

## Revisión Bibliográfica

Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba

### Colecistitis aguda. Revisión bibliográfica

### Acute cholecystitis. Bibliographic review

**Dr. Rafael A Leiva Rodríguez<sup>1</sup>, Dr. Liván Quintero Tabío<sup>2</sup>**

Especialista de 2<sup>do</sup> grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar <sup>1</sup>  
Especialista de 2<sup>do</sup> grado en Coloproctología. Profesor Auxiliar <sup>2</sup>

## RESUMEN

Es habitual en la práctica médica cuando se tratan pacientes con cuadro abdominal agudo encontrar enfermos que sufren de colecistitis aguda. El diagnóstico puede resultar fácil en ocasiones, aunque controversial cuando se decide el uso de antibióticos, mantener un tratamiento médico de inicio o realizar un proceder quirúrgico de urgencia a fin de lograr un máximo de beneficio para ellos.

**DeCS:** COLECISTITIS AGUDA / cirugía, LAPAROSCOPIA

## SUMMARY

It is habitual in medical practice, when treating patients with a clinical picture of acute abdominal pain to find patients that suffer from acute cholecystitis. The diagnosis can be easy occasionally, although controversial when the decision to use antibiotics is made, to keep an initial medical treatment or to carry out a surgical procedure of emergency in order to achieve a maximum of benefit for them.

**MeSH:** CHOLECYSTITIS, ACUTE / surgery, LAPAROSCOPY

## DESARROLLO

### Concepto

Consiste en la inflamación aguda de la pared vesicular que puede ser de carácter leve (edema) e involucionar de forma espontánea o evolucionar hacia la necrosis y ulterior gangrena vesicular con la consiguiente perforación del órgano y aparición de una peritonitis biliar.  
(1)(2)(3)(4)(5)

### Etiología

En el 90% de los casos se encuentra asociada a colelitiasis aunque puede verse bilis de éxtasis y bacterias, jugando un rol menor la irritación por jugo pancreático.

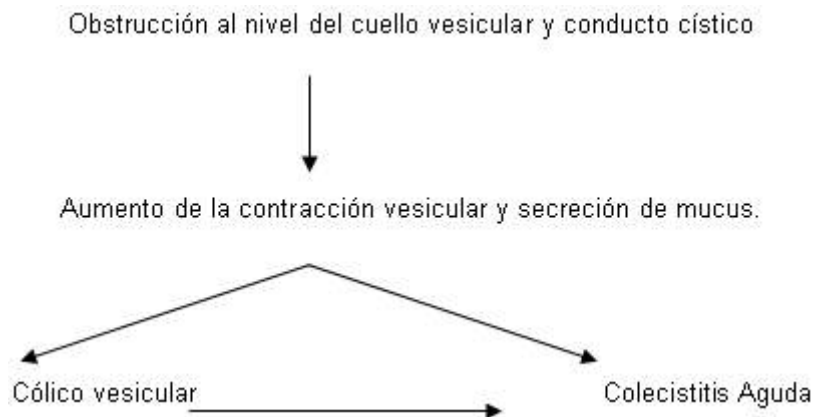
La colecistitis aguda alitiásica habitualmente se asocia a un mal vaciamiento de la vesícula biliar como suele suceder en la inanición, cirugía mayor, nutrición parenteral y los traumatismos. Puede aparecer en las enfermedades sistémicas tales como vasculitis,

periarteritis nodosa, lupus eritematoso sistémico, brucelosis sistémica, en el curso de una actinomicosis o en pacientes inmunodeprimidos. (6)(7)(8)

#### Fisiopatología

##### Colecistitis aguda litiásica.

Representan el 90-95 % de las colecistitis agudas desencadenándose el cuadro habitualmente por la obstrucción de la vesícula biliar debido al impacto de un cálculo a nivel del cuello vesicular o del conducto cístico. Aunque este mecanismo no esta totalmente esclarecido. (2)(6)(7)(9)



Así, al obstruirse el orificio del conducto cístico se produce una contracción intensa de la vesícula causando dolor (cólico biliar). Al no transitar los cálculos a través del conducto las contracciones aumentan y se produce edema de la pared vesicular. Si se mantiene el edema se lesiona la mucosa y se comienzan a liberar enzimas, (fosfolipasas), que descomponen a los fosfolípidos y producen inflamación severa. La isquemia es de gran importancia para explicar la necrosis de la pared vesicular. Contribuyen a ella la trombosis de los vasos císticos, por la compresión del bacinete, y la hipertensión que se produce en el lumen durante la obstrucción, la que también reduce el flujo sanguíneo a la mucosa.

