

Litiasis vesicular indicación del tratamiento quirúrgico. Nuevos criterios.

HOSPITAL UNIVERSITARIO COMANDANTE " FAUSTINO PÉREZ"
Litiasis vesicular indicación del tratamiento quirúrgico. Nuevos criterios.
Gallstones surgical treatment indication. New criteria

AUTORES:

Dr. Oscar García Rodríguez (1)
Dr. Jorge Páez Nápoles (2)
Dr. José Antonio Valle Suárez(3)
Dr. Ernesto Hernández Valdés (2)

- (1) Especialista 2do Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar
- (2) Especialista 1er Grado en Cirugía General.
- (3) Especialista 2do Grado en Cirugía General. Profesor Instructor

RESUMEN

La litiasis vesicular es una de las afecciones más frecuentes en nuestra población. En los últimos 5 años ha cambiado drásticamente la indicación del tratamiento quirúrgico, ya que la litiasis vesicular asintomática, que es con mucho la más frecuente, ya no se considera tributaria de tratamiento. También se ha considerado como síntoma "el cólico biliar" y no la dispepsia y otros síntomas inespecíficos que no son dependientes de esta afección. Hicimos una revisión y traducción de los textos de última edición de las especialidades relacionadas con tan importante entidad, presentando un resumen de lo que cada uno aporta a este tema.

DESCRIPTORES(DeCS):

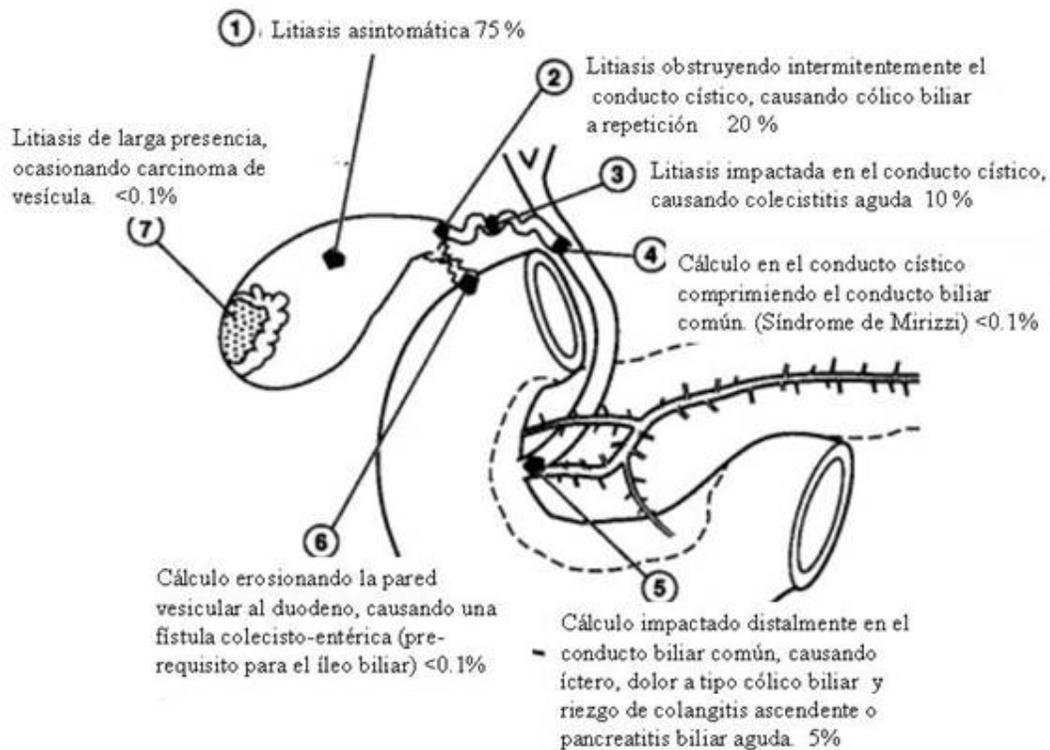
LITIASIS/cirugía
VESÍCULA/cirugía
COLECISTITIS/cirugía
COLELITIASIS/cirugía
COLELITIASIS/diagnóstico
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

La transición del siglo XX al XXI ha venido aparejada de importantes avances tecnológicos que han ido influyendo rápidamente en una más eficaz elaboración de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que nos obligan a una actualización frecuente de conocimientos, que nos permitan aprovechar lo antes posible los logros obtenidos en bien de nuestros pacientes. No todo lo que aparece como nuevo, a la larga resulta definitivamente útil, por eso hemos decidido revisar a partir de textos básicos, y no de las revistas de última hora, lo relacionado con el tema que nos ocupa que es "El tratamiento de la litiasis vesicular". (1)

DISCUSIÓN:

GASTROENTEROLOGÍA.



