

III.- HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Agente: Se proponen muchas teorías; el colesterol es un lípido insoluble en el agua, que normalmente, se solubiliza en ácidos biliares y fosfolípidos (lecitina) la solubilidad límite del colesterol se ha definido en sistemas modelo simulado bilis y se ha visto que es aplicable a la bilis de paciente con cálculos de colesterol . El cociente molar entre colesterol y ácidos más fosfolípidos parece determinar que el colesterol vaya a quedar en solución micelar acuosa ó a tender a precipitarse y formar cálculos. Una bilis saturada con colesterol, parece ser pre-requisito para la litogénesis.

Entre otros factores que provablemente participan en la litogénesis figura la estasis en la vesícula biliar, alteraciones cualitativas y cuantitativas del moco biliar, concentraciones altas de bilirrubina, infección del tracto biliar, factores dietéticos, endócrinos y genéticos.

Como agente indirecto se ha incriminado ocasionalmente a una bacteria específica, por ejemplo Salmonella Typhosa, como causante de colesistitis. Existen diversas opiniones acerca de lo anterior, ya que puede existir una irritación química secundaria a la alteración de la composición de la bilis y posiblemente haber invasión bacteriana.

Huesped. La población mayormente afectada por la colelitiasis es la femenina, multíparas, obesos y mayores de 40 años además se predisponen a ésta afección las personas que padecen diabetes sacarina, anemias caracterizadas por hemólisis anormal y aumento de producción de bilirrubina; por ejemplo en anemia perniciosa y anemia hemolítica.

Herencia: Aún no está comprobado que la herencia sea factor definitivo en éste padecimiento, ya que los conductos biliares, el conducto cístico y la vesícula biliar que forman el tracto biliar son de estructura tan variable que no existe una anatomía " normal " de este sistema.

Inmunidad: No existe inmunidad específica.

Grupo Etnico: Por motivos desconocidos la raza negra está - menos afectada que la blanca, sin embargo los primeros se vuelven propensos a los cálculos por pigmentos debido a que la anemia de células falciforme es casi exclusiva de éste -- grupo.

Ocupación: No influye la ocupación en éste padecimiento.

Hábitos y Costumbres: Personas con malos hábitos alimenticios que no controlan o equilibran en cuanto a la ingestión de alimentos grasos, sobre todo con alto grado de colesterol.

Ambiente Socioeconómico: Se presenta en cualquier nivel social, pero es mas frecuente donde abunda la ignorancia y la negligencia en cuanto orientación y atención médica se refiere y es bién sabido que estas características se hayan por lo general en el medio socioeconómico bajo, aunque en - el medio económico medio y alto existe la ingesta abundante de alimentos grasos, ricos en colesterol.

PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIÓN DE LA SALUD.

- .- Promover y orientar en las comunidades acerca de las visitas regulares al médico, aún cuando no haya presencia de enfermedad.
- .- Orientar sobre los alimentos más nutritivos y económicos para una dieta balanceada. (leche, pollo, vegetales etc.)
- .- Orientar para que se utilicen adecuadamente y a su máximo los medios y servicios asistenciales que se tengan disponibles.
- .- Orientar hacia mejores hábitos y costumbres para fomentar la salud, promoviendo el aseo personal y del medio ambiente, baño diario, lavado de manos, disposición de letrinas control de la fauna nociva.
- .- Orientar acerca de los perjuicios que traen las bebidas embriagantes y las drogas.
- .- Fomentar el desarrollo y mantenimiento de instituciones para el beneficio de la comunidad como son; escuelas, clínicas, hospitales, áreas verdes, lugares recreativos y medios de comunicación.
- .- Promover la investigación científica para contribuir al mejoramiento del nivel de vida.
- .- Fomentar el ejercicio físico y las relaciones interpersonales para conservar el equilibrio y salud tanto mental como comunitaria.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA.

- .- Orientación acerca de una dieta equilibrada, sobre todo en la cantidad de grasa y carbohidratos recomendables para mantener la salud y no predisponerse a la coledlitiasis.

- 51
- .- Orientación a las comunidades acerca de los agentes causantes de la colelitiasis, sus signos y síntomas.
 - .- Orientación e información a las comunidades acerca del diagnóstico, tratamiento, consecuencias y complicaciones de la colelitiasis.
 - .- Promover las visitas al médico a personas sospechosas de ser susceptibles a una colelitiasis.
 - .- Orientar a las comunidades acerca de los perjuicios que causa el colesterol y dar la información sobre los alimentos recomendables a consumir que sean bajos en grasa.
 - .- Recomendar a las personas el control periódico de su peso.
 - .- Impartir charlas sobre los riesgos de la obesidad a grupos susceptibles de contraer la enfermedad como mujeres multíparas, mayores de 40 años.

PERIODO PATOGENICO.

ENTRADA Y DESARROLLO Y MULTIPLICACION DEL AGENTE.

Se desconoce que agente es, pero teóricamente se piensa que, la vesícula puede contribuir al proceso de formación de cálculos biliares al modificar la composición de la bilis, lo que proporciona un medio favorable para que el colesterol no se precipite, pero el mecanismo aún no se ha delucidado.

Cuando hay infección y bacterias, los ácidos biliares conjugados pueden absorberse con rapidez, ya que cualquier inflamación intensifica la absorción de sales biliares. Otra explicación posible es que los pigmentos biliares o las bacterias pueden servir como nidos para la formación de cálculos cuando la bilis está sobresaturada.

Los cálculos se forman a base de constituyentes sólidos de la bilis, varias de tamaño, forma y consistencia, se alojan en la vesícula biliar.

Se conocen diversos tipos de cálculos entre ellos se encuentran; Cálculos pigmentarios que suelen encontrarse en pacientes con anemia hemolítica ó alguna otra causa de destrucción de glóbulos rojos. En éstos trastornos aumenta la destrucción de la hemoglobina y el exceso de pigmento biliar eliminado con la bilis se precipita formando los cálculos.

En los cálculos de colesterol puro o mezclado se ha comprobado que en la mayoría de los pacientes, la bilis queda supersaturada de colesterol porque el hígado elabora una bilis anormal

CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS LOCALES

Se ha propuesto que la formación de cálculos biliares cursa de tres etapas.

Saturación.- En esta etapa inicial comprende una alteración de las concentraciones relativas de colesterol, sales biliares y lecitina que forman una bilis anormal y sobresaturada de colesterol. La bilis sobresaturada es termodinámicamente inestable y posee la propiedad potencial de precipitarse.

Cristalización.- Incluye un cambio en el estado de la bilis, de la fase acuosa en que está sobresaturada de colesterol. El cambio abarca los procesos de nucleación y precipitación de colesterol, a partir de la bilis sobresaturada. Esta serie de fenómenos puede iniciarse por un " nido " que desencadena la cristalización del colesterol, como reflujo de contenido intestinal, bacterias, desechos epiteliales ó pigmentos biliares precipitados.

Aumento.- En esta etapa los cristales pequeños se conjugan para formar cálculos macroscópicos por agregación alrededor de un nido. Esta suele acontecer en la vesícula biliar donde se almacena la bilis durante horas y por ello tal vez la estasis vesicular intervenga en alguna forma.

PREVENCION SECUNDARIA

DIAGNOSTICO PRECOZ.

El diagnóstico se basa en exámenes de laboratorio (Van der berg, biometría hemática, exámen general de orina,) estudios radiológicos (Rx. de abdomen, colecistografía oral, colangiografía transhepática) y ecosonograma de vías biliares. El estudio que mas se utiliza en la actualidad es el ecosonograma de vías biliares, ya que es el que proporciona mayor seguridad en el diagnóstico y el paciente no necesita de cuidados específicos sólo mantenerlo en ayunas 12 horas previas al estudio.

TRATAMIENTO OPORTUNO.

El paciente puede ser tratado por dos medios, médico ó quirúrgico. Dentro de la farmacoterapia se ha investigado un ácido conocido como quenodesoxicólico como medio para disolver cálculos. Otro factor importante para el tratamiento médico es el dietético, por lo que existe un tratamiento de ésta índole que poco después de una crisis vesicular se limita a líquido con muy poca grasa. Se proporciona leche descremada mezclada con complementos en polvo hiperproteínicos y ricos en carbohidratos, se pueden añadir si tolera; frutas cocidas, arroz, carnes magras, puré de papas, verduras que no fermenten, pan, café o té, se restringirá la ingesta de alimentos como huevo, cremas, carne de cerdo, queso y alimentos fritos.

El tratamiento quirúrgico es necesario para curar síntomas muy crónicos para eliminar las causas del cólico vesicular y

57

tratar la colecistitis aguda. Las operaciones que se pueden efectuar según las condiciones del problema son; colecistectomía, colecistostomía, coledocostomía.

Los casos de pacientes asintomáticos en quienes es recomendable la colecistectomía son:

- 1.- Pacientes diabéticos porque su mortalidad por colecistitis aguda es de 10 a 15 %.
- 2.- Pacientes con vesículas no funcionales o con grandes cálculos (más de 2 cms. de diámetro).
- 3.- Pacientes con vesículas calcificadas, porque este cambio está frecuentemente asociado con carcinomas de la vesícula biliar.

SIGNOS Y SINTOMAS.

El paciente puede presentar la siguiente sintomatología propia de la vesícula como son; molestias epigástricas, sensación de llenura pirosis y eructos después de la ingesta de alimentos con colecistequinéticos. Hay casos donde el paciente puede tener una colelitiasis asintomática y presentar un abdomen agudo en cualquier momento, por lo cual tendrá que ser sometido a una laparatomía exploradora de urgencia.

ENFERMEDAD INICIAL

En ésta etapa los síntomas de obstrucción de las vías biliares especialmente del conducto cístico, causado por un cálculo son; dolor intenso en hipocondrio derecho, por lo regular acompañado de náusea y vómitos. Estos síntomas suelen ser tan intensos que obligan a administrar morfina o clorhidrato de meperidina, algunos médicos piensan que éstos medicamentos pueden acentuar el espasmo del esfínter de oddi y para lograr alivio en vez de ello dan por vía sublingual una tableta de nitroglicerina.

ENFERMEDAD AVANZADA

En ésta etapa signos y síntomas se encuentran con mayor intensidad que en la etapa anterior de la enfermedad. La bilis que no puede llegar al duodeno es absorbida por la sangre y dá a la piel y a los tejidos un color amarillento conocido como ictericia. En ocasiones muy frecuentes, hace presencia un pru

51

rito intenso en la piel, éste es a causa de la presencia del pigmento por la bilirrubina. La bilis al no tomar su curso normal y desembocar en duodeno, conduce a la carencia de pigmentación en las heces, conocida como acolia. La sangre con altos niveles de bilirrubina al pasar por los riñones dá como resultado una orina de color muy obscuro conocido como coluria. Aparece náusea después de la ingestión de alimentos grasos, pues hay alteración notable en la digestión y absorción de las grasas al no fluir la bilis al duodeno. Además aparece dolor en hipocondrio derecho debido a la inflamación y a la obstrucción de la vesícula, éste dolor refleja al dorso ó al hombro derecho es debido a la distención ó a las contracciones al estimular con alimentos grasos.

PREVENCION TERCIARIA

REHABILITACION

Al paciente postoperado de colecistectomía se le restringirá la grasa en un período de 4 a 6 semanas, después de transcurrido éste lapso y se empiece a ingerir grasa habrá liberación de la bilis en el tubo digestivo en cantidad. Para emulsionar la grasa y permitir su digestión, se le explicará al paciente que en algunas ocasiones las grasas no son completamente digeridas por lo que podría provocar flatulencia. Se le informará que tratamiento en cuanto a los medicamentos se refiere, también tendrá que llevar su control por la consulta externa y manifestará al médico si hay presencia de signos tales como fiebre, dolor, orina oscura, heces pálidas. El paciente podrá hacer su vida normal en sus actividades (trabajo cultural etc.) Si su trabajo consiste en desempeñar tareas que impliquen mucho esfuerzo físico, se le extenderá una incapacidad por el médico considerándose el tiempo necesario para su recuperación.

LIMITACION DEL DAÑO

En la mayoría de las complicaciones de la colelitiasis su tratamiento es quirúrgico ya que el 90% de ellas se acompañan de cálculos, aunque en algunas ocasiones el tratamiento inmediato es médico como en el caso de la colecistitis aguda, al paciente se le mantiene en ayunas, succión gástrica y canalizado hasta que se recupere de su etapa aguda y un período de un mes se somete a cirugía. En el paciente postoperado con diagnóstico de ca. de vesícula su tratamiento a seguir es a base de quimio

terapia o radioterapia según la indicación del médico.

- COMPLICACIONES

En el período postoperatorio los pacientes se predisponen a complicaciones pulmonares como son; neumonía, atelectasia -- pulmonar, por lo que hay la necesidad de enseñarles a respirar profundamente cada hora, para ventilar en forma adecuada los pulmones, también son de ayuda los ejercicios respiratorios con sifón, los cambios de posición, palmopercusión puñopercusión torácica. Además se debe estimular la deambulación temprana para evitar la tromboflebitis y problemas circulatorios. Entre otras complicaciones se encuentran la colecistitis aguda y crónica, fístula biliar, coledocolitiasis, pancreatitis, cancer de vesícula biliar y colangitis.

MUERTE

Todo padecimiento tiene los riesgos de que si su evolución es tórpida puede tener un desenlace final como la muerte, - en éste padecimiento de la colelitiasis se mencionan algunas complicaciones que pueden llevar al paciente a la etapa final, en el período postoperatorio, cuando al paciente se le ha efectuado una colecistectomía, la causa de muerte se debe a problemas cardiacos y respiratorios preexistentes de éstos órganos. Otras de las causas puede ser la pancreatitis hemorrágica necrótica ya que se piensa que la enfermedad primaria de la colelitiasis puede iniciarse con una pancreatitis. Entre otras se encuentran las anomalías congénitas como son la agenesis completa de los conductos hepático o colédoco, ó la estenosis grave que suele descubrirse poco después del nacimiento por la aparición progresiva de ictericia. Si - no se tratan quirúrgicamente sobreviene la muerte en término - de meses o años.
