

INVESTIGACIÓN CLÍNICA



COLECISTITIS Y EMBARAZO

Dr. Antonio Hernández Aarón*

RESUMEN

La colecistitis y embarazo es una asociación poco frecuente durante el embarazo. El presente es un estudio prospectivo, en el que se realizaron seis colecistectomías (a mujeres embarazadas), siempre que se demostró colecistitis aguda, lo cual fue hecho mediante ultrasonido y exámenes de laboratorio. Las pacientes operadas no tuvieron complicaciones que pusieran en riesgo el término del embarazo; las seis pacientes lograron terminar el embarazo, sólo a una se le realizó cesárea por sufrimiento fetal agudo (paciente 5). No se presentó morbi-mortalidad materno-fetal o quirúrgica.

Palabras clave: Colecistitis, embarazo, colecistectomía.

ABSTRACT

The cholecystitis and pregnancy is a not very frequent association during the pregnancy. The present is a prospective study, in which were carried out six cholecystectomies to the same number of pregnant, whenever acute cholecystitis was demonstrated, that which was made by means of ultrasonography and laboratory exams. The operated patients didn't have complications that put in risk the finish of the pregnancy; the six patients were able to finish the pregnancy, alone one finished in Caesarian operation for acute fetal suffering (patient 5). Morbi-mortality materno-fetal was not presented or surgical.

Key words: Cholecystitis, pregnancy, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es uno de los estados clínicos que demanda mayor atención en cualquier hospital del sector salud. La colelitiasis, es una de las patologías que se presentan más frecuentemente dentro de la práctica de la cirugía general, siendo mayor la prevalencia en las mujeres. Las alteraciones propias del embarazo presentan factores condicionantes para desencadenar un problema de colelitiasis, que en muchas ocasiones provocan un ataque agudo de la patología; lo que condiciona una cirugía, previo al término del embarazo. Poco se ha escrito sobre este problema en las revistas na-

cionales en los últimos cinco años. Por lo anterior se realizó el presente trabajo para determinar la proporción de colecistitis litiásica aguda y embarazo, así como su tratamiento y evolución, en la población adscrita al Hospital Regional de Zona 32 (HGZ 32) del IMSS, en Minatitlán, Veracruz.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio prospectivo, realizado en el HGZ 32, de Minatitlán, Ver., en el periodo comprendido entre enero de 1996 y diciembre de 1997. Se estudiaron a todas las pacientes embarazadas que se presen-

* Médico Base adscrito al Servicio de Cirugía General.
Hospital Regional de Zona 32 del IMSS, Minatitlán, Veracruz.

taron al servicio de urgencias con dolor en hemiabdomen superior y que se comprobó colecistitis. El diagnóstico de colecistitis se estableció cuando el ultrasonido reportó vesícula biliar con litos, pared mayor de 5 mm, o evidencia de edema, la biometría hemática con leucocitosis, aumento de segmentados con o sin bandemia. Se analizaron: número de gesta, antecedente de ingesta de anticonceptivos hormonales y la edad gestacional del producto. El procedimiento anestésico siempre fue mediante bloqueo peridural alto. Se analizó mediante un estudio estadístico descriptivo simple.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se presentaron un total de 3,621 pacientes embarazadas a demandar consulta al HGZ 32, de las cuales seis pacientes presentaron cuadro doloroso en hemiabdomen superior y se comprobó colecistitis litíásica aguda. Una paciente en el primer trimestre del embarazo (12 semanas), dos en el segundo trimestre (semana 19 y 22) y tres durante el tercer trimestre (semana 28, 30 y 31). Cinco tenían antecedente de multiparidad (83.3%); la ingesta de anticonceptivos hormonales se asocio a cuatro pacientes (66.6%); la anestesia utilizada en los seis casos fue el bloqueo peridural alto. Los resultados de los exámenes de laboratorio en los seis casos reportaron leucocitosis de más de 11,000, con aumento de segmentados, en dos casos con bandemia de 5 y 7 (un hidrocolecisto y una necrosis parcial de la pared vesicular), en ningún caso se dejó drenaje. En cinco casos se reportó engrosamiento de la pared vesicular, en un caso se reportó edema de la pared (caso con necrosis parcial). En ningún caso hubo parto prematuro; ni se registraron complicaciones propias del procedimiento quirúrgico. Se estableció una tasa de 1.6 por cada 1,000 mujeres embarazadas.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio, hasta el momento, ha demostrado que la colecistectomía en mujeres embarazadas no afecta la evolución normal del embarazo. Si bien es cierto, el procedimiento quirúrgico implica mayor dificultad técnica en el tercer periodo del embarazo, debido al crecimiento uterino. Se ha mencionado la coledocolitiasis asociada al embarazo, la cual ha ameritado tratamiento quirúrgico sin alterar el curso normal del embarazo.^{1,2} La cirugía realizada fue la convencional, mediante técnica abierta. Actualmente, con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, se está realizando el procedimiento en este tipo de pacientes, ya sea con colelitiasis o coledocolitiasis y/o con

CUADRO 1. RELACIÓN DE PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR COLELITIASIS.

