

Complicaciones de la colecistitis aguda

Belén Lara Cretton¹
Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández²

RESUMEN: *La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar como consecuencia de la presencia de cálculos en su interior y menos frecuentemente por otras causas. En su evolución clínica se puede encontrar un cuadro característico de colecistitis aguda simple o un cuadro de colecistitis aguda complicada, siendo parte de su evolución fisiopatológica natural. Son complicaciones de la colecistitis aguda: la perforación vesicular, peritonitis biliar, empiema vesicular, gangrena vesicular, absceso vesicular, absceso hepático, absceso perivesicular, fístula biliodigestiva, fístula biliobiliar y fístula biliocutánea. Las complicaciones pueden llegar a ser letales si el diagnóstico y el manejo no son oportunos y efectivos. Se cree que un factor importante en la incidencia de las complicaciones es el tiempo que se tarda en la resolución quirúrgica del cuadro inicial. Sin embargo, estudios no han logrado demostrar que exista una relación directa entre el tiempo de demora en el diagnóstico y manejo de la colecistitis aguda con el hallazgo de complicaciones derivadas de ésta. El manejo definitivo de la colecistitis aguda es la colecistectomía, por lo que se recomienda que todo paciente sea operado apenas se confirme el diagnóstico, para evitar la eventual progresión del cuadro. El uso de antibióticos es controversial, pero ante la sospecha de una posible colecistitis aguda complicada o ante la demora en su resolución quirúrgica, se recomienda el inicio de terapia antibiótica empírica.*

PALABRAS CLAVE: *Patología biliar, colecistitis aguda, complicaciones colecistitis aguda*

¹ Interna. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es una inflamación aguda de origen bacteriano y/o químico de la vesícula biliar como consecuencia de la presencia de cálculos en su interior (colecistitis aguda litiásica 95% de los casos) y menos frecuentemente por otras causas (alitiásica 5% de los casos). La presencia de cálculos biliares en la población chilena es muy frecuente y por esta razón la patología biliar es una patología quirúrgica prevalente en Chile, se considera la segunda causa de abdomen agudo después de la apendicitis. La colelitiasis está presente en el 36,2% de la población general y se ha observado mayor frecuencia de litiasis biliar en diabéticos, obesos, embarazo y mujeres que usan anticonceptivos hormonales (1). En cuanto a la etiopatogenia de la colecistitis aguda, la obstrucción del conducto cístico por un cálculo u otra causa, o la erosión local de la mucosa, produce inflamación y eventual paso de bacterias hacia la pared vesicular, la vesícula se distiende y se produce edema progresivo. Este edema va a producir primero una obstrucción de vasos linfáticos por compresión, con aumento de edema y de la presión parietal, produciendo además, una compresión venosa. Esto lleva a un mayor edema e hipertensión retrógrada que determinarán compromiso de la irrigación arterial y aparición de zonas de isquemia de la pared vesicular con las posteriores complicaciones que esto conlleva. Desde el punto de vista bacteriológico, es importante destacar que se han obtenido cultivos positivos de muestras tomadas desde la bilis o pared vesicular en el 50 a 75% de los casos de colecistitis aguda, sin embargo el uso de antibióticos aun sigue siendo un tema controversial (2).

El manejo definitivo de la colecistitis aguda es la colecistectomía, siendo actualmente de elección la vía laparoscópica. En literatura más antigua, se describe que la colecistitis aguda debía ser “enfriada” con antibióticos y régimen cero, previo a la colecistectomía, pero evidencia más reciente demuestra que la fibrosis que se produce tras el cuadro agudo dificulta la cirugía, aumentando la tasa de conversión a cirugía abierta y las complicaciones de la colecistitis aguda (3). Un diagnóstico tardío y/o manejo inoportuno predispone al desarrollo de complicaciones de la colecistitis aguda. El objetivo de esta revisión es describir a grandes rasgos las principales complicaciones de la colecistitis aguda que se pueden observar en la práctica clínica y que es importante sospechar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación corresponde a una revisión bibliográfica de la evidencia.

RESULTADOS

Dentro de la evolución de la colecistitis aguda, la mayoría de las complicaciones se presentan dentro de la primera semana de evolución. Corresponden a un espectro de patologías derivadas del progreso o manejo diferido de esta patología. A continuación,

se describirán las más frecuentes, entre las que encontramos: perforación vesicular, peritonitis biliar, empiema vesicular, gangrena vesicular, absceso vesicular, absceso hepático, absceso perivesicular, fístula biliodigestiva, fístula biliobiliar y fístula biliocutánea (4).

La isquemia que se puede llegar a producir en la vesícula, explicada por la evolución natural de la colecistitis aguda, lleva a la necrosis y esta da lugar a la **perforación vesicular**, origina un 33% de las complicaciones, alcanzando una mortalidad de 20%. Esta perforación puede dar origen a una **peritonitis biliar**. Cuando la vesícula inflamada presenta infección de su contenido, se produce acumulación de pus en el lumen vesicular; cuadro denominado **empiema vesicular**. En otras ocasiones, puede producirse infección y acumulación de pus localizado en el espesor de la pared vesicular, a lo que llamamos: **absceso vesicular**. En otros casos, la infección purulenta puede ubicarse en el espesor del parénquima hepático, constituyéndose así el **absceso hepático** o localizarse entre la vesícula y otros órganos adyacentes (epiplón, duodeno, colon), denominándose **absceso perivesicular**, corresponde al 50% de todas las complicaciones, con una mortalidad del 15%. Otro modo de presentación, desde el punto de vista anatomopatológico, es la **gangrena vesicular**, que corresponde a la necrosis de la vesícula con infección secundaria y perforación.

