



Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina
Universidad de la República. Uruguay 2018

COLECISTITIS AGUDA

Dr. Iván Trostchansky Vasconcellos
Dr. Gustavo Andreoli Carassus

Definición

La colecistitis aguda (CA) es el cuadro clínico producido por la obstrucción e inflamación de la vesícula biliar. Es la complicación más frecuente de la litiasis vesicular.

La litiasis vesicular sintomática es el resultado de la obstrucción transitoria de la vía biliar accesoria por la impactación de una litiasis vesicular (a nivel del conducto cístico o del bacinete) denominada también colecistopatía obstructiva aguda, la cual puede tomar dos caminos: el primero, el *cólico hepático*, que corresponde a la impactación temporal del cálculo, sin inflamación y con la consiguiente resolución del cuadro. La segunda, donde la impactación no se resuelve, se produce inflamación, edema y hemorragia suberosa de la vesícula, definiendo al proceso conocido como colecistitis aguda litiásica (CAL).

Etiopatogenia

El componente fisiopatológico primario es la obstrucción del conducto cístico o el bacinete no resuelta, que en el 90% de los casos es por la impactación de un cálculo. El resto se relaciona con tumores de la vía biliar, pólipos vesiculares, adenopatías periportales, parásitos e inflamación alitiásica.

Sin resolución de la obstrucción, la vesícula se distiende por acumulación de trasudados y secreción mucosa, se produce congestión venosa y linfática, edema parietal pudiendo progresar hacia la necrosis de la pared de causa isquémica o infecciosa. La infección de la bilis estancada por la obstrucción es un fenómeno secundario que se produce en un 50% de los casos, respondiendo principalmente a *Escherichia Coli*, *Klebsiella*,

enterobacterias y *Enterococos*, provocando supuración, origen del piocolecisto.

Manifestaciones clínicas

El síntoma más característico es el dolor abdominal, que puede iniciar en el epigastrio pero que en forma típica se localiza en el hipocondrio derecho donde se hace constante e intenso, persistiendo por un lapso mayor de 6 horas (diferencia clásica con el cólico hepático de menor duración). Suele irradiarse hacia la escápula derecha en respuesta a la estimulación de fibras somáticas (nervios intercostales) o al hombro derecho (irritación frénica). A menudo hay una historia de ingestión de alimentos grasos horas antes de su inicio.

Puede acompañarse de náuseas, vómitos, anorexia y en la evolución puede aparecer fiebre.

Examen físico

Los pacientes con CAL suelen estar doloridos y permanecen inmóviles al examen porque la el fondo de la vesícula distendida e inflamada suele contactar con la pared abdominal e inflamar el peritoneo parietal a ese nivel; ello explica la exacerbación del dolor con el movimiento.

Dos signos debe buscarse en el examen abdominal: el más específico es la palpación de la vesícula biliar, tensa y dolorosa. Pero el más frecuentemente es el clásico signo de Murphy, traducción del contacto de la mano del examinador con el fondo de la vesícula inflamada. Se busca pidiendo al paciente que inspire profundamente mientras el examinador palpa el área de la fosa de la vesícula biliar en el borde del hígado; éste se proyecta en el punto de unión de la línea medio claviclar con el reborde costal derecho. Durante la inspiración la vesícula biliar desciende y al chocar con la mano del examinador despierta un dolor que corta la respiración. En CAL evolucionadas con peritonitis localizada puede existir defensa o contractura local.

Diagnóstico

Se debe sospechar una CAL en un paciente con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen de más de 6 horas de duración, presentando al examen físico un signo de Murphy positivo o palpándose la vesícula biliar tensa y dolorosa.

Con respecto al diagnóstico etiológico, la causa más frecuente es la litiasis biliar. Apoya este diagnóstico la presencia de factores de riesgo: sexo femenino, obesidad, multiparidad y más de cuarenta años.

Cabe mencionar la existencia de la colecistitis aguda *alitiásica* (5-10% de los casos). Clínicamente es indistinguible de la CAL pero no está asociada con cálculos biliares y generalmente ocurre en pacientes críticamente enfermos (traumatismos, sépsis, afecciones autoinmunes, diabetes, alimentación parenteral, entre otras). Se asocia con altas tasas de morbi-mortalidad.

Complicaciones

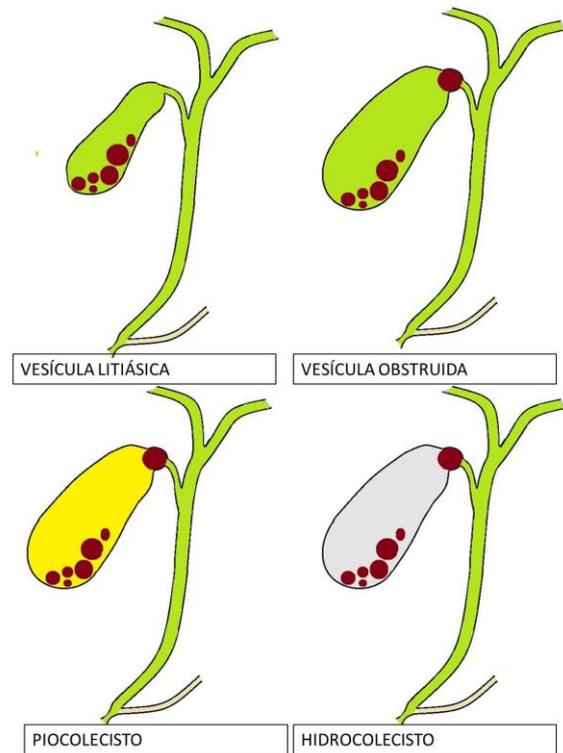
Se dividen en tempranas y tardías:

Tempranas: Se destacan el piocolecisto, la gangrena y la perforación.