Paciente	Edad gestacional	Gesta	Hormonales
1	19 semanas	IV	Sí
2	22 semanas	V	Sí
3	30 semanas	V	No
4	31 semanas	II	Sí
5	12 semanas	I	No
6	28 semanas	III	Sí

complicaciones pancreáticas.³⁻⁷ Comprobamos que la presentación de colecistitis y embarazo en nuestra unidad, es semejante a lo referido en la literatura extranjera referente a la multiparidad y anticonceptivos hormonales (*Cuadro 1*).⁸⁻¹³ El bloqueo peridural alto comprobamos que es un método anestésico seguro para este tipo de pacientes, ya que es inocua para el producto y brinda una excelente relajación para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico. De lo anterior concluimos:

- La colecistectomía en pacientes embarazadas es segura e inofensiva para el producto.
- La colecistectomía no desencadena un trabajo de parto prematuro.
- Es mayor la incidencia a partir del segundo trimestre del embarazo.
- Se asocia mayormente a pacientes que tomaron anticonceptivos hormonales.
- Se asocia mayormente con multiparidad.
- El tipo de anestesia ideal es el bloqueo peridural alto.
- No se presentó morbi-mortalidad de ningún tipo.

COMENTARIO

Resumimos que la colecistectomía convencional en pacientes embarazadas es un procedimiento seguro y eficaz que no influye en un trabajo de parto prematuro, por lo que consideramos que en cualquier paciente embarazada en la que se diagnostique colecistitis litíásica aguda se deberá someter a procedimiento quirúrgico con la mayor brevedad, para evitar posibles complicaciones, como sería la ruptura vesicular,¹⁴ hidrocolecisto o piocolecisto, lo cual necesariamente expondría más al producto y a la madre.

REFERENCIAS

1. Fallan WF. Enfermedades gastrointestinales y embarazo. *Clínica quirúrgicas de Norte América*. México: Editorial Interamericana, 1995: 17-19.

2. Sherp HT. Enfermedades quirúrgicas en el embarazo. *Clínicas Ginecológicas y Obstétricas de Norte América*. México: Editorial Interamericana, 1994; 2: 282-3.
3. Martin IG, Dexter SP, Momahon MJ. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. A safe option during the second trimester? *Surg Endosc* 1996; 10: 508-10.
4. Liberman MA, Phillips EH, Carroll B. Management of choledocholithiasis during pregnancy: a new protocol in the laparoscopic era. *J Laparoendosc Surg* 1995; 5: 399-403.
5. Lang RD, Thiele H. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. A description of 2 cases and review of literature. *Chirurg* 1995; 66: 1225-9.
6. Friedman RL, Friedman IH. Acute cholecystitis with calculous biliary duct obstruction in the gravid patient. Management by ERCP, papilotomy, stone extraction, and laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1995; 9: 910-13.
7. Nesbitt TH, Kay HH, McCoy MC, Herbert WN. Endoscopic management of biliary disease during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 806-9.
8. Maringhini A, Ciambra M, Baccelliere P, Raimond M, Orlando A et al. Biliary sludge and gallstones in pregnancy: incidence, risk factors, and natural history. *Ann Intern Med* 1993; 119: 116-20.
9. Hirvioja ML, Kivinen S. Inheritance of intrahepatic cholestasis of pregnancy in one kindred. *Clin Genet* 1993; 43: 345-17.
10. Hansen GC, Duerinckx AJ, Fymat A, Wong L, Ngo C. Cholelithiasis in the gravid Hispanic population. *J Clin Ultrasound* 1994; 22: 187-91.
11. Tarnowska M. Incidence of cholecystolithiasis in woman employed by industrial workplaces in Szczecin. *An Acad Med Stetin* 1994; 40: 159-70.
12. Swinsher SG, Schmit PJ, Hunt KK, Hiyama DT, Benion RS, Swinsher EM. Biliary disease during pregnancy. *Am J Surg* 1994; 168: 576-81.
13. Davis A, Katz VL, Cox R. Gallbladder disease in pregnancy. *J Reprod Med* 1995; 40: 159-62.
14. Petrozza JC, Mastrobattista JM, Monga M. Gallbladder perforation in pregnancy. *Am J Perinatol* 1995; 12: 339-41.