



TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA ALITIASICA

AUTORES: INTERNO. IVETTE CARRASCO MORENO

PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ

DEPTO DE CIRUGIA SUR

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción

La colecistitis aguda acalculosa (CAA) es una patología producida por la inflamación de la vesícula biliar sin formación de cálculos. Se estima que representa el 10% de todos los casos de colecistitis aguda y que ocurre en el 0.2-0.4% del total de pacientes en estado crítico. Se asocia a mayor morbilidad y mortalidad que la colecistitis aguda calculosa (CAC) (1,2)

La patogenia es multifactorial, se desarrolla principalmente por estasis biliar y/o isquemia de la pared vesicular. Dentro de las enfermedades asociadas a la CAA están los accidentes cerebro vasculares, los ataques cardíacos, las quemaduras graves, los traumatismos, las cirugías mayores y el uso prolongado de nutrición parenteral (3). También se asocia a patologías como diabetes mellitus, vasculitis, insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedad renal crónica (2)

Clínicamente, la CAA en pacientes ambulatorios es un cuadro semejante a la CAC, caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, fiebre y signo de Murphy positivo. No obstante, en pacientes graves los síntomas pueden ser inespecíficos como cambios en el estado de conciencia, empeoramiento del curso clínico o sepsis. La sospecha diagnóstica es esencial en estos pacientes, puesto que la progresión de CAA a procesos de gangrena y perforación puede ser rápida (2).

La ecografía suele ser el examen de primera aproximación a estos pacientes, confirmando el diagnóstico una vesícula biliar distendida, paredes engrosadas e inflamación sin cálculos. La tomografía computarizada tiene una sensibilidad similar a la ecografía, pero con menor especificidad (3).

En el manejo de la CCA, uno de los pilares es el tratamiento antibiótico que debe iniciarse lo más precoz posible, con cobertura a entero bacterias entre ellos gram negativos y anaerobios(2,3)

El manejo tradicional de esta patología ha sido la colecistectomía (CE), ya sea por técnica abierta o laparoscópica. Dentro de las opciones la colecistectomía percutánea (CP) es la más utilizada para el drenaje de la vesícula biliar, especialmente en pacientes con malas condiciones basales. Un porcentaje de estos pacientes, manejados con CP, no requieren colecistectomía posterior, por lo que podría ser una alternativa al manejo definitivo, aunque en otros estudios la consideran como una terapia puente (1,3). La Guía Tokio 2018 recomienda “si se considera que un paciente es capaz de soportar la cirugía por CE, proponemos una cirugía temprana independientemente de cuánto tiempo haya pasado exactamente desde el inicio”, sin embargo, no hace distinción entre CAA y CAC (4).

Existe debate sobre el manejo óptimo de esta patología y bajo este contexto, la presente revisión tiene como objetivo revisar evidencia científica sobre las alternativas de tratamiento quirúrgicas de la colecistitis aguda alitiásica.

Materiales y método

Se ha realizado una revisión sistemática sobre la evidencia de las alternativas de tratamiento de la colecistitis aguda alitiásica. Para lo cual se han revisado de forma virtual e individual, trabajos publicados entre 2013 y 2022 en inglés o español, utilizando como base de datos Pubmed, Cochare Library, Scielo, entre otras.

Para la búsqueda se utilizó como palabras claves: “Colecistitis aguda alitiásica”, “Colecistitis aguda alitiásica + diagnóstico” y “Colecistitis aguda alitiásica + tratamiento”.

El material bibliográfico considerado fue el relativo a artículos de revisión sobre estudios clínicos.

Resultados:

Se seleccionaron 7 artículos para su revisión, tomando en cuenta el tipo de publicación (incluyendo revisiones sistemáticas, estudios clínicos y excluyendo casos clínicos). No se identificaron estudios nacionales con este método y criterios de búsqueda.

COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA y COLECISTECTOMÍA

Los estudios concuerdan que dentro del tratamiento inicial la antibioterapia es un pilar fundamental, independiente del manejo quirúrgico posterior (2,3,5), Además, se postula como principales alternativas de tratamiento la CP y CE, ya sea como terapia única o de forma complementaria. Existe concordancia entre los estudios, que la pancreatografía retrógrada endoscópica no ha tenido buenos resultados.

Como primera aproximación los pacientes sometidos a CP presentan un estado preoperatorio de mayor gravedad y riesgo quirúrgico más alto, en comparación con aquellos manejados con CE (2).

Un artículo comparó los resultados de la colecistectomía laparoscópica de emergencia en pacientes con CAA y CAC, en un acohorte de pacientes sin contraindicación quirúrgica, sin diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a reintervención, estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad, aún cuando como se señaló anteriormente, los pacientes con CAA presentaron peores condiciones preoperatorias (6).

Por otro lado, en pacientes graves con CAA hay mejores resultados con CP en cuanto a morbilidad, ingreso a unidad de cuidados intensivos, estancia hospitalaria y costos (7). Una revisión retrospectiva, en paciente con CAA manejados únicamente con CP, tuvo una tasa de éxito 72% y una tasa de recurrencia tras la retirada del drenaje del 2.3%(3,8)

En cuanto a las tasas de mortalidad, los artículos que comparan ambas técnicas evidencian tasas de mortalidad 10-26% para CP y 0-12% para CE (2,7).

