



## COLECISTITIS CRONICA

Dr. Héctor Cid B.

### Introducción y Definición

La colelitiasis por cálculos de colesterol presenta una alta prevalencia en los países de occidente. En Chile, representa un tercio de las intervenciones quirúrgicas anuales, realizándose aproximadamente 40.000 colecistectomías por año. Su presentación clínica va desde la forma asintomática hasta los episodios reiterados de dolores cólicos.

La colecistitis crónica se refiere a la inflamación crónica de la pared vesicular como consecuencia de litiasis, siendo más del 85% de estos cálculos de colesterol. Se han descrito factores de riesgo para esta situación clínica, entre ellos el sobrepeso/obesidad y resistencia a insulina. Además, la colecistitis crónica es el principal factor de riesgo de cáncer de vesícula biliar.

### Epidemiología

Chile tiene una de las prevalencias más altas con frecuencias del 38,5% en mujeres y 17,2% en hombres, con un aumento progresivo asociado a la edad alcanzando valores tan altos como un 60% mujeres y 50% en hombres sobre los 60 años.

### Presentación clínica:

La colelitiasis **asintomática** corresponde al 50 a 80% de los casos, de estas un 3 a 4% anual progresan a cólico biliar simple o debutan con complicaciones agudas (0,3%).

La colelitiasis **sintomática no complicada** se presenta como cólico biliar simple, clínicamente es una crisis de dolor abdominal intenso de 15 minutos a 4 horas de evolución, epigástrico y/o en hipocondrio derecho e irradiado a dorso ipsilateral, y habitualmente presenta vómitos que cede a antiespasmódicos. Este cuadro autolimitado presenta una alta recurrencia (hasta un 60% a los 2 años). Aproximadamente un 5 a 10% de estos pacientes puede presentar coledocolitiasis asociada.

La colecistitis **sintomática complicada** se da en 1% a 5% de los pacientes asintomáticos por año, conociéndose como **colecistitis aguda**. Esta se genera habitualmente por la impactación de un cálculo en el bacinete, manteniendo el cuadro de dolor que es más intenso por horas o días, que cede parcialmente y transitoriamente a analgésicos, y recidiva precozmente. Con frecuencia tiene vómitos, calofríos y fiebre. Se asocia a deshidratación y hasta un 25% ictericia

