



MÓDULO 4. ECOGRAFÍA CLÍNICA DE LA VESÍCULA BILIAR Y LAS VÍAS BILIARES SUSCEPTIBLES DE ABORDAJE POR EL MÉDICO DE FAMILIA

ÍNDICE

1	TEMA 1. INTRODUCCIÓN	3
2	DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO SIN FIEBRE	7
2.1	CASO CLÍNICO	7
2.2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	7
2.3	HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES Y MODO DE OBTENERLOS	9
2.4	PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA	;Error! Marcador no definido.
2.5	MODELO DE INFORME ECOGRÁFICO	;Error! Marcador no definido.
2.6	PLAN DE ACTUACIÓN	;Error! Marcador no definido.
3	ICTERICIA/ELEVACIÓN DE BILIRRUBINA-FOSFATASA ALCALINA	_____ ;Error! Marcador no definido.
3.1	CASO CLÍNICO	_____ ;Error! Marcador no definido.
3.2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	_____ ;Error! Marcador no definido.
3.3	HALLAZGOS ESPERABLES Y MODO DE OBTENERLOS	_____ ;Error! Marcador no definido.
3.4	PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA	_____ ;Error! Marcador no definido.
3.5	MODELO DE INFORME ECOGRÁFICO	_____ ;Error! Marcador no definido.
3.6	PLAN DE ACTUACIÓN	_____ ;Error! Marcador no definido.
4	DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO CON FIEBRE	_____ ;Error! Marcador no definido.
4.1	CASO CLÍNICO	_____ ;Error! Marcador no definido.
4.2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	_____ ;Error! Marcador no definido.
4.3	HALLAZGOS ESPERABLES Y MODO DE OBTENERLOS	_____ ;Error! Marcador no definido.
4.4	PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA	_____ ;Error! Marcador no definido.
4.5	MODELO DE INFORME ECOGRÁFICO	_____ ;Error! Marcador no definido.
4.6	PLAN DE ACTUACIÓN	_____ ;Error! Marcador no definido.
5	SÍNDROME CONSTITUCIONAL	_____ ;Error! Marcador no definido.
5.1	CASO CLÍNICO	_____ ;Error! Marcador no definido.
5.2	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	_____ ;Error! Marcador no definido.
5.3	HALLAZGOS ESPERABLES Y MODO DE OBTENERLOS	_____ ;Error! Marcador no definido.

- 5.4 PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA _____;Error! Marcador no definido.
- 5.5 MODELO DE INFORME ECOGRÁFICO _____;Error! Marcador no definido.
- 5.6 PLAN DE ACTUACIÓN _____;Error! Marcador no definido.

6 HALLAZGO INCIDENTAL/SEGUIMIENTO DE LESIÓN YA CONOCIDA __;Error! Marcador no definido.

- 6.1 CASO CLÍNICO _____;Error! Marcador no definido.
- 6.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL _____;Error! Marcador no definido.
- 6.3 HALLAZGOS ESPERABLES Y MODO DE OBTENERLOS _____;Error! Marcador no definido.
- 6.4 PAPEL DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA _____;Error! Marcador no definido.
- 6.5 MODELO DE INFORME ECOGRÁFICO _____;Error! Marcador no definido.
- 6.6 PLAN DE ACTUACIÓN _____;Error! Marcador no definido.

© 2019, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Segunda edición: marzo 2020

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Forma parte de la obra con ISBN: 978-84-15037-95-8

MUESTRA CURSO

Autores:**Rafael Alonso Roca**

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico, Madrid

Ignacio Manuel Sánchez Barrancos

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Membrilla, Centro de Salud Manzanares 2, Ciudad Real

Tomás Vegas Jiménez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando, Badajoz

Daniel Domínguez Tristancho

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Nogales, Centro de Salud Santa Marta de los Barros, Badajoz

1 INTRODUCCIÓN

Son múltiples y variadas las situaciones clínicas en las que una **ecografía de vías biliares** puede ser útil para ayudar al diagnóstico o a la toma de decisiones, o simplemente para disminuir la incertidumbre en la consulta de Atención Primaria (AP) o en urgencias extrahospitalarias, aunque podemos señalar como más frecuentes (tabla 1) el dolor en hipocondrio derecho, con o sin fiebre (a veces el dolor es más difuso o difícil de localizar), las alteraciones analíticas tipo colostasis (elevación de fosfatasa alcalina, GGT, bilirrubina), el síndrome constitucional y la ictericia clínica. También es útil para que el seguimiento de ciertas lesiones se realice en AP, como los pólipos de vesícula biliar, que generalmente son hallazgos incidentales.