En el *piocolecisto* la sobreinfección de la bilis vesicular provoca la supuración hacia su interior; suele presentarse luego de algunos días de evolución del inicio del cuadro y el contenido vesicular es sustituido por pus. El epiplón y órganos adyacentes (duodeno y colon) adhieren y bloquean el foco inflamatorio e infeccioso vesicular formando en fases evolucionadas un plastrón vesicular. Al examen el paciente está con fiebre y puede palparse una ocupación dolorosa mal delimitada en el hipocondrio derecho. En ocasiones el tratamiento antibiótico esteriliza el pus vesicular y el piocolecisto pasa a ser una forma de colecistopatía obstructiva subaguda o crónica.

En la *gangrena* el proceso obstructivo mecánico lleva progresivamente al compromiso del flujo linfático-venoso y luego arterial con la consiguiente isquemia y gangrena de la pared. Si persiste la evolución del proceso se produce la *perforación* y la

consiguiente peritonitis. Clínicamente se ve en pacientes que retrasan la consulta, añosos o con diabetes, y se caracteriza por un cuadro de peritonitis en hipocondrio derecho y



elementos clínicos sugestivos de sepsis (fiebre, leucocitosis muy elevada, alteraciones de la coagulación, etc).

Tardías: El *hidrocolecisto* resulta de la obstrucción mantenida de la vía biliar accesoria pero con su contenido aséptico. La bilis se reabsorbe lentamente y la vesícula se distiende a expensas de la secreción de sus glándulas que se acumula formando un líquido viscoso y trasparente. Clínicamente se presenta como un cólico biliar prolongado, con persistencia de dolor leve a moderado en hipocondrio derecho, que se corresponde con la palpación de una vesícula biliar distendida de paredes lisas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Ecografía abdominal

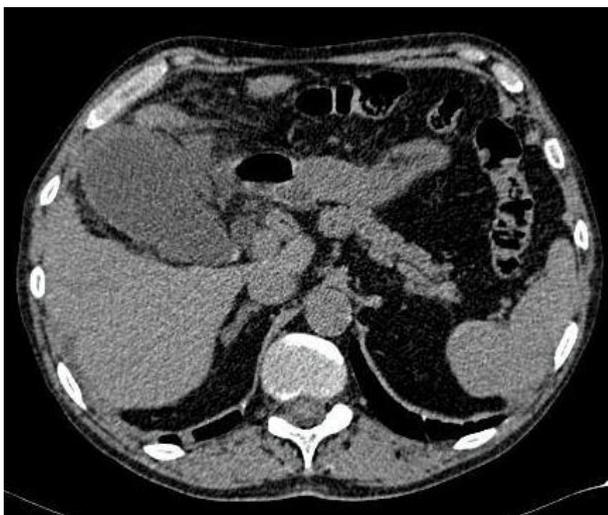
La confirmación del diagnóstico se logra por un medio de un estudio ecográfico. Es de elección debido disponibilidad e inocuidad. El diagnóstico se basa en los siguientes elementos:

- Signo de Murphy ecográfico: consiste en su obtención al comprimir la vesícula biliar con la sonda del ecógrafo.
- Distensión vesicular de longitud >8 cm y/o ancho >4 cm sugiere la presencia de obstrucción de la vía biliar accesoria.
- Engrosamiento de la pared vesicular con un espesor superior a los 3 mm.
- Signo de WES (Wall Echo Shadow): Ausencia de luz vesicular, con sombra acústica.
- Signo del doble halo: indica edema de la pared vesicular.
- Imagen de lito fija en cuello vesicular o conducto cístico.
- Colecciones líquidas perivesiculares.

Cuando el engrosamiento de la pared se acompaña del signo de Murphy ecográfico y la visualización de cálculos, el valor predictivo positivo de CAL supera el 90%.

Tomografía computada

Tiene la misma sensibilidad que la ecografía para el diagnóstico de colecistitis aguda; permite demostrar distensión vesicular, engrosamiento, doble halo y cambios enfisematosos de la pared vesicular y líquido perivesicular. No es un estudio de elección por no ser inocua (radiación, contraste) y tener menor capacidad para el diagnóstico de litiasis. Es útil ante la sospecha de complicaciones (colecistitis enfisematosa o perforación vesicular) o cuando se consideran otros diagnósticos, como patología tumoral.

