

DOLOR EN HIPOCONDRIOS DERECHO

Elena Pilar García García¹, Santiago García Rodríguez¹,
María Lucía Bermá Gascón¹, Adrián Marín Rodríguez¹,
Antonio Adarve Castro¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

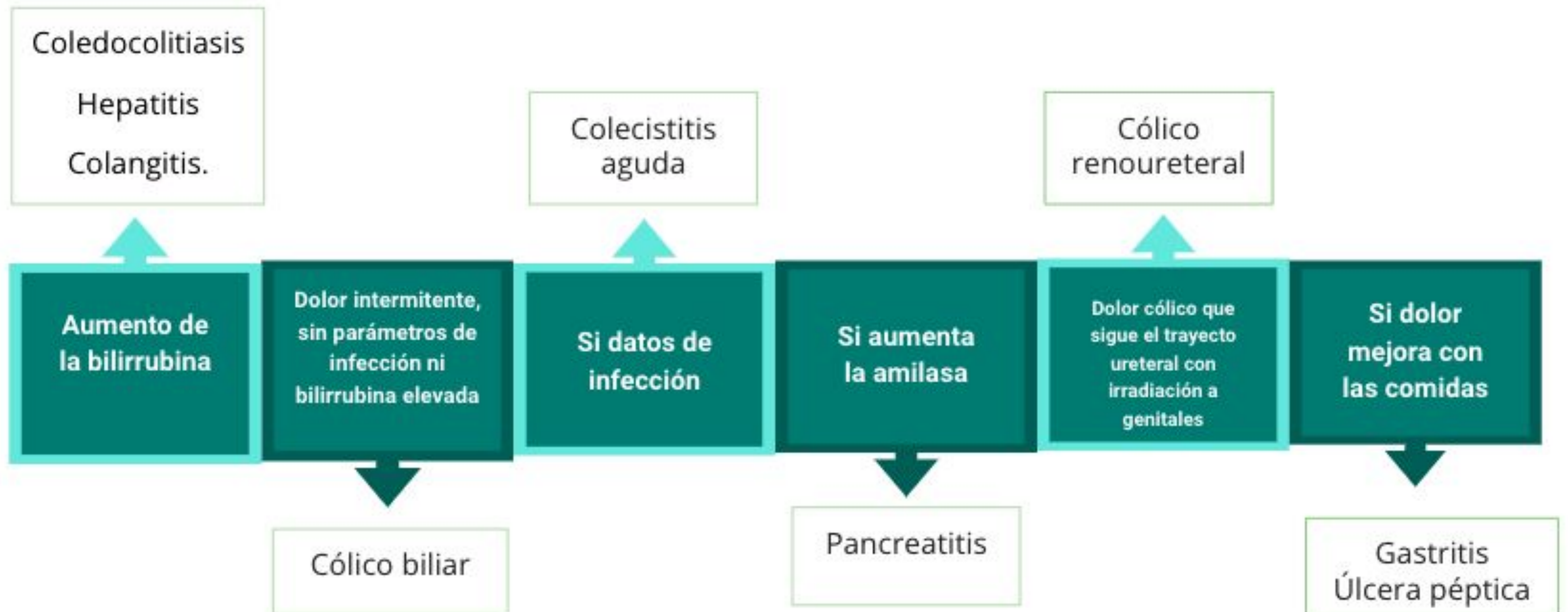
1. OBJETIVO DOCENTE:

Revisar las diferentes formas de presentación de la patología aguda biliar y sus diferentes complicaciones.

2. REVISIÓN DEL TEMA

- La colecistitis aguda es la inflamación de las paredes de la vesícula biliar, ocurriendo en un tercio de los pacientes con colelitiasis, estimándose su presencia en el 10-20% de la población. La litiasis impacta en el 90-95% de los casos en el cuello vesicular o conducto cístico produciendo la obstrucción y consecuente distensión e inflamación de la vesícula. En el 5-10% restante la colecistitis es alitiásica, siendo característica de pacientes críticos y cuyo diagnóstico suele ser de exclusión. Para el diagnóstico de la colecistitis se tienen en cuenta criterios clínicos, analíticos y de imagen, siendo la ecografía la primera prueba de imagen en llevarse a cabo. La TC está indicada en los casos de colecistitis agudas complicadas como es la colecistitis gangrenosa, enfisematosa, hemorrágica o perforada.
- La colecistitis aguda se puede asociar a una alta morbimortalidad, por lo que es necesario conocer cómo se presenta en las diferentes modalidades de TAC y Resonancia Magnética, así como las diferentes complicaciones, puesto que puede cambiar el manejo de los pacientes. Se revisará el tema con una serie de casos que reflejan la patología aguda biliar y sus principales complicaciones.

2.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:



2.2. COLECISTITIS AGUDA:

- Inflamación de la vesícula biliar.
- Principal complicación de la colelitiasis.

CLÍNICA:

- Dolor continuo en cuadrante superior derecho que puede irradiarse al hombro derecho o la espalda, de >6 horas de evolución.
- Náuseas, vómitos y fiebre.
- Mujeres (3:1). Más severa en hombres.

ANALÍTICA:

- Leucocitosis
- ↑ PCR
- ↑ Aumento enzimas colestasis

PATOLOGÍA:

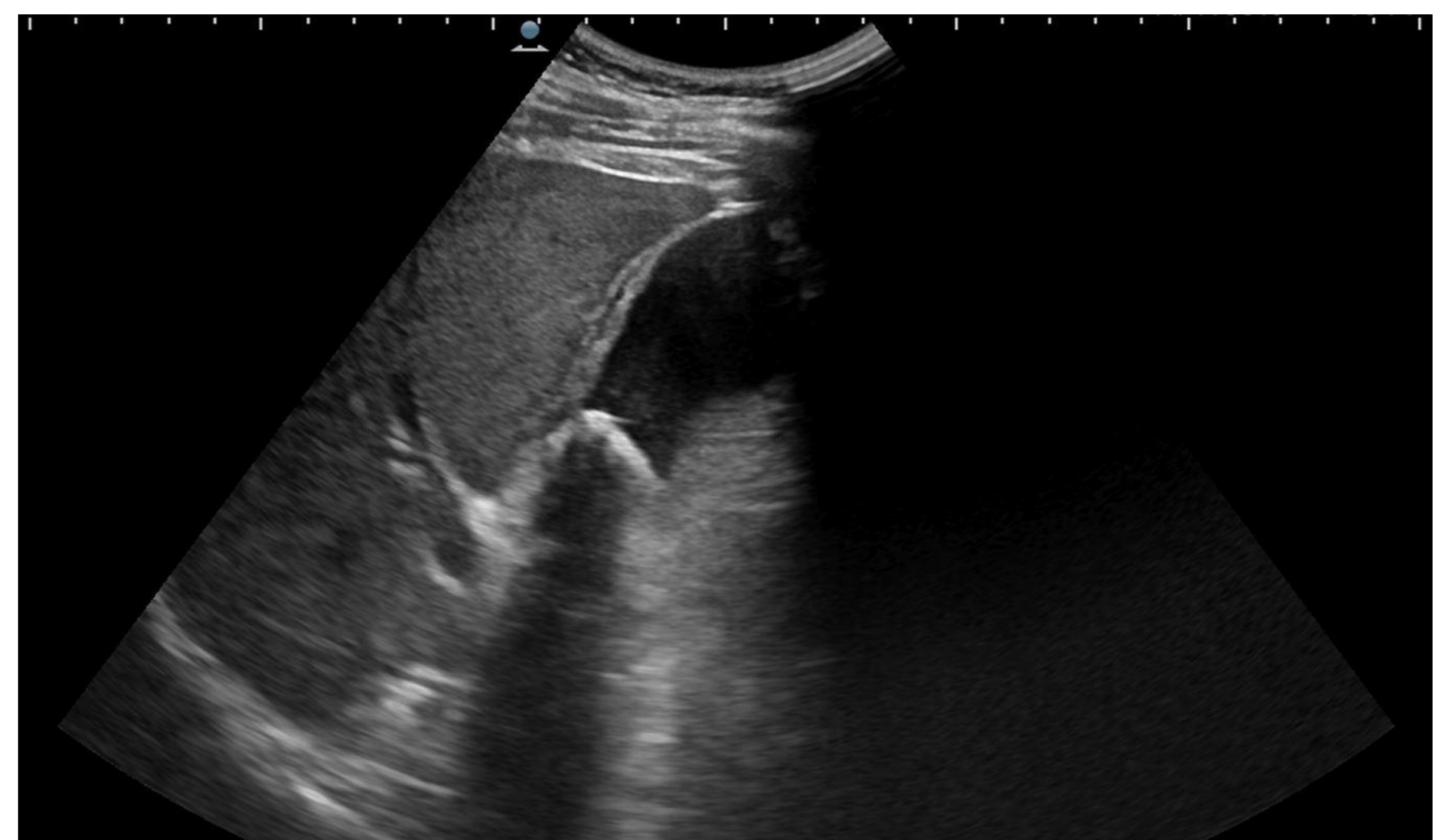
90-95% se deben a cálculos biliares.



PRUEBAS DE IMAGEN:

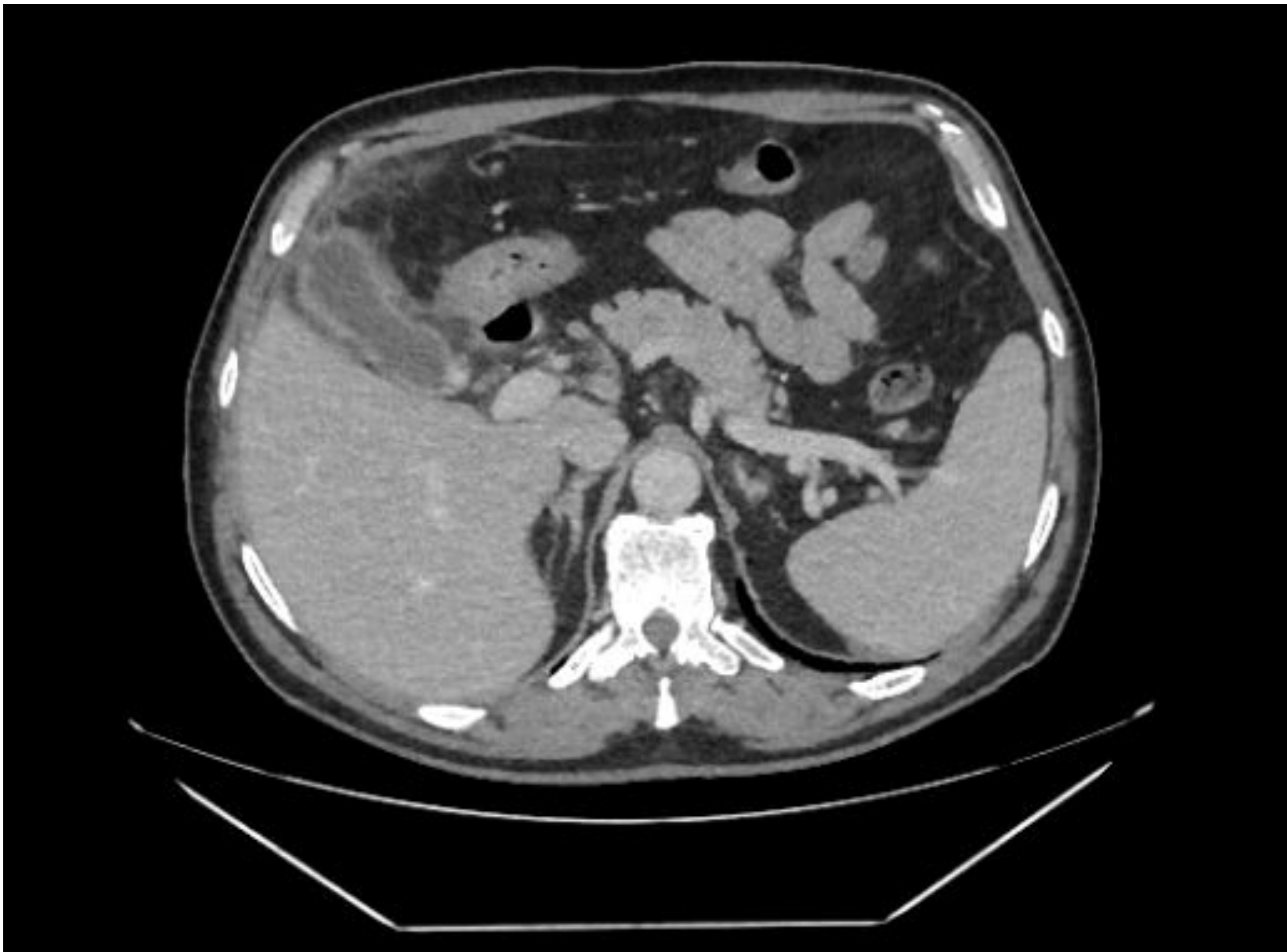
ECOGRAFÍA:

- Técnica de elección
- Hallazgos:
 - Colelitiasis
 - Signo ecográfico positivo de Murphy
 - Engrosamiento de la pared (>3mm)
 - Distensión de la vesícula >4 x 10mm
 - Signo de la hidropesía



TOMOANGIOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC):

- Gran ayuda si ecografía no diagnóstica.
- Limitación cálculos biliares de colesterol isodensos (70%).
- Hallazgos:
 - Trabeculación de la grasa
 - Colección de líquido pericolecístico
 - Cálculos biliares cálcicos
 - Engrosamiento de la pared
 - Distensión de la vesícula