Las imágenes ecográficas patológicas de las vías biliares más frecuentes en cada una de estas situaciones clínicas, y que el médico de familia que realiza ecografía clínica debe saber reconocer, son la **colecistitis**, la **dilatación de la vía biliar obstructiva**, y los **tumores de vesícula y vía biliar**.

Lógicamente la ecografía es una prueba observador dependiente, por lo que la experiencia del médico que realiza la exploración es un factor importante. Sin embargo, en el caso de la colelitiasis, se ha demostrado una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 88% en la ecografía realizada a pie de cama por médicos no radiólogos en el ámbito de urgencias, consiguiendo reducción de costes y rapidez diagnóstica.

Esto mismo se ha observado al comparar radiólogos expertos con residentes que inician su formación, por lo que parece que éste es un escenario apropiado en nuestro medio; la **curva de aprendizaje** muestra que tras realizar 25 ecografías muestran un excelente acuerdo con los expertos. Más variabilidad puede haber en el diagnóstico de colecistitis (grosor de la pared de la vesícula, dilatación de la vía biliar); es necesario por tanto integrar la información del cuadro clínico compatible con los hallazgos para evitar errores.

Escenarios clínicos	Hallazgos ecográficos	Utilidad en AP
Dolor hipocondrio derecho sin fiebre	Colelitiasis Barro biliar	Rapidez diagnóstica Evita petición de pruebas de imagen a nivel secundario
Dolor hipocondrio derecho con fiebre, Murphy positivo.	Engrosamiento pared vesícula >3 mm Líquido perivesicular Colelitiasis/barro biliar Dilatación vía biliar.	Rapidez diagnóstica Derivación a especialista adecuado Circuito adecuado (urgente, preferente, normal)
Alteraciones analíticas (GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina)	Dilatación vía biliar Cálculos en vesícula o colédoco Tumores	Rapidez diagnóstica Derivación a especialista adecuado Circuito adecuado (urgente, preferente, normal)
Síndrome constitucional	Tumores Dilatación vía biliar	Rapidez diagnóstica Derivación a especialista adecuado Circuito adecuado (urgente, preferente, normal)
Ictericia	Dilatación vía biliar Cálculos en vesícula o colédoco Tumores	Rapidez diagnóstica Derivación a especialista adecuado Circuito adecuado (urgente, preferente, normal)
Seguimiento pólipos vesícula biliar	Pólipos en pared vesícula (si >10 mm, indicación de colecistectomía)	Evita petición de pruebas de imagen a nivel secundario

Tabla 1: Escenarios clínicos y hallazgos ecográficos de la vía biliar frecuentes en AP

Como se observa en la tabla 1, existen situaciones en las que la clínica ya sugiere necesidad de estudios en el nivel secundario por la sospecha de gravedad. En estos casos la ecografía casi inmediata en AP nos va a permitir en ocasiones un diagnóstico rápido que orientará con mucha mayor precisión una derivación al especialista más adecuado, con el diagnóstico ya orientado y por el circuito más pertinente, lo que permite una **reducción drástica de los tiempos** en la atención del proceso. Los algoritmos de manejo de estas patologías se simplifican radicalmente.

En las situaciones menos urgentes (dolor en hipocondrio derecho) o con clínica más vaga e imprecisa (dolor abdominal, dispepsia) la ecografía clínica negativa permite **descartar algunas patologías**, evitando listas de espera de ecografía en el nivel secundario, y orientando el estudio hacia otras pruebas o seguimientos; y si son positivas, orientar mejor las actuaciones posteriores (derivación, seguimiento clínico y/o ecográfico). Ciertamente también existe el **riesgo de hallazgos incidentales** (que también ocurrirán si se piden en el nivel secundario) y, en las etapas iniciales, la posibilidad de interpretar erróneamente algunas imágenes (artefactos, mala preparación), por lo que es necesario aplicar el sentido común a la hora de indicar la exploración, e integrar la información clínica en los hallazgos ecográficos encontrados para tomar las decisiones clínicas adecuadas.

A continuación, desarrollamos con algunos casos clínicos los diferentes escenarios y las imágenes ecográficas que podemos encontrar.

