

Retraso en el diagnóstico de biliperitoneo después de una colecistectomía abierta



Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez^{a,*}, Alfonso Díaz Echevarría^a,
Lizbeth Lara Moctezuma^a, Diana Yolatl Barrios Calyecac^a

OBJETIVO

Analizar un caso clínico sometido a un procedimiento arbitral, en el cual las partes aportan todas sus pruebas y la comisión las valora con el fin de emitir un pronunciamiento de carácter civil denominado laudo, con el cual resuelve las cuestiones sometidas a su conocimiento por las partes. El análisis se realizó bajo sospecha de lesión de vía biliar en una colecistectomía abierta; también se planteó reconocer el diagnóstico de colelitiasis, indicaciones para el tratamiento quirúrgico, así como una de las complicaciones, el biliperitoneo, su diagnóstico y su manejo.

MOTIVO DE LA QUEJA

Presentada por la paciente aduciendo mala atención proporcionada en un hospital social de segundo nivel que afectó su salud y su patrimonio, al ser egresada de manera precipitada. Por persistencia de los síntomas, acudió a facultativo particular, quien diagnosticó síndrome abdominal agudo y realizó

laparotomía. Solicita reembolso de los gastos erogados en el hospital privado.

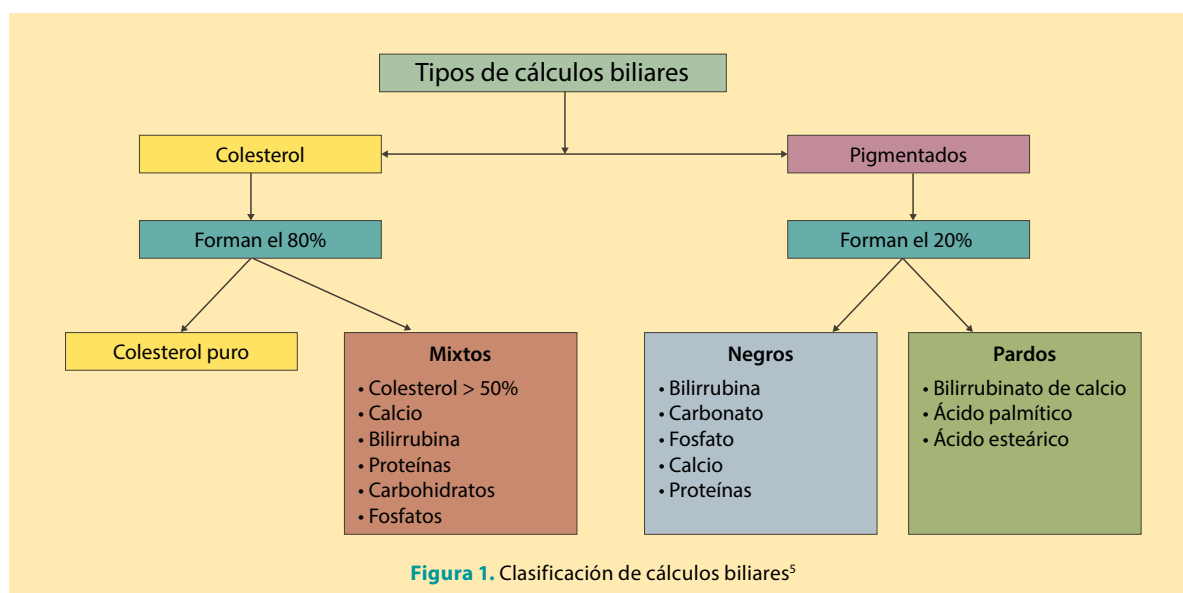
CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 44 años con índice de masa corporal (IMC) de 26 kg/m²; gestas, 5; partos, 2; abortos, 3; cesáreas, 0. Cuenta con antecedente de litiasis vesicular de 3 años de evolución, cursa con cólicos biliares en episodios recurrentes, tratados con analgésicos, antiespasmódicos e inhibidores de la bomba de protones. Acudió a Urgencias por presentar dolor difuso en abdomen y náuseas sin llegar a vómito, a la exploración física presentó facies álgica, afebril, abdomen con dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo. Fue valorada por Cirugía General, quien reportó ultrasonido con vesícula biliar de pared delgada y líquido biliar intraluminal con múltiples sombras acústicas posteriores. Los estudios de laboratorio, reportaron bilirrubina total 0.40 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.10 mg/dL y bilirrubina directa 0.30 mg/dL, el resto fueron normales. La valoración preoperatoria la reportó como riesgo bajo para realizar colecistectomía, se seleccionó el método abierto por falta de insumos para realizarla por la vía laparoscópica. No hay evi-

^aSubcomisión Médica. CONAMED. Ciudad de México, México.

*Correspondencia: Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez.

Correo electrónico: japerez@conamed.gob.mx



dencia de haberse realizado una nota preoperatoria y la nota quirúrgica cuenta con varias deficiencias: no describir los hallazgos transoperatorios, reporte de gases ni compresas, incidentes ni accidentes, estado postquirúrgico inmediato ni pronóstico, tampoco se realizó el envío de la pieza quirúrgica para examen histopatológico. No se reportaron complicaciones durante el evento quirúrgico. No hay evidencia de una evolución postoperatoria adecuada debido a deficiencias en las notas postoperatorias. La herida quirúrgica se refirió sin alteraciones, pero hay imposibilidad para canalizar gases por recto y estreñimiento además de dolor abdominal, sin embargo, es egresada 48 horas después de la cirugía, no se cuenta con información exacta de sus condiciones. En la nota de egreso sí se refiere que, si se dan datos de alarma, queda cita abierta a urgencias.