El arribo de bacterias a la pared de la vesícula desencadena una serie de complicaciones importantes y en algunos casos letales como son piocolecisto, gangrena vesicular, absceso pericolecístico entre otros. (3)(7)(10)(11)

En el 75% de los pacientes, la infección bacteriana de la vesícula biliar y la bilis puede ocurrir. Los gérmenes habituales son de origen entéricos y alcanzan la vesícula por vía ascendente (desde el duodeno) por vía linfática, vía arterial (focos a distancia) y a través de la circulación portal. (6). Aunque algunos autores descartan que las bacterias desempeñen un papel fundamental en la patogenia de la colecistitis "aguda", porque en un 30 por 100 de estos pacientes los cultivos de bilis y de pared vesicular no muestran desarrollo de gérmenes.

#### Cuadro Clínico

La mayor incidencia de la enfermedad ocurre en el adulto entre los 30 y 80 años de edad observándose mas frecuente en mujeres que en hombres. La misma puede presentarse en un 20-30 % de los casos sin antecedentes de otras manifestaciones de la enfermedad previa. Por demás, existe en un 75% de estos enfermos el antecedente de síntomas sugestivos de dicha afección. Aproximadamente un 50 % de los pacientes han tenido síntomas de colecistitis aguda al menos 48 horas antes del ingreso. (9)(11) (12)

La principal manifestación clínica es el dolor abdominal agudo, de localización en el cuadrante superior derecho, que suele irradiarse hacia la espalda y base de la escápula del mismo lado. El comienzo puede ser gradual aunque puede instalarse bruscamente, suele ser de tipo cólico

aunque no cesa entre episodios, va ganando en intensidad hasta hacerse continuo y constante, alcanzando su máxima intensidad a las 48 horas; cuando el dolor es abrupto desde su inicio e intenso es posible que estemos en presencia de un impacto del cóstico. Seguidamente aparecen náuseas y vómitos. La palpación durante la inspiración profunda produce dolor y paro inspiratorio (signo de Murphy). Se acompaña habitualmente de fiebre que no supera los 38°C y leucocitosis ligera.

En un 20 % se encuentra una masa en el cuadrante superior derecho y la peritonitis generalizada es poco común, siendo susceptible cuando aparece de perforación vesicular. La ictericia se presenta en un número menor de pacientes.

Puede encontrarse aumento de las transaminasas, fosfatasa alcalina y amilasas; indicativo de que puede haber colédoco litiasis o pancreatitis concomitante.

### Diagnóstico

Habitualmente, el diagnóstico de colecistitis "aguda" es sencillo. Se hace por la presencia o por el antecedente reciente de un cólico biliar complicado por fiebre persistente de intensidad moderada, defensa muscular involuntaria y palpación de una masa en la región vesicular. Pudiendo recurrir a la ecografía y otros complementarios a fin de corroborar el diagnóstico de certeza.

### Ecografía

Es la técnica de elección, es un método rápido, seguro y exacto para llegar al diagnóstico de colecistitis aguda; aunque algunos autores señalan que es un método un tanto limitado, para el diagnóstico de la afección. Se calcula una especificidad de 80 – 90 %.

Criterio diagnóstico: Litiasis, especialmente cuando esta se encuentra impactada, signo de Murphy ecográfico. Engrosamiento de la pared vesicular de más de 3 mm, distensión vesicular, líquido peri vesicular y signo de doble contorno. (10)(12)(13)(14)(15).