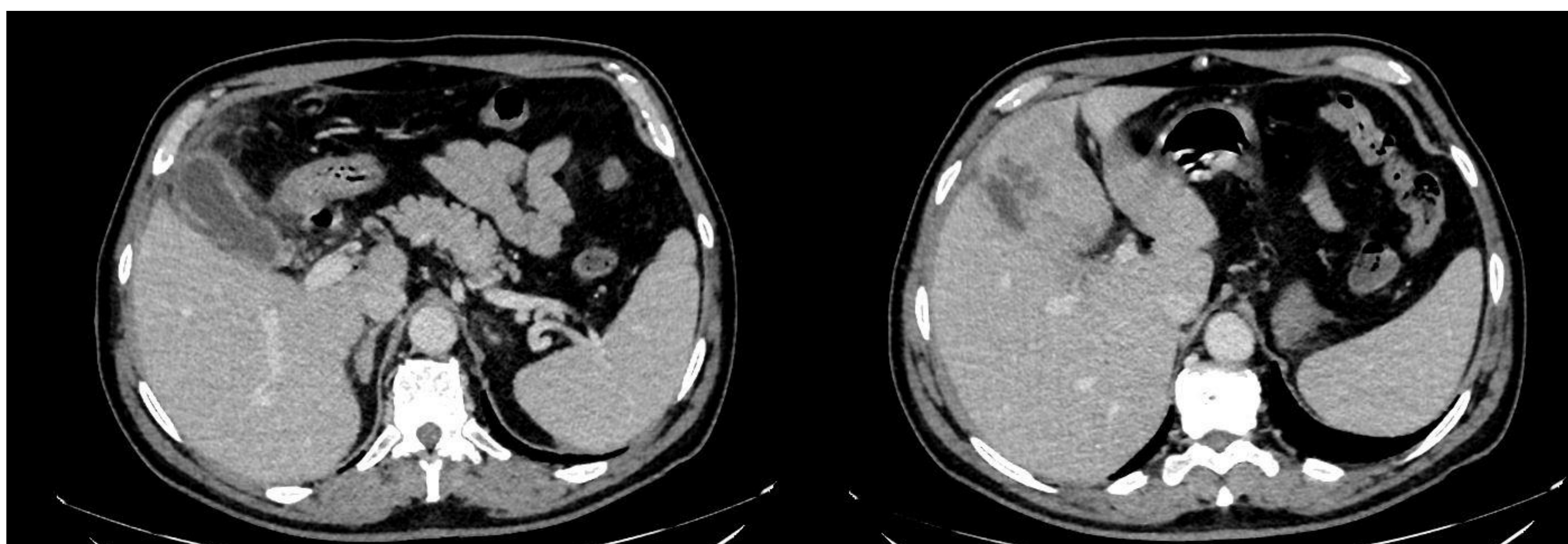
2.3. COLECISTITIS AGUDA. COMPLICACIONES.

COLECISTITIS GANGRENOSA:

- Complicación más común.
- Factores de riesgo (FR): género masculino, edad, retraso cirugía, diabetes mellitus (DM), enfermedad cardiovascular.
- En ecografía: pared irregular + engrosamiento asimétrico, características de colecistitis aguda. Murphy ecográfico negativo por denervación isquémica.
- En TC: realce asimétrico de la pared, tendencia a la ruptura, y riesgo de abscesos pericolecísticos o hepático.



Colecistitis gangrenosa con colecciones



Colelitiasis enclavada en el infundíbulo + engrosamiento parietal y captación irregular → colecistitis aguda gangrenosa.

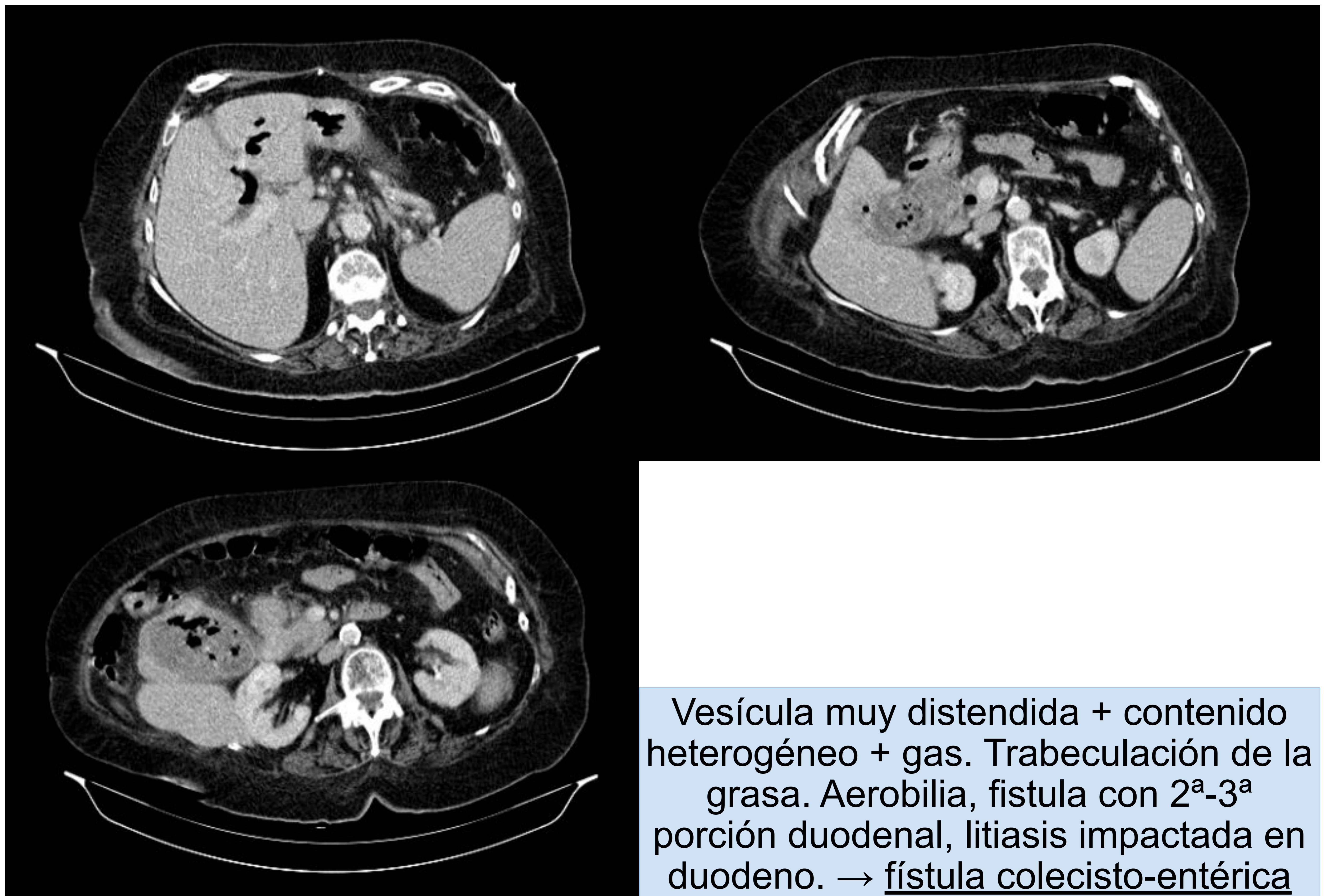
PERFORACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR:

- Complicación grave y avanzada. Ancianos y/o comórbidos.
- Clínica variable.
- Ecografía: colecciones de líquido pericolecístico, pérdida de la forma normal de la vesícula biliar, defecto parietal y/o absceso hepático.



