Recomendaciones claves
Diagnóstico y Manejo de colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis

Recomendaciones	
COLELITIASIS	
1. ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar a sospechar de colelitiasis sintomática?	
Sospechar colelitiasis sintomática en pacientes con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.	*Punto de buena práctica clínica*
2. ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar colelitiasis en adultos que se sospecha de esa condición?	
Utilizar el ultrasonido abdominal para el diagnóstico de colelitiasis sintomática.	*Punto de buena práctica clínica*
3. ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar colelitiasis asintomática?	
Explicar a las personas con colelitiasis asintomática, quienes tienen una vesícula biliar y árbol biliar normal, que no necesitan tratamiento a menos que desarrollen síntomas.	*Punto de buena práctica clínica*

Considerar la indicación de colecistectomía laparoscópica en personas con colelitiasis asintomática que pertenezcan a alguno de los siguientes grupos:
• Sospecha o riesgo de malignidad
  ○ Litiasis asociadas a pólipo(s) > a 1 cm de diámetro
  ○ Vesícula biliar calcificada (porcelana)
• Cálculo(s) ≥ a 3 cm.
• Colelitiasis asintomática asociada a coledocolitiasis
• Pacientes trasplantados (antes o durante el trasplante)
• Condiciones hemolíticas crónicas (anemia de células falciformes)
	Punto de buena práctica clínica

4. ¿Cuál es el mejor tratamiento para el cólico biliar?	
En pacientes con cólico biliar agudo, recomendamos el uso de AINE como primera línea de tratamiento y el uso de antiespasmódicos como segunda línea.	Recomendación débil Calidad de la evidencia; baja
Los pacientes con cólico recurrente (dos o más episodios en los últimos tres meses) tendrán prioridad para colecistectomía laparoscópica.	*Punto de buena práctica clínica*
COLECISTITIS AGUDA	