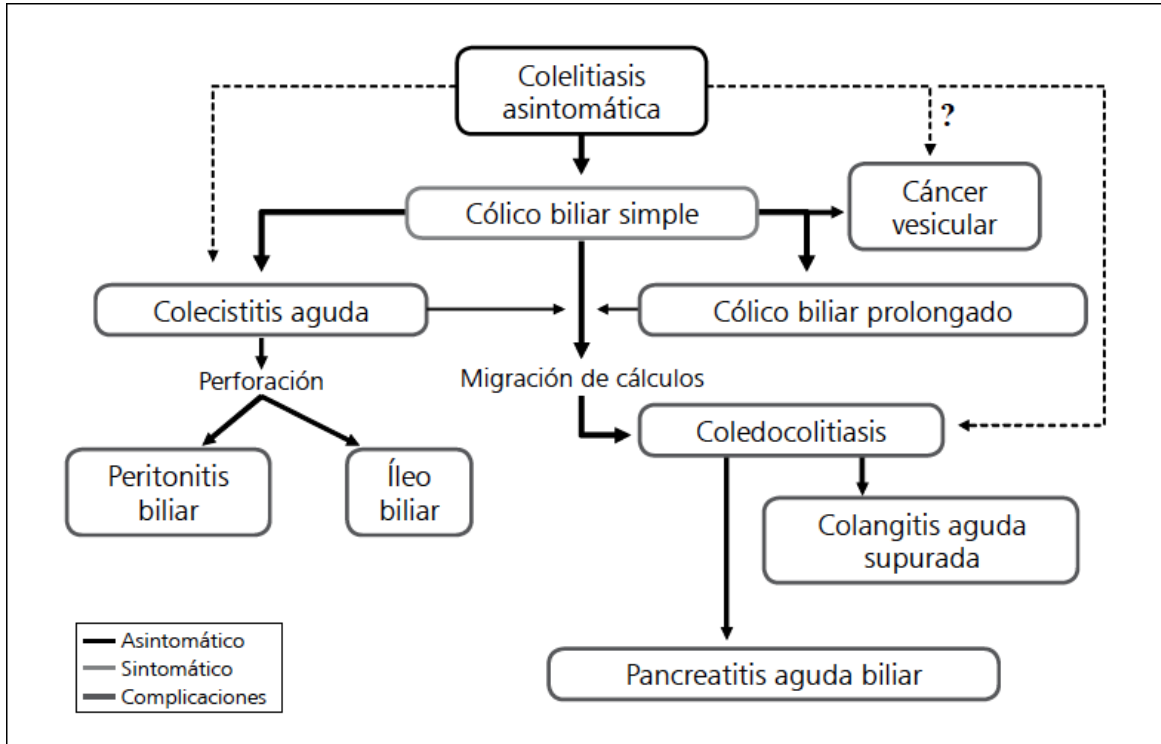


(con o sin coledocolitiasis). Al examen clínico destaca dolor en hipocondrio derecho, resistencia muscular y/o masa piriforme sensible que incursiona con la respiración. Su signo más clásico es el Murphy positivo que es el tope inspiratorio al presionar el punto de Murphy (reborde costal derecho, línea medio-clavicular). Este cuadro constituye una urgencia quirúrgica y su tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica precoz (48 a 76 hrs). Si no se trata la colecistitis aguda, esta se resuelve espontáneamente en un 50% de los casos a los 7 a 10 días, o puede evolucionar a empiema y/o perforación vesicular que puede generar una peritonitis biliar o absceso/plastrón vesicular. Cuando este plastrón se comunica con el intestino se forma la fístula biliodigestiva que puede generar posteriormente un **ileo biliar**. Todos estos cuadros agudos son de tratamiento quirúrgico y requieren tratamiento antibiótico de amplio espectro.

En el caso de presentar **coledocolitiasis** o alta sospecha de ésta, fundamentada por clínica y/o exámenes de imágenes y laboratorio, o en caso de presentar su complicación aguda, la colangitis, la indicación es iniciar el tratamiento con el drenaje y extracción de cálculos coledocianos por medio de una colangiografía endoscópica retrograda (ERCP).

La sospecha de coledocolitiasis se fundamentará en:

- 1) Ictericia obstructiva actual.
- 2) Hiperbilirrubinemia directa y elevación de las fosfatasa alcalinas.
- 3) Dilatación significativa de la vía biliar (> 8 mm)
- 4) Visualización ecográfica o por medio de colangio-resonancia, de cálculos en la vía biliar.



### Métodos y procedimientos diagnósticos

**Ecografía Abdominal:** Es el examen de elección para demostrar colelitiasis. Permite ver cálculos  $\geq 5$  mm de diámetro con una sensibilidad y especificidad  $\geq 95\%$ . Identifica tamaño, número y volumen de cálculos, grosor de la pared y presencia de pólipos concomitantes. Además, puede certificar una colecistitis aguda en un 86-95% mostrando pared gruesa ( $> 3\text{mm}$ ) e imagen de doble halo, calculo impactado en bacinete y vesícula distendida dolorosa. Además, puede mostrar coledocolitiasis o dilatación secundaria de colédoco ( $>7\text{mm}$  no colecistectomizado;  $>10\text{mm}$  colecistectomizado).

Otros estudios como la **Colangiografía** o **Endosonografía** tiene su rol en confirmar coledocolitiasis a pacientes con sospecha intermedia y/o estudios no concluyentes, para definir el realizar su extracción preoperatoria o intraoperatoria por medio de la colangiopancreatografía endoscópica retrograda.

En casos de sospecha clínica de colecistitis crónica complicada puede ser necesario la realización de otros exámenes como la **TAC abdomen**.

