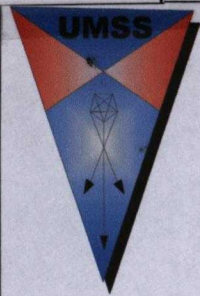


42

MED
Tesis
2005
H 542 c

42.-



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE POST GRADO

COLECISTIS AGUDA Y EMBARAZO

HOSPITAL OBRERO No 2 C.N.S.
Enero 1999-Diciembre 2004

Autor : Dr. Rodrigo Heredia Alba
Residente primer año – Cirugía general
Tutor : Dr. Prudencio Guzmán Borda
Jefe Departamento Cirugía C.N.S.

[Handwritten signature]

Dr. Prudencio Guzmán Borda
CIRUJANO GENERAL
Mat Prof. 1962 C.N.S.

**Cochabamba – Febrero
2005**

[Handwritten signature]

Dr. Prudencio Guzmán Borda
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
MAT. PROF. G-125 C.N.S.

INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	MARCO TEORICO	2
III	JUSTIFICACION	12
IV	OBJETIVO GENERAL	14
V	OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
VI	MATERIAL Y METODOS	15
VII	RESULTADOS	16
VIII	CONCLUSIONES	29
IX	DISCUSION	31
X	BIBLIOGRAFIA	32

COLECISTITIS Y EMBARAZO

1. INTRODUCCION.-

La colélitiasis es una patología que se presenta con mucha frecuencia dentro de la práctica de la Cirugía general, siendo mayor la prevalencia en las mujeres.

El embarazo es uno de los estados clínicos que va a demandar mayor atención y cuidado por parte de los servicios de salud.

La paciente gestante tiene una fisiología nueva que va predisponer a formación de litos vesiculares, que pueden ser asintomático o desencadenar ataques agudos.

Las alteraciones durante el embarazo presentan factores como ser la acción de la progesterona y estrógenos ambos litogenicos y como consecuencia pueden originar el problema de colelitiasis, que en muchas ocasiones provocaran un ataque agudo de la patología, lo que obligara a realizar intervención quirurgica antes de concluido el embarazo.

La colecistitis aguda – inflamación de la vesícula biliar – es causada en el 90 % de los casos por cálculos vesiculares, los que constituyen uno de los desórdenes más comunes del tracto gastrointestinal, afectando alrededor del 10% de la población del mundo occidental. Más del 80% de las personas portadoras de cálculos vesiculares no son sintomáticas y la colecistitis aguda solo se desarrolla en el 1-3%. La infección helmíntica (ascaridiasis) es también una causa de enfermedad biliar que se debe tener en cuenta en los países en desarrollo del Asia, sur de África y Latinoamérica.

La obstrucción del cóstico provoca al comienzo un proceso inflamatorio que evoluciona a una colecistitis aguda. Si la inflamación persiste puede provocar gangrena y la perforación de la vesícula biliar.

El diagnóstico de la colecistitis aguda se hace sobre la base de los hallazgos clínicos y los resultados de la ecografía. El tratamiento es predominantemente quirúrgico y de emergencia en pacientes no embarazados.

2. MARCO TEORICO.-

- Las alteraciones que se presentan durante el embarazo presentan factores hormonales condicionantes para desencadenar el problema de colelitiasis.
- La colecistitis aguda es causada la mayoría de las veces por cálculos vesiculares que se originaron en embarazos anteriores o el último.
- La primera línea de tratamiento incluye ayuno, fluidos intravenosos y antiespasmódicos.
- La cirugía temprana antes de las 24 horas de la admisión es muy recomendable, en cambio en pacientes embarazadas los conceptos por el riesgo de perder el producto son diferentes y preferimos si es posible diferir la colecistectomía hasta después del parto.
- La colecistostomía percutánea bajo control ecográfico es una alternativa segura para pacientes muy comprometidos.

Colecistitis aguda y embarazo

Los desórdenes del tracto biliar son la segunda causa más común de condiciones quirúrgicas durante el embarazo, con una incidencia de enfermedad litiásica sintomática $\leq 0.1\%$ (la apendicitis aguda es la más frecuente). La intervención quirúrgica debería postergarse hasta después del parto a menos que el tratamiento conservador fracase o los síntomas reaparezcan

en el mismo trimestre. Cuando la cirugía está indicada en el embarazo, la colecistectomía laparoscópica ha demostrado ser más segura.

El hecho de que la litiasis vesicular sea mas frecuente en mujeres en edad reproductiva sugiere que existe una relación entre el aumento de la producción de hormonas, elevación del colesterol sanguíneo en la embarazada con esta patología.

Cambios fisiológicos y hormonales durante el embarazo.-

Durante el embarazo existen cambios fisiológicos y hormonales que contribuyen al desarrollo de patología biliar:

Progesterona.-

Es un relajante del músculo liso e inhibe la colecistoquinina, que va a ocasionar

- Aumento del volumen de bilis residual dentro de la vesícula
- Disminución de la contracción de la vesícula biliar

Estrógeno.-

Contribuye al súper saturación de colesterol de liquido biliar por esto tiene un efecto litogenico.

Crecimiento del útero.-

Al aumentar la presión intrínseca va interferir con la adecuada circulación y drenaje vesicular.

Se sabe que aproximadamente el 4.5 % de las embarazadas cursan con colecistolitiasis asintomático y que el 0.05 % es sintomática, siendo de estas en un 40% necesaria la Cirugía mientras están embarazadas. (Colecistectomía en embarazadas 3 a 8 por cada 10.000 embarazos)

Patogénesis de la colecistitis aguda.-

Más del 90% de las colecistitis agudas resultan de la obstrucción del cístico por cálculos o barro biliar que impactan en el cuello de la vesícula. Dicha obstrucción provoca un aumento en la presión intraluminal y junto con una bilis sobresaturada de colesterol desencadena una respuesta inflamatoria aguda. El trauma causado por los cálculos estimula la síntesis de prostaglandinas I₂ y E₂, que median en la respuesta inflamatoria (Figura 1). La infección bacteriana secundaria con organismos entéricos (más comúnmente *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Streptococcus faecalis*) ocurre en cerca del 20% de los casos.

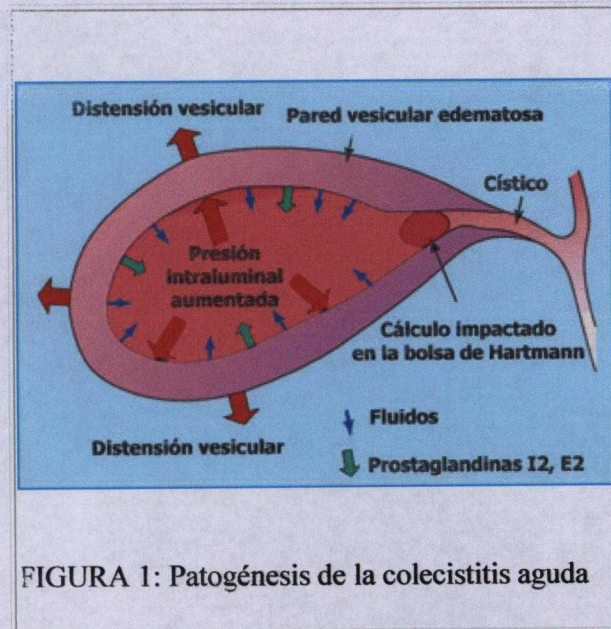


FIGURA 1: Patogénesis de la colecistitis aguda

El barro biliar es una mezcla de materia particulada y bilis y puede estimular micro litiasis. Si el barro persiste por ejemplo, a causa de que la paciente hubiera tenido varios embarazos o estuviera recibiendo nutrición parenteral total los cálculos pueden formarse. La mayoría de los pacientes con barro biliar no tienen síntomas, pero el barro en si mismo puede causar una colecistitis aguda.

Presentación y diagnóstico:

La colecistitis aguda se diagnostica sobre la base de los signos y síntomas de inflamación en pacientes con peritonitis localizada en el hipocondrio derecho (Figura 2). Debe diferenciarse del cólico biliar por el dolor constante en el hipocondrio y el signo de Murphy. Los pacientes con colecistitis aguda pueden tener antecedentes de ataques de cólicos biliares o pueden haber estado asintomáticos hasta el episodio actual.