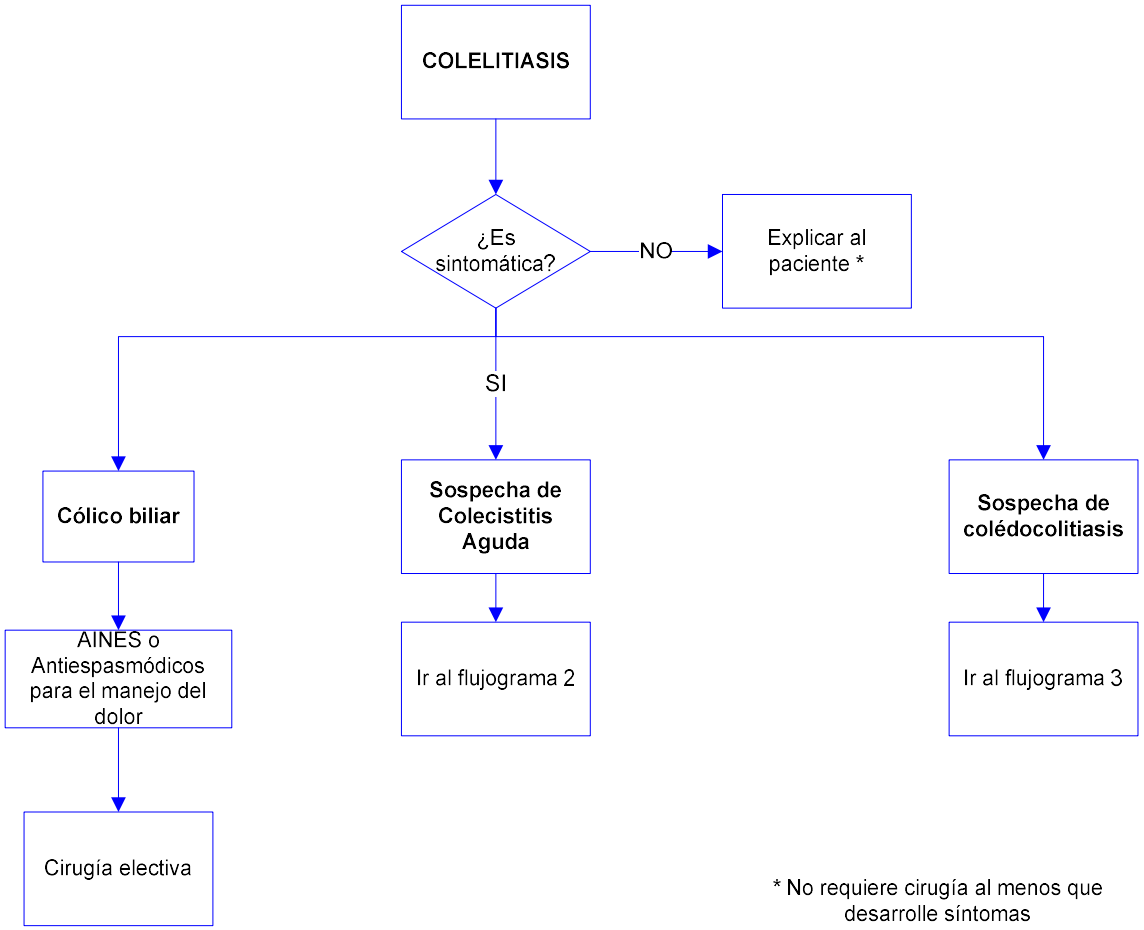
5. ¿Qué signos, síntomas y factores de riesgo deben alertar al médico clínico a sospechar de colecistitis aguda?	
Sospechar de colecistitis aguda en pacientes que reúnan un criterio A más un criterio B de los criterios de *Tokyo Guidelines* 2018.	*Punto de buena práctica clínica*
6. ¿Cuál es la mejor estrategia para diagnosticar colecistitis aguda en adultos que se sospecha de esa condición	
En adultos con sospecha de colecistitis aguda, recomendamos realizar ultrasonido abdominal para confirmar el diagnóstico de colecistitis aguda.	Recomendación Débil. Calidad de evidencia muy baja.
7. ¿Tiene la colecistectomía temprana frente a colecistectomía diferida mejores resultados para el tratamiento de la colecistitis aguda?	
En pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda iniciar medidas de soporte general y antibioticoterapia.	*Punto de buena práctica clínica*
Establecer el grado de severidad de la colecistitis aguda en leve, moderada o severa; según los criterios Tokyo 2018.	*Punto de buena práctica clínica*
En los pacientes con colecistitis aguda leve o moderada, recomendamos realizar colecistectomía laparoscópica dentro de los 7 días posteriores al inicio de síntomas.	Recomendación débil. Calidad de Evidencia: Muy baja
En los pacientes con colecistitis aguda moderada se evaluará la respuesta a las medidas de soporte general y antibioticoterapia, y de acuerdo a esto se evaluará el valor de los índices de CCI y ASA, de la siguiente manera: • Con buena respuesta a las medidas de soporte: - Si tiene CCI ≤ 5 y/o ASA ≤ II Realizar Colecistectomía temprana. - Si tiene CCI ≥ 6 y/o ASA ≥ III, realizar colecistectomía diferida • Con falla al tratamiento de soporte: - Realizar colecistostomía	*Punto de buena práctica clínica*
Ofrecer colecistostomía a los pacientes con colecistitis aguda severa para el manejo cuando: • La colecistectomía no es una opción apropiada • No se ha tenido éxito con el manejo conservador.	*Punto de buena práctica clínica*
Reconsiderar colecistectomía en pacientes que han tenido colecistostomía cuando estén aptos para cirugía.	*Punto de buena práctica clínica*

