

GUIA DE MANEIG DEL CÒLIC BILIAR

GUIES PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	3
FACTORS DE RISC	4
DIAGNÒSTIC	5
Anamnesi.....	5
Exploració física	5
Exploracions complementàries	6
Diagnòstic diferencial	6
TRACTAMENT	7
SEGUIMENT	8
CRITERIS DE DERIVACIÓ DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA	9
Criteris de derivació hospitalària.....	9
Criteris de derivació a l'especialista en cirurgia	9
CRITERIS D'INGRÉS HOSPITALARI	9
ALGORISMES	10
COMITÈ D'EXPERTS	12
Grup de coordinació.....	12
BIBLIOGRAFIA	13

INTRODUCCIÓ

El còlic biliar és el símptoma més freqüent i característic que presenten els pacients amb litiasi biliar.

Està originat per la contracció i distensió aguda de les parets de la vesícula biliar.

L'expulsió del càlcul a través del conducte cístic o, més freqüentment, el seu retorn a la llum vesicular sol alleujar el dolor.

La litiasi biliar afecta a un 10% de la població, que si és major de 60 anys, aquesta xifra pot arribar a un 30%.

La prevalença als països mediterranis és d'un 3'1% en homes i un 4'3% en dones (és 1'4 vegades més freqüent en dones que en homes).

Entre un 75-80%, les litiasis biliars són asimptomàtiques, sent un diagnòstic casual i solament un 20% presentaran símptomes en un període de 15-20 anys.

La litiasi biliar condiona, per l'elevada prevalença, un important consum de recursos sanitaris.

Tipus de càlculs:

- Càlculs de colesterol: representen el 80%.
- Càlculs pigmentaris: representen el 20%. N'hi ha de dos tipus: negres i bruns.

Els càlculs de colesterol i pigmentaris negres es formen a la vesícula. Si apareixen a la via biliar principal són petits o hi ha una comunicació biliobiliar.

Els càlculs pigmentaris bruns poden formar-se a la via biliar principal i són tous (extracció endoscòpica més fàcil).

Poden haver-hi càlculs mixtes, tot i que es consideren una variant dels càlculs de colesterol.

Es parla de "fang biliar" fent referència a partícules de diàmetre inferior a 2 mm.

FACTORS DE RISC

Les situacions que poden afavorir la litiasi biliar són:

- Edat: el risc augmenta a partir dels 40 anys.
- Sexe femení.
- Obesitat.
- Pèrdua ràpida de pes.
- Dejú prolongat o nutrició parenteral total.
- Dietes riques en greixos poliinsaturats.
- Embaràs: el risc augmenta amb el nombre d'embarassos.
- Fàrmacs: fibrats, anticonceptius orals, estrògens, progesterona.
- Malaltia de Crohn, resecció ileal.
- Cirrosi alcohòlica, cirrosi biliar primària, infecció biliar.
- Hiperparatiroïdisme, hipertrigliceridèmia, Diabetis Mellitus, nivells baixos de HDL.
- Malalties hemolítiques.

DIAGNÒSTIC

El diagnòstic clínic recau, fonamentalment, sobre l'anamnesi i l'exploració física, a tots els nivells assistencials (tant a nivell d'urgències hospitalàries i urgències d'atenció primària com a nivell del domicili del malalt).

Anamnesi

L'anamnesi ha d'incloure:

- Antecedents personals:
 - Factors de risc de colelitiasi.
 - Còlic biliar previ.
 - Intervencions quirúrgiques abdominals (vagotomia o resecció ileal) .
 - Alcoholisme, Diabetis Mellitus, entre d'altres.
- Antecedents familiars de patologia biliar.
- Ingesta important de greixos.
- Simptomatologia:

El dolor o còlic biliar simple, es caracteritza per:

 - Estar localitzat a epigastri (80%) o hipocondri dret (20%).
 - Es pot irradiar a regió interescapular o subescapular dreta.
 - Inici sobtat de tipus opressiu i ràpidament progressiu en intensitat. El dolor pot ser més o menys intens però amb poques oscil.lacions.
 - És freqüent que aparegui després de menjar abundants en greixos o en les últimes hores del dia o primeres de la matinada.
 - No té relació amb els canvis posturals.
 - Durada inferior a 6 hores. Si és superior cal pensar en una complicació (la colecistitis aguda és la complicació més freqüent).
 - Probables símptomes associats:
 - Nàusees.
 - Vòmits.
 - Taquicàrdia.
 - Suoració.
 - Pal.lidesa.
 - La presència de febre o hipotensió suggereix complicació.

