

Vesícula y vía biliar: distingue el foco

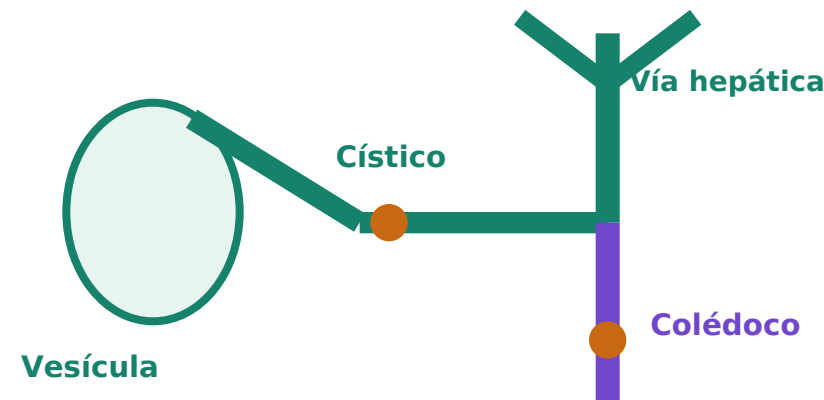
Un cálculo puede permanecer sin síntomas, inflamar la vesícula u obstruir e infectar la vía biliar. Pueden coexistir cuadros.

MEMORIA: PIEDRA → OBSTRUCCIÓN → INFLAMACIÓN / INFECCIÓN

Litiasis: cálculos. **Colecistitis:** vesícula inflamada. **Colangitis:** vía biliar infectada, generalmente obstruida. La localización cambia el procedimiento. [1-3,8,18]

Cuadro	Clínica orientativa	Laboratorio / imagen	Conducta clave
Litiasis asintomática	Cálculos incidentales; sin dolor biliar ni complicaciones.	US: cálculos; vesícula y vía biliar normales por lo demás.	Observación habitual; no cirugía ni antibióticos de rutina. [8]
Cólico biliar	Dolor continuo episódico en HD/epigastrio, a veces hacia espalda; suele durar de 30 min a pocas horas.	Sin respuesta inflamatoria sistémica; US con cálculos sin signos de colecistitis.	Analgesia; valorar colecistectomía electiva. [8,18]
Colecistitis aguda	Dolor persistente en HD, Murphy; puede haber fiebre. Dolor >6 h aumenta sospecha, pero no confirma.	Inflamación + signos vesiculares en imagen. La ictericia marcada obliga a estudiar el colédoco.	Soporte + antibiótico; colecistectomía temprana si es apto. [1,6]
Coledocolitiasis	Cálculo en colédoco: puede producir ictericia, dolor o pancreatitis; también ser silencioso.	Colestasis; cálculo/dilatación ductal. Sin infección no equivale aolangitis.	Limpiar la vía biliar por CPRE o cirugía, según caso. [8,9]
Colangitis aguda	Inflamación sistémica + colestasis + obstrucción en imagen. Charcot puede estar incompleta.	Bilirrubina/enzimas de colestasis; evaluar sepsis y disfunción orgánica.	Antibiótico IV + drenaje biliar oportuno, preferentemente CPRE. [2,3,10]

¿DÓNDE ESTÁ EL CÁLCULO?



Esquema: no representa todas las variantes.

VESÍCULA VS. CONDUCTO

- Colecistectomía:** retira la vesícula.
- CPRE:** accede al conducto para drenar y/o extraer cálculos; no retira la vesícula.
- Colecistostomía:** drena la vesícula en pacientes seleccionados que no pueden operarse. [6,9,10]

Exploración, Charcot y Reynolds

La primera decisión es reconocer inestabilidad. Los signos clásicos orientan; su ausencia no descarta infección biliar.

ALARMA: HIPOTENSIÓN, CONFUSIÓN, HIPOXEMIA U OLIGURIA

Evaluación hospitalaria inmediata, soporte y control del foco. Medir signos vitales, perfusión, conciencia, saturación y diuresis. No esperar todos los criterios ni la pentada de Reynolds para tratar. [2,3]

TRÍADA DE CHARCOT

Fiebre + dolor en HD + ictericia.

Sugiere colangitis. Tiene sensibilidad baja: una tríada incompleta **no la excluye**. Aplicar los criterios de Tokio. [2]

PENTADA DE REYNOLDS

Charcot + hipotensión/shock + alteración de conciencia.

Alerta de infección biliar grave. No es requisito para diagnosticar colangitis ni para indicar drenaje. [2,3]

INTERROGATORIO DIRIGIDO

Inicio y duración del dolor, episodios previos, vómitos, fiebre/escalofríos, ictericia, coluria y heces claras.

Antecedentes de cálculos, CPRE, prótesis biliar, anastomosis bilioentérica o cáncer.

Embarazo, fragilidad, anticoagulación, inmunosupresión, alergias y antibióticos/ingresos recientes.

Ancianos e inmunosuprimidos pueden tener síntomas poco llamativos. [1-3,5]

EXPLORACIÓN FÍSICA

Murphy clínico: palpar bajo el reborde costal derecho y pedir inspiración; el dolor interrumpe la inspiración.

Buscar dolor en HD, masa, defensa, rebote, ictericia y deshidratación; explorar todo el abdomen.

Murphy negativo no descarta colecistitis. El Murphy ecográfico es dolor focal al comprimir con el transductor.