Diez días después del evento quirúrgico, la paciente continuó con dolor abdominal y evacuaciones en cantidad disminuida, por lo que asistió a hospital particular. Fue valorada por cirujano general quien a la inspección observó paciente deshidratada, pálida, diaforética, icterica con facies de dolor; a la exploración física el abdomen distendido, cicatriz quirúrgica en cuadrante derecho, con presencia de resistencia a la palpación superficial y profunda, signo del psoas positivo y signo de Blumberg positivo sugierentes de síndrome abdominal agudo. El

ultrasonido abdominal mostró dilatación intra y extrahepática de las vías biliares y líquido libre en cavidad peritoneal, por lo que se ingresó a quirófano para laparotomía exploradora; los hallazgos transoperatorios reportados fueron: líquido biliar y purulento libre en cavidad cuantificado a 2,500 mL, por lo que se realizó aspiración, revisión y liberación del lecho vesicular, que se encontró adherido por epiplón mayor, no se logró visualizar la vía biliar, ni se identificó fuga, por último se realizó lavado de cavidad abdominal y colocación de drenajes. No hay más datos en el expediente.

MARCO TEÓRICO

Se denomina litiasis biliar o colelitiasis a la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar, mientras que la colecistitis aguda se define propiamente como inflamación de la vesícula biliar y se considera una complicación de la colelitiasis¹. La litiasis vesicular constituye uno de los problemas más comunes que lesionan al tubo digestivo. Su prevalencia en la población mexicana es de 14.3%; en los hombres, 8.5%; y en las mujeres, 20.5%². Aunque la mayoría de las litiasis biliares son silentes, un tercio de los casos desarrolla una complicación o síntomas.

Los cálculos biliares tienen diferentes orígenes y se clasifican como se muestra en la **figura 1**.

Existen factores de riesgo para el desarrollo de

Tabla 1. Sintomatología del cólico biliar^{1,3}

Crisis episódicas de dolor intenso en el cuadrante superior derecho del abdomen o en el epigastrio durante 15-30 minutos	Resolución espontánea de los episodios de dolor	Inicio del dolor 1 hora después de las comidas	Dolor nocturno	Diaforesis Náusea Vómito
En la exploración física ligera hipersensibilidad a la palpación en el hipocondrio derecho (signo de Murphy)				

Tabla 2. Estudios de diagnóstico e imagen para colelitiasis^{1,4}

	Ultrasonido	Tomografía axial computarizada	Resonancia magnética	Radiografía
Hallazgos	Cálculos de tamaño superior a 4 mm, con sombra acústica posterior y móvil. Es considerado el estándar de oro	<ul style="list-style-type: none"> Engrosamiento de pared vesicular Colecciones líquidas perivesiculares Alargamiento vesicular 	<ul style="list-style-type: none"> Signos de pericolecistitis Alargamiento vesicular Engrosamiento de pared vesicular 	Cálculos biliares que contengan el suficiente calcio para ser radioopacos
Sensibilidad	98%	91.2%	97%	

cálculos biliares, entre los que destacamos la edad, el sexo femenino, la obesidad y el número de embarazos. Se encuentran resumidos con la mnemotecnica en inglés de las 4 “F” (*female, fat, forty, fertility*). Con la edad, encontramos una mayor incidencia alrededor de los 40 años. El sexo femenino (probablemente por influencia de los estrógenos) también aumenta el riesgo. La obesidad se asocia a un aumento en la producción y posterior eliminación de colesterol por las vías biliares. La fertilidad se refiere a las pacientes que tienen al menos un hijo. De acuerdo con la presentación clínica se puede clasificar a la colelitiasis en 3 grupos³.

Colelitiasis asintomática

En la mayoría de los pacientes (60-80%), la colelitiasis es asintomática y se diagnostica incidentalmente al indicar un ultrasonido por otros motivos. El riesgo medio anual de desarrollar síntomas es del 2% y la incidencia anual de complicaciones y cáncer de vesícula es 0.3 y 0.02% respectivamente. Por ello, no es necesario realizar colecistectomía profiláctica a todos los pacientes³.

Colelitiasis sintomática

Se produce por la obstrucción intermitente del conducto cístico por un cálculo. Aproximadamente, el 65% de los pacientes sintomáticos presentarán

recurrencia clínica en los 2 primeros años, con una incidencia anual de complicaciones del 1-2%³.

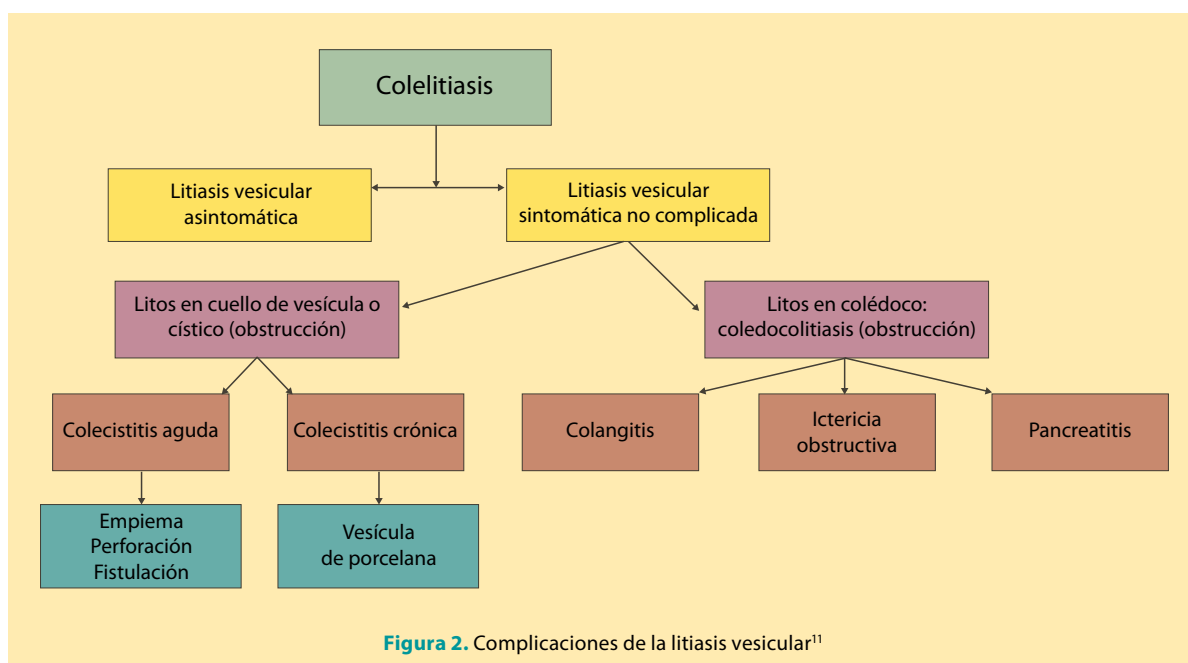
En la **tabla 1** se presentan los síntomas que sugieren claramente un cólico biliar.

