

Litiasis vesicular

La vesícula biliar es un órgano en forma de saco ovalado cuya función es almacenar y concentrar bilis la que posteriormente pasa por el conducto cístico hacia la vía biliar principal y luego a la segunda porción del duodeno. Mide entre 7 a 10 cm de largo y puede almacenar entre 30-50 ml de bilis, con la capacidad de contener hasta 300 ml cuando se produce algún tipo de obstrucción en el tracto de salida. Se denomina colelitiasis a la presencia de cálculos al interior de la vesícula biliar. La teoría más aceptada en la génesis de esta patología es el exceso de colesterol biliar

1. Síntomas: el dolor abdominal agudo y paroxístico (cólico biliar) es el principal síntoma clínico. Aparece con frecuencia pasadas 1-3 h después de la ingesta de alimentos grasos. Es la consecuencia del aumento de la presión en la vesícula biliar al no poder drenarse la bilis debido al conducto cístico obstruido por un cálculo. El dolor se localiza en el hipocondrio derecho o en el epigastrio, puede irradiarse a la escápula derecha, suele durar >30 min, pero <5 h y cede paulatinamente. Se acompaña de náuseas y vómitos, pirosis, molestias en el epigastrio después de consumir alimentos grasos, distensión abdominal. Un dolor que se mantiene >5 h, asociado a fiebre y escalofríos, puede indicar una colecistitis, una colangitis o una pancreatitis de origen biliar.
2. Signos: durante la crisis del cólico biliar con frecuencia se observa dolor a palpación en la región subcostal derecha, puede presentarse el signo de Chelmonski (dolor al percutir la región subcostal derecha), y/o el signo de Murphy (este es más característico en caso de colecistitis).

Exploraciones complementarias

1. Pruebas de imagen. Ecografía: efectividad diagnóstica >95 %; muestra cálculos (imágenes de tamaño diverso que dejan sombra acústica y que cambian de posición en la vesícula biliar al movilizar al paciente), permite evaluar el aumento de la vesícula biliar, la dilatación de las vías biliares intra- y extrahepáticas, además de los órganos vecinos. El cálculo puede confundirse con un pólipo (este último no es móvil y no produce sombra acústica) y con barro biliar (arena biliar, es decir cristales de colesterol; no deja sombra acústica, pero cambia de posición al movilizar al paciente). Ecoendoscopia y/o RMN: pueden realizarse cuando se presentan síntomas típicos y la ecografía no muestra litiasis. La radiografía panorámica de la cavidad abdominal: no se realiza en casos de sospecha

de litiasis, si bien se pueden evidenciar cálculos calcificados (<20 % de los enfermos).

2. Pruebas de laboratorio: en la colelitiasis no complicada no se observan anormalidades.

Criterios diagnósticos

Típica imagen de cálculos vesiculares en la ecografía.

En pacientes con colelitiasis sintomática candidatos a tratamiento quirúrgico y bajo riesgo de litiasis de las vías biliares con vía biliar fina en la ecografía, no hay indicación para realizar pruebas diagnósticas adicionales. En pacientes con antecedentes de pancreatitis aguda, >55 años y en los que presentan incremento de la actividad de los ALT, AST y ALP, está indicada la realización de ecoendoscopia o CPRM antes de la intervención quirúrgica. Si se confirma la presencia de litiasis de las vías biliares, se debe considerar la realización de la CPRE con evacuación de los cálculos antes de una intervención quirúrgica planificada o la realización de colangiografía intraoperatoria.

Indicado en la colelitiasis sintomática y en sus complicaciones.

En pacientes asintomáticos la colecistectomía está indicada en casos de aumento del riesgo de cáncer de vesícula biliar:

- 1) Vesícula en porcelana (sobre todo cuando la calcificación de las paredes es irregular)
- 2) Pólipos de la vesícula biliar: de >1 cm, o de 6-10 mm, si están aumentando de tamaño y en la vesícula se presencian cólicos biliares, o independientemente del tamaño en pacientes con colangitis esclerosante primaria.

1. Colecistectomía laparoscópica: método de elección. Contraindicaciones: múltiples cicatrices de cirugías previas, peritonitis difusa. ~5 % de los pacientes intervenidos mediante laparoscopia precisa conversión a laparotomía. En pacientes con litiasis vesicular y de vías biliares se debe considerar la realización de la CPRE con esfinterotomía endoscópica y extracción de los cálculos de las vías biliares antes de la cirugía

laparoscópica planificada o la realización de colangiografía intraoperatoria (CIO) con extracción.

2. Colecistectomía abierta: indicada en pacientes con contraindicaciones para el procedimiento laparoscópico.

Tratamiento farmacológico

El ácido ursodesoxicólico administrado VO puede causar disolución de cálculos biliares (los mejores resultados se dan en enfermos con cálculos pequeños [5-10 mm] y no calcificados). No se recomienda administrar el ácido ursodesoxicólico en el tratamiento de la colelitiasis, debido a la alta frecuencia de recurrencias. No obstante, puede utilizarse en algunos casos de manera profiláctica (en casos de una rápida pérdida de peso, p. ej. Después de una cirugía bariátrica, hasta llegar a la estabilización del peso corporal).