

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **70**

Número
Number **5**

Septiembre-Octubre
September-October **2002**

Artículo:

Colecistitis. La expansión de un concepto y sus implicaciones

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Editorial

Colecistitis la expansión de un concepto y sus implicaciones

*Acad. Dr. Miguel Ángel Mercado**

La colecistectomía es el tratamiento de elección para pacientes con litiasis y colecistitis asociada. Es necesario tomar en cuenta que hay personas con litiasis y sin colecistitis, aunque esto sea difícil de demostrar, porque los estudios histopatológicos de estas vesículas (al igual que aquellas con disquinesia) siempre muestran cierto grado de inflamación microscópica. Es evidente que también no puede ser descartado el sesgo del patólogo. La colecistectomía también está indicada si el paciente ha desarrollado complicaciones relacionadas, tales como colédocholitis con o sin pancreatitis, colangitis, etc.

No obstante que, en general, las mismas indicaciones para la colecistectomía laparoscópica son las del procedimiento abierto, el número de operaciones desde su aparición se ha incrementado en 30% aproximadamente⁽¹⁾. Esto es multifactorial y se debe en parte a la facilidad de diagnosticar los cálculos por ultrasonografía con la consecuente atribución de síntomas funcionales de órganos adyacentes. A este grupo de pacientes se han agregado aquéllos con sintomatología de colecistitis, pero sin demostración ultrasonográfica de litos en los cuales por medios dinámicos se demuestran trastornos de la motilidad que siempre debe ser un diagnóstico de exclusión en la actualidad.

El hallazgo de cálculos en pacientes asintomáticos representa siempre una controversia terapéutica. La colecistectomía laparoscópica tiene baja morbilidad y mortalidad, comparable en todos aspectos a la del procedimiento abierto, con las ventajas ampliamente discutidas de lo favorable de la invasión mínima. Incluso, la frecuencia de lesiones de vía biliar en muchos hospitales especializados es similar a la del procedimiento abierto (0.1% a 0.3%), pero glo-

balmente se encuentra duplicada (0.3% a 0.5%). Estas cifras se mantienen constantemente, aun superada la curva de aprendizaje⁽²⁾.

A pesar de que en general la colecistectomía tiene muy bajas morbilidad y mortalidad, resulta cuestionable el porqué no ofrecerla a los pacientes asintomáticos.

Existen varios estudios que han analizado la historia natural de la litiasis vesicular⁽³⁻⁶⁾. La incidencia anual de síntomas en pacientes previamente es 2.3%. El riesgo acumulado de desarrollar síntomas después de 20 años es de 33%. Esto implica que las dos terceras partes de esta población se mantendrá asintomática por 20 años. De igual forma, hay estudios que demuestran la incidencia de complicaciones en pacientes asintomáticos (colecistitis aguda, pancreatitis, colangitis, etc.). La frecuencia de complicaciones por año es de 0.3% y el riesgo acumulado a 20 años es de 5.8%.

La conclusión de estos estudios es que no es posible recomendar la colecistectomía en pacientes asintomáticos.

La posibilidad de muerte en pacientes no tratados y relacionada a complicaciones fue de cuatro eventos en 1,054 pacientes (0.38%): la mortalidad de colecistectomía laparoscópica electiva en los Estados Unidos es de 0.16% y de 1.8% en urgencia. En base a estos datos, la mortalidad del procedimiento (0.16%) y la frecuencia de lesiones (0.3-0.6%), incidirán en una población en la que dos terceras partes se mantendrán asintomáticas y en la que cerca de 95% nunca va a desarrollar complicaciones graves.

Por otra parte, siempre es cuestionable observar un paciente hasta que ocurran complicaciones, dado que la operación urgente, siempre tendrá una mayor morbilidad y mortalidad. El esfuerzo debe enfocarse en identificar a los pacientes con síntomas atribuibles a la vesícula y operarlos antes de que desarrollen complicaciones.

En algunos países, como Chile⁽⁷⁾, se recomienda la colecistectomía en pacientes asintomáticos debido a la alta frecuencia de cáncer vesicular. No se ha documentado que los cálculos causen cáncer, pero sí que prácticamente todos los cánceres tienen cálculos con evidencia muy probable de que éstas últimas se producen debido a que la neoplasia se estableció. De la misma forma, puede considerarse para colecistectomía a los pacientes asintomáticos en los que el ultraso-

* Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Solicitud de sobretiros:
Acad. Dr. Miguel Ángel Mercado

Puente de Piedra No. 150 piso 6 Torre 2, Col. Toriello Guerra.
14050, México, D.F. Tel: 5606 2277

Recibido para publicación: 20-06-2002.

Aceptado para publicación: 27-08-2002.

nido muestra datos inequívocos de inflamación, como lo es una pared engrosada. Este tipo de pacientes son poco frecuentes.

En un consenso reciente de la SSAT⁽⁸⁾, se estableció la indicación también en pacientes con litos mayores a 3 cm y un grupo de Colombia⁽⁹⁾, señala las probables indicaciones por riesgo elevado: expectativa de vida mayor a 20 años, cálculos mayores de 2 cm, cálculos menores de 3 mm, con conducto cístico amplio y vesícula en porcelana, que se ha demostrado en otros estudios como lesión premaligna.

Hay estudios que no justifican la realización de colecistectomía en pacientes diabéticos ni en trasplantados renales, en quienes los cálculos son un hallazgo. Por otra parte, parece también justificarse la realización de colecistectomía en pacientes con procedimientos para obesidad en los que la frecuencia de colecistitis en el postoperatorio tardío es elevada.

La colecistectomía es uno de los procedimientos que más comúnmente practica el cirujano general. La evaluación precisa y juiciosa de la necesidad del procedimiento, como de toda operación, debe impedir que se expanda innecesariamente su indicación.

Referencias

1. Escarce JJ, Chen W, Schwartz JS. Falling cholecystectomy thresholds since the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *JAMA* 1995;273:1581-1585.
2. Shea JA, Healey MK, Berlin JA, et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy: A meta-analysis. *Ann Surg* 1996;224:609-620.
3. Friedman GD, Raviola CA, Fireman B. Prognosis of gallstone with mild or no symptoms: 25 years of follow-up in a health maintenance organization. *J Clin Epidemiol* 1989;42:127-136.
4. Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent gallstones: The innocent gallstone is not a myth. *N Engl J Med* 1982;307:798-800.
5. Lund J. Surgical indications in cholelithiasis: prophylactic cholecystectomy elucidated on the basis of long-term follow up on 256 nonoperated cases. *Ann Surg* 1960;151:153-161.
6. McSherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF, et al. The natural history of diagnosed gallstones in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann Surg* 1987;202:59-63.
7. Csendes A, Becerra M, Rojas J, Medina E. Number and size of stones in patients with asymptomatic and symptomatic gallstones and gallbladder carcinoma: a prospective study of 592 cases. *J Gastrointest Surg* 2002;4:481-485.
8. SSAT: treatment of gallstone and gallbladder disease using cholecystectomy. *J Gastrointest Surg* 1998;2:485-486.
9. Patiño JF, Quintero GA. Asymptomatic cholelithiasis revisited. *World J Surg* 1998;22:1119-1124.