

## CAPÍTULO V

# Colecistitis aguda

*José Félix Patiño, MD, FACS (Hon)  
Profesor Honorario de Cirugía,  
Universidad Nacional de Colombia.  
Jefe Honorario, Departamento de Cirugía,  
Fundación Santa Fe de Bogotá*

La colecistitis aguda es una complicación grave de la colelitiasis y también la más frecuente. Es motivo común de consulta a los servicios de urgencias, especialmente por pacientes del género femenino y de edad mayor de 50 años, en quienes usualmente se encuentra comorbilidad asociada, como hipertensión, obesidad o diabetes. En el estado postoperatorio o postraumático es relativamente frecuente la aparición de una colecistitis aguda, que puede ser litiásica o, con menor frecuencia, acalculosa.

La colecistitis aguda acalculosa o alitiásica se presenta en pacientes en estado crítico por trauma mayor y otras causas, en pacientes sometidos a prolongados regímenes de nutrición parenteral total prolongada, en algunos casos de quimioterapia por vía de la arteria hepática y en otras condiciones clínicas poco frecuentes.

La colecistitis aguda puede ser de carácter leve e involucrar en forma espontánea o progresar hacia el *empiema de la vesícula biliar*, lo que en Colombia se conoce como "*piocolecisto*", y hasta la necrosis y gangrena con perforación del órgano y peritonitis biliar, lo cual se asocia con una elevada tasa de mortalidad, del orden de 20%.

Se estima que alrededor de 20% de los casos de hospitalización por enfermedad litiásica biliar son de colecistitis aguda. Por razón de la mayor longevidad de la población, se ha incrementado el número de colecistectomías de urgencia por colecistitis aguda.

La obstrucción del canal cístico por un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann o la erosión y el edema de la mucosa del cístico causados por el paso de un cálculo son los fenómenos fundamentales que dan lugar a una colecistitis aguda. La obstrucción del canal cístico resulta en distensión de la vesícula, la cual provoca interferencia con la irrigación sanguínea y el drenaje linfático, e infección secundaria.

Los microorganismos más frecuentes en la bilis de la colecistitis aguda son entéricos, entre ellos *E coli*, *Klebsiella* spp, *Streptococcus fecalis*, *Clostridium welchii*, *Proteus* spp, y *Bacteroides*. Entre 15% y 30% de los pacientes con colelitiasis presenta bilis infectada, pero la infección de la bilis es casi universal en los casos de colecistitis aguda, coledocolitiasis, estenosis u obstrucción biliar no tumoral.

Cuando sólo ocurre la distensión aguda se produce el *hidrops de la vesícula*, que en nuestro medio se conoce como "*hidrocolecisto*".

La evolución es variable, según persista o no la obstrucción por el cálculo impactado, la edad y el estado circulatorio del paciente, el grado de infección bacteriana secundaria y la coexistencia de otras enfermedades, especialmente diabetes mellitus. La gangrena y perforación pueden ocurrir en forma precoz, en el tercer día luego de la iniciación de los síntomas, cuando todavía no se han desarrollado adherencias que más tarde crean una verdadera "sellamiento" que aísla a la vesícula inflamada. En general la perforación se presenta tardíamente, hacia la segunda semana. La tasa de perforación de una colecistitis aguda es baja, apenas del orden de 1-2%.

## PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico es bastante característico: dolor abdominal en la región del hipocondrio derecho y/o el epigastrio, que puede ser del tipo de cólico intenso que no cede fácilmente con terapia analgésica y que puede referirse a la región escapular derecha, náusea y vómito (en 60-70%), fiebre (38°-38,5°C) y, en algunos casos, alrededor del 10%, ictericia. Más de dos terceras partes de los pacientes refieren cólico biliar previo. La palpación del abdomen revela dolor en la región subcostal derecha, donde se puede palpar una masa dolorosa que corresponde a la vesícula inflamada y distendida, más o menos en la mitad de los pacientes, según el grado de obesidad y la ubicación de la vesícula en profundidad en el lecho hepático. El **signo de Murphy**, que es el intenso dolor que causa la palpación sobre el hipocondrio derecho, es patognomónico, aunque no siempre se halla presente. Es común una leucocitosis de 12.000-15.000, Se registra elevación de la bilirrubina a niveles del orden de 2-4 mg/dL en un 10% de los pacientes, elevación leve de la fosfatasa alcalina y, en algunos casos, elevación de la

amilasa sérica a niveles de  $\geq 1.000$  U/dL. La presencia de ictericia clínica y bioquímica pronunciadas debe hacer pensar en coledocolitiasis asociada, y la hiperamilasemia, que se presenta en alrededor de 15% de los pacientes, puede también ser indicativa de pancreatitis aguda. Hay que recordar que 30% de los casos de pancreatitis aguda biliar se asocian con colecistitis aguda.

En los pacientes de edad avanzada se obliteran o atenúan algunos de la manifestaciones clínicas por razones orgánicas o por tratamientos para enfermedades concomitantes: es frecuente observar ausencia de fiebre en las personas muy mayores, o en las que están tomando aspirina, esteroides o agentes antiinflamatorios no esteroideos.

La **ultrasonografía** (ecografía) es el método diagnóstico por excelencia y los hallazgos son típicos: vesícula biliar distendida, con paredes de grosor aumentado por la inflamación aguda de la pared, con cálculos o barro biliar en su interior. En la absoluta mayoría de los casos la ultrasonografía es el único examen necesario para establecer el diagnóstico con un alto grado de certeza.

La **escanografía gamagráfica, HIDA**, es bastante específica en el diagnóstico de la colecistitis aguda, aunque ha perdido favoritismo frente a la ultrasonografía. Con este método no se logra demostrar la presencia de cálculos, pero cuando se visualiza la vesícula se puede excluir el diagnóstico de colecistitis aguda. Sin embargo, en casos ocasionales de colecistitis acalculosa se visualiza la vesícula.

## TRATAMIENTO

Establecido el diagnóstico de colecistitis aguda, se hospitaliza el paciente y se inicia tratamiento con líquidos intravenosos, antibióticos

y analgésicos. En las horas siguientes se completan los estudios necesarios para confirmar el diagnóstico y para determinar la presencia de enfermedades o de patología concomitantes. Si no se registra mejoría y el paciente es de muy alto riesgo, se procede con una colecistostomía percutánea; si no es de alto riesgo, se practica colecistectomía laparoscópica precoz (tan pronto como sea posible, 24-48 horas), o tardía (4 a 6 semanas). La colecistectomía tardía, o sea diferida (4-6 semanas), “cuando se haya enfriado” el proceso agudo, tiene desventajas reconocidas: posibilidad de un episodio recurrente de colecistitis aguda; mayores costos resultantes de dos hospitalizaciones; operación más difícil por los cambios inflamatorios locales luego del ataque de colecistitis aguda.

**Colecistectomía.** El procedimiento de elección es la **colecistectomía laparoscópica**, hoy considerado como el “patrón oro” en el manejo quirúrgico de la enfermedad calculosa de la vesícula biliar. El uso racional de antibióticos profilácticos ha logrado controlar bastante bien el desarrollo de complicaciones sépticas postoperatorias. La combinación de ampicilina-sulbactam con gentamicina es eficaz como profilaxis en la colecistectomía, así como las cefalosporinas de segunda generación.

La colecistectomía laparoscópica precoz se realiza con altos grados de seguridad: mortalidad de menos de 0,2% y morbilidad de menos de 5%. La tasa de conversión a cirugía abierta es más alta que en la colecistectomía laparoscópica electiva.

**Colecistostomía.** En ciertas circunstancias de muy alto riesgo está indicada la colecistostomía percutánea guiada por imágenes. El procedimiento también puede ser practicado en forma abierta y, en algunos casos, con anestesia local. Es de gran utilidad en pacientes de edad muy avanzada o con severa enfer-

medad cardiaca o pulmonar, o en aquellos en estado crítico por enfermedad grave asociada, en quienes el riesgo de una colecistectomía resulta prohibitivo. También puede estar indicado en casos de empiema severo de la vesícula biliar (“picolecisto”), donde el severo proceso inflamatorio puede hacer muy dispendiosa y peligrosa la disección.