Esta es una descripción esquemática de las complicaciones de la litiasis vesicular. Los porcentajes (%) aproximan la frecuencia de las complicaciones que ocurren en los pacientes no tratados, basado en los datos de la historia natural. Como se muestra, el resultado más frecuente es para los cálculos que quedan como asintomáticos a lo largo de la vida. Los cólicos biliares, la colecistitis aguda, y la colangitis son las complicaciones más comunes, y el Síndrome de Mirizzi, la fístula colecistoentérica, y el cáncer de vesícula son relativamente raros. (El total de los porcentajes son >100% porque los pacientes con colecistitis aguda generalmente tienen primero episodios de cólicos biliares.)

Litiasis Vesicular Síntomas.

Dolor visceral severo, pobremente localizado al epigastrio o al cuadrante superior derecho, de intensidad creciente durante unos 15 minutos y permaneciendo constante por 1-6 horas, a menudo con náuseas. La frecuencia de ataques varía desde días hasta meses.(2)

Los gases, la hinchazón, la flatulencia, la dispepsia, no están relacionados con la litiasis.

Historia Natural

Después del ataque inicial, un 30 % de los pacientes no volverán a presentar síntomas

El 70 % restante, desarrollarán síntomas a razón de un 6% anual y severas complicaciones a razón de 1 % anual.

Tratamiento

La litiasis vesicular sintomática debe ser sometida a una colecistectomía laparoscópica con colangiografía transoperatoria. La CPRE está indicada para remover los cálculos coledocianos. En esencia, los cálculos vesiculares pueden causar síntomas por solo dos mecanismos: obstruyendo el conducto cístico o el conducto biliar común, o raramente migrando a través de la pared vesicular. Una vez más enfatizaremos que la mayoría de las litiasis vesiculares nunca causan síntomas, y que el descubrimiento puramente incidental de colelitiasis raramente requiere intervención específica. Posible excepción de esta dictamen general incluyen los que siguen:

- Pacientes siclémicos jóvenes con litiasis de diagnóstico incidental en quienes una crisis de dolor abdominal dificulte distinguirlo de un cólico biliar o de una colecistitis aguda.
- Mujer joven con ancestros de indio americano con litiasis incidental en las cuales una colecistectomía profiláctica prevendría la complicación a largo plazo del cáncer vesicular.
- Todo paciente con vesícula calcificada (vesícula en porcelana) es aceptable el riesgo quirúrgico con el propósito de prevenir el carcinoma de vesícula como complicación tardía.
- Paciente con litiasis vesicular incidental en quien se planee una prolongada travesía espacial u otra misión de similar característica.

CIRUGÍA GENERAL

Historia Natural de la Litiasis Vesicular (2)

Una vez presente la litiasis vesicular, permanecerá silente (asintomática) o puede producir cólicos biliares por obstrucción del conducto cístico. Otras complicaciones relacionadas con la litiasis vesicular incluyen la colecistitis aguda, coledocolitiasis con o sin colangitis, pancreatitis biliar, ilio biliar e incluso el carcinoma de vesícula. La prevalencia de la litiasis está relacionada con numerosos factores, que incluyen edad, sexo y antecedentes étnicos. La litiasis vesicular es común, siendo frecuentemente identificada en las laparotomías, ultrasonografías, o con otros estudios radiológicos en pacientes sin síntomas típicos de las enfermedades del tractus biliar. Varios estudios han examinado la posibilidad de desarrollar cólicos biliares, de desarrollar complicaciones más significantes de la enfermedad litiásica vesicular, o de ser sometido a colecistectomía. Aproximadamente 1 a 2 % de los individuos asintomáticos con litiasis vesicular, experimentan serios síntomas o complicaciones relacionadas con su litiasis vesicular por año, y un porcentaje similar requiere colecistectomía. Alrededor de un período de 20 años, dos tercios de los pacientes asintomáticos con litiasis vesicular se mantienen libres de síntomas. La mayoría de los cálculos permanecen inmóviles, la minoría tiende a desarrollar síntomas. Los pacientes con síntomas moderados (dolor intermitente en el cuadrante superior derecho) tienen riesgo más alto de desarrollar complicaciones relacionadas con la litiasis vesicular que los pacientes con litiasis vesicular asintomática. Aproximadamente 1 a 3 % de los menos sintomáticos experimentan complicaciones relacionadas con la litiasis vesicular por año, y al menos 6 a 8 % requieren colecistectomía para manejar esos síntomas. En general a medida que la magnitud de los síntomas relacionados con la litiasis vesicular se incrementan, así