Las **fístulas biliodigestivas** son más frecuentes de ver en las colecistitis crónicas, pero aun así se pueden presentar en casos de colecistitis aguda, constituyendo el 15% de las complicaciones. Consiste en una comunicación anormal entre dos epitelios diferentes, que en este caso corresponden al de la vesícula biliar y al de un órgano digestivo, estableciéndose una comunicación y trayecto entre el lumen vesicular y el lumen de órganos digestivos, como el duodeno, colon o estómago. Esto facilita la contaminación e infección biliar por un lado, además de una eventual obstrucción intestinal por cálculos biliares (ileo biliar). Las fístulas también pueden producirse entre la vesícula biliar y las vías biliares, llamándose **fístulas biliobiliares**, como por ejemplo, el Síndrome de Mirizzi. También se describen las **fístulas biliocutáneas** espontáneas con comunicación entre la vesícula biliar y el exterior (2,3,4).

En términos generales, se debe sospechar una complicación, ante el deterioro clínico de un paciente con cuadro sugerente de colecistitis aguda: dolor intratable, taquicardia, fiebre, shock, entre otros. Y lo ideal es complementar con imagenología, de preferencia Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis (5).

Las complicaciones pueden llegar a ser letales si el diagnóstico y el manejo no son oportunos y efectivos. La mortalidad global por complicaciones en la colecistitis aguda es del 20%. Se cree que un factor importante en la incidencia de las complicaciones es el tiempo que tarda en consultar un paciente durante su episodio agudo y el número de episodios anteriores, ya que al ser un dolor tipo cólico autolimitado, permite que el paciente se demore más en consultar y acuda a los servicios de salud cuando ya puede haber una complicación presente (6,7).

Sin embargo, estudios no han logrado demostrar que exista relación entre el tiempo de la enfermedad actual ni el número de consultas previas con el hallazgo de complicaciones de colecistitis aguda. Se recomienda que todo paciente sea operado

apenas se confirme el diagnóstico de colecistitis aguda, para evitar su eventual progresión. El uso de antibióticos es controversial, pero ante la demora en su resolución quirúrgica o ante la sospecha de una posible colecistitis aguda complicada, se recomienda el inicio de terapia antibiótica empírica (8,9). El manejo en particular es distinto para cada complicación descrita y debe ser personalizado según las condiciones del paciente. En la mayoría de los casos incluye manejo antibiótico y resolución quirúrgica, que puede ser de urgencia o diferida (10).

DISCUSIÓN

La alta prevalencia de la patología litiásica en la población chilena y su presentación clínica variable plantea desafíos para los distintos niveles de atención de salud. En el primer nivel, el del diagnóstico precoz, alto nivel de sospecha y derivación pertinente. Las herramientas están disponibles, son el examen físico y complementariamente, el estudio de imágenes. En los siguientes niveles de complejidad, el enfoque está en la resolución definitiva para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a las complicaciones. La planificación en salud debería avanzar hacia las intervenciones preventivas, como son la educación a la población y personal de salud en cuanto a síntomas y factores de riesgo modificables para el desarrollo de colecistitis aguda, y luego énfasis en médicos generales, encargados de la pesquisa precoz de esta patología y posterior derivación. Esto con el fin de disminuir la incidencia de complicaciones y los costos asociados a la hospitalización e intervención de pacientes con patología grave secundaria a colecistitis aguda.

CONCLUSIONES

A pesar de que las complicaciones de la colecistitis aguda son poco frecuentes, pueden llegar a ser letales. Es importante su sospecha, estudio y pronta resolución. Se hace necesario expandir el estudio en este ámbito, para tener mayor certeza sobre la relación entre el tiempo de evolución de la colecistitis y el tipo de complicaciones a desarrollar, dada la escasa evidencia actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía clínica colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años. (2010). Santiago. Minsal.
2. Salustio Montalva. Patología Biliar Litiásica. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Campus Sur, 1-17.
3. Fernando Crovari, Manuel Manzor. (2015). Manual de Patología Quirúrgica. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile: Ediciones UC.
4. Castro, F., Galindo, J., & Bejarano, M. (2008). Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. *Rev Colomb Cir*, 23(1), 16–21.
5. Quevedo L. (2007). Complicaciones de la colecistitis aguda: diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Cirugia*, 46(2).
6. Serrano M, Cadena H, Contreras L, Villar L, Reyes W. (1998). Abdomen agudo. En: ASCOFAME. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Bogotá: Editorial Carrera Séptima.
7. Urbach D, Stukel T. (2005). Rate of elective cholecystectomy and the incidence of severe gallstone disease. *CMAJ*; 172:1015-9
8. Mayumi, T., Okamoto, K., Takada, T., Strasberg, S. M., Solomkin, J. S., Schlossberg, D., Miura, F. (2017). Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), 96–100.
9. López J., Iribarren O., Hermosilla R., Fuentes T., Astudillo E., López N. y González G. (2017). Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda. ¿Influye el tiempo de evolución?. *Revista Chilena de Cirugía*, 69(2), 129-134.
10. Fuentes I, López T, Papuzinski A, Zúniga C. (2011). Colecistectomía laparoscópica temprana y tardía por colecistitis aguda. Relación en la estadía hospitalaria. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Chile. *Rev. ANACEM*. 2013; 7:60-3.