Con respecto a las complicaciones postoperatorias y la necesidad de reintervención por fracaso terapéutico no se encontraron extrapolables.

En los últimos años, surge como una nueva alternativa la colocación endoscópica de un stent metálico puesto en la luz biliar (LAMS, por sus siglas en inglés) a través del tracto gastrointestinal hacia la vesícula biliar con un endoscopio de ultrasonido, sin embargo, los estudios realizados cuentan con un bajo número de pacientes con CAA(3).

Discusión:

La terapia antibiótica no reemplaza al manejo quirúrgico definitivo, sin embargo, debe ser administrada de forma precoz.

Históricamente la colecistectomía es el manejo de elección de pacientes con CAA. En el último tiempo se ha introducido el drenaje por colecistostomía percutánea como una alternativa válida, especialmente en pacientes graves con alto riesgo quirúrgico. Los resultados muestran que es una estrategia segura y eficaz. Incluso puede ser el tratamiento definitivo en un significativo número de pacientes, dada la baja tasa de recurrencia, siendo discutible la necesidad de una CE posterior. Lo que no debe estar exento, de un seguimiento ecográfico posterior (2,5).

Dentro de las limitaciones de esta revisión, los resultados en cuanto a mortalidad representan dificultades en su interpretación, dada las condiciones preoperatorias de los pacientes sometidos a CP de los artículos revisados. Sumado a la falta de estudios nacionales que permitan un análisis de la situación local.

Por último, como una nueva arista a investigar en cuanto al manejo de la CAA, surge el drenaje de la vesícula biliar guiado por ultrasonido endoscópico con LAMS.

Referencias:

1. Chen, B. Q., Chen, G. D., Xie, F., Li, X., Mao, X., & Jia, B. (2021). Percutaneous cholecystostomy as a definitive treatment for moderate and severe acute acalculous cholecystitis: a retrospective observational study. *BMC surgery*, 21(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01411-z>
2. Soria Aledo V, Galindo Iñiguez L, Flores Funes D, Carrasco Prats M, Aguayo Albasini JL. Is cholecystectomy the treatment of choice for acute acalculous cholecystitis? A systematic review of the literature. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017 Oct;109(10):708-718. doi: 10.17235/reed.2017.4902/2017. PMID: 28776380
3. Balmadrid B. Recent advances in management of acalculous cholecystitis [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research* 2018, 7(F1000 FacultyRev):1660 (<https://doi.org/10.12688/f1000research.14886.1>)
4. Okamoto, K., Suzuki, K., Takada, T., Strasberg, SM, Asbun, HJ, Endo, I., Iwashita, Y., Hibi, T., Pitt, HA, Umezawa, A., Asai, K., Han, H.-S., Hwang, T.-L., Mori, Y., Yoon, Y.-S., Huang, WS-W., Belli, G., Dervenis, C., Yokoe, M., Kiriya, S., Itoi, T., Jagannath, P., Garden, OJ, Miura, F., Nakamura, M., Horiguchi, A., Wakabayashi, G., Cherqui, D., de Santibañes, E., Shikata, S., Noguchi, Y., Ukai, T., Higuchi, R., Wada, K., Honda, G., Supe, AN, Yoshida, M., Mayumi, T., Gouma, DJ, Deziel, DJ, Liau, K.-H., Chen, M.-F., Shiao, K., Liu, K.-H., Su, C.-H., Chan, ACW, Yoon, D. -S., Choi, I.-S., Jonas, E., Chen, X.-P., Fan, ST, Ker, C.-G., Giménez, ME, Kitano, S., Inomata, M., Hirata, K., Inui, K., Sumiyama, Y. y Yamamoto, M. (2018), Directrices de Tokio 2018: diagrama de flujo para el tratamiento de la colecistitis aguda. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 25: 55-72. <https://doi.org/10.1002/jhbp.516>
5. Calle Jara, E. F., Idrovo Campoverde, P. J., Peralta Sánchez, A. G., Bermeo León, K. J., & Quilli Guamán, J. J. (2022). Colecistitis Aguda Alitiásica. *RECIMUNDO*, 6(2), 520-526. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.520-526](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.520-526) CALLE JARA, E. F., IDROVO CAMPOVERDE, P. J., PERALTA SÁNCHEZ, A. G., BERMEO LEÓN, K. J., & QUILLI GUA-MÁN, J. J..
6. Ueno, D., Nakashima, H., Higashida, M. et al. Revisión de la colecistectomía laparoscópica emergente para la colecistitis aguda alitiásica. *Surg Today* 46, 309–312 (2016).
7. Simorov A, Ranade A, Parcels J, Shaligram A, Shostrom V, Boilesen E, Goede M, Oleynikov D. Emergent cholecystostomy is superior to open cholecystectomy in extremely ill patients with acalculous cholecystitis: a large multicenter outcome study. *Am J Surg*. 2013 Dec;206(6):935-40; discussion 940-1. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.08.019. Epub 2013 Oct 8. PMID: 24112675.
8. Noh SY, Gwon DI, Ko GY, Yoon HK, Sung KB. Role of percutaneous cholecystostomy for acute acalculous cholecystitis: clinical outcomes of 271 patients. *Eur Radiol*. 2018 Apr;28(4):1449-1455. doi: 10.1007/s00330-017-5112-5. Epub 2017 Nov 7. PMID: 29116391