Ponderar dentro de la decisión de colecistectomía temprana, las características clínicas y personales del paciente, la disponibilidad de recursos y las condiciones del sistema de salud local.	*Punto de buena práctica clínica*
COLEDOCOLITIASIS	
8. ¿Es la escala ASGE útil para valorar el riesgo de coledocolitiasis?	
Se recomienda utilizar los criterios de la escala de ASGE para valorar el riesgo de coledocolitiasis.	Recomendación Fuerte. Calidad de evidencia Baja
9. ¿Cuál es la estrategia más precisa para diagnosticar coledocolitiasis en adultos que se sospecha de esa condición?	
Si se sospecha otras patologías además de cálculos de vías biliares, referir al médico gastroenterólogo o al médico internista para investigaciones adicionales.	*Puntos de buena práctica clínica*
En pacientes con riesgo bajo de coledocolitiasis según la escala ASGE, no realizar exámenes diagnósticos adicionales.	*Puntos de buena práctica clínica*
En pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis según la escala de ASGE, sugerimos el uso de: Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética (CRM) o ultrasonografía endoscópica para realizar el diagnóstico definitivo.	Recomendación débil. Calidad de Evidencia Baja
En pacientes con riesgo alto de coledocolitiasis según la escala de ASGE, consideramos no realizar exámenes diagnósticos adicionales y sugerimos manejo de acuerdo al diagnóstico.	*Punto de buena práctica clínica*
10. ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar coledocolitiasis?	
En pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis sugerimos realizar la exploración de vías biliares por vía quirúrgica al momento de la colecistectomía laparoscópica, o mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).	Recomendación Débil Calidad de evidencia muy baja.
De preferencia realizar la CPRE antes del drenaje/limpieza de las vías biliares por vía quirúrgica.	*Punto de buena práctica clínica*
Si las vías biliares no se pueden liberar con CPRE, utilizar una endoprótesis biliar o sonda naso biliar para lograr drenaje, si es posible, como una medida temporal hasta el drenaje definitivo de forma endoscópica o quirúrgica, o considerar la posibilidad de drenaje por radiología intervencionista.	*Punto de buena práctica clínica*

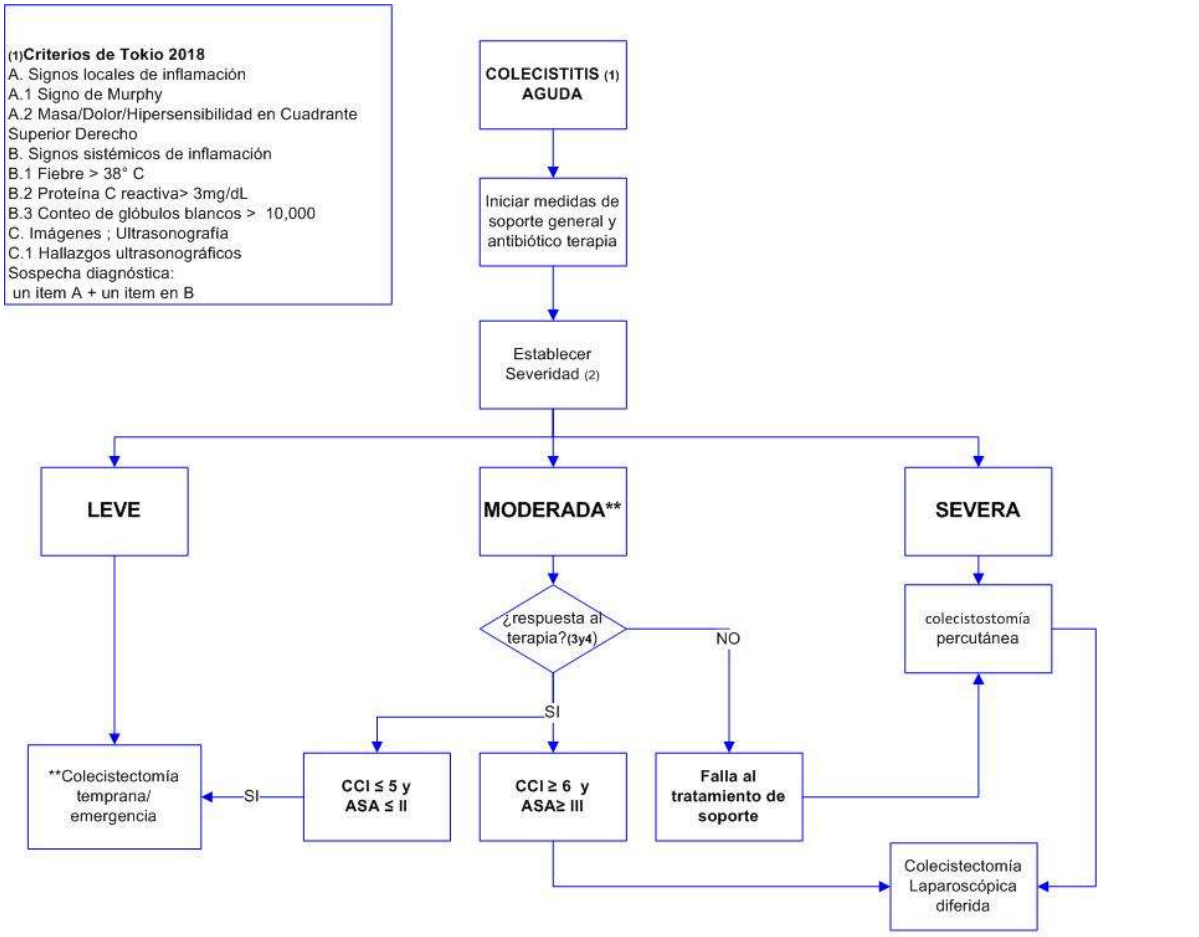
III. Resumen de la Guía de Práctica Clínica