estos síntomas recurrirán o persistirán. Los pacientes que presentan continuados episodios de cólicos biliares, presentaran en un 70 % nuevos episodios en el año siguiente.

Colecistitis crónica calculosa

Patogenia

El término colecistitis crónica implica un continuo o recurrente proceso inflamatorio relacionado con la vesícula biliar. En la mayoría de los pacientes (>90%), la litiasis vesicular es la causa de los episodios recurrentes de obstrucción, manifestados como dolor biliar o cólico. Con el tiempo, estos ataques recurrentes conducen a una vesícula lesionada y no funcionante. Histopatológicamente, la colecistitis crónica se caracteriza por un incremento fibroso subepitelial y submucoso y un infiltrado de células mononucleares.(3)

Presentación Clínica

El primer síntoma asociado con colecistitis crónica o colelitiasis sintomática es el dolor a menudo etiquetado como cólico biliar . El término cólico biliar es inadecuado y sugiere que el dolor relacionado con los cálculos biliares es intermitente y espasmódico como otro dolor cólico. Sin embargo, este patrón raramente es el caso. La obstrucción del conducto cístico causa un incremento progresivo en tensión de las paredes de la vesícula, ocasionando un dolor constante en la mayoría de los pacientes. El dolor está usualmente localizado en el cuadrante superior derecho y/o en el epigastrio y frecuentemente irradiado al lado derecho superior de la espalda, escápula derecha o entre las escápulas. La intensidad del dolor es a menudo severo ocasionando que el paciente busque inmediata atención médica en el primer episodio. Clásicamente, el dolor del cólico biliar ocurre después de la ingestión de alimentos grasos, aunque esto no ocurre en muchos casos. La asociación con alimentos está presente en sólo el 50% de los pacientes, y en estos pacientes el dolor ocurre después de una hora de haber comido. En el resto de los pacientes, el dolor no está temporalmente relacionado con los alimentos y a menudo comienzan ya en la noche a la hora de dormir. La duración del dolor típicamente es entre 1 y 5 horas. El ataque raramente persiste más de 24 horas y menos de una hora. Un dolor de más de 24 horas sugiere que una inflamación o colecistitis está presente. El ataque es a menudo lo suficiente continuo y severo como para ser recordado y poder enumerarlos. Los episodios de cólicos biliares son usualmente menos frecuentes que un episodio por semana. Otros síntomas, como náuseas y vómitos, a menudo acompañan cada episodio (60 a 70% de los casos). Inflamación y eructos están también presentes en 50% de los pacientes. Fiebre e ictericia ocurren menos frecuentemente con los simples cólicos biliares.El examen físico habitualmente es completamente normal en los pacientes con colecistitis crónica, particularmente si están libres de síntomas. Durante el episodio del cólico biliar, una sensibilidad dolorosa moderada puede encontrarse en el cuadrante superior derecho. Los hallazgos de laboratorio, como bilirrubina sérica, transaminasas, fosfatasa alcalina, son generalmente normales en los pacientes no complicados.

Diagnóstico

El diagnóstico de la colelitiasis sintomática o colecistitis crónica calculosa requiere dos cosas: (1) dolor abdominal consistente en el cólico biliar y (2) la presencia de cálculos biliares. La presencia de síntomas (generalmente dolor) atribuible a la vesícula es necesario para considerar algún tratamiento para los cálculos vesiculares. En los pacientes sin síntomas (aproximadamente dos tercios de los