Exploració física

- Presa de constants.
- Pell i mucoses: valorar icterícia.
- Exploració abdominal: de vegades la palpació profunda a nivell d'epigastri o hipocondri dret pot ser dolorosa, tot i que el més freqüent és que no ho sigui.

Valorar el signe de Murphy (en el còlic biliar simple és negatiu: no augmenta el dolor amb la parada brusca de la inspiració profunda al palpar la zona vesicular). El peristaltisme generalment és normal.

Suggereixen una complicació: contractura muscular, signes d'irritació peritoneal, vesícula palpable (hidrops), febre, colúria, icterícia, entre d'altres.

Exploracions complementàries

Tant a nivell d'urgències hospitalàries com urgències d'Atenció Primària:

Laboratori:

- Analítica general:
 - Hemograma: l'aparició de leucocitosi ha de fer pensar en una complicació.
 - GOT i amilases.
- Tira reactiva d'orina:
Si hi ha sospita en el diagnòstic diferencial amb el còlic renal.

Electrocardiograma.

Proves d'imatge:

- Radiologia simple d'abdomen:
Permet el reconeixement dels càlculs en menys del 20% dels casos, limitant-se el seu valor a excloure altres causes de dolor abdominal agut.
Es poden objectivar calcificacions a nivell d'hipocondri dret o d'epigastri.

En els centres que no es disposi d'aquests recursos o la visita es realitza en el domicili del malalt, es deix a criteri del professional la derivació al metge de família per tal de completar estudi.

Diagnòstic diferencial

- Malaltia ulcerosa pèptica.
- Angor.
- Còlic nefrític.
- Herpes zòster.
- Pancreatitis.
- Malalties pleuropulmonars.

TRACTAMENT

El tractament inicial del còlic biliar ha d'anar dirigit a calmar el dolor.

Control del dolor:

- Tractament d'elecció:
 - A nivell d'urgències hospitalàries o urgències d'Atenció Primària: metamizol: 1 vial endovenós (es diluirà una ampolla en 100 cc de sèrum fisiològic a passar en 20 minuts). Si passats 30 minuts el dolor no ha cedit, es pot repetir la dosi. Posteriorment es pauta amb una freqüència de cada 6-8 hores fins a la desaparició del dolor.
A nivell d'urgències d'Atenció Primària, si passada una hora el dolor no ha cedit, es valorarà la derivació a l'hospital de referència.
 - A nivell domiciliari: metamizol intramuscular i continuar el tractament via oral.
- Si el dolor és intens i persisteix:
 - Associar metamizol amb diclofenac (75 mg intramuscular cada 12 hores), alternant-los.

Es pot recomanar repòs i calor local.

Situacions especials:

- En cas d'al·lèrgia al metamizol: el tractament d'elecció són els antiinflamatoris no esteroïdals, associant omeprazol 20 mg/dia o ranitidina 150 mg cada 12 hores.
- Si no hi ha resposta utilitzant la pauta anterior, es pot valorar l'ús d'antiespasmòdics:
 - N-metil-bromur d'hioscina: 20 mg endovenós.

Tractament complementari:

A part de calmar el dolor, el pacient pot requerir altres fàrmacs:

- Nàusees o vòmits: metoclopramida 10 mg endovenós o intramuscular.

NOTA:

- No es recomana l'ús de fàrmacs mòrfics ja que poden causar espasme de l'esfínter d'Oddi i empitjorar la clínica.
- No utilitzar la via intramuscular en pacients que reben tractament anticoagulant.
- En el còlic biliar mantingut o recurrent, es pot valorar la possibilitat de fer tractament quirúrgic.