Colelitiasis sintomática con complicaciones

Las complicaciones de la colelitiasis incluyen: colecistitis aguda (inflamación de la pared vesicular), cólico vesicular, hidrocolecisto (vesícula biliar sobredistendida por sustancia mucoide incolora), piocolecisto, coledocolitiasis (presencia de cálculos en los conductos biliares) que puede producir colangitis o pancreatitis aguda biliar, fístulas biliares, síndrome de Mirizzi (complicación poco frecuente, es una compresión biliar extrínseca por la presencia de un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann, con obstrucción parcial o completa del conducto biliar principal), vesícula en porcelana (calcificación de la pared de la vesícula biliar, entidad rara de etiología desconocida) y la neoplasia vesicular. En la **figura 2** se resumen estas complicaciones^{4,20,21,23}.

Estudios para el diagnóstico

El diagnóstico de la litiasis biliar no complicada, se realiza mediante ultrasonido abdominal, estudio de imagen necesario para certificar la presencia de cálculos en la vía biliar. No hay estudios de laboratorio específicos para esta patología. Algunos son



de ayuda como las pruebas de funcionamiento hepático, pero siguen siendo inespecíficas. La mayoría de estos son normales en caso de un cólico biliar que no se acompaña de complicaciones (**tabla 2**)^{1,4}.

Tratamiento no quirúrgico

En pacientes en situaciones especiales (alto riesgo quirúrgico o que se rehúsan a la cirugía) el tratamiento posible son los ácidos biliares orales: ácido ursodesoxicólico y ácido quenodesoxicólico, por un período de 1 a 2 años¹. Sin evidencia de mejoría a largo plazo y alto índice de recurrencia.

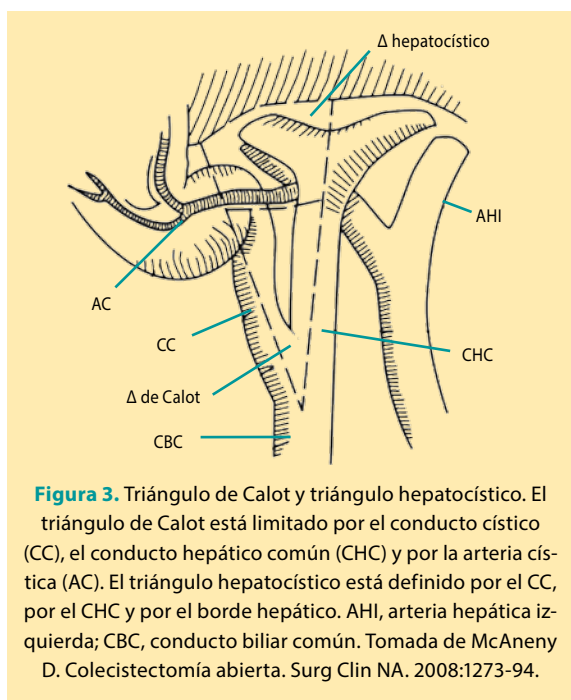
Otro método utilizado fue la litotricia extracorpórea, método de eliminación de los litos mediante fragmentación de los cálculos por ondas de choque. Se considera a la litotricia como opción de tratamiento en pacientes con litiasis única, no calcificada, con diámetro de 20 a 30 mm, sin contraindicaciones y que no hayan sido tratados previamente con este procedimiento. Las contraindicaciones para realizarla son: pancreatitis, alteraciones de la coagulación, quistes o aneurismas en el trayecto de las ondas de choque^{1,8}.

Si bien los tratamientos anteriores están indicados en nuestro país, en las guías de práctica clínica internacionales se menciona que el uso de ácidos

biliares solos o en combinación con una litotricia de ondas de choque extracorpóreas no se recomienda para los cálculos de la vesícula biliar, debido a que carecen de eficacia en la prevención de los síntomas y las complicaciones, ya que hay una tasa de recurrencias elevada en el largo plazo. La mayoría de los cálculos recurrentes producen síntomas, y una tercera parte de los pacientes tienen que ser tratados con una colecistectomía después de un promedio de 3 años⁶.

Tratamiento del cólico biliar no complicado

Inicialmente, para el tratamiento del cólico biliar se utilizan espasmolíticos potenciando su acción en combinación con analgésicos, para los síntomas graves opioides y solo en casos especiales, ya que provocan espasmo del esfínter de Oddi. Al tratar un cólico biliar agudo, es preciso diferenciar entre el tratamiento farmacológico inmediato del dolor y el tratamiento etiológico, es decir la colecistectomía. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como diclofenaco o ketoprofeno, tienen efectos analgésicos sobre el cólico biliar. Los AINE son más eficaces que los espasmolíticos para controlar el dolor. Es preciso tener en cuenta las posibles contraindicaciones, como los antecedentes de hiper-



sensibilidad/ reacciones alérgicas graves a un AINE, así como la presencia de una disfunción renal o las complicaciones gastrointestinales^{1,6}.