pacientes con cálculos en la vesícula), los síntomas se desarrollan con una probabilidad baja y las complicaciones de la litiasis vesicular se presentan con una probabilidad aún más baja. En la mayoría de los casos, el tratamiento no es necesario en estos casos de pacientes asintomáticos. En los pacientes sin los episodios de cólicos biliares característicos, otros diagnósticos deben ser valorados. Otros diagnósticos que causan dolor abdominal agudo en la zona superior incluyen la enfermedad de reflujo gastroesofágico, la pancreatitis aguda, la enfermedad ulcerosa péptica, y el síndrome de intestino irritable. Posteriores estudios para excluir estas posibilidades deben ser realizados en los pacientes con cálculos vesiculares y síntomas atípicos. La presencia de cálculos debe ser también confirmada. El ultrasonido es muy sensitivo (95% a 98%) para documentar la presencia de cálculos vesiculares y además puede diagnosticar la presencia de pólipos, diámetro del conducto biliar principal, y otras anomalías del parénquima hepático. Los cálculos vesiculares son ocasionalmente identificados en las radiografías (15%) o en las TAC (50%) pues los cálculos vesiculares suelen tener suficiente contenido de calcio como para ser visualizados.

Tratamiento

El tratamiento de elección para los pacientes con cálculos vesiculares sintomáticos es la colecistectomía laparoscópica electiva. La morbilidad y la mortalidad de la colecistectomía laparoscópica son similares en las grandes series a la de aquellos pacientes que son sometidos a colecistectomía abierta por litiasis vesicular. La mortalidad para ambos procesos es aproximadamente de 0.1%, siendo la complicación cardiovascular la causa más frecuente de muerte. La complicación más importante después de la colecistectomía laparoscópica es la lesión de las vías biliares. En general, las complicaciones ocurren en menos del 10% de los pacientes. Las conversiones a cirugía abierta es necesaria en menos del 5% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por colecistitis crónica. Las posibilidades de conversión aumentan con la edad, la obesidad y el sexo masculino. Los resultados a largo plazo con la colecistectomía laparoscópica en los pacientes apropiadamente seleccionados con colecistitis crónica son excelentes. Cerca del 90% de los pacientes con cólicos biliares típicos están libres de síntomas después de la colecistectomía. Los pacientes con síntomas atípicos o dispepsia sin dolor (intolerancia a los alimentos grasos, flatulencia, eructos o hinchazón), los resultados a largo plazo son menos exitosos.

MEDICINA INTERNA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La enfermedad litiasica vesicular se puede dividir conceptualmente en cuatro estados. En el primer estado ("litogénesis"), no existen ni pequeñas litiasis aún formadas, pero las condiciones necesarias para su formación (bilis sobresaturada con colesterol, nucleación y crecimiento rápido de cristales, mucus y éstasis vesicular) están presentes. La identificación de estos pacientes de alto riesgo de litiasis vesicular en estos primeros estadios puede ser necesaria pudiendo ser seleccionados para una terapia preventiva. Un segundo estado, comprende los que la litiasis vesicular ya está presente pero es aún asintomática. Numerosos estudios epidemiológicos han mostrado que la mayoría de las litiasis asintomáticas pueden permanecer así por décadas. La presencia de síntomas conforman el tercer estadio en la enfermedad de la litiasis vesicular. El complejo sintomático típico de la litiasis vesicular está encabezado por el cólico biliar. El cólico biliar es el resultado de una creciente tensión sobre la pared vesicular y/o de los conductos biliares debido al impacto de un cálculo en el conducto cístico o distalmente en el conducto biliar común. Se caracteriza por dolor severo en epigastrio o cuadrante superior derecho,