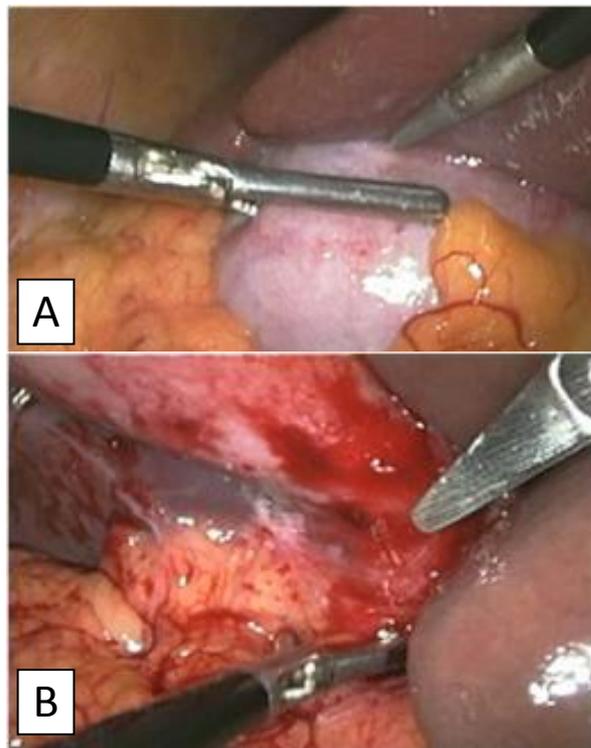


Tomografía computada: aumento de tamaño vesicular y del grosor parietal. Imagen cálcica en el cuello vesicular.

Laboratorio

Los pacientes generalmente tendrán una leucocitosis elevada con desviación a izquierda.

La elevación de las concentraciones séricas de bilirrubina total y fosfatasa alcalina no es común ya que la obstrucción biliar se limita a la vesícula biliar. Si están presentes, se debe tener presente otros diagnósticos como la colangitis o el síndrome de Mirizzi.



A. Aspecto laparoscópico de CA edematosa.
B. Colecistectomía laparoscópica en CA. Disección del pedículo cístico.

TRATAMIENTO

Los pacientes portadores de una CA, pueden presentar un amplio espectro clínico de la enfermedad, desde formas leves y auto-limitadas, hasta otras potencialmente graves, con riesgo vital. El tratamiento de la **colecistitis aguda** es quirúrgico y consiste en la realización de la colecistectomía.

Siempre es precedido de un tratamiento médico consistente en administración de antibióticos ampicilina sulbactam, cefalosporinas de segunda generación o amoxicilina más ácido clavulánico (predomina la flora gram negativa); analgésicos antiinflamatorios, y reposición de fluidos. El tratamiento médico

puede lograr la remisión en formas leves y tiene indicación en los casos subagudos (más de 2-3 semanas de evolución del cuadro clínico) que se presentan sin complicaciones. En la colecistitis subaguda las alteraciones anatómicas del pedículo hepático pueden ser muy importantes, incrementando el riesgo de lesión de la VBP por lo que es conveniente esperar la remisión completa de la sintomatología y diferir la cirugía en algunas semanas o meses, hasta que el proceso inflamatorio haya revertido.

En cuanto a la **oportunidad** del tratamiento quirúrgico, la cirugía temprana dentro de las primeras noventa y seis horas de la fase aguda es la mejor opción ya que con el paso de los días, la inflamación subaguda aumenta la dificultad del reconocimiento anatómico durante la cirugía.

El procedimiento estándar es la **colecistectomía laparoscópica** pero en la CAL la cirugía es técnicamente más demandante. Aumentan las dificultades técnicas siendo más prolongados los tiempos operatorios y mayor el porcentaje de conversión, complicaciones y riesgo de lesión de la vía biliar con respecto a la cirugía electiva. Cuando el proceso inflamatorio impide la disección y el reconocimiento de las estructuras anatómicas del pedículo hepático, el cirujano deberá evaluar la necesidad de convertir a cirugía abierta laparotómica, así como también desis-

tir de realizar la colecistectomía optando por una colecistostomía, con resección parcial o no de la vesícula y la colocación de una sonda Pezzer.

Colecistostomía percutánea.

Algunas pacientes presentan un elevado riesgo anestésico-quirúrgico dado por comorbilidades, estado crítico, edad avanzada con enfermedades intercurrentes, y no responden al tratamiento médico conservador.

En estas situaciones especiales la *colecistostomía percutánea* es una técnica consiste en descomprimir la vesícula biliar mediante una punción percutánea guiada por ecografía, por vía transhepática, dejando un catéter de drenaje vesicular. Es un procedimiento de baja morbilidad que puede realizarse con anestesia local, pudiéndose asociar o no con la realización de una colecistectomía electiva a posteriori.

REFERENCIAS

Uptodate.com: Acute cholecystitis: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis.

Sabiston Textbook of Surgery 20t edition. Elsevier.

Salom A, PiazzeA. Tratamiento mínimamente invasivo de la enfermedad litiásica de la vía biliar. Relato Oficial del 63 Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo- Noviembre 2012.

Zarate A. Colecistitis Aguda. Gallbladder Mucocele. www.emedicine.medscape.com