SEGUIMENT

Passada la fase aguda del còlic biliar: el pacient ha de ser derivat al seu metge de família per completar estudi, que ha d'incloure:

- Radiografia simple d'abdomen (en cas de no haver-se realitzat prèviament) .
- Ecografia abdominal.
- Anàlisi general: hemograma, fosfatasa alcalina, gammaglutamiltranspeptidasa, transaminases, bilirubina, amilases, sodi, potassi i creatinina.
- Anàlisi d'orina.

Posteriorment s'actuarà en funció dels resultats ecogràfics:

- Si no s'objectiva litiasi:
 - Seguiment de l'evolució del quadre clínic.
 - Estudi d'altres patologies segons diagnòstics diferencials possibles.
- Si s'objectiva litiasi: es derivarà el malalt al cirurgià per realitzar intervenció quirúrgica.

CRITERIS DE DERIVACIÓ DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Críteris de derivació hospitalària

- Sospita de complicació.
- Dolor resistent al tractament analgèsic.
- Intolerància digestiva que requereixi teràpia endovenosa.

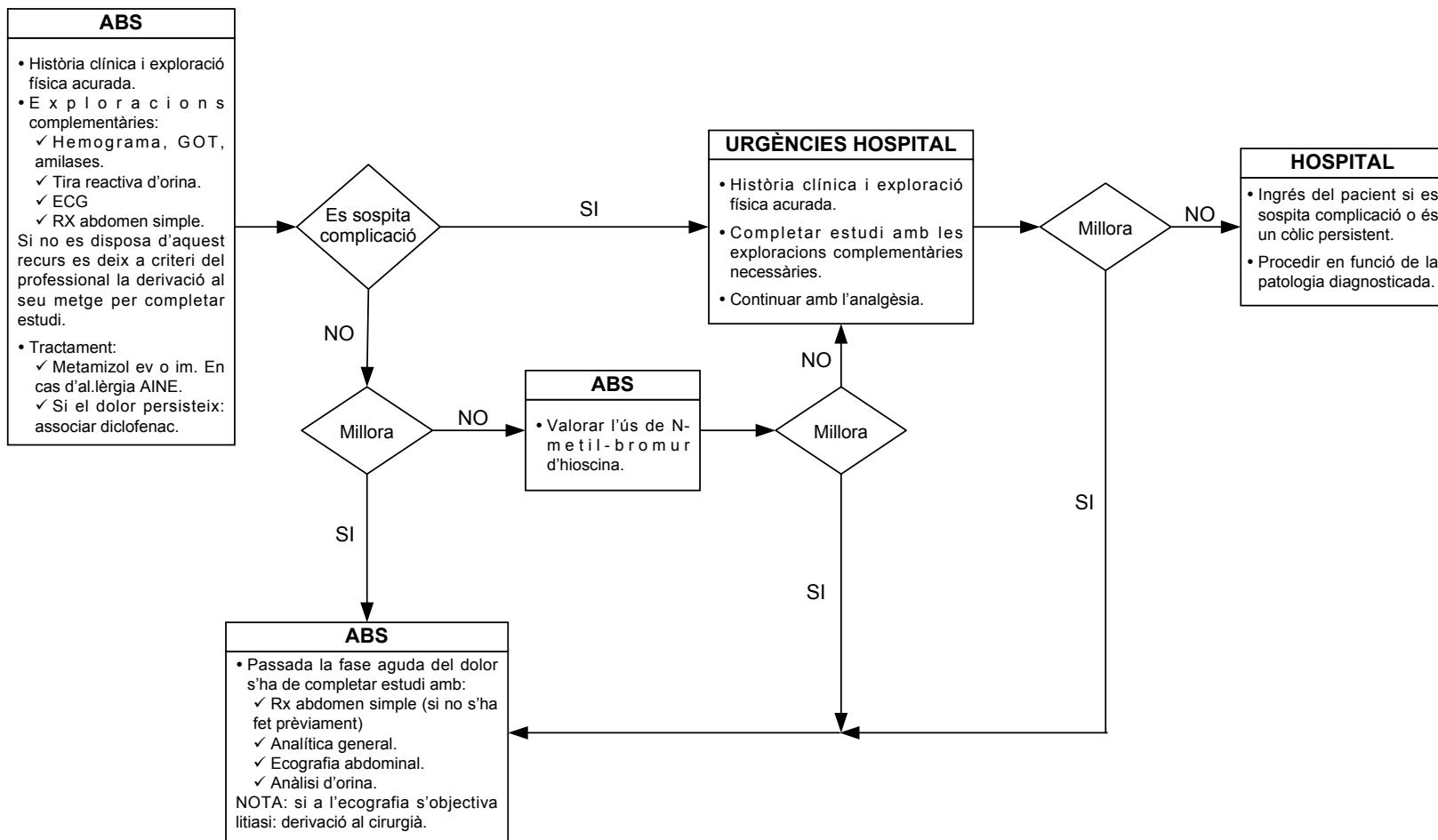
Críteris de derivació a l'especialista en cirurgia

