



Patología inflamatoria y autoinmune de la vía biliar

A. Pereñíguez López*, J. Egea Valenzuela y F. Carballo Álvarez

Unidad de Gestión Clínica de Digestivo. IMIB Arrixaca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Palabras Clave:

- Inflamación vía biliar
- Autoinmunidad
- Colecistitis
- Colangitis
- Cirrosis biliar

Keywords:

- Inflammation of the bile duct
- Autoimmunity
- Cholecystitis
- Cholangitis
- Biliary cirrhosis

Resumen

Concepto. Grupo de enfermedades de carácter inflamatorio que afecta a la vía biliar intra y extrahepática.

Etiopatogenia. El origen de estas patologías es variado, desde la obstrucción mecánica inicial de la colecistitis, hasta la causa infecciosa de la colangitis aguda, o el origen autoinmune de la cirrosis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria.

Manifestaciones clínicas. Son variables y poco específicas, y pueden ir desde la ausencia de síntomas, hasta el dolor abdominal en hipocondrio derecho, la fiebre o la ictericia.

Diagnóstico. Se basa fundamentalmente en la exploración física del paciente, las determinaciones analíticas (con especial relevancia de las enzimas hepáticas), las pruebas de imagen y la biopsia hepática en caso de diagnóstico incierto.

Tratamiento. Es variable, pero en general está basado en el uso de medidas de soporte, antibióticos, cirugía que puede abarcar desde la colecistectomía hasta el trasplante hepático, y medidas de alivio sintomático como el drenaje de la vía biliar.

Abstract

Inflammatory and autoimmune disease of the bile duct

Concept. Group of inflammatory diseases evolving the extrahepatic and intrahepatic bile duct.

Etiology and pathogenesis. Etiology is variate, from the obstruction of the bile ducts in a cholecystitis to infections in acute cholangitis. Primary biliary cirrhosis and primary sclerosing cholangitis have an autoimmune origin.

Clinical manifestations. These are variate and non-specific. Patients can be asymptomatic or presenting with abdominal pain located in right upper abdomen, fever or jaundice.

Diagnosis. It is based on patient's symptoms, physical examination, laboratory tests (specially liver function tests), radiology and liver biopsies in certain cases.

Treatment. Therapy includes symptomatic treatment of pain or fever, antibiotics, drainage of the biliary tract and surgery (cholecystectomy, liver transplantation...).

*Correspondencia
Correo electrónico: anap.86@hotmail.com

Colecistitis aguda

Concepto y clasificación

Consiste en la inflamación aguda de la pared vesicular. El 90% son de origen litiasico, siendo la causa la obstrucción del flujo biliar secundaria a la impactación de un cálculo biliar a nivel del cuello vesicular o conducto cístico, y el 10% restante son de origen alitiásico, asociadas habitualmente a un mal vaciamiento vesicular por diversas causas (enfermedades sistémicas como vasculitis o lupus, traumatismos, desnutrición, etc.).

Etiopatogenia

La colecistitis aguda se inicia con la obstrucción del drenaje vesicular. En las de origen litiasico, dicha obstrucción puede ser parcial y de corta duración, y manifestarse únicamente como un cólico biliar. Pero si la obstrucción es completa y continua, se produce un aumento en la presión dentro de la luz, desencadenado por el incremento del volumen de bilis y secreciones vesiculares. El músculo liso de la vesícula se contrae con el objetivo de expulsar dicho cálculo, lo que genera distensión vesicular y episodios de dolor. El aumento de la presión dentro de la luz y el trauma generado por los cálculos sobre el epitelio vesicular, en el contexto de una bilis litogénica, conllevan la liberación de prostaglandinas I₂ y E₂, lo cual favorece aún más el proceso inflamatorio. Como consecuencia del proceso inflamatorio, las paredes de la vesícula biliar se engrosan y se vuelven edematosas, y ocluyen inicialmente el flujo venoso; en los casos más graves, existe una obstrucción del flujo arterial que lleva a isquemia y necrosis de la pared. En condiciones normales, la bilis es aséptica por su constante flujo y por la presencia de IgA. Sin embargo, la estasis biliar secundaria a la obstrucción provee el medio ambiente ideal para el crecimiento bacteriano de probable origen intestinal, como bacilos gramnegativos (*Escherichia coli*, *Klebsiella*), anaerobios (*Bacteroides fragilis*, *Clostridium* spp.) y cocos grampositivos. Por esta razón, la infección bacteriana primaria no suele tener un papel en el proceso patológico inicial y, más bien, es la infección secundaria la que puede complicar el cuadro clínico en buena parte de los casos¹.