2 DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO SIN FIEBRE

2.1 CASO CLÍNICO

Mujer de 65 años, con antecedentes de episodios de dolor en hipocondrio derecho desde hace 10 años por los que nunca había consultado. Actualmente asintomática. A la exploración, dolor a la palpación en hipocondrio derecho que aumenta con la inspiración profunda.

2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se trata de un caso en que la clínica es muy orientativa de patología de la vesícula o la vía biliar, con mayor frecuencia colelitiasis o barro biliar, pero también cualquier otra patología que pueda producir compresión extrínseca de la vía biliar. No obstante, en muchos casos la clínica no es tan clara, la molestia es más vaga e imprecisa, o el dolor se sitúa más hacia epigastrio y se asemeja a una dispepsia.

Colelitiasis

Tiene alta prevalencia (6-20% de la población adulta), los cálculos habitualmente están formados por colesterol (lo más frecuente en nuestro medio, sobre todo en mujeres obesas, multíparas y en la 4ª década de la vida), por pigmento biliar (bilirrubinato cálcico) o mixtos. La sobresaturación de colesterol en la bilis, la alteración de la motilidad de la vesícula que conlleva estasis biliar y la cristalización acelerada son los factores que favorecen la colelitiasis. Pueden estar situadas en la vesícula o a lo largo de la vía biliar (cístico, hepático común, colédoco), aunque en este último caso suele producir también alteraciones analíticas e ictericia.

Barro biliar

El factor más frecuentemente asociado con el barro es la estasis biliar. Esto ocurre en pacientes sometidos a ayuno prolongado o hiperalimentación, así como en pacientes con obstrucción biliar de la vesícula, conducto cístico o vía biliar común.

Aunque el barro biliar sugiere una anomalía subyacente, su presencia no implica necesariamente patología primaria vesicular y su significado clínico es incierto. El barro indica una dinámica anormal de la bilis y es un posible precursor de colecistitis.

Dilatación de la vía biliar

La dilatación de la vía biliar: (>6-7 mm) por estrechamiento o compresión extrínseca de la vía biliar: puede ser patología originada en la propia pared de la vesícula y vía biliar, páncreas, duodeno, hígado, adenopatías, vascular... que en muchas ocasiones puede no apreciarse en la ecografía y requerirán estudio específico y derivación a nivel secundario. Hay que recordar que en pacientes colecistectomizados la vía biliar puede medir en condiciones normales hasta 10 mm, ya que, en estos casos, la vía biliar actúa como reservorio de la bilis.

Oodditis

Una causa menos frecuente es la **oodditis**, un trastorno funcional o estructural del **esfínter de Oddi** que condiciona una alteración del flujo biliar, pancreático, o ambos. Es más frecuente en colecistectomizados, y los síntomas son dolor en epigastrio o subcostal derecho, similar a los cuadros obstructivos biliares. Se debe sospechar disfunción del esfínter biliar ante más de 2 episodios en un mes o ante pancreatitis episódicas.

Patología gastroduodenal

En ocasiones la **patología gastroduodenal** (gastritis, úlcera) puede producir síntomas dispépticos de localización difusa que pueden semejar este cuadro clínico, así como casos de meteorismo. En estas situaciones la ecografía será negativa, lo que nos ayudará a enfocar los siguientes pasos, o bien para descartar patología gastroduodenal (endoscopia, test Helicobacter...), o bien para tranquilizar al paciente, establecer medidas en los hábitos dietéticos y mantener actitud expectante.

2.3 HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ESPERABLES Y MODO DE OBTENERLOS

El paciente debe estar **en ayunas** de al menos 8 horas para poder ver la vesícula biliar distendida. Estará en **decúbito supino**, aunque se le podrá mover a decúbito lateral derecho para valorar desplazamiento gravitatorio de las imágenes en el interior de la vesícula. Practicará **inspiraciones forzadas** para desplazar el hígado hacia caudal y nos pueda hacer de ventana acústica. Se realizará la **sistemática de exploración** de hígado y vías biliares, con especial atención a la vesícula biliar y a la vía biliar en todo su recorrido paralelo a la porta hasta cabeza de páncreas. El mayor obstáculo que nos suele aparecer es el **gas** en tubo digestivo, que debemos intentar desplazar tanto con inspiraciones como con desplazamiento del paciente a decúbito lateral, abordaje con la sonda desde otros ángulos o la vía intercostal (vídeo 1).

Colelitiasis

Dado que las piedras absorben y reflejan el haz de ultrasonidos, el efecto ecográfico es una imagen hiperecogénica con una sombra acústica posterior prominente (figuras 1 a 5) [vídeos 2 y 3].

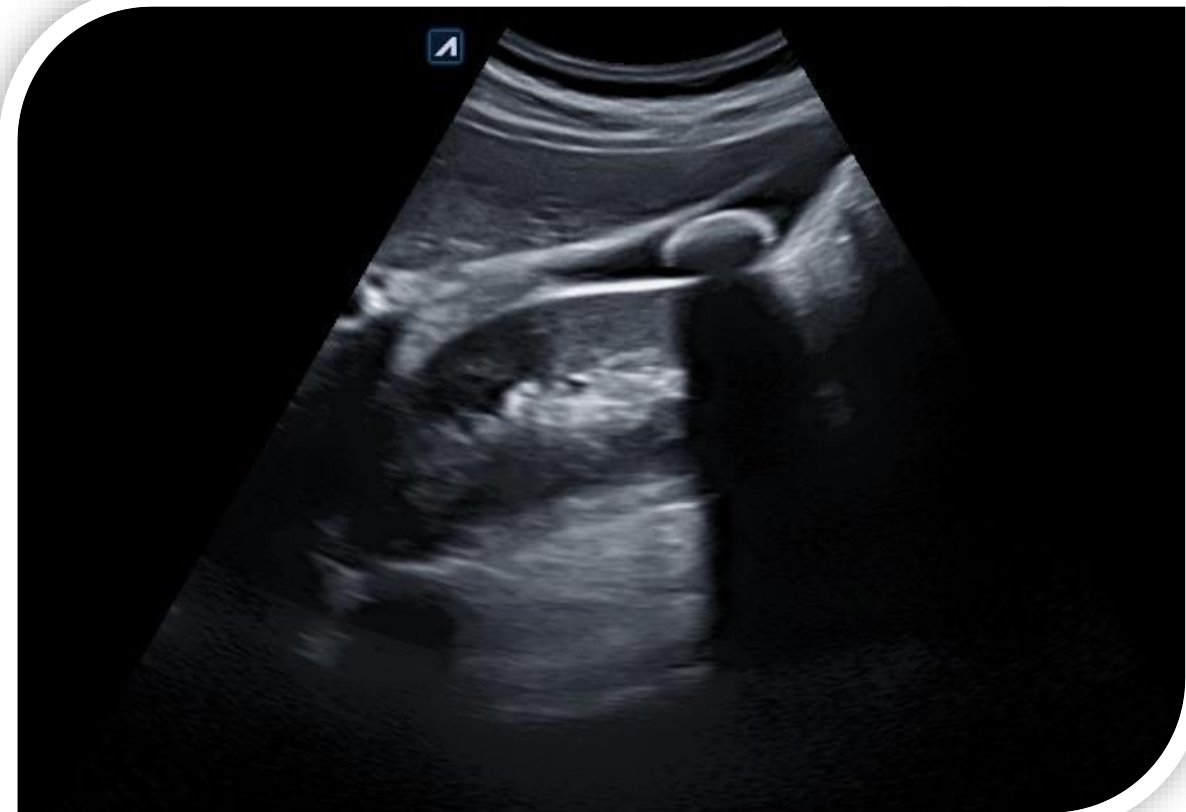


Figura 1. Colelitiasis única en corte longitudinal de la vesícula biliar

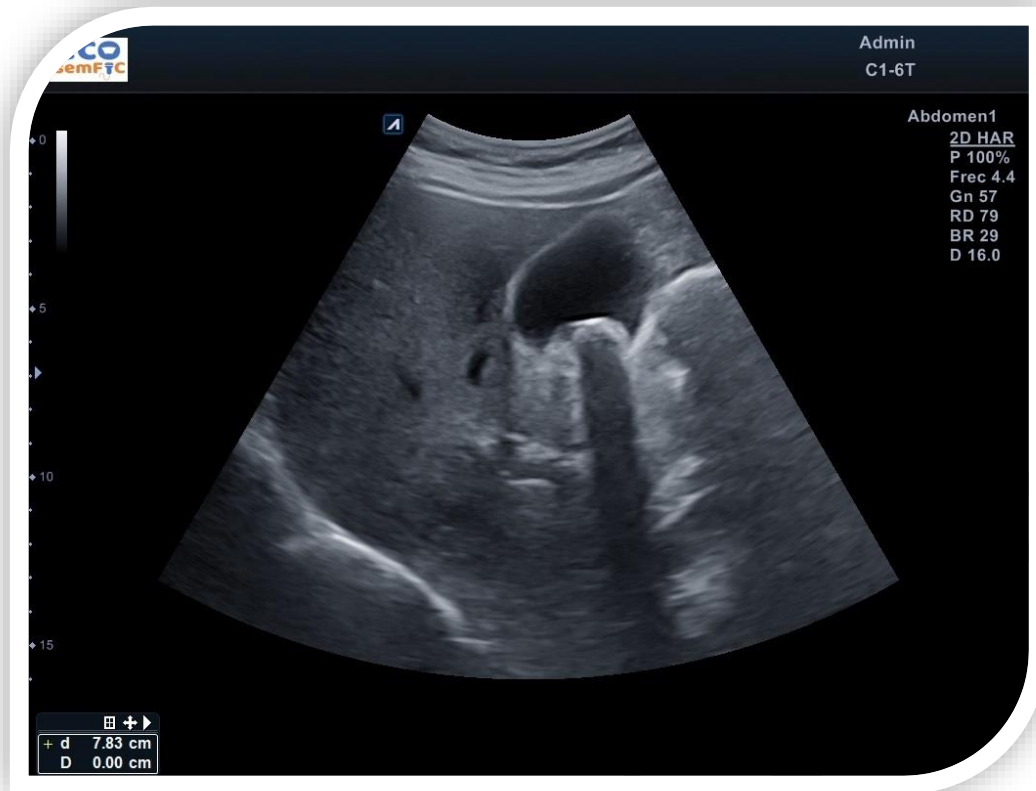


Figura 2. Colelitiasis única en corte transversal de la vesícula biliar

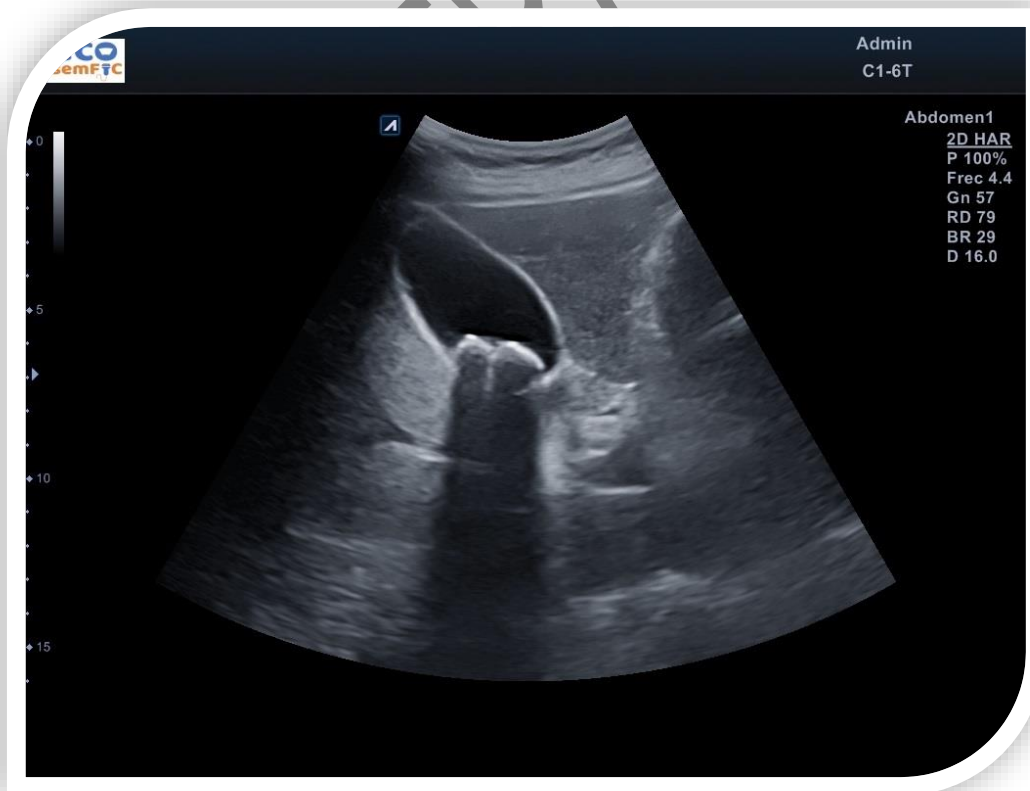


Figura 3. Vesícula biliar con dos cálculos en su interior

[CONTINÚA...]