Tratamiento quirúrgico

La colecistectomía es la opción de tratamiento electivo para los cálculos de la vesícula biliar sintomáticos. Según cuál sea la intensidad y el número de episodios, debe practicarse una colecistectomía, aproximadamente la mitad de los pacientes presentarán cólicos recurrentes. El riesgo de complicaciones como colecistitis aguda, pancreatitis biliar, ictericia obstructiva o colangitis es de un 0.5-3% al año. La colecistectomía previene las complicaciones de la litiasis biliar^{6,9}.

El realizar la colecistectomía de forma sistemática en pacientes con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos no aumenta su esperanza de vida, dado que los riesgos de la cirugía (mortalidad y morbilidad) son mayores^{6,7,9}.

Colecistectomía

La colecistectomía es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar, la primera fue practicada el 15 de julio de 1882 por el Dr. Cakl Johann August Lan-

genbuch en Berlín, por más de un siglo esta técnica fue la de elección para el tratamiento de la colelitiasis u otras afecciones vesiculares. Actualmente existen 2 opciones quirúrgicas para el tratamiento de la litiasis vesicular sintomática, la colecistectomía abierta y, desde hace casi 3 décadas, la colecistectomía laparoscópica. Se considera temprana cuando se realiza de 1 a 7 días después del ataque inicial y tardío si se realiza de 2 a 3 meses después del ataque. Es evidente que la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en la mayoría de los casos. Sin embargo, los procedimientos abiertos siguen practicándose con gran frecuencia, debido a la falta de equipos para cirugía laparoscópica en varios centros hospitalarios y la falta de consentimiento de este método por parte de los pacientes⁹⁻¹².

Colecistectomía abierta

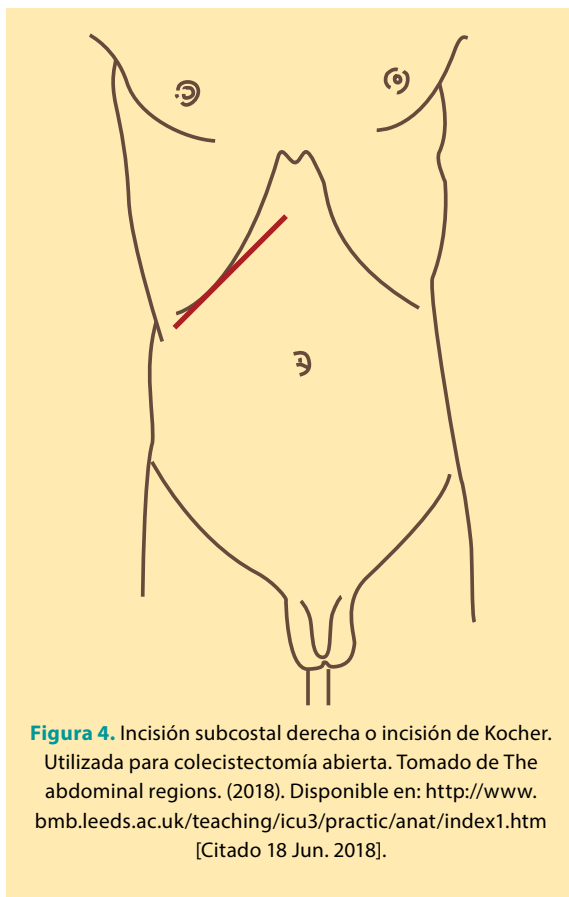
La colecistectomía abierta se realiza mediante una incisión en la pared abdominal, sigue siendo la vía adecuada cuando no se cuenta con tecnología avanzada^{9,10,12}.

En la actualidad, casi todas las colecistectomías abiertas se producen cuando el cirujano convierte una cirugía laparoscópica y la causa más frecuente de esta conversión es la presencia de inflamación, que impide reconocer la anatomía del triángulo de Calot (**figura 3**), limitado por el conducto cístico, el conducto hepático común y por la arteria cística. El triángulo hepatocístico está definido por el conducto cístico, por el conducto hepático común y por el hígado. Se denomina a esta la “visión crítica” de la cirugía laparoscópica, pero resulta igualmente crítica durante la cirugía abierta, si no se puede establecer esta exposición, no deben dividirse estas estructuras^{9,12}.

La mayoría de las colecistectomías abiertas se realizan a través de una incisión subcostal derecha (Kocher) que se coloca unos dos traveses de dedo bajo el borde costal derecho (**figura 4**)¹².

Colecistectomía laparoscópica

La colecistectomía laparoscópica es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar a través de pequeñas incisiones en el abdomen, por los cuales se introduce el instrumental y un endoscopio conectado a monitores y fuente de luz para visualizar la cavidad abdominal¹⁰.



Desde que Philippe Mouret en Lyon, Francia, en 1987 practicó la primera colecistectomía por laparoscopia, este nuevo método marcó un hito en la cirugía, extendiéndose gradualmente a otros procedimientos quirúrgicos más allá de los límites de la cirugía abdominal digestiva¹³.

La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para los cálculos de la vesícula biliar sintomáticos, incluida la colecistitis aguda litiasica, dadas las ventajas sobre el procedimiento abierto, las cuales son: recuperación posquirúrgica en menor tiempo, menor dolor posoperatorio, tiempo de estancia hospitalaria disminuido, reincorporación temprana a las actividades laborales y resultados cosméticos aceptables, sin embargo precisa un aprendizaje adicional de acuerdo al centro de formación del cirujano^{10,13,14}.

En la actualidad, más de 93% del total de colecistectomías se inician por vía laparoscópica. El

porcentaje de conversión a cirugía abierta es de un 4-8%. Actualmente, la tasa de lesiones importantes de la vía biliar tras la colecistectomía es baja (0.2-0.4%) e independiente de que la intervención se realice de forma abierta o por vía laparoscópica^{13,14}.