Peritonismo o deterioro: buscar complicación y control urgente del foco. [1,3,6]

Estudio inicial	Qué aporta / cuándo pedirlo
BH + PCR	Leucocitos y respuesta inflamatoria. PCR = proteína C reactiva; no reacción en cadena de la polimerasa. [1,2]
Perfil hepático	Bilirrubina total/directa, fosfatasa alcalina, GGT, AST/ALT; la colestasis aumenta sospecha ductal. [2,9]
Función orgánica	Creatinina, electrolitos, plaquetas, TP/INR; lactato si sepsis/hipoperfusión. Gasometría si compromiso respiratorio. [1-3]
Lipasa / cultivos	Lipasa si pancreatitis. Hemocultivos en sepsis, gravedad o riesgo de resistencia, sin demorar antibióticos; bilis durante drenaje. [5,7,16]

No atribuir todo dolor epigástrico a cálculos: considerar pancreatitis, hepatitis, úlcera, neumonía y causas cardíacas según contexto.

Fuentes clínicas verificables

Solo guías de práctica clínica y publicaciones médicas. Pulsa una referencia del PDF para abrir el documento o su registro.

1 **TG18 · Colecistitis, 2018**

Yokoe et al. Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25:41-54. DOI: 10.1002/jhbp.515.

2 **TG18 · Colangitis, 2018**

Kiriyama et al. Diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 25:17-30. DOI: 10.1002/jhbp.512.

3 **TG18 · Abordaje inicial, 2018**

Miura et al. Initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. DOI: 10.1002/jhbp.509.

4 **TG18 · Tratamiento de colecistitis, 2018**

Okamoto et al. Flowchart for the management of acute cholecystitis. Selección según gravedad, CCI y ASA. DOI: 10.1002/jhbp.516.

5 **TG18 · Antimicrobianos, 2018**

Gomi et al. Antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. Selección empírica y duración. DOI: 10.1002/jhbp.518.

6 **World Society of Emergency Surgery · 2020**

Pisano et al. Updated guidelines for diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. DOI: 10.1186/s13017-020-00336-x.

7 **Infectious Diseases Society of America · 2024**

Actualización de infecciones intraabdominales: evaluación de riesgo, imagen y microbiología. No es una actualización completa de esquemas antibióticos. DOI: 10.1093/cid/ciae346.

8 **NICE CG188 · 2014; vigilancia publicada en 2018**

Gallstone disease: diagnosis and management. Litiasis asintomática/sintomática, cirugía temprana y limpieza ductal.

9 **American Society for Gastrointestinal Endoscopy · 2019**

Buxbaum et al. Role of endoscopy in evaluation and management of choledocholithiasis. Predictores de riesgo y CPRE. DOI: 10.1016/j.gie.2018.10.001.

Alcance: revisión al 02/10/2026. Se conserva el año real de cada fuente. TG18 se complementa con guías y evidencia posterior; no se presenta como una edición de Tokio de 2026. Las recomendaciones condicionales requieren juicio clínico y adaptación al protocolo local.

Fuentes clínicas verificables

Solo guías de práctica clínica y publicaciones médicas. Pulsa una referencia del PDF para abrir el documento o su registro.

10 American Society for Gastrointestinal Endoscopy · 2021

Buxbaum et al. Guideline on management of cholangitis. Modalidad, tiempo y alcance del drenaje. DOI: 10.1016/j.gie.2020.12.032.

11 European Society of Gastrointestinal Endoscopy · 2019

Manes et al. Endoscopic management of common bile duct stones. Drenaje por gravedad y cirugía tras CPRE. DOI: 10.1055/a-0862-0346.

12 Surgical Infection Society · 2022

Colling et al. Antibiotic use in patients undergoing cholecystectomy for gallbladder disease. DOI: 10.1089/sur.2021.207.

13 Revisión médica · Medicina, 2024

Fico et al. Updates on Antibiotic Regimens in Acute Cholecystitis. Dosis orientativas y resistencia. DOI: 10.3390/medicina60071040.

14 Ensayo aleatorizado · Am J Gastroenterol, 2024

Srinu et al. Conventional vs Short Duration of Antibiotics in Moderate or Severe Cholangitis. 4 vs 8 días tras drenaje. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002499.

15 SAGES · Embarazo, 2024

Guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy. Colecistitis, cólico del tercer trimestre y coledocolitiasis. DOI: 10.1007/s00464-024-10810-1.

16 American College of Gastroenterology · 2024

Tenner et al. Management of Acute Pancreatitis. Colecistectomía y CPRE en pancreatitis biliar. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002645.

17 Revisión sistemática y metaanálisis · BMC Surgery, 2026

Cholecystectomy versus conservative management for uncomplicated symptomatic gallstones and cholecystitis. Publicado 10/06/2026. Cuatro ensayos; evidencia limitada. DOI: 10.1186/s12893-026-03922-z.

18 European Association for the Study of the Liver · 2016

Clinical Practice Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of gallstones. Síntomas, analgesia y límites de la disolución oral. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.03.005.

Alcance: revisión al 02/10/2026. Se conserva el año real de cada fuente. TG18 se complementa con guías y evidencia posterior; no se presenta como una edición de Tokio de 2026. Las recomendaciones condicionales requieren juicio clínico y adaptación al protocolo local.

TU PRÓXIMO REPASO

Patología biliar

Un recorrido por la litiasis, la colecistitis, la coledocolitiasis y la colangitis, con estudios y manejo por escenario.

2 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 13 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Vesícula y vía biliar
- Exploración y signos clínicos
- Criterios de Tokio y gravedad
- Imagen y riesgo de coledocolitiasis
- Manejo médico, cirugía y drenaje

Precio individual: \$160 MXN

Leer versión completa

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.