- Còlic biliar sense símptomes de gravetat ni signes de complicació on l'ecografia abdominal realitzada ambulatoriament detecta càlculs a la vesícula biliar.
- Litiasi biliar asimptomàtica, si està indicada la cirurgia:
 - “Vesícula en porcellana”.
 - Obesitat mòrbida.
 - Tractament amb corticoides.
 - Coledocolitiasi.
 - Diabetis Mellitus.
 - Laparotomia per causa no biliar.

CRITERIS D'INGRÉS HOSPITALARI

- Còlic biliar persistent.
- Si es diagnostica una complicació.
- Intolerància digestiva que requereixi teràpia endovenosa.
- Entorn sociofamiliar desfavorable.

ALGORISMES



COMITÈ D'EXPERTS

Data primera elaboració: octubre de 2003

NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	LLOC DE TREBALL
Juanjo Cabré Vila	Metge Medicina Familiar i Comunitària	ABS Reus I. ICS
Amaya Fernández González	Metgessa Medicina Familiar i Comunitària	ABS Reus V
Esperanza Gómez Laso	DUI	Hospital Universitari Sant Joan de Reus
Rosabel Gómez Sanchís	DUI	Serveis Assistencials d'Amposta
Cristina Piñol Usón	DUI	Centre Atenció Continuada. ICS
Joan M Prieto Amigó	Metge Cirurgià	Hospital Universitari Sant Joan de Reus
Jorge Sampedro Orcero	Metge Medicina Familiar i Comunitària	Serveis Assistencials d'Amposta
Juan Miguel Ubiria Zubizarreta	Metge Digestòleg	Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Grup de coordinació

- Lluís Colomé Figuera - Grup Sagessa
- Mònica Segura de la Paz - Grup Sagessa
- Rosa M. Saura Grifol - FAD

Data propera revisió: octubre de 2005

BIBLIOGRAFIA

Ahmed A., Cheung R.C., Keeffe E.B. Management of Gallstones and Their Complications. American Family Physician 2000, March,15.

Arranz Santos M.T., del Olmo Martínez M.L., González de Canales Simón P. Protocolo diagnóstico del paciente con dolor epigástrico agudo. Medicine 2000; 8(8): 422-424.

Caballero Plasencia A.M. Colelitiasis en la mujer. Salud total de la mujer 1999; 1(1): 1-8.

Colecistitis aguda. [octubre 2002]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/hbp.htm].

Indar A.A., Beckingham I.J. Acute cholecystitis. BMJ 2002; 325: 639-643.

Jiménez Garrido M., Lucena de la Poza JL. Dolor abdominal agudo. Medicine 2000; 8(14): 755-765.

Litiasis biliar [marzo 2003]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/hbp.htm].

Solis Herruzo J.A., Muñoz Yagüe M.T. Litiasis biliar. Medicine 2000; 8(12): 626-640.