Algunos factores dificultan el realizar la colecistectomía por laparoscopia, estos son: sexo masculino, obesidad, cirugía abdominal previa, presencia o antecedentes de ictericia, colecistitis en fase avanzada, infecciones graves y factores del cirujano, como impericia y exceso de confianza¹⁰.

No hay ninguna razón médica para demorar la cirugía en un paciente con un cólico biliar no complicado cuyo estado sea apropiado para la anestesia, el principal motivo para retrasar la cirugía en pacientes con un cólico biliar no complicado es el retraso motivado por la permanencia en la lista de espera, causa común en nuestro país debido a la gran demanda de atención en el sector público. Por el contrario, retrasar la cirugía expone al paciente al riesgo de complicaciones de la litiasis biliar. La colecistectomía laparoscópica temprana (menos de 24 horas después del diagnóstico de cólico biliar) reduce la morbilidad durante el periodo de espera para la colecistectomía laparoscópica electiva (tiempo medio de espera de 4 meses), el tiempo de hospitalización y el tiempo operatorio. En consecuencia, es preferible una colecistectomía laparoscópica temprana^{10,13,14}.

Cuidados postoperatorios

Los cuidados postoperatorios son parte integral del manejo quirúrgico. Después de una cirugía de vesícula sin complicación, el paciente tolera vía oral a las 24 horas de postoperado, puede empezarse una dieta regular o baja en grasas; entre 24 a 48 horas canaliza gases e incluso evacua, el dolor en la herida quirúrgica tiende a disminuir y todo ello permite valorar el alta del paciente. Se debe exhortar a la deambulacion. Sin embargo, existen factores que detienen la posibilidad de egreso, entre ellos la presencia de síntomas postoperatorios²².

Complicaciones quirúrgicas

La colecistectomía laparoscópica es la cirugía del tracto digestivo realizada con más frecuencia a nivel

global, a medida que esta cirugía ha ganado popularidad, se ha incrementado el número de complicaciones biliares relacionadas a la misma^{15,16}.

Las lesiones de las vías biliares no reconocidas durante la intervención son de consecuencias más graves, ya que se une el tipo de lesión además del retraso diagnóstico y terapéutico. El uso de drenajes es opcional. En ausencia de drenaje la evolución de la lesión está determinada por la producción de un biliperitoneo, lo que altera el curso postoperatorio normal¹⁶.

La literatura señala que los síntomas que acompañan a las complicaciones en la vía biliar se pueden presentar como: dolor abdominal, fiebre e ictericia en el postoperatorio; por lo tanto resulta fundamental su vigilancia y seguimiento. El seguimiento postoperatorio es una parte importante de la atención, y el papel del cirujano es fundamental¹⁸.

Peritonitis biliar

La peritonitis biliar o biliperitoneo se define como el derrame masivo de bilis en la cavidad peritoneal, es un riesgo potencial después de una cirugía abierta o laparoscópica sobre las vías biliares y una complicación relacionada a diversos factores, algunos de ellos son la ruptura de conducto de Luschka entre lecho hepático y vesicular, los conductos accesorios no identificados en la cirugía, mala ligadura del cístico, o aquellos que condicionan una obstrucción de la vía biliar principal o lesión de la vía biliar por una deficiencia técnica en fases tempranas y en fases tardías provocados por el uso de un exceso de energía. El cuadro clínico es muy variable y no siempre guarda relación con la cantidad de bilis acumulada¹⁷.

La fuga de la bilis está en los canalículos biliares existentes entre la vesícula y el lecho hepático, o a través del conducto cístico ligado de forma incorrecta. Se ha reportado una incidencia de peritonitis biliar postcolecistectomía laparoscópica de (0.19%)^{17,18}.

La presentación clínica de la peritonitis biliar incluye molestias abdominales sin focalización, distensión, náusea y dolor abdominal, aunque es de esperarse que una complicación quirúrgica tenga la posibilidad de no manifestarse abiertamente, ya

Entre los factores de riesgo para desarrollar cálculos biliares destacan: la edad (alrededor de los 40 años), el sexo femenino (probablemente por influencia de los estrógenos), la obesidad (aumento en la producción y eliminación de colesterol por las vías biliares) y el número de embarazos (al menos un hijo).

que el manejo antimicrobiano o analgésico postoperatorio interfiere con las manifestaciones clínicas, atenuando la respuesta inflamatoria sistémica. Características menos comunes incluyen al estado séptico y tinción cutánea de bilis. Una fuga biliar frecuentemente se diagnostica en los primeros 5 días del postoperatorio, con los signos de dolor persistente y flujo de bilis a través de los drenajes, si los hay. El diagnóstico no requiere de confirmación una vez que se observa el flujo de bilis por los drenes, pero si no hay drenes colocados en la primera operación, debe iniciarse una investigación basada en los antecedentes, presentación clínica y la realización de un ultrasonido.

En los casos muy graves se produce distensión abdominal progresiva, deshidratación intensa, hundimiento de los ojos, hemoconcentración, taquicardia y torpeza mental. Esta sintomatología se relaciona con la toxicidad de la bilis o de las sales biliares, con pérdida de líquidos y con la infección bacteriana¹⁷⁻¹⁹.

La exploración diagnóstica más apropiada es el ultrasonido abdominal que muestra la existencia de líquido intraabdominal y/o en región subhepática. Esta situación no debe confundirse con la existencia frecuente de pequeñas colecciones perihepáticas durante el post operatorio inmediato, que se producen en relación con maniobras de la colecistectomía. De cualquier forma, el diagnóstico diferencial entre una colección biliar o colecciones procedentes del lavado debe realizarse con base en la situación clínica del paciente. La causa de mayor morbilidad y mortalidad por pacientes con daño biliar menor, es la sepsis descontrolada, por lo que el manejo temprano está encaminado a la prevención y control del estado séptico¹⁷⁻¹⁹.



EJERCICIO DE REFORZAMIENTO

1. De las siguientes, ¿cuáles son complicaciones de la litiasis vesicular?

- a) Apendicitis, colangitis, síndrome de Mirizzi, enfermedad de Chron.
- b) Bilioma, úlcera péptica, biliperitoneo, carcinoma de vesícula biliar.
- c) Colecistitis aguda, coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis aguda biliar.
- d) Vesícula de porcelana, bilioma, ERGE, coledocolitiasis.

2. Mencione el tratamiento del cólico biliar no complicado

- a) Butilhioscina
- b) Buprenorfina
- c) Ketorolaco
- d) Ibuprofeno

3. ¿Cuáles son los 3 principales factores de riesgo para desarrollar colelitiasis?

- a) Dislipidemia, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus.
- b) Sexo femenino, obesidad, edad mayor de 40 años.
- c) Nutrición parenteral, hipertensión arterial sistémica, infarto agudo al miocardio.

- d) Obesidad, sexo masculino, edad a partir de los 50 años.

4. ¿Qué estructuras delimitan el triángulo de Calot?

- a) Conducto hepático común, hígado y arteria cística.
- b) Conducto cístico, arteria cística y conducto hepático común.
- c) Conducto cístico, conducto hepático común y el hígado.
- d) Conducto cístico, conducto hepático común y arteria cística.

5. Para valorar el alta de un paciente postoperado de colecistectomía, ¿Qué condiciones deben estar presentes?

- a) Dolor intenso, tolerancia a la vía oral, no deambula.
- b) No canaliza gases, no evacúa, no tolera la vía oral.
- c) Canaliza gases, tolera la vía oral, dolor disminuido y deambula.
- d) Signos de irritación peritoneal, evacuaciones, y dolor intenso.

Respuestas: 1: c; 2: a; 3: b; 4: b; 5: c.

REFORZAMIENTO

Se denomina litiasis biliar o colelitiasis a la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar, esta patología constituye uno de los problemas más comunes que lesionan el tubo digestivo. Su prevalencia en la población oscila entre el 10% y el 20%, siendo mayor en edades avanzadas y mujeres.

Existen 4 principales factores de riesgo para su desarrollo. La edad, en la cual encontramos una mayor incidencia alrededor de los 40 años. El sexo

femenino (probablemente por influencia de los estrógenos) aumenta el riesgo. La obesidad, que se asocia a un aumento en la producción y posterior eliminación de colesterol por las vías biliares. La fertilidad, tener al menos un hijo aumenta el riesgo de colelitiasis.

En la mayoría de los pacientes (60-80%), la colelitiasis es asintomática y se diagnostica incidentalmente al indicar un ultrasonido por otros motivos.

La colelitiasis sintomática se produce por la obs-

trucción intermitente del conducto cístico por un cálculo. Los síntomas que sugieren un cuadro de cólico biliar son: crisis episódicas de dolor intenso en el cuadrante superior derecho del abdomen o en el epigastrio durante un mínimo de 15-30 minutos, inicio del dolor aproximadamente 1 hora después de las comidas, diaforesis, náusea y vómito. En la exploración física ligera hipersensibilidad a la palpación en el hipocondrio derecho (signo de Murphy).

Las complicaciones de la colelitiasis incluyen: colecistitis aguda, cólico vesicular, hidrocolecisto, piocolecisto, coledocolitiasis que puede condicionar colangitis o pancreatitis aguda, síndrome de Mirizzi, vesícula en porcelana, íleo biliar y la neoplasia vesicular.

Dentro de los estudios diagnósticos, el ultrasonido es la prueba de primera elección, con una sensibilidad de 98% en los casos de colelitiasis. Dentro de sus hallazgos destacan una posibilidad de detección de cálculos, con presencia de sombras acústicas posteriores y móviles, la medición del edema de la pared, el tamaño del diámetro del colédoco y eventualmente coledocolitiasis.

El uso de ácidos biliares solos o en combinación con una litotripia de ondas de choque extracorpóreas, no se recomienda para los cálculos de la vesícula biliar, debido a que carecen de eficacia en la prevención de los síntomas y las complicaciones, ya que hay una tasa de recurrencias elevada a largo plazo.

Para el tratamiento del cólico biliar se utilizan antiespasmódicos inicialmente, potenciados con antiinflamatorios no esteroideos como diclofenaco o ketoprofeno. No se recomiendan los opioides ya que provocan espasmo del esfínter de Oddi.

La colecistectomía por laparoscopia es el tratamiento quirúrgico de elección para los cálculos de la vesícula biliar sintomáticos.

No se recomienda el tratamiento quirúrgico de forma sistemática para los pacientes con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos.

Existen 2 opciones quirúrgicas, la colecistectomía abierta y la laparoscópica. La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en la mayoría de los casos. Sin embargo, los procedimientos abiertos siguen practicándose.

La “visión crítica” de la cirugía laparoscópica es el reconocer la anatomía del triángulo de Calot, limitado por el conducto cístico, el conducto hepático común y por la arteria cística. El triángulo hepatocístico está definido por el conducto cístico, por el conducto hepático común y por el hígado.

La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para los cálculos de la vesícula biliar sintomáticos, incluida la colecistitis aguda litiásica, dadas las ventajas sobre el procedimiento abierto, las cuales son: recuperación posquirúrgica en menor tiempo, menor dolor posoperatorio, tiempo de estancia hospitalaria disminuido, reincorporación temprana a las actividades laborales y resultados cosméticos aceptables.

La colecistectomía laparoscópica temprana (menos de 24 horas después del diagnóstico de cólico biliar) reduce la morbilidad durante el periodo de espera para la colecistectomía laparoscópica electiva (tiempo medio de espera de 4 meses), el tiempo de hospitalización y el tiempo operatorio.