El principal inconveniente de la ecografía en el seno de la colecistitis aguda es que el diagnóstico de ésta depende estrechamente de la experimentación del radiólogo. A esto podríamos añadir que ninguno de los datos ecográficos son específicos; a pesar de todo lo antes expuesto, actualmente la ecografía es una exploración no invasiva, que debe realizarse sistemáticamente en todos los pacientes con sospecha de colecistitis aguda.

### Gammagrafía

Se utilizan derivados del ácido iminodiacético marcado con <sup>99m</sup>Tc y <sup>99m</sup>Tc- HIDA y otros como DIDA, PIPIDA, DISIDA. La falta de visualización de la vesícula en un plazo de 60 min. sugiere obstrucción del cóstico y colecistitis aguda por demás. Debe tomarse imágenes tardías ya que en diversas situaciones, se puede rellenar después de varias horas. (10)(11)(12)(13)

### Otros Procederes

Radiografía simple de abdomen: No revela evidencia de colecistitis aguda.  
Colecistografía Oral: No es un método útil en el paciente portador de colecistitis aguda y no tolerable en el enfermo que habitualmente es portador de vómitos o náuseas.  
TAC y RMN: Estarán indicados en el diagnóstico diferencial de casos muy seleccionados.  
CPRE: Es una investigación que reviste poco valor.  
Laparoscopia: Es de gran valor para lograr el diagnóstico de colecistitis aguda, puede hacerse desde el momento de su ingreso, asegura una visión directa sobre la vesícula biliar y puede ayudar a descartar otras entidades. (2)(9)

## Exámenes de Laboratorio

Conteo de Leucocitos: Habitualmente se observa una leucocitosis ligera.

Medición de: Amilasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina, pudiendo encontrarse cierta elevación en dependencia de la severidad del proceso.

## Tratamiento

El tratamiento de la colecistitis aguda resulta controversial tratándose de una acción compleja e impostergable, existen múltiples criterios en cuanto a la conducta a tomarse.

La escuela europea era partidaria del tratamiento médico y no de la intervención quirúrgica inicial, difiriendo la operación y solo acometerla inicialmente de existir complicaciones. En cambio la escuela americana defendía el criterio de realizar el tratamiento quirúrgico de inicio.

Actualmente el tratamiento esta encaminado a la realización de la colecistectomía (tratamiento quirúrgico) pero siguiendo etapas previas de tratamiento medico con el objetivo de mejorar al enfermo en concordancia con la intervención quirúrgica definitiva.

## Tratamiento Médico

Hospitalización. Reposo en cama.

Ayuno total. Se reserva la intubación naso gástrica a aquellos pacientes que mantienen vómitos.

Hidratación. Se administrará líquido intravenoso a fin de corregir la deshidratación, valorándose los electrolitos principales.

Analgésicos. Debe aliviarse el dolor prontamente. Se proscribe el uso de opiáceos.

Antibiótico terapia. El uso de antibióticos es un tema controversial y debe utilizarse en aquellos pacientes con colecistitis aguda severa. El antibiótico a seleccionar debe tener la especificidad de cubrir gérmenes aerobios gran- negativo y anaerobios y además que puedan alcanzar concentraciones terapéuticas en las vías biliares. (10)(16)(17)