a. Flujogramas

1. Manejo de la colelitiasis



2. Manejo de la colecistitis aguda



(2) CRITERIOS DE SEVERIDAD

Grado III (Severa) Al menos uno de los siguientes:

1. Disfunción cardiovascular: hipotensión en tto con dopoamina ≥ 5ug/kg/min o cualquier dosis de norepinefrina
2. Disfunción neurológica: alteración conciencia
3. Disfunción respiratoria: Pa02/FiO2 < 300
4. Disfunción renal: oliguria, creatinina serica > 2.0 mg/dL
5. Disfunción hepática. INR > 1.5
6. Disfunción hematológica. Plaquetas < 100,000/mm3

Grado II (Moderada) Al menos uno de los siguientes

1. Glóbulos blancos > 18,000/mm3
2. Masa dolorosa palpable en el cuadrante superior derecho
3. Duración de síntomas > 72 horas
4. Marcada inflamación local (gangrena, enfisema, asceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar)

Grado I (Leve)

No reune los criterio del Grado II o grado III. Puede ser definidad con una colecistisis aguda en un paciente sano sin disfunción de órganos inflamatorios leves en la vesícula bilar.

(3) INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

Puntaje asignado por enfermedad

1: infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad cerebrovascular, demencia, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad del tejido conectivo, enfermedad por úlcera péptica, hepatitis leve, Diabetes mellitus no complicada

2: hemiplejia, enfermedad renal crónica estadío 3 al 4, diabetes mellitus con daño de organo blanco, tumor sólido, leucemia, linfoma maligno

3: Enfermedad severa o moderada del hígado

6: Tumor solido metastásico, HIV estadío SIDA

(4)CRITERIOS ASA

ASA I: Paciente sano

ASA II; Paciente con leve enfermedad sistémica (fumador, alcohólico social, embarazo.