La peritonitis biliar o biliperitoneo es el derrame masivo de bilis en la cavidad peritoneal, es un riesgo potencial después de una cirugía abierta o laparoscópica sobre las vías biliares.

La presentación clínica de la peritonitis biliar incluye molestias abdominales sin focalidad, distensión, náusea y dolor abdominal.

Los síntomas que acompañan a las complicaciones en la vía biliar se pueden presentar como dolor abdominal, fiebre, o con ictericia en el postoperatorio, por lo tanto resulta fundamental su vigilancia y seguimiento.

La exploración diagnóstica más apropiada es el ultrasonido abdominal que puede sugerir la existencia de líquido intraabdominal y en región subhepática.

RECOMENDACIONES GENERALES

- La ecografía abdominal es la técnica de diagnóstico por la imagen de elección en los pacientes con dolor abdominal alto. Su exactitud en la detección de los cálculos de la vesícula biliar es de más de un 98%.
- Los análisis de laboratorio no son útiles para el diagnóstico de los cálculos de la vesícula biliar

sintomáticos no complicados, puesto que en la mayoría de los pacientes muestran resultados normales.

- Se recomienda el tratamiento quirúrgico con colecistectomía laparoscópica para los cálculos de la vesícula biliar sintomáticos.
- En los pacientes con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos, no se recomienda el tratamiento quirúrgico de forma sistemática. De igual forma no se recomienda la colecistectomía durante la cirugía abdominal, incluida la cirugía bariátrica y la de trasplante de riñón, pulmón o páncreas.
- La colecistectomía debe realizarse lo antes posible en los pacientes con un cólico biliar no complicado.

RECOMENDACIONES POR NIVEL

Primer nivel

Se debe promover la educación nutricional y la práctica de actividad física en la población general con riesgo para colecistitis y colelitiasis. Durante la consulta médica es importante identificar los factores de riesgo para diagnosticar colecistitis y colelitiasis. Si se establece el diagnóstico de presunción de colecistitis aguda, enviar al paciente de forma urgente al segundo nivel de atención. Es importante recomendar una dieta baja en volumen y grasas, además de antiespasmódicos en caso de dolor.

Segundo nivel

El ultrasonido es el estudio no invasivo a elegir en primer lugar ante la sospecha de colelitiasis o colecistitis. En presencia de cólicos biliares se recomienda antiespasmódicos como la butilhioscina y una dosis de 75 mg de diclofenaco vía intramuscular. La colecistectomía por laparoscopia se prefiere a la colecistectomía abierta porque tiene menor mortalidad, menor incidencia de complicaciones, menor tiempo de estancia hospitalaria, incorporación rápida a la actividad laboral. Para prevenir complicaciones, los cirujanos nunca deben dudar en realizar cirugía abierta, cuando ellos consideran que es difícil la realización de colecistectomía por laparoscopia. La vigilancia y seguimiento postoperatorio deberá realizarse por el servicio de cirugía general hasta el egreso hospitalario. El paciente debe ser evaluado

una semana después del egreso hospitalario, en algunos casos en menos tiempo dependiendo de las condiciones del mismo, en la consulta externa de cirugía general, donde se valorará el alta del servicio y se realizará contrarreferencia a su unidad de primer nivel.

En el caso de una lesión de la vía biliar identificada intraoperatoriamente, puede realizarse la reparación de la lesión si se dispone del conocimiento experto quirúrgico necesario. En otro caso, es recomendable colocar simplemente un drenaje subhepático y remitir al paciente a un centro experto. Las lesiones de la vía biliar detectadas posoperatoriamente se remiten a centros expertos.

Tercer nivel

Se atienden los casos complejos que no pudieron ser resueltos en el 2° nivel, probablemente debido a enfermedades concomitantes o complicaciones del manejo quirúrgico.

CONSIDERACIONES FINALES

En el caso clínico antes expuesto, cabe destacar que la paciente cumple con 3 de los factores de riesgo más prevalentes en la colelitiasis, como es el hecho de ser mujer, tener un IMC de 26 kg/m², 44 años de edad y 5 embarazos.

La paciente cursó con múltiples cuadros de cólico biliar, manejado con AINE y antiespasmódicos, lo cuál es el manejo adecuado ante esta situación, sin embargo debido a la recurrencia de este padecimiento, esta paciente era candidata para tratamiento quirúrgico programado.

La paciente cursó con colelitiasis sintomática recurrente durante 3 años, a pesar de ello no se le ofreció el tratamiento apropiado, que en este caso es la colecistectomía. Finalmente se le realizó una cirugía abierta, la cual no está contraindicada, sin embargo el procedimiento vía laparoscópica es el ideal debido a los beneficios hacia el paciente. Esto no garantiza que se esté libre de complicaciones.

A pesar de que la paciente refirió dolor abdominal e incapacidad para evacuar y canalizar gases a las 48 horas después a la cirugía, no se le practicó un interrogatorio más extenso ni se exploró, lo que no permitió conocer más de su estado al momento

de su egreso. El personal médico argumentó que su evolución estaba dentro de un proceso normal después de la intervención realizada, fue egresada del centro hospitalario sin agotar los recursos diagnósticos que pudieran haber apoyado a identificar oportunamente una complicación posquirúrgica.

Se desconoce la evolución de la paciente desde su egreso hasta que, 10 días después de la cirugía, acude a urgencias de un hospital privado, en donde se revisó y realizó laparotomía exploradora, con hallazgos de biliperitoneo, cursando en el postoperatorio inmediato con deshidratación severa y respuesta inflamatoria sistémica. Los hallazgos de esta cirugía no se determinaron con claridad por lo que no tenemos opción para realizar el diagnóstico definitivo. No hay otros elementos de prueba de las partes.