## Quirúrgico

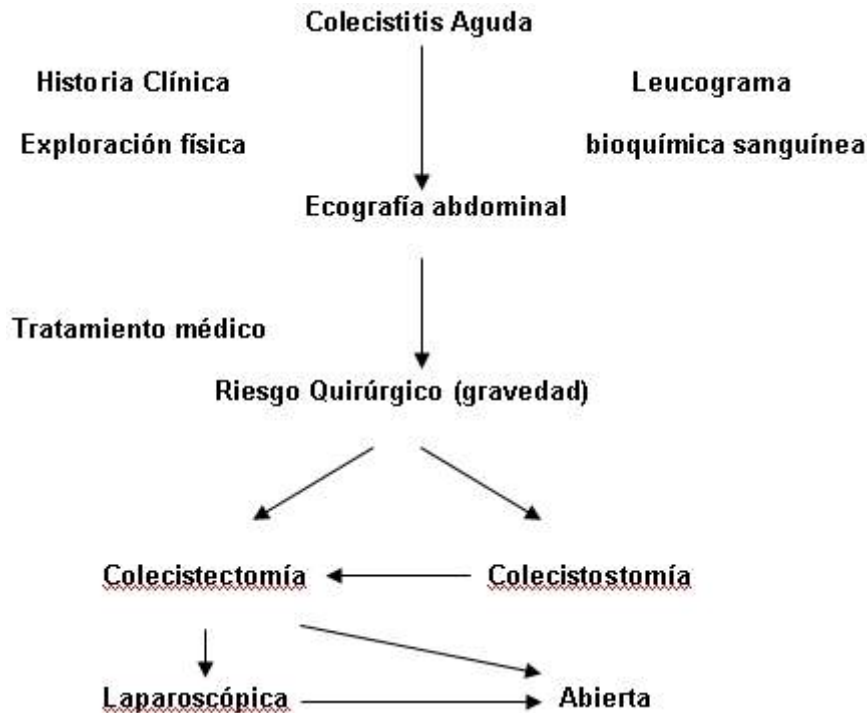
La colecistectomía es el tratamiento de elección en la colecistitis aguda; debe hacerse tempranamente (24-72 horas) durante el ingreso inicial. Siendo el procedimiento ideal la colecistectomía laparoscópica, hoy considerado como el "patrón oro" en el manejo quirúrgico de la enfermedad calculosa de la vesícula biliar, el cual es factible en la mayoría de los casos realizándose con alto grado de seguridad. (18)(19)(20)(21)(22)(23). Aunque se ha evidenciado un aumento de la lesión de la vía biliar principal y de conversión respecto a la cirugía laparoscópica de la colelitiasis no complicada. (24)(25)

Para aquella forma reiterada de colecistitis aguda es recomendable la laparotomía. En aquellos en que los síntomas comienzan 72 horas antes de acudir al médico se sugiere dilatar la intervención quirúrgica 4-6 semanas después. (6)

Otras opciones. Colecistostomía percutánea transhepática guiada por imágenes. Es una alternativa más en aquellos pacientes que se clasifican de alto riesgo quirúrgico, como son pacientes de edad avanzada o severas enfermedades concomitantes. (26) Este procedimiento también puede ser practicado en forma abierta y, en algunos casos, con anestesia local.

De igual forma algunos autores han señalado la posibilidad de realizar colecistectomía subtotal (27) cual es una técnica aceptada para el tratamiento de la colecistitis complicada por inflamación severa, fibrosis importante, hipertensión portal, síndrome de Mirizzi u otras condiciones que hagan peligrosa la disección en el triángulo de Calot, aceptándose que es una intervención segura que reduce el porcentaje de complicaciones. (28)

Pauta diagnóstica y Terapéutica en la colecistitis aguda.



## CONCLUSIONES

1. Debe tenerse en consideración el tratamiento quirúrgico de urgencia de esta afección, en las primeras 48-72 horas de realizado el diagnóstico, si las condiciones lo permite.
2. La colecistectomía video laparoscópica debe ser la vía de acceso preferida como proceder quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Botsfort T.W, Wilson R E. Lesiones abdominales que pueden perforarse. En: Abdomen Agudo. Barcelona. Editorial Científico Médica. Barcelona; 1970. 89-94.
2. Álvarez Escobar, Ricardo. Colecistitis Aguda. Sancti-Spíritus. Hospital Universitario Camilo Cienfuegos, 1999; 1-6 (material de apoyo a la docencia).
3. Helmberger H, Kammer B. Inflammatory diseases of the gall bladder and biliary system. I. Imaging--cholelithasis--inflammation of the gall bladder. Radiologe. 2005 May; 45(5):479-90.
4. Stanley R L. Hígado y Biliares. En. Patología estructural y funcional. 1er Edición México: Interamericana; 1995. 1008-1012.
5. Domínguez-Adame Lanuza E, Márquez Platero R, Gutiérrez de la Peña C, García Molina F, J Gil Quirós, Gil Quirós, J. Colecistitis aguda litiasica asociada a Brucella melitensis. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Cir Esp 2000; 68: 71-73
6. Jarrell Bruce E. Surgery. 3ed. Baltimore: William and Wilkins, 1995. pp. 254-255.
7. Sharp, Kennetw. Colecistitis Aguda. Clínica Quirúrgica de Norte América. 1988, (2): 293-30515.

8. Hefny AF, Torab FC, Joshi S, Sebastian M, Abu-Zidan FM. Actinomycosis of the gallbladder: case report and review of the literature. *Asian J Surg.* 2005 Jul; 28(3):230-2.
9. Margenthaler J, Schuerer D, Whinney R. Acute cholecystitis. *Clin Evid.* 2004 Dec; (12):571-80.
10. Bilhartz L E, Horton, J D. Gallstone disease and its complications. En. *Gastrointestinal and liver disease.* Sheisenger and Fortran. Philadelphia: W B Saunders Co.1988: 945-972.
11. Hermann D E. Surgery for acute and chronic cholecystitis. *Surg. Clin. North. Am* 1990; 70:1:263-1,275.
12. Areenberger N I, Isselbacher K J. Disease of the gallbladder and bile ductos. En: *Harrison's, T.R. Priciples of Internal Medicine.* 14ed. San Francisco: Mc Graw-Hill; 1998. pp.1726-1736.
13. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. *J Long Term Eff Med Implants.* 2005;15(3):329-38.
14. Bhattacharya D, Ammori BJ. Contemporary minimally invasive approaches to the management of acute cholecystitis: a review and appraisal. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2005 Feb; 15(1):1-
15. Bellows CF, Berger DH, Crass RA. Management of gallstones. *Am Fam Physician.* 2005 Aug 15; 72(4):637-42.
16. Harris A, Chong Hen, Chang A, Torres Viera C Hammett, Carr-Lucke A. Meta analysys of antibiotic prophylaxis in endoscopic retrograde cholangiopancreatography ERCP. *Endoscopy* 1999;31: 718-724.
17. Westphal JF, Brogard JM. Biliary tract infections. A guide to drug treatment. *Drugs* 1999; 57: 81-91.
18. Chung-Mau L, Chi-Leung L, Lai ECS, Sheung-Tatf Wong. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. *Ann. Surg.* 1996; 223: 37-42.
19. Kookp Thirby, RC. Laparoscopic cholecyctectomy in acute cholecystitis.What is the optional timing for operation? *Arch Surg* 1996; 131: 540-541.
20. Chung MD, Edward CS, Lai MS, Shoog-ta FM. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the ederly. *World. J. Surgery:* 1996: 20: 983-987.
21. *J Long Term Eff Med Implants.* 2005;15(3):329-38. Actual status of laparoscopic cholecystectomy. *Rev Gastroenterol Mex.* 2004 Aug; 69 Suppl 1:28-35.
22. Hsieh CH, Early minilaparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis. *Am J Surg*2003; 185:344-348.
23. Bingener J, Richards ML, Schwesinger WH, et al. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients gold standard for golden years? *Arch Surg* 2003; 138:531-555.
24. Carbajo MA, Martín JC, Blanco JI, Cuesta C, Atienza R, Inglada L, et al. Tratamiento de la colecistitis aguda en la era laparoscópica. Estudio comparativo laparoscopia versus laparotomía. *Rev Esp Enferm Digest* 1998; 90:788-90.
25. Viñas-Trullén X, Feliu-Palà X, Torres-Soberano G, Macarulla-Sanz E, Abad J M, Besora-Canal P, Clavería-Puig R, Basas-Bacardit J, Hassan H, Fernández-Sallent E. Tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda: análisis de resultados. *Cir Esp* 2002; 71(5):244-6
26. Hamy A, Visset J, Likcholatrikou D, Lerts F, Gibaud H, Savigny B et al. Percutaneous cholecystectomy for acute cholecystits in critically patients. *Surgery.* 1997; 121: 398-401.
27. Beldi G, Glatli A. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis. *Surg Endosc.* 2003; 17:1437-9.
28. Satorras A M, Villanueva L, Vázquez J, Pigni L, Salem A M, Ramos A. Colecistitis aguda por recidiva de colelitisias tras colecistectomía subtotal. *Cir Esp* 2005; 77(1): 51-53