en ocasiones irradiado a la espalda o a la escápula, y que permanece en los casos típicos por más de 30 minutos. Este dolor no se quita con los cambios de posición y a menudo lleva al paciente a buscar ayuda médica de urgencia. Los cólicos biliares están frecuentemente asociados con náuseas y vómitos. El cólico biliar es el tipo de dolor que está consistentemente ligado con los cálculos vesiculares, según han mostrado estudios prospectivos importantes, la presencia de síntomas no específicos tales como molestias abdominales vagas, hinchazón y flatulencia en pacientes con litiasis vesicular son tan frecuentes como en los pacientes sin esta afección. El examen del abdomen durante un ataque de cólico biliar, usualmente muestra sensibilidad elevada en el cuadrante superior derecho sin evidencias de peritonitis y el paciente se muestra afebril. Una transitoria elevación de la bilirrubina, la fosfatasa alcalina, y la aspartato-alanina aminotransferasa puede ocasionalmente observarse. En los pacientes que han tenido al menos un ataque de cólico biliar, alrededor de las dos terceras partes experimentarán nuevos ataques en el transcurso de los siguientes 2 años, y el cólico biliar entonces generalmente es indicación de la colecistectomía. El cuarto y más serio estadio de la enfermedad vesicular litiásica está marcada por la presencia de complicaciones. La colecistitis aguda (Inflamación de la vesícula biliar) se presenta como un ataque agudo y constante, profundo en el cuadrante superior derecho, fiebre, escalofríos, náuseas, y vómitos. El dolor abdominal se aumenta con la tos o los movimientos, estos síntomas son debidos a una peritonitis localizada al área de la vesícula biliar. Un hallazgo al examen físico que es característico de esta afección es el signo de Murphy, definido como una respuesta dolorosa de la vesícula al ser palpada en el examen del abdomen. Los pacientes con colecistitis desarrollan leucocitosis con marcada desviación izquierda, pero la bilirrubina y la fosfatasa alcalina generalmente no se mueven. En la mayoría de los casos la colecistitis es consecuencia de un cálculo impactado en el cuello de la vesícula. En alrededor del 10% de los casos no hay cálculos presentes. Tales casos de colecistitis alitiásica pueden resultar del impacto de mucus, barro o debido a isquemia o vasculitis, o debido a infección de la bilis de la vesícula biliar. Algunos casos son estériles, pero en la mayoría pueden cultivarse bacterias de la vesícula. El organismo usualmente presente es la escherichia coli y otros enterobacterias gram negativas. Si no se trata adecuadamente, la vesícula puede convertirse enfisematosa, desarrollando gangrena, y perforándose, llevando a la peritonitis y a los abscesos subfrénicos, y el shock séptico. Algunas veces las infecciones causadas por los organismos anaeróbicos productores de gas pueden producir colecistitis enfisematosa con aire en las paredes de la vesícula. La colecistitis aguda requiere hospitalización rápida. La antibioterapia frecuentemente controla la infección llevando a una operación electiva. Sin embargo, la colecistitis aguda debe ser considerada como una enfermedad quirúrgica que requiere un tratamiento quirúrgico tan rápido como pueda ser realizado de forma segura. (4)

Tratamiento de la litiasis vesicular

Ningún tratamiento es requerido para la litiasis asintomática debido a su baja probabilidad de convertirse en sintomática. Estudios longitudinales han mostrado que la conversión de litiasis asintomática en sintomática tienen lugar en una proporción no mayor del 1 al 2% por año, y el análisis riesgo beneficio indica que la cirugía para la litiasis asintomática causa más morbilidad que si no se realiza. Excepción para esta regla pueden ser las litiasis muy grandes (>3cm de diámetro) y las vesículas en porcelana, ambas han sido asociadas con un incremento en el riesgo de carcinoma de vesícula. Algunos expertos también recomendarían la colecistectomía profiláctica en la litiasis asintomática en pacientes con diabetes mellitus o lesiones de la médula espinal, en quienes las complicaciones como la colecistitis aguda puede ser más severa y peligrosa que en otros grupos. La litiasis vesicular sintomática se cura con la colecistectomía. La exéresis de la vesícula está indicada en todo caso de colecistitis aguda o en los pacientes sintomáticos en los

que no se observa la vesícula en la colecistografía oral. La colecistectomía laparoscópica es ahora la de preferencia debido a su corto tiempo de hospitalización y rápido restablecimiento. Lesiones serias de la vía biliar, a menudo necesitan cirugía reconstructiva, ocurre alrededor del 0.5% de los casos pero disminuye en frecuencia en la medida que el cirujano gana experiencia en la cirugía laparoscópica. La litiasis vesicular(4) puede ser encontrada en más del 10% de los individuos menores de 50 años y es uno de los más comunes desórdenes en el ser humano. Su incidencia aumenta según avanza la edad, y es aún más frecuente en los pacientes obesos, pacientes diabéticos y familia con historia de litiasis vesicular. Existe una influencia genética en la formación y crecimiento de los cálculos vesiculares de forma evidente, por que hay grupos (ej. Los indios americanos) que tienen un rango muy alto de formación de litiasis vesicular. La formación de litiasis vesicular está también asociada a la nutrición parenteral, rápida pérdida de peso, y las enfermedades ileales. La mayoría de las litiasis permanecen asintomáticas por largos periodos de tiempo y nunca causan enfermedad, pero algunas se convierten en sintomáticas y provocan severos ataques de dolor abdominal o llevan a serias complicaciones tales como la colecistitis, el íctero obstructivo, la pancreatitis, el íleo biliar, y la colangitis ascendente. Mas de 600,000 operaciones por litiasis vesicular sintomática se realizan en Estados Unidos de Norteamérica por año. La colecistectomía es el tratamiento de elección para la gran mayoría de estos pacientes. La colecistectomía laparoscópica es posible en 95% de los pacientes no complicados y el 60% a 90% en donde la enfermedad está más avanzada, dependiendo de la severidad de la inflamación y la fibrosis. Cuando se realiza colecistectomía laparoscópica disminuye la estadía hospitalaria y el tiempo de recuperación si lo comparamos con la cirugía abierta. Sin embargo otras modalidades, tales como el manejo endoscópico retrógrado de los cálculos del tractus biliar, las abordajes percutáneos del tractus biliar, la litotripsia y la disolución de los cálculos, juegan un papel importante en el tratamiento de pacientes seleccionados. El abordaje del tractus biliar enfermo requiere de un grupo de bien entrenados cirujanos, radiólogos intervencionistas y gastroenterólogos intervencionistas.

LITIASIS ASINTOMÁTICA

En el pasado, se pensaba que los pacientes con litiasis asintomática tenían un alto riesgo para desarrollar síntomas o complicaciones, y las operaciones profilácticas eran uniformemente ofrecidas al paciente. Estudios longitudinales con ultrasonidos han corregido esa equivocada conducta, mostrando que los síntomas y las complicaciones se desarrollan en sólo 1% a 2% de los pacientes por año. El riesgo de observación de pacientes con litiasis vesicular asintomática es menor que el riesgo de la colecistectomía profiláctica, lo cual es por lo tanto no muy recomendado. Grupos selectos de pacientes con litiasis vesicular pueden tener un mayor riesgo de complicaciones, reservándose para ellos la colecistectomía profiláctica. El riesgo acumulado de síntomas o complicaciones a desarrollar durante muchos años nos hace justificar la colecistectomía en los niños. La enfermedad sintomática es más frecuente en pacientes con anemia hemolítica congénita, en individuos con cálculos muy grandes (mayores de 2.5 cm), y en la obesidad mórbida cuando pierden rápidamente mucho peso después de la cirugía que en la población general y estos individuos pudieran beneficiarse de la colecistectomía profiláctica. En el pasado se creía que la litiasis vesicular, las complicaciones de la litiasis vesicular y las complicaciones después de las operaciones emergentes/urgentes eran más fáciles de desarrollar en los pacientes diabéticos. Recientemente hay estudios que han demostrado las mismas posibilidades para diabéticos que para no diabéticos, y la cirugía profiláctica para los pacientes diabéticos no es muy recomendada. Resecar la vesicular que contiene cálculos asintomáticos en una intervención quirúrgica desarrollada por otro motivo debe sopesar los riesgos y beneficios de un

proceder adicional. La colecistectomía incidental parece ser justificada en el curso de una colectomía, porque los síntomas se desarrollan en más de un 20% de estos pacientes en menos de 5 años. Añadir una colecistectomía no añade una mayor morbimortalidad al proceder primero. Pocos datos existen observando la colecistectomía incidental durante otras operaciones. No debe ser prudente en algunas situaciones (ej. Cuando se requiere material protésico), y la decisión de realizar una colecistectomía incidental en otras circunstancias debe dejarse a discreción de los cirujanos.

LITIASIS VESICULAR SINTOMÁTICA

Dolor en el cuadrante superior derecho y en epigastrio instalado 15 a 60 minutos después de una comida es muy específico de enfermedad de la vesícula biliar y es llamado "cólico biliar". Cólico es, sin embargo un nombre equivocado, porque el dolor es generalmente constante, no cólico. La ingestión de alimentos grasos, cebollas, col, alimentos condimentados, alimentos lácteos pueden desencadenar un episodio desde 20 minutos hasta muchas horas. El dolor que dura más de tres horas sugiere una enfermedad vesicular litiásica o dolor de otra enfermedad abdominal. Los pacientes con cálculos sintomáticos o colecistitis crónica pueden esperar episodios que aumenten en frecuencia y en severidad, y las complicaciones de la litiasis vesicular son más fáciles de desarrollar que en aquellos con litiasis vesicular asintomática. En 2 a 5 años la mitad de los pacientes sintomáticos requieren por tratamiento una operación quirúrgica. El riesgo de observación de los pacientes sintomáticos es mayor que el riesgo de cirugía. La colecistectomía está claramente indicada en estos pacientes si no hay enfermedad asociada que haga prohibitivo el tratamiento quirúrgico. Un grupo de pacientes con cálculos vesiculares que padecen de vagos dolores de pequeña a moderada intensidad, indigestiones, flatulencia, y náuseas sin vómitos son ahora clasificados de medianos síntomas o de síntomas atípicos. Estos síntomas no son específicos de la enfermedad litiásica vesicular y pueden ser causados por múltiples otras afecciones gastrointestinales. Los pacientes con moderados síntomas se parecen más a los pacientes de litiasis asintomática que a los sintomáticos; solo 1% a 2% al año requieren colecistectomía. La cirugía debe ser recomendada solo por síntomas persistentes después que otras enfermedades del tractus superior han sido descartadas, tales como enfermedad ulcerosa y enfermedad de reflujo gastroesofágico. La colecistectomía debe ser indicada para eliminar los síntomas en 50% a 70% de los pacientes con síntomas persistentes, específicamente si ello interfiere con su estilo de vida, pero los pacientes deben entender que tienen una considerable probabilidad de que la cirugía no elimine dichos síntomas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Litiasis vesicular(5)

La litiasis vesicular afecta 10% a 20% de la población adulta en los países desarrollados. Se estima que más de 30,000,000 de personas en los Estados Unidos de América tienen cálculos vesiculares, sumando unas 25 a 50 toneladas de peso. Cerca de un millón de nuevos pacientes anualmente son diagnosticados de litiasis vesicular, de los cuales la mitad son operados. Sin embargo, la mayoría de las litiasis vesiculares (>80%) son "silentes", y la mayoría permanecen libres de dolores biliares o complicaciones de los cálculos por décadas.

MEDICINA GERIÁTRICA

ENFERMEDAD LITIÁSICA VESICULAR(6)

A la edad de 70 años, alrededor del 35% de las mujeres y del 20% de los hombres tienen litiasis vesicular. Aunque la mayoría son asintomáticos, algunos pueden presentarse con dolores biliares, colecistitis, pancreatitis, colangitis, o íctero obstructivo...

Con los avances en anestesia y en las técnicas quirúrgicas, la colecistectomía de urgencia en los ancianos con colecistitis aguda tienen una tasa de mortalidad similar a la encontrada en la población joven. La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en un proceder cada vez mas popular y es particularmente útil en el tratamiento de la colecistitis sintomática en la frágil vejez.

MEDICINA FAMILIAR

EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA

La litiasis vesicular puede encontrarse en 20 millones de estadounidenses. De ellos, 2% a 3% (500,000 a 600,000) son tratados con colecistectomía cada año. Los gastos médicos cada año debidos a la litiasis vesicular en los E.U. exceden 5 billones de dólares. La incidencia de la litiasis vesicular se incrementan con la edad. La mayor incidencia está en la quinta y sexta década. Son factores que predisponen a la litiasis vesicular, el sexo femenino, el embarazo, edad mayor de 40 años, historia familiar de enfermedad vesicular, obesidad, enfermedad ileal, contraceptivos orales, diabetes mellitus, rápida pérdida de peso, terapia sustitutiva con estrógenos.

Los pacientes con litiasis vesicular, tienen un 20% de probabilidades en 20 años de presentar cólicos biliares o sus complicaciones.(7)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la litiasis vesicular depende de su presentación clínica. Los pacientes asintomáticos no requieren intervención terapéutica. La intervención quirúrgica es la estrategia ideal para el paciente sintomático. La colecistectomía laparoscópica es generalmente preferida sobre la colecistectomía abierta por su corto período de recuperación.

Presentación Clínica(8)

Los cálculos vesiculares son generalmente asintomáticos. Ellos pueden, sin embargo, ocasionalmente obstruir el conducto cístico, produciendo un cólico biliar o, con una obstrucción más significativa, colecistitis o sus complicaciones. Los cálculos suficientemente pequeños como para pasar a través del conducto cístico hacia el conducto biliar común, pueden obstruir éste; el lugar más común es a nivel de la ampolla, donde la obstrucción puede estar asociada a colangitis o a pancreatitis biliar. Debido a que ninguno de los tratamientos para cualquiera de estas afecciones está exento de riesgos, el conocimiento de su historia natural y las opciones de tratamiento es esencial. La evaluación de los pacientes con litiasis vesicular está basada en la medida en que sea sintomática.

Litiasis vesicular asintomática.

En muchos centros médicos antiguamente se realizaba colecistectomía cuando se encontraban cálculos vesiculares, independientemente que los pacientes presentaran litiasis asintomática. Esto era especialmente cierto en los pacientes con diabetes, una condición en la cual se incrementa el riesgo de complicaciones como la colangitis. En los pasados 5 años, sin embargo, una cuidadosa evaluación de la historia natural de las litiasis vesiculares asintomáticas ha alterado esta conducta. Con raras excepciones, la colecistectomía no es necesaria en la mayoría de los pacientes con litiasis vesicular asintomática. Los pacientes con litiasis vesicular asintomática tienen 2% a 3% de riesgo de desarrollar un cólico biliar cada año durante los primeros 10 años después del diagnóstico de litiasis. Después de los 10 años el riesgo decrece a menos de 1% anualmente. Estudios post-mortem han demostrado que los pacientes con litiasis vesicular conocida, la causa de muerte está relacionada con la enfermedad litiásica vesicular en menos de un 3%. En general, como consecuencia de ello, el tratamiento quirúrgico para la litiasis vesicular está recomendada solo para pacientes con enfermedad sintomática.

Litiasis vesicular sintomática

En los pacientes que tienen la condición de ser sintomáticos, la presentación más común es el cólico biliar. El cólico biliar en sí no es un cólico en la realidad. Este es usualmente fijo, intenso y localizado al cuadrante superior derecho, aunque el dolor puede ser referido al hombro derecho o la región escapular, el epigastrio o en cualquier otro sitio de la espalda o del abdomen. Los síntomas pépticos, los eructos, la hinchazón, la intolerancia a las grasas, y los dolores crónicos no deben ser confundidos con el cólico biliar. Los pacientes no tienen asociadas anomalías de laboratorio. En el 60% de los casos el ataque se resuelve espontáneamente. Ataques recurrentes pueden ocurrir en más del 70% de los pacientes semanas o años después del primer episodio. Las complicaciones biliares, tales como la colecistitis aguda, la colangitis, y la pancreatitis biliar, ocurren en 10% a 20% de los pacientes con litiasis sintomática. Por estas razones, el tratamiento, usualmente la colecistectomía está indicada en los pacientes con litiasis vesicular sintomática.

CONCLUSIONES

Está indicado el tratamiento quirúrgico en la litiasis vesicular sintomática y en la complicada. Se entiende por síntomas dependientes de la litiasis vesicular aquellos que se manifiestan por dolor típico vesicular (cólico biliar) y no los síntomas digestivos inespecíficos. La litiasis vesicular asintomática no tiene indicación de tratamiento quirúrgico salvo raras excepciones y esto es dos tercios de los pacientes con litiasis .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feldman. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 7 ed. New York: Elsevier; 2002.
2. Townsend S. Textbook of Surgery. 16 ed. New York: W. B. Saunders Company; 2000.
3. Goldman C. Textbook of Medicine. 21 ed. New York :W. B. Saunders Company; 2000.
4. Rakel C. Current Therapy. 55 ed. New York: Elsevier; 2003.
5. Cotran R. Pathologic Basis of Disease. 6 ed New York: W. B. Saunders Company; 1999.

6. Duthie. Practice of Geriatrics. 3 ed. Washigthon: W. B. Saunders Company ;1998.
7. Ferri F. Clinical Advisor: Instant Diagnosis and Treatment. New York: Mosby, Inc; 2000.
8. Noble. Textbook of Primary Care Medicine. 3 ed. New York: Mosby, Inc; .2001.

SUMMARY

Gallstones is a frequent pathology in our population. In the last five years the indication for surgical treatment in this affection has changed dramatically, because the asymptomatic gallstone, which is the most frequent, does not need treatment now. Furthermore "the biliary colic" is considered the principal symptom and not "dyspepsia" and other unspecific symptom which are not dependent of this condition. We did a revision about this topic and respective translation from the last edition textbooks in the main specialties in related to this important entity and we present a consequent summary from every one of them. about this theme.