FÍSTULA COLECISTOENTÉRICA:

- Gas + comunicación mediante fístula entre vesícula y duodeno.
- ILEO BILIAR: Impactación de litiasis más frecuente en válvula ileocecal. Triada de Rigler: obstrucción del intestino delgado, aerobilia, litiasis vesicular en luz intestinal.
- SÍNDROME DE BOUVERET: cálculo impactado en bulbo duodenal. Inflamación, fibrosis secundaria, estenosis, y obstrucción de la salida gástrica.

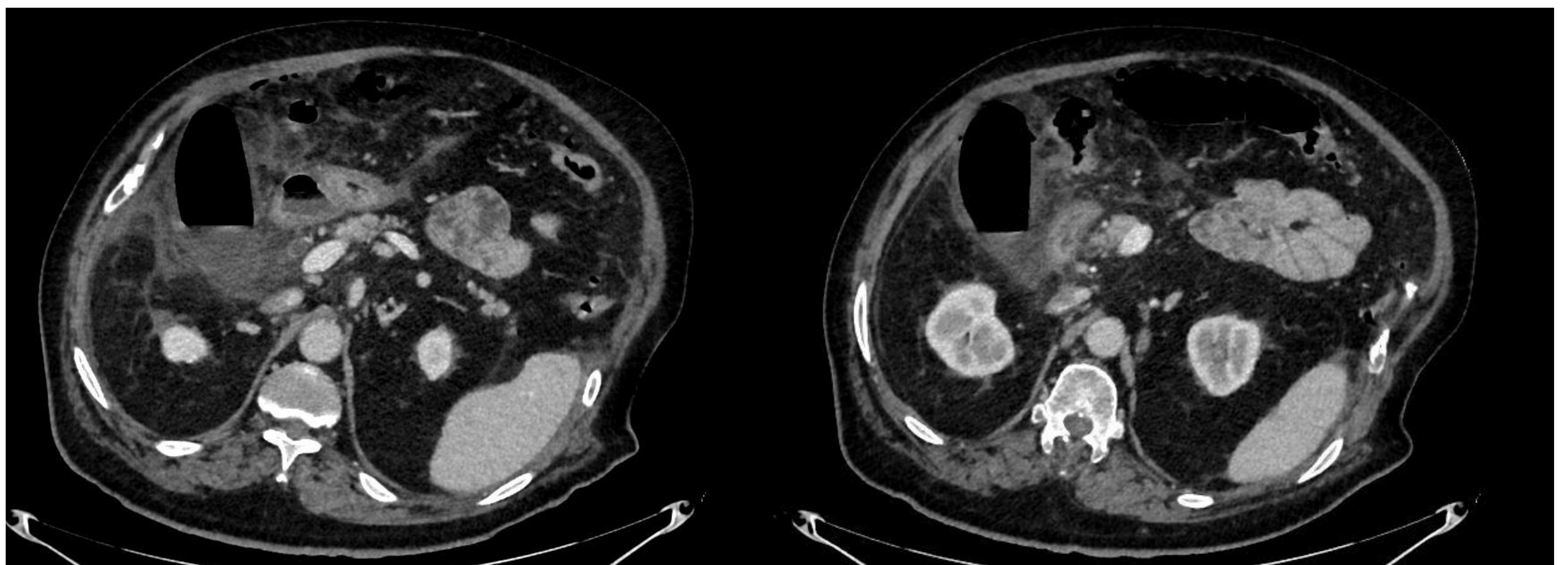


COLECISTITIS ENFISEMATOSA:

- FR: género masculino (2:1), 50-70 años, DM.
- Patología: compromiso de arteria cística, colecistitis alitiásica (50%), riesgo de perforación. Urgencia quirúrgica.
- Ecografía: aire en la pared o luz de la vesícula +/- conductos biliares, artefactos de reverberación. Signo del champán.
- El TAC es la prueba de elección para identificar el gas.



