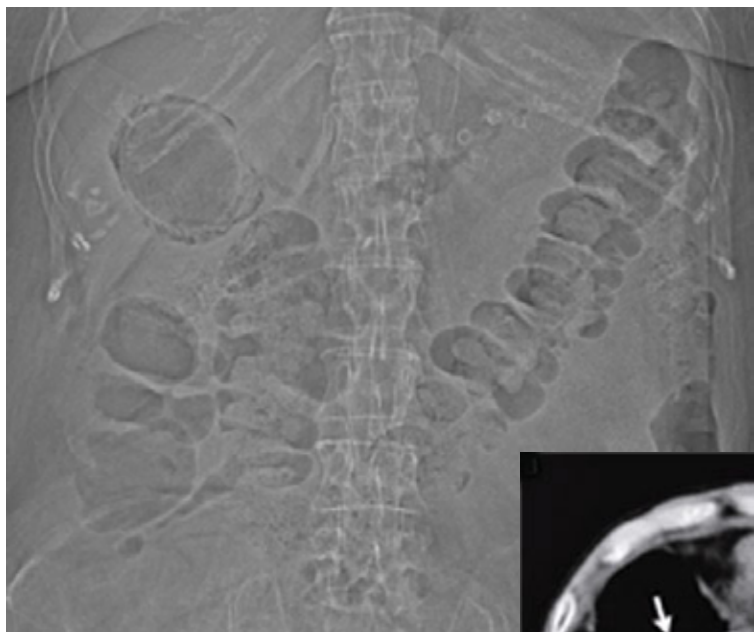
# Empiema vesicular



# Perforación de la vesícula



# Colecistitis enfisematosa

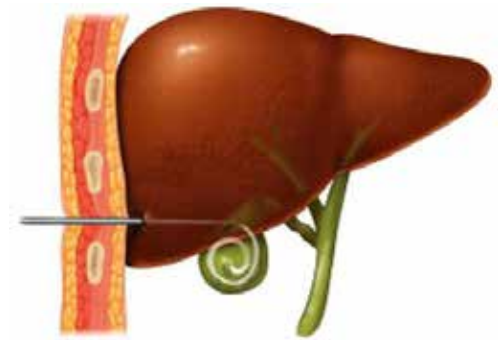


# La alternativa: colecistostomía



Pacientes no operables con:

- \* Mala evolución clínica
- \* Colecistitis enfisematosa
- \* Perforación vesicular
- \* Empiema vesicular



# Conclusiones

- \* Tratamiento médico desde el diagnóstico, incluyendo cobertura antibiótica para gramnegativos y anaerobios
- \* Tratamiento exclusivamente médico para pacientes inoperables, o de elevado riesgo quirúrgico
- \* En caso de complicación de estos pacientes, valorar como alternativa la colecistostomía
- \* El tratamiento definitivo es quirúrgico, y deberá realizarse posteriormente si fuera posible, valorando en casos puntuales la extracción percutánea de piedras asociada o no a litotricia mecánica.

# Bibliografía



- \* [Olsen JC, McGrath NA, Schwarz DG, et al. A double-blind randomized clinical trial evaluating the analgesic efficacy of ketorolac versus butorphanol for patients with suspected biliary colic in the emergency department. Acad Emerg Med 2008; 15:718.](#)
- \* [Colli A, Conte D, Valle SD, et al. Meta-analysis: nonsteroidal anti-inflammatory drugs in biliary colic. Aliment Pharmacol Ther 2012; 35:1370.](#)
- \* [Papi C, Catarci M, D'Ambrosio L, et al. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. Am J Gastroenterol 2004; 99:147.](#)
- \* [Gurusamy KS, Samraj K. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Cochrane Database Syst Rev 2006; :CD005440.](#)
- \* [Melin MM, Sarr MG, Bender CE, van Heerden JA. Percutaneous cholecystostomy: a valuable technique in high-risk patients with presumed acute cholecystitis. Br J Surg 1995; 82:1274.](#)
- \* [Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH, Lambert PJ. Effective use of percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients: techniques, tube management, and results. Arch Surg 1999; 134:727.](#)
- \* [Morse BC, Smith JB, Lawdahl RB, Roettger RH. Management of acute cholecystitis in critically ill patients: contemporary role for cholecystostomy and subsequent cholecystectomy. Am Surg 2010; 76:708.](#)