

Litiasis vesicular

Definición

La litiasis biliar se define como la presencia de cálculos en algún lugar de la vía biliar que puede ocasionar problemas obstructivos. Constituye uno de los trastornos del aparato digestivo que con más frecuencia se atienden en atención primaria, siendo la colecistectomía la intervención quirúrgica más habitual.

Etiología

Los cálculos biliares habitualmente están formados por una mezcla de colesterol, bilirrubinato cálcico, proteínas y mucina. En función de sus compuestos predominantes se clasifican en:

- Cálculos de colesterol: son los más frecuentes en los países industrializados. La litiasis de colesterol comprende el 75 % de las litiasis biliares. Es más frecuente en las mujeres, probablemente por el papel que juegan las hormonas femeninas en la motilidad de la vesícula biliar. La edad, obesidad y el número de gestaciones también se han relacionado con una mayor frecuencia de la enfermedad. Los familiares de primer grado de pacientes litíasicos tienen el doble de riesgo de padecer litiasis. El uso de anticonceptivos orales, el aumento de los niveles séricos de triglicéridos y los niveles bajos de colesterol HDL, así como la existencia de enfermedad de Crohn y las resecciones ileales y la diabetes, también han sido relacionados con la aparición de la enfermedad.
- Cálculos de pigmento negro, formados fundamentalmente de bilirrubinato cálcico a partir de la hemólisis.
- Cálculos de pigmento marrón: se forman a partir de infecciones bacterianas o helmínticas en el sistema biliar y que son frecuentes en poblaciones orientales.
- Cálculos mixtos: constan fundamentalmente de pequeñas cantidades de calcio y sales de bilirrubinato.

Fisiopatología

Existen tres condiciones fundamentales que favorecen la formación de la litiasis, a saber: supersaturación con colesterol, defectos en la nucleación e hipomotilidad vesicular. Adicionalmente, pueden concurrir otros factores genéticos relacionados con la lecitina, las prostaglandinas y el moco; las

alteraciones en el líquido y transporte de los electrolitos también han sido incriminados.

- **Supersaturación de colesterol.** El colesterol y la lecitina secretados por los hepatocitos irrumpen en la bilis en forma de vesículas. El movimiento de las sales biliares en el espacio canalicular es parcialmente independiente del fenómeno anterior y su secreción obedece a un gradiente electroquímico relacionado con el transporte de las proteínas. La supersaturación de colesterol en la bilis ocurre cuando hay hipersecreción de colesterol en normalidad de secreción de las sales biliares o normalidad del colesterol con hiposecreción de las sales.
- **Defecto en la nucleación.** La supersaturación de colesterol es importante en la formación de los cálculos; sin embargo, individuos normales tienen con frecuencia bilis vesicular supersaturada. En paciente con cálculos la nucleación ocurre en pocos días en tanto que en los controles tarda de una a dos semanas o no aparece. En esta diferencia están involucrados mecanismos moleculares que explican este proceso cinético importante.
- **Alteraciones en el fluido y en el transporte de los electrolitos.** Un aumento en la concentración del calcio biliar se ha observado en pacientes con cálculos de colesterol comparándolos con controles con obesidad mórbida. Se requieren estudios adicionales para descubrir la llave molecular que explique los defectos en el transporte iónico para atender la existencia de vesículas litogénicas.

Estadios clínicos

Hasta un 60% de los pacientes con litiasis biliar pueden mantenerse asintomáticos; se trata pues de una enfermedad fundamentalmente asintomática, que sólo en ocasiones se manifiesta clínicamente. La litiasis biliar asintomática es un proceso benigno con una incidencia muy baja de complicaciones y nula mortalidad.

En general, la presentación clínica de la enfermedad es en forma de dolor biliar, siendo mucho más raro que se manifieste por alguna complicación grave como colecistitis o pancreatitis. El único síntoma característico de la litiasis biliar no complicada es el denominado cólico biliar aunque sería más correcto llamarlo dolor biliar, definido por un dolor no estrictamente cólico, sino a oleadas, que dura menos de 6 horas, cede espontáneamente o con

fármacos espasmolíticos y no deja secuelas. Está originado por la localización transitoria de un cálculo en la bolsa de Hartman o en el conducto cístico, lo que determina que aumente la presión intravesicular y que se produzca la distensión de sus paredes. La expulsión del cálculo a través del conducto cístico o, más frecuentemente, su regreso a la luz vesicular suelen ir seguidos del alivio del dolor.

El dolor frecuentemente se localiza en el hipocondrio derecho, pero puede hacerlo también en el mesogastrio o en el hipocondrio izquierdo. En más de un tercio de los pacientes, el dolor se irradia a la espalda, frecuentemente a la escápula/hombro derecho. Habitualmente el dolor se presenta en forma brusca, sin ningún tipo de molestia previa. Muchos pacientes refieren su aparición tras la ingesta de comidas copiosas y abundantes en grasas, aunque también es frecuente su presentación durante las últimas horas del día y primeras de la madrugada, sin que medie ningún factor desencadenante. Si el dolor se acompaña de vómitos, éstos suceden al comienzo y no alivian el cuadro. Una característica importante del dolor biliar es su tendencia a la recidiva, si bien la frecuencia de ésta es muy variable, pudiendo oscilar el período libre de dolor desde unos pocos días, hasta meses, o incluso años. La presencia de defensa muscular abdominal, fiebre, coluria o ictericia, así como un dolor que se prolonga más de 6 horas, debe hacer pensar en una complicación.

Diagnostico

Los cálculos de la vesícula biliar se descubren en una ecografía realizada por molestias digestivas o son un hallazgo casual en una ecografía efectuada por otras razones. Para ver los cálculos en la vía biliar (colédoco), además de la ecografía, se utilizan otros métodos radiológicos (resonancia magnética), endoscópicos (endoscopia de la vía biliar y del páncreas, conocida por las siglas CPRE) o una ecografía interior (ecografía endoscópica).

La ecografía es la prueba más útil para determinar la presencia de litiasis biliar. En la ecografía los cálculos se muestran como áreas hiperecogénicas rodeadas de bilis que se acompañan de una sombra sónica posterior y se desplazan con los cambios de movimientos del paciente, por lo que el diagnóstico de la litiasis vesicular es seguro. Sólo un 15-20 % de los cálculos biliares son radiopacos y pueden detectarse con radiología simple. Sin

embargo, la sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico de colelitiasis es de un 95-97 %, siendo capaz de detectar cálculos mayores de 3 mm, con independencia de que sean o no radiopacos. Presenta una eficacia diagnóstica superior al 90% y prácticamente sin falsos positivos que se evitan con cambios de la angulación del transductor y/o de la postura del enfermo. Los falsos negativos aparecen en cálculos muy pequeños, o cuando coexiste una colecistitis crónica escleroatrófica con una pared vesicular engrosada e irregular asociada a poca cantidad de bilis o están situados en el cístico.

Aunque no existen estudios de laboratorio específicos para el diagnóstico de la litiasis vesicular, la solicitud de una bioquímica de función hepática, amilasa, hemograma y análisis de orina pueden ayudar a descartar otros procesos.

Tratamiento

Los cálculos de la vesícula, si son asintomáticos, no requieren tratamiento, pues la posibilidad que se desarrollen síntomas es baja.

Si se ha producido cólico biliar, se denomina litiasis biliar sintomática no complicada. En el momento agudo, el dolor suele ceder con la toma de un espasmolítico.

El tratamiento definitivo, si se sufre un cólico biliar típico, es la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía). Habitualmente hoy en día se hace mediante laparoscopia, cirugía que no deja cicatriz en el abdomen y tiene una recuperación más rápida. Si ha habido complicaciones, como las enumeradas más arriba (colecistitis, colédocolitiasis, colangitis y pancreatitis biliar), por lo general se requiere ingreso hospitalario, con dieta, sueros y antibióticos. Si se diagnostican piedras en el colédoco (coledocolitiasis) se puede intentar su extracción por endoscopia (CPRE). Este mismo procedimiento es por lo general útil en el tratamiento de las complicaciones.