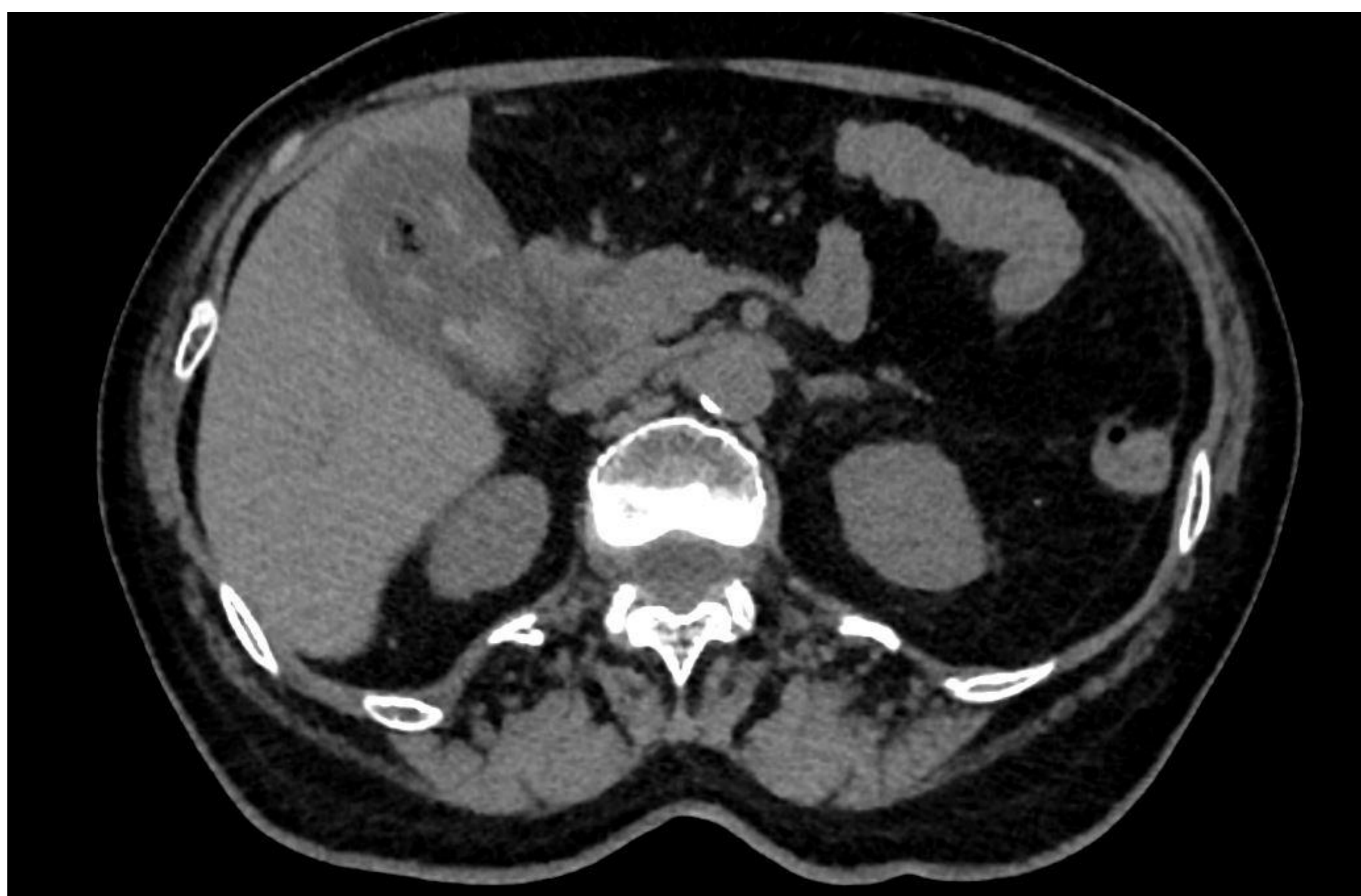
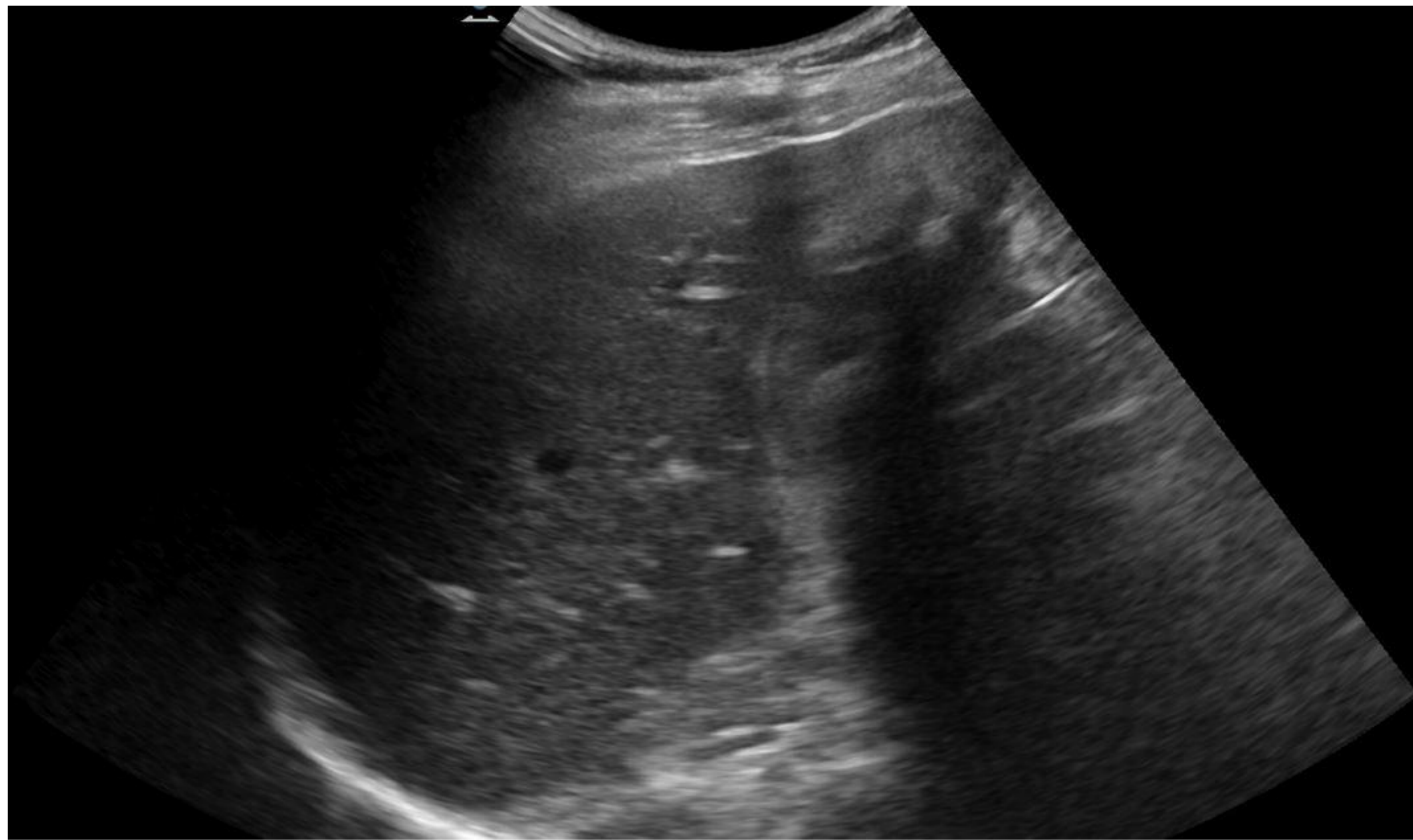
Vesícula hidrópica + paredes engrosadas, + colelitiasis + aire + cambios inflamatorios grasa locorregional. Aerobilia, de predominio en lóbulo hepático derecho → colecistitis enfisematosa



colecistitis enfisematosa perforada

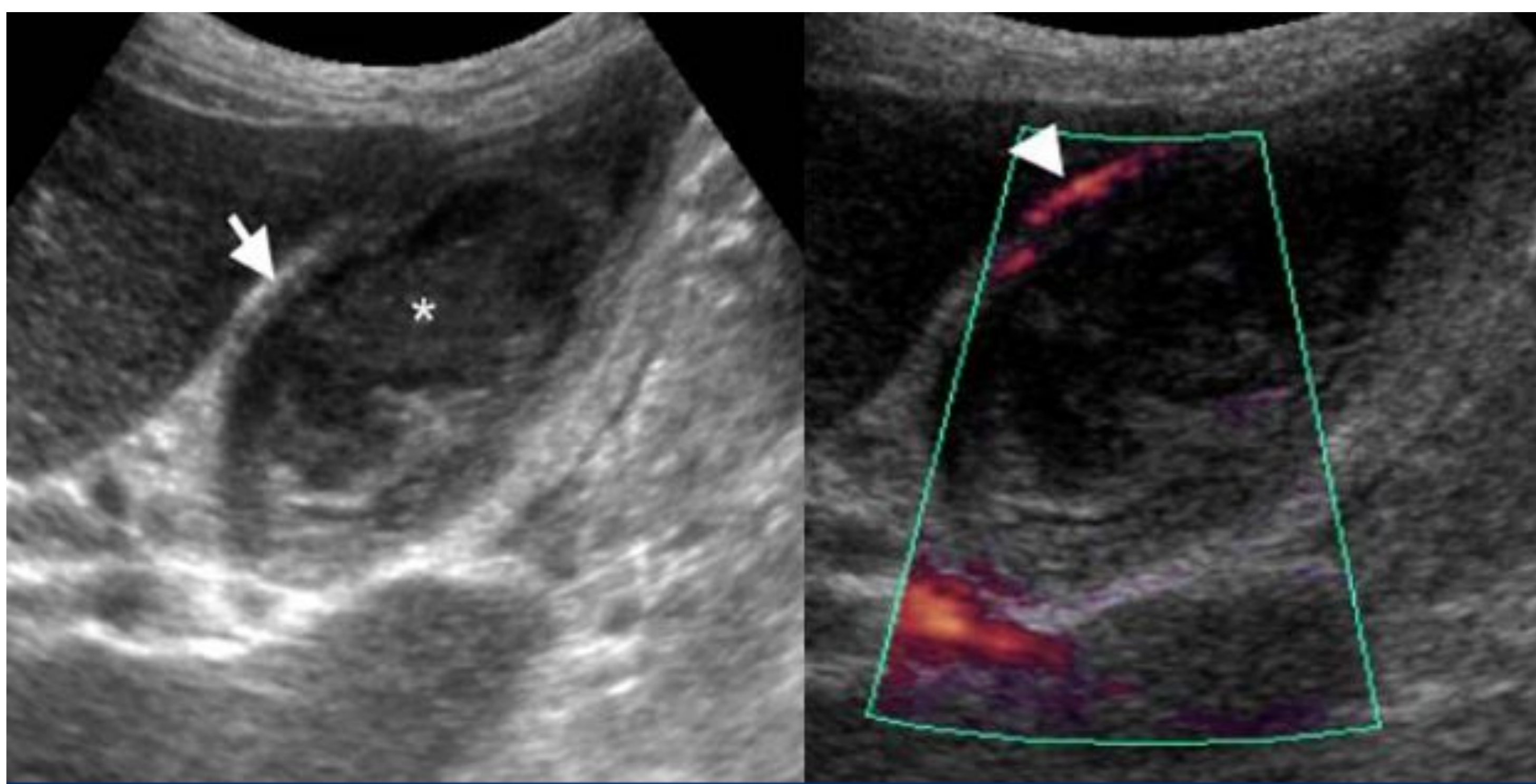
COLECISTITIS HEMORRÁGICA:

- Necrosis de pared → erosión de pared de arteria cística → sangrado intraluminal.
- Clínica: dolor, hematemesis, melenas, hemobilia, obstrucción biliar, ictericia dolorosa secundaria.
- FR: diátesis hemorrágica, anticoagulantes, traumatismos.
- Ecografía: vesícula distendida con material de ecogenicidad heterogénea y densa.
- En TC: densidad biliar aumentada.



2.4. PATOLOGÍAS CON ENGROSAMIENTO PARIETAL DE LA VESÍCULA BILIAR:

La colecistitis aguda acalculosa: pacientes críticos con enfermedad sistémica subyacente. Viscosidad bilis por ayuno y medicamentos que causan colestasis. Las características de imagen son las de colecistitis aguda con la ausencia de cálculo.



Gallbladder wall thickening [Internet]. Radiologyassistant.nl. [citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://radiologyassistant.nl/abdomen/biliary-system/gallbladder-wall-thickening>

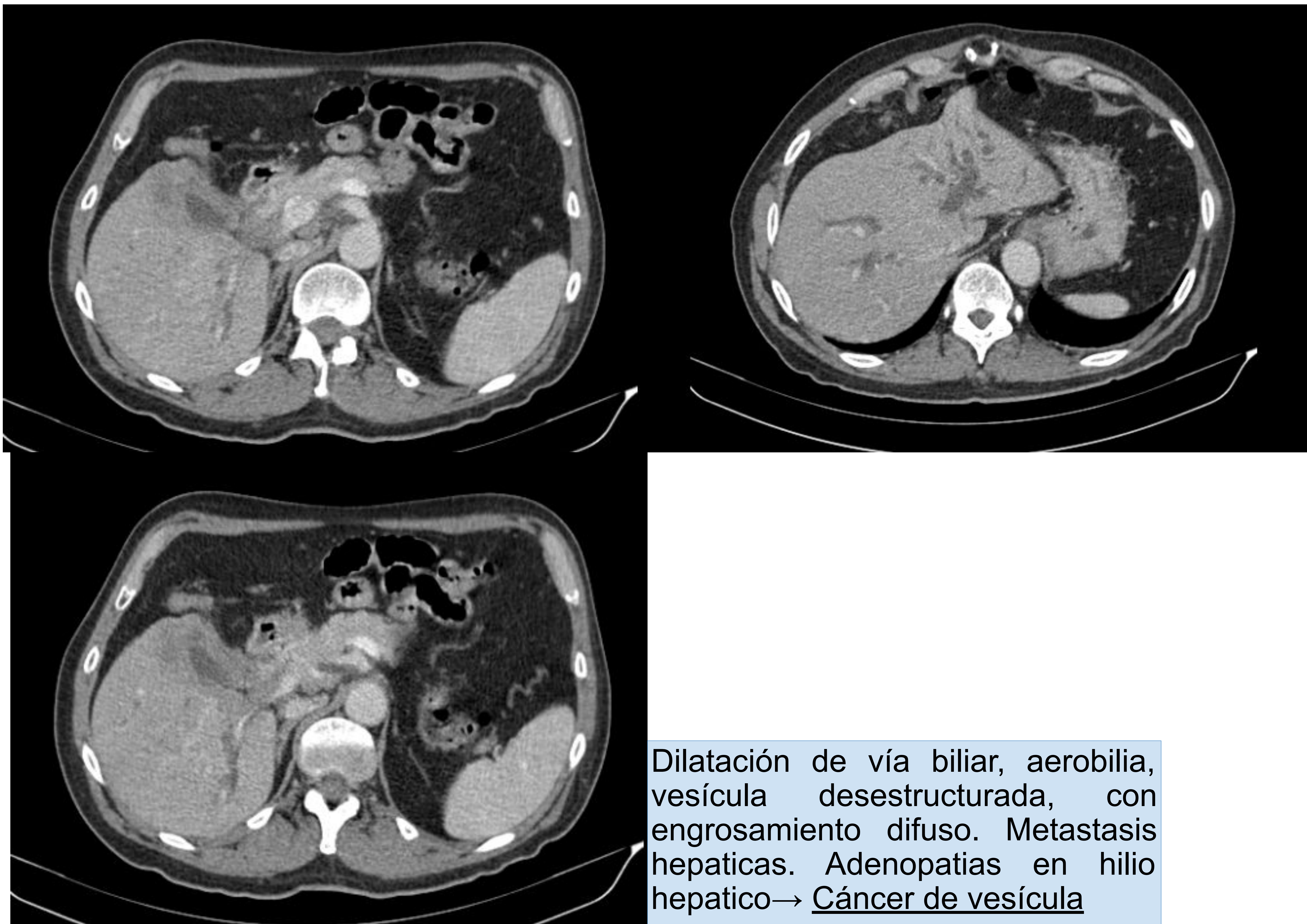
La colecistitis crónica: obstrucción transitoria por cálculos → inflamación de bajo grado + fibrosis.

- La colecistitis xantogranulomatosa: proceso inflamatorio cargado de lípidos. Forma benigna rara. Mujeres de 60-80 años. Engrosamiento de pared de la vesícula biliar, con nódulos intramurales hipoecogénicos en ecografía e hipoatenuados en TC, (abscesos o focos de inflamación xantogranulomatosa).
- La vesícula de porcelana consiste en la calcificación mural de una colecistitis crónica.



Vesícula distendida + pared engrosada en capas de cebolla + abundante contenido ecogénico en su interior. Murphy ecográfico negativo → colecistitis crónica

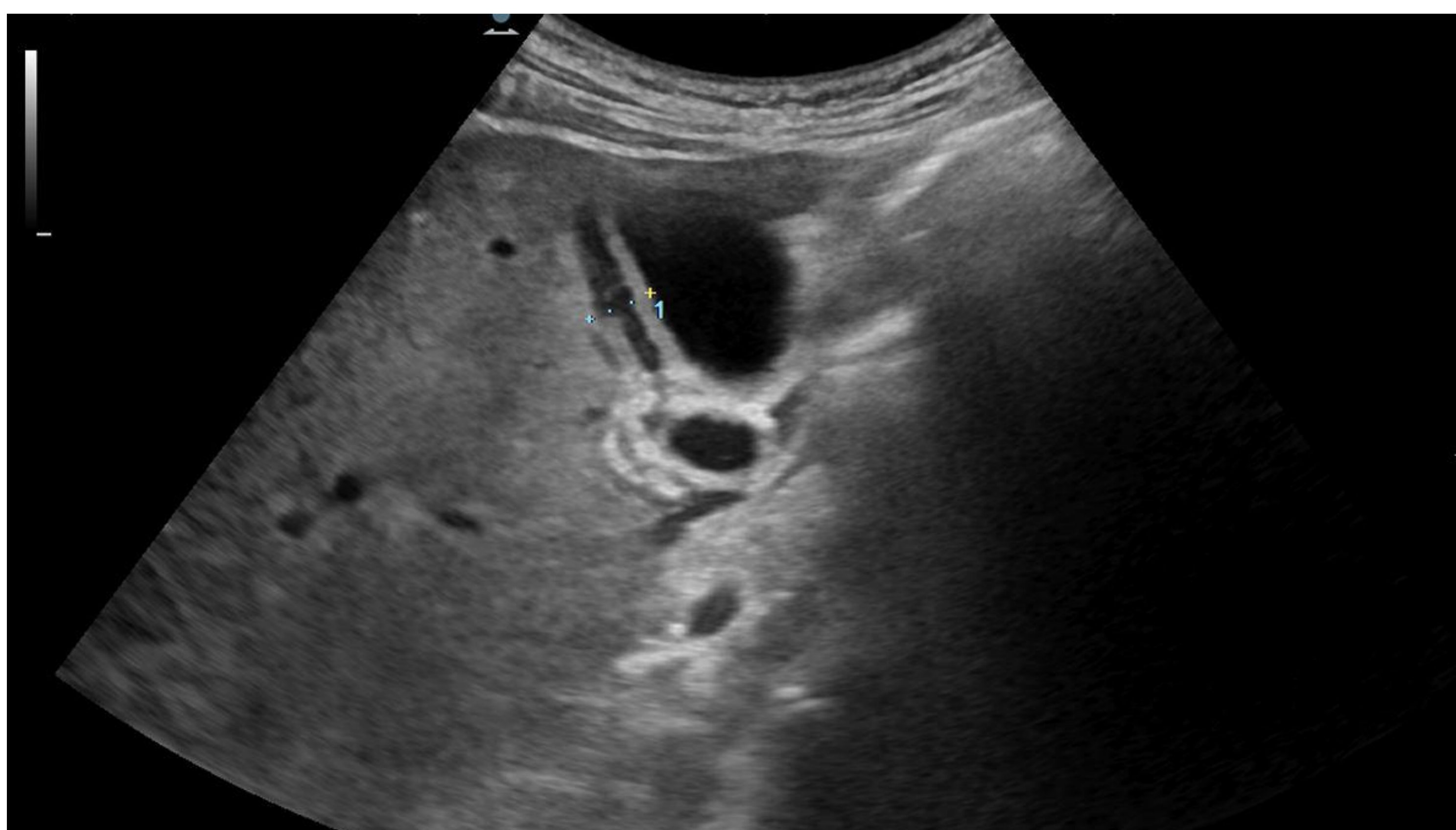
El carcinoma de la vesícula biliar se puede presentar desde una lesión intraluminal polipoide hasta una masa infiltrante que reemplaza la vesícula biliar, o como engrosamiento mural difuso. Se puede acompañar de invasión de estructuras adyacentes, dilatación del conducto biliar secundario y metástasis hepáticas o ganglionares.



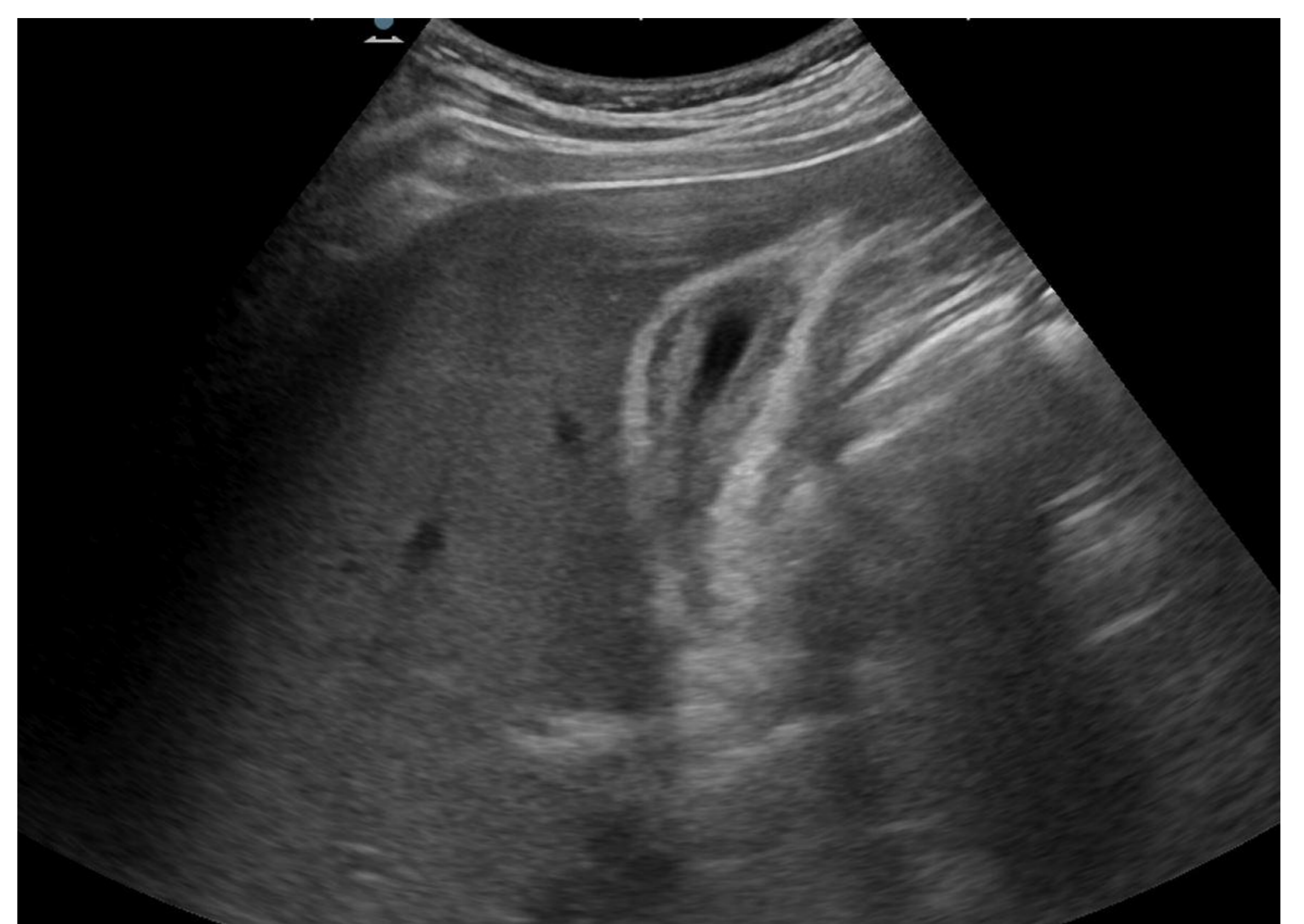
Dilatación de vía biliar, aerobilia, vesícula desestructurada, con engrosamiento difuso. Metastasis hepáticas. Adenopatías en hilio hepático → Cáncer de vesícula

La adenomiomatosis: proliferación epitelial, hipertrofia muscular y divertículos intramurales, segmentarios o difusos. En ecografía: cristales de colesterol → artefactos de reverberación en forma de cola de cometa. Benigno.

Enfermedades sistémicas como la disfunción hepática, la insuficiencia cardiaca o la insuficiencia renal: engrosamiento difuso de vesícula biliar en capas de cebolla por un ↑ presión venosa portal y presión venosa sistémica, o una presión osmótica intravascular ↓, o la combinación de estas → edema de pared.



Engrosamiento difuso de la pared de la vesícula biliar, sin apreciar una distensión completa de la vesícula ni litiasis en su interior → causa reactiva (insuficiencia cardiaca)



vesícula biliar no distendida con engrosamiento difuso de su pared, sin observar litiasis → inespecífico (hepatopatía, infección vírica, cardiogénica...).

2.5. MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA TRÁS SU DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

- De elección: colecistectomía laparoscópica
- Colecistitis agudas complicadas o pacientes con alta comorbilidad: colocación de tubo de drenaje mediante colecistostomía + antibióticos. Reevaluar si colecistectomía posible más adelante.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

La fuga biliar

- Consecuencia del deslizamiento del clip del conducto cístico o lesión por disección secundaria de un variante de la anatomía biliar.
- Dolor abdominal
- Peritonitis biliar infrecuente.
- En TC y ecografía: líquido perihepático, en el lado derecho, y gotiera parietocólica derecha.

Cuando la fuga biliar forma una colección líquida, se denomina biloma.

- Cercanos a la lesión (fosa vesicular, espacio perihepático, espacio subcapsular).
- ↑ riesgo de sobreinfección.
- En TC y ecografía: colección líquida simple o loculada, pared realzada y grosor variable.

2.6. IDEAS CLAVES:

- **COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA:** Colelitiasis + Murphy + Engrosamiento pared + Distensión
- Pared irregular + engrosamiento asimétrico + Murphy negativo + DM → **COLECISTITIS GANGRENOSA**
- Colecciones pericolecísticas + pérdida forma vesícula + defecto parietal y/o absceso hepático → **PERFORACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR**
- Gas + comunicación entre vesícula y duodeno → **FÍSTULA COLECISTOENTÉRICA**
- Gas pared o luz vesícula. No comunicación GI → **COLECISTITIS ENFISEMATOSA**
- Vesícula distendida + contenido heterogéneo, denso + hematemesis, melenas → **COLECISTITIS HEMORRÁGICA**
- Imagen colecistitis aguda en ausencia de litiasis → **COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA**
- Engrosamiento parietal + nódulos intramurales hipoecogénicos + vesícula no distendida + colelitiasis → **COLECISTITIS CRÓNICA XANTOGRANULOMATOSA**
- Lesión polipoide/engrosamiento difuso + invasión estructuras adyacentes + dilatación vía biliar + metástasis hepáticas o ganglionares → **CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR**
- Engrosamiento difuso vesícula en capas de cebolla + ausencia trabeculación de grasa adyacente → **ENFERMEDADES SISTÉMICAS**

3. CONCLUSIONES:

- EL DIAGNÓSTICO SE REALIZA POR LA COMBINACIÓN DE CLÍNICA, ANALÍTICA Y PRUEBA DE IMAGEN.
- LA ECOGRAFÍA ES LA PRIMERA OPCIÓN COMO PRUEBA DE IMAGEN.
- SE REALIZA TC SI LOS HALLAZGOS NO SON CONCLUYENTES.
- LA COLECISTITIS GANGRENOSA ES LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE.
- EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. SI NO ES POSIBLE SE COLOCA TUBO DE DRENAJE.
- ES IMPORTANTE PARA EL RADIOLOGO CONOCER ESTOS TIPOS DE HALLAZGOS PARA UNA ADECUADA ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA, LA CUAL PUEDE CAMBIAR EL MANEJO DEL PACIENTE.

4. BIBLIOGRAFÍA:

1. Niknejad M, The Radswiki. Acute cholecystitis. En: Radiopaedia.org. Radiopaedia.org; 2010.
2. Gallbladder wall thickening [Internet]. Radiologyassistant.nl. [citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://radiologyassistant.nl/abdomen/biliary-system/gallbladder-wall-thickening>
3. Ingunza Loizaga E, Gómez Jiménez E, Garcia Garai N, de Granda MEC, Langara Garcia-Echave E, Cancho Salcedo A. Dolor en Hipocondrio Derecho en Urgencias. 2014 [citado el 17 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0536/Revisi%C3%B3n%20del%20tema>
4. Patel N, Jensen KK, Shaaban AM, Korngold E, Foster BR. Multimodality imaging of cholecystectomy complications. Radiographics [Internet]. 2022;42(5):1303–19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rq.210106>
5. Gallbladder obstruction [Internet]. Radiologyassistant.nl. [citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://radiologyassistant.nl/abdomen/biliary-system/lk-jg>
6. Vista de Revisión pictórica y hallazgos transversales por imagen de las complicaciones de la colecistitis aguda: una guía de supervivencia para el radiólogo de guardia [Internet]. Espacio-seram.com. [citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8963/7429>