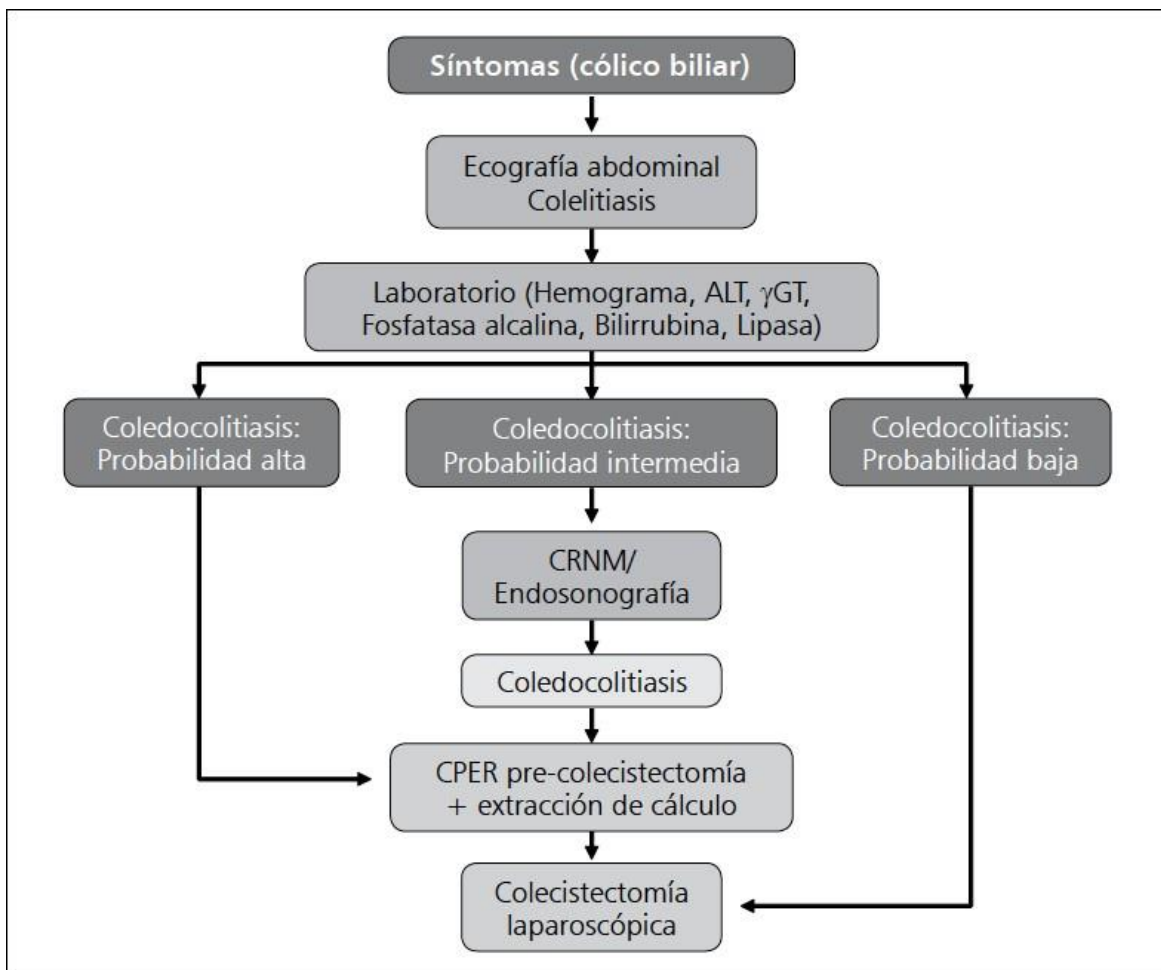
Los exámenes preoperatorios habitualmente solicitados son:

- Hemograma
- Uremia
- Glicemia
- Orina completa
- Protrombina



SGOT  
SGPT  
Bilirrubina total y directa  
Fosfatasa alcalinas  
Ecotomografía abdominal reciente (menor de 12 meses)

Mayor de 40 años se agrega:  
Electrocardiograma.  
Pases preoperatorios según patología concomitante.



## Tratamiento

El cuadro de colecistitis crónica litiásica, ya sea sintomática o asintomática



tiene como tratamiento estándar la **Colecistectomía Laparoscópica**. En Chile, un 5% anual de la población asintomática se hará sintomática y, además, existe una alta prevalencia de cáncer de vesícula. Desde el 2007 el MINSAL incluye la colecistectomía preventiva de cáncer en pacientes sintomáticos entre los 35 y 49 años de edad.

### **Preparación preoperatoria:**

- 1.- Régimen cero 6 horas antes de la cirugía.
- 2.- Uso de antibioprofilaxis según pautas locales del comité de IIH
- 3.-Corte de vellos lo más próximo a la cirugía.
- 4.-Lavado de piel del área quirúrgica con antisépticos tópicos.
- 5.- Vaciar vejiga inmediatamente antes del traslado al pabellón.

### **Técnica quirúrgica:**

- a) Colecistectomía laparoscópica : De elección en la colecistitis crónica y agudas.
- b) Colecistectomía Clásica o Abierta: se debe considerar en caso de algunas situaciones clínicas como:
  - Fístula bilio-digestiva compleja
  - Vesícula en porcelana
  - Coledocolitiasis no resuelta por E.R.C.P y no susceptible de manejo laparoscópico
  - Sospecha imagenológica o clínica de Cáncer vesicular.
  - Cirugía oncológica previa del hipocondrio derecho
  - Conversión de cirugía laparoscópica

### **Procedimientos complementarios:**

#### **Colangiografía transcística intra-operatoria :**

Se efectuará en forma rutinaria en nuestra institución. El principal objetivo es la identificación intraoperatoria de coledocolitiasis asintomática que en nuