



Ecografía abdominal Enfoque vesícula biliar

Dres. Paloma Rodríguez; Santiago Pla; Martín Cresci; Irina Lazo; Agustina Pienovi; Juan Sanguinetti

Introducción - Importancia

- La litiasis biliar y sus complicaciones son causa **importante de morbimortalidad**
- Las complicaciones de la enfermedad litiásica biliar (ej. colecistitis aguda) son la **segunda causa de cirugía en la urgencia** en nuestro país.
- El **sexo femenino** es el **factor de riesgo** con más incidencia, aumentando este riesgo con la **edad**.
- La **ecografía abdominal** es el estudio de primera línea para la evaluación de sospecha de la enfermedad.

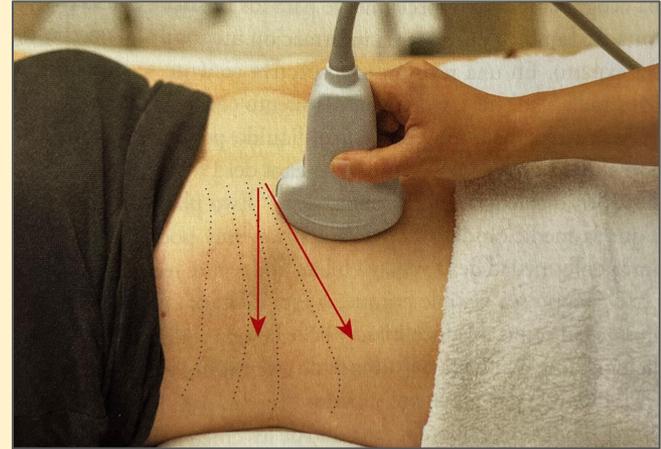
Realización de la ecografía abdominal

- Paciente en decúbito supino, examinador a la derecha del paciente.
- Transductor convexo.



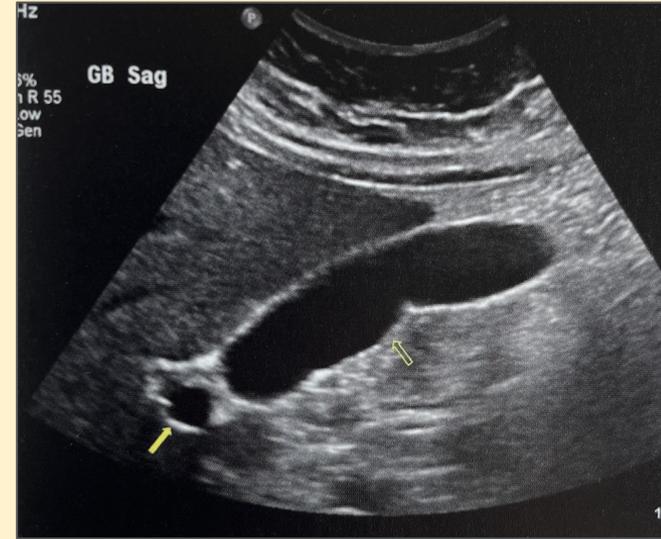
Proyección longitudinal

- Localizar la vesícula biliar en el eje longitudinal utilizando la técnica de “barrido subcostal” por debajo de la apófisis xifoides, se sigue la línea oblicua del margen costal
- Rotar al paciente en decúbito lateral izquierdo – *facilita la obtención de la imagen.*
- Si aún existen dificultades: ventana intercostal deslizándose lateralmente a través de las costillas alrededor de 7 cm.



Proyección longitudinal

- Solicitar al paciente que inspire profundamente y contenga la respiración, esto empuja la VB por debajo del margen costal y facilita su visualización.
- La vesícula biliar y la vena porta en el eje longitudinal se verán como un signo de exclamación.

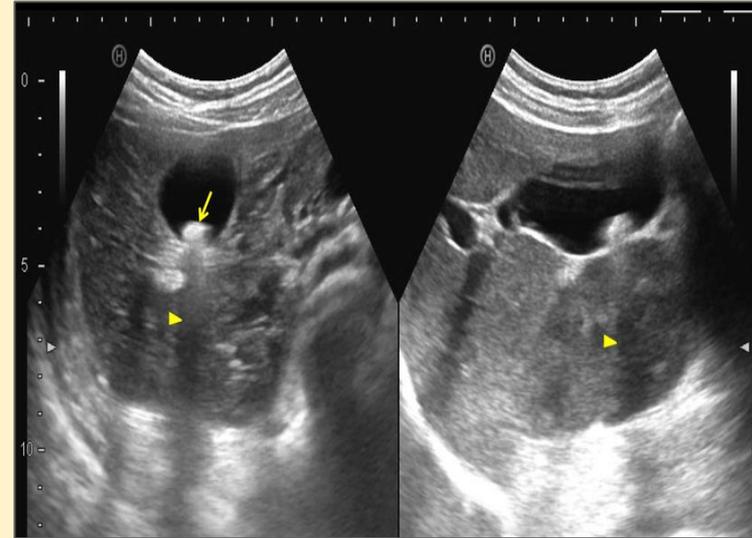


Proyección en el eje transversal

- **Cálculos** en la luz de la VB: masas hiperecoicas, móviles, dependientes de la gravedad con sombreado posterior.

Otras anomalías:

- **Pólipos**: hiperecoicos, inmóviles, no proyectan sombra
- **Barro biliar**: material dependiente de la gravedad, de ecogenicidad variable, no proyecta sombra



Diagnóstico

Para el diagnóstico de **colecistitis** nos apoyamos en **4 pilares** que combinados pueden ser útiles si están presentes:

- Murphy ecográfico
- Engrosamiento de la pared vesicular
- Líquido pericolecístico
- Dilatación del colédoco

Murphy ecográfico

Presencia de dolor abdominal intenso provocado por la presión del transductor sobre la VB.

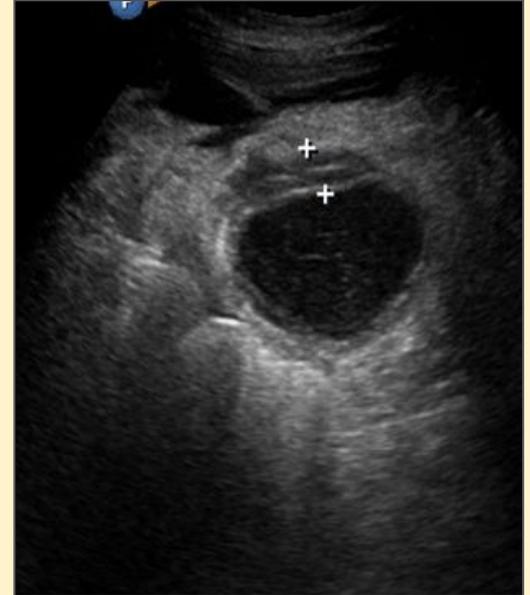
Podemos solicitar al paciente que señale con un dedo el punto exacto donde aparece el dolor.

Engrosamiento de la pared vesicular

La medición siempre debe realizarse en la **pared anterior**. Grosor >3 mm sugiere colecistitis aguda, junto con otros hallazgos mencionados previamente.

Otras causas de engrosamiento parietal:

- Contracción posprandial
- Enfermedades que causan edema sistémico o local: insuficiencia cardíaca congestiva, ascitis, hepatitis, pancreatitis, VIH, etc.

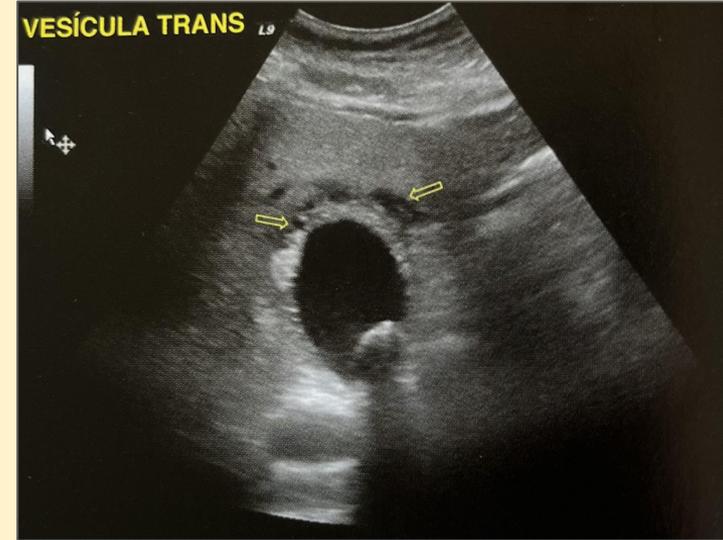


Presencia de líquido pericolecístico

El líquido puede observarse como una cuña delgada e hipoecoica de líquido que se acumula alrededor de la pared.

Diferenciar:

- Artefacto
- Ascitis



Medición del diámetro del colédoco

El CC es una estructura tubular, con recorrido superficial paralelo a la Vena porta. Mide 2-6 mm de diámetro

Utilizar flujo color para distinguir entre la arteria hepática, vena porta y CC.

La A. hepática tendrá un flujo pulsátil a diferencia del CC (las tres estructuras forman una tríada que se conoce como “signo de Mickey Mouse”)



En suma

- En la visualización longitudinal, se observa a la VB como una imagen que simula un “signo de exclamación” fundamental para localizar correctamente el órgano.
- Cálculos biliares: dependen de la gravedad, hipoeoicos, forman cono de sombra posterior.
- Colecistitis aguda: 4 pilares fundamentales que se suman a la visualización de cálculos biliares: murphy ecográfico, líquido pericolecístico, engrosamiento parietal anterior, dilatación del colédoco
- La ausencia de litiasis vesicular y Murphy ecográfico negativo descartan el diagnóstico con alto VPN.

Referencias bibliográficas

- Paul H. Bornemann. Ecografía para atención primaria. Segunda edición. Wolters Kluwer; 2022.
- Beatriz de Cuenca, Miguel García, Ma Carmen Garre, Luis A. Gil, Rafael A. Gómez, Antonio López, José Souto et al. Tratado de Ultrasonografía abdominal. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ECOGRAFÍA DIGESTIVA. Diaz de Santos; 2014.