## COLECISTITIS ENFISEMATOSA

Ocurre con una frecuencia baja, del orden de 1-2% de los casos de colecistitis aguda, pero constituye una entidad muy grave y de rápida progresión, que se acompaña de un cuadro agudo y tóxico, con fiebre y elevada leucocitosis. La gangrena de la vesícula es común. Tiene especial predilección por hombres diabéticos mayores de 60 años.

El hallazgo radiológico característico es la presencia de burbujas de gas indicativas de una infección anaeróbica de la vía biliar, generalmente por *Clostridium perfringens* y otros clostridios, pero también por *E coli*, *Klebsiella* o estreptococos anerobios. El gas demarca los bordes de la vesícula y es visible en las radiografías simples de abdomen. La TAC demuestra con alto grado de certeza la presencia del gas en una vesícula con severa inflamación aguda.

El tratamiento único es la colecistectomía de emergencia, con adecuado cubrimiento antibiótico, pero en algunos casos de alto riesgo es conveniente optar por la colecistostomía.

## COLECISTITIS ACALCULOSA

Se define como una inflamación aguda de la vesícula biliar en ausencia de cálculos y representa aproximadamente 4-8% de los casos de colecistitis aguda. En contraste con la

colecistitis aguda calculosa que tiene predilección por el sexo femenino, ésta lo tiene por el masculino, con una relación de 1,5:1.

Se desarrolla en pacientes en estado crítico por trauma severo, quemaduras extensas o complicaciones postoperatorias de larga evolución y en aquellos que han sido sometidos a prolongados regímenes de nutrición parenteral total.

Su etiología es variada y realmente multifactorial, probablemente asociada a estasis de la bilis con formación de barro biliar y colonización bacteriana secundaria en pacientes en ayuno oral o enteral. Algunos casos, muy raros, se deben a obstrucción del canal cístico por un neoplasma maligno, por oclusión de la arteria cística o por infección bacteriana primaria por *E. coli*, clostridios o *Salmonella typhi*. La gangrena y la perforación son relativamente frecuentes, fenómeno que diferencia a la colecistitis aguda acalculosa de la colecistitis aguda litiásica, y que explica su mayor tasa de mortalidad.

El diagnóstico se hace en la misma forma que en la colecistitis aguda litiásica, por ultrasonografía y/o escintigrafía HIDA.

La colecistectomía laparoscópica presenta problemas técnicos por el estado inflamatorio local, con edema y fibrosis que borran las estructuras anatómicas. Por ello el abordaje pre-

ferido es la colecistectomía abierta una vez establecida la presencia de cambios gangrenosos.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Assalia A, Kopelman D, Hashmonai M. Emergency minilaparotomy cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective randomized trial—implications for the laparoscopic era. *World J Surg* 1997; 21:534-539.
2. Bingener J, Richards ML, Schwesinger WH, et al. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years? *Arch Surg* 2003; 138:531-555.
3. Hsieh CH. Early minilaparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis. *Am J Surg* 2003; 185:344-348.
4. Kiviluoto T, Siren J, Luukkonen P, et al. Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. *Lancet* 1998 31; 351:321-325.
5. Lai PB, Kwong KH, Leung KL, Kwok SP, et al. Randomized trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 1998; 85:764-777.
6. Nahrwold DL. Acute cholecystitis. En: *Textbook of Surgery*. Editado por DC Sabiston Jr. Fifteenth edition. WB Saunders Company. Philadelphia, 1997.
7. Patiño JF. Colecistitis aguda. En: *Lecciones de Cirugía*. Por JF Patiño. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Bogotá, 2001.
8. Schwesinger WH, Sirinek KR, Strodel WE. Laparoscopic cholecystectomy for biliary tract emergencies: state of the art. *World J Surg* 1999; 23:334-342.