CONCLUSIONES CONAMED

La atención incumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para el expediente clínico (NOM 004-SSA3-2012) al no efectuar nota preoperatoria, no describir en nota quirúrgica los hallazgos transoperatorios, reporte de gases y compresas, incidentes ni accidentes, estado postquirúrgico inmediato ni pronóstico, así también como no acreditar el envío de la pieza quirúrgica para examen histopatológico.

El personal médico incurrió en mala práctica debido al incumplimiento de sus obligaciones de medios de diagnóstico, al valorar de manera insuficiente a la paciente, pese a que refería dolor abdominal. Era necesario darle continuidad y seguimiento al postoperatorio mediano y tardío, a fin de detectar oportunamente las complicaciones que conlleva todo procedimiento quirúrgico, lo cual no sucedió. La nota de egreso establece que la paciente manifestó dolor abdominal, sin embargo no se interrogó ni exploró adecuadamente a la paciente respecto de dicho síntoma, egresando precipitadamente a la enferma sin agotar los medios de diagnósticos que requería el caso.

La citada nota de egreso incumple lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para el expediente clínico (NOM 004-SSA3-2012), pues no señala



fecha de ingreso/egreso; motivo del egreso; diagnósticos finales; resumen de la evolución y estado actual; manejo instituido; problemas clínicos pendientes; plan de manejo, tratamiento y pronóstico.

Ante el dolor abdominal que presentaba la enferma, el personal médico de la institución no documentó si efectuó el interrogatorio completo y la exploración física que el caso requería, situación que no permitió detectar con oportunidad la complicación de biliperitoneo y que por su gravedad ameritó manejo quirúrgico, el cual se brindó en institución privada, ocasionando gastos por parte de la paciente.

Atendiendo a lo pactado por las partes en el compromiso arbitral y con fundamento en lo dispuesto por el artículo 2027 del Código Civil Federal, la institución demandada se encuentra obligada a reembolsar a la actora los gastos de su atención extra institucional reclamados y demostrados. ●



REFERENCIAS

1. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009.
2. Almora C, Arteaga Y, Plaza T, Prieto Y, Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. *Revista Ciencias Médicas ene.-feb.2012*;16(1):200-14.
3. Jerusalén C, Simón M. Cálculos biliares y sus complicaciones. En: Montoro MA, Miguel A. *Gastroenterología y Hepatología*. 2ª Edición. Madrid: Jarpyo Editores; 2012. p. 667-82.
4. Motta G, Rodríguez C. Abordaje diagnóstico por imagen en patología benigna de la vesícula y vías biliares. 2010; (11):271-9.
5. Oddsdóttir M, Pham TH, Hunter JG. Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. En: Brunicaudi FC. *Principios de Cirugía* 9ª edición. México: Mc Graw Hill; 2011. p. 1135-66.
6. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *Journal of Hepatology*. 2016; 65:146-81.
7. Gomes CA, Junior CS, Di Saverio S, Sartelli M, Kelly MD, Gomes CC, et al. Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices. *World J Gastrointest Surg*. 2017;9(5):118-26.
8. Labrada Rodríguez MV, Larrea Masvidal E, Valls Pérez O, Castillo Rodríguez M, Borrero Barrientos LL, Valdés Gómez AC, et al. Litotricia extracorpórea con ondas de choque en cálculos piélicos según densidad mediante tomografía axial computarizada. *Rev Cub Urol*. 2012;1(1):51-63.
9. Estepa-Pérez J, Santana-Pedraza T, Estepa-Torres J. Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. *Medisur*. 2014;13(1).
10. García J, Ramírez F. Colecistectomía de urgencia laparoscópica versus abierta. *Cirujano General*. 2012;34(3):174-8.
11. Elwood D. Colecistitis. *Surg Clin NA*. 2008;1241-52.
12. McAneny D. Colecistectomía abierta. *Surg Clin NA*. 2008; 1273-94.
13. Litwin D, Cahan M. Colecistectomía laparoscópica. *Surg Clin NA*. 2008;1295-313.
14. Rocha M. Colecistectomía por laparoscopia: Abordaje con dos incisiones de entrada. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2010; 62(1):83-6.
15. Bueno J, Serralta A, Planells M, Pous S, Ballester C, Ibáñez F, et al. Colecistectomía laparoscópica y sus complicaciones: nuestra experiencia en nueve años. *Cir Esp*. 2001;69:467-472.
16. Casanova D. Complicaciones de la cirugía biliar. *Cir Esp*. 2001;69(3):261-68.
17. Zandalazini H, Klappenbach R. Fugas biliares postoperatorias. *Bases clínicas y terapéuticas*. 2nd Edition; SEDICI. pp.2057-70.
18. Ponciano M, Valencia O, Espinosa D, Durón F, Cigarroa O. Peritonitis biliar postoperatoria secundaria a dehiscencia del conducto cístico y coledocolitiasis residual resuelta por mínima invasión. Reporte de un caso. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*. 2013;14(3):144-8.
19. Chapa O, Ortiz V, Etchegaray A, Cruz R, Hernández B. Tratamiento quirúrgico de las lesiones iatrógenas de la vía biliar. *Rev Med Hosp Gen Méx*. 2013;76(1):7-14.
20. Palacios D, Gutiérrez M, Gordillo F. Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva. *Semergen*. 2011;37(3):167-69.
21. Palermo M, Núñez M, Duza GE, Giménez Dixon M, Bruno MO, Tarsitano FJ. Vesícula de porcelana. Caso clínico y revisión de la literatura. *Cir Esp*. 2011;89(4):213-17.
22. Zucker K. *Surgical Laparoscopy*. Lippincot Williams & Wilkins. 2001. 2da edición. 844 pp.
23. Motta GA, Martínez NJ, Vite M, Bastida J, Jiménez E. La identificación y el diagnóstico oportuno del hidrocolecisto. *Anales de Radiología México*. 2014;13:346-60.