Presentación clínica

La clínica más frecuente se caracteriza por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, o en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho. Inicialmente el dolor suele ser de tipo cólico, acompañado de náuseas y/o vómitos que pueden provocar intolerancia oral. En estos primeros momentos estamos ante un cólico biliar no complicado, provocado por la simple obstrucción del drenaje biliar. En un alto porcentaje de casos (probablemente hasta un 90%), la obstrucción se resuelve y el cuadro cede. Sin embargo, en el resto de los casos persiste la obstrucción de la vía biliar y la situación clínica evoluciona a una colecistitis aguda, en la cual el dolor se vuelve constante (más de 6 horas) y se asocian

otros síntomas: se agrava la sensación nauseosa y aparece la fiebre, que característicamente no suele ser mayor de 39°C. Si, además, se presenta la tríada de Charcot (fiebre, ictericia y dolor en el hipocondrio derecho) debe descartarse colangiitis aguda asociada.

Diagnóstico

Es fundamental la historia clínica combinada con una exploración física exhaustiva. En el reconocimiento general, el paciente puede presentar dolor intenso y signos de respuesta inflamatoria sistémica (taquicardia y fiebre), taquipnea y deshidratación. En la exploración física resulta una maniobra muy útil la palpación profunda en hipocondrio derecho, mientras se pide al paciente que respire profundamente, ya que estos pacientes pueden presentar una vesícula distendida y palpable. Cuando el dolor aumenta al realizar esta maniobra, se considera que el paciente presenta un «signo de Murphy» positivo.

La sospecha clínica se debe apoyar en técnicas de laboratorio y pruebas de imagen² como veremos a continuación.

Datos de laboratorio

Son los siguientes:

1. Leucocitosis variable con desviación izquierda.
2. Discretas elevaciones de bilirrubina y fosfatasa alcalina (FA).
3. La leucocitosis de alto rango, la ictericia franca, altas elevaciones de las cifras de bilirrubina y la hipertransaminasemia deben orientar a otros cuadros como la colangiitis aguda.

Estudios de imagen

Ecografía abdominal. Es la primera prueba de imagen a realizar, y en ocasiones puede ser diagnóstica. Hay que tener en cuenta que la mera presencia de litiasis no es suficiente para el diagnóstico, aunque con un cuadro clínico compatible lo apoya. La pared vesicular puede aparecer engrosada (5 mm de espesor o más), o el paciente puede presentar el llamado signo de Murphy ecográfico que consiste en la mencionada aparición de dolor en hipocondrio derecho cuando el paciente respira profundamente, originado al apoyar el transductor ecográfico directamente sobre la vesícula biliar. En diferentes estudios y revisiones sistemáticas se han establecido unas cifras de sensibilidad y especificidad del 88 y 80%, respectivamente³.

Gammagrafía con ^{99m}Tc. Esta técnica está indicada si la ecografía no arroja datos diagnósticos definitivos. Es una técnica de medicina nuclear basada en la inyección intravenosa de ácido iminodiacético hepático marcado con tecnecio, el cual se elimina desde el hepatocito a la bilis. Su sensibilidad y especificidad están en torno a un 90%, ambas, pero es una técnica poco utilizada⁴.

Colangiografía por resonancia magnética. Ciertos estudios han demostrado que tiene una mayor sensibilidad en la detección de cálculos en el conducto cístico que la ecografía,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806355>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806355>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)