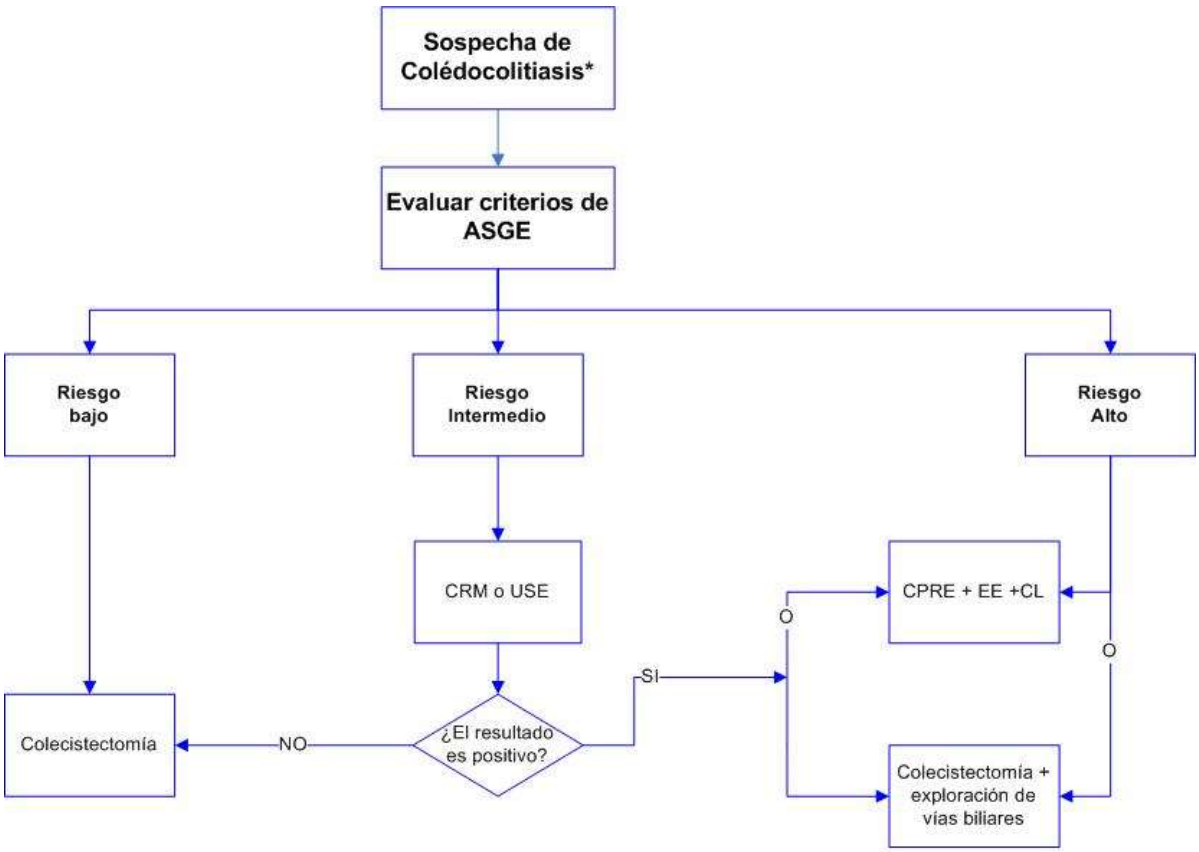
ASA III; Paciente con enfermedad sistémica severa.

ASA IV: Paciente con enfermedad sistema que amenaza su vida.

ASA V: Paciente moribundo que no tiene expectativa de sobrevivir sin la cirugía

ASA VI; Muerte cerebral declarada cuyos órganos pueden ser otorgados para donación

3. Manejo de la coledocolitiasis



Criterios ASGE 2010
Predictores muy fuertes
Cálculo en el colédoco evidenciado por Ultrasonografía abdominal
Clínica de colangitis ascendente
Bilirrubina > 4 mg/ dL
Predictores fuertes
Dilatación del conducto biliar común en la US (>6 mm con la vesícula in itu)
Nivel de bilirrubina 1,8- 4mg/dL
Predictores moderados
Exámenes bioquímicos hepáticos anormales diferentes a la bilirrubina
Clínica de pancreatitis biliar
Edad mayor a 55 años

Riesgo alto:
Presencia de cualquier predictor muy fuerte
Presencia de dos predictores fuertes
Riesgo bajo
ausencia de predictores
Riesgo intermedio
el resto de pacientes

CRM; Colangio Resonancia Magnética
USE; Ultrasonografía Endoscópica
CPRE: Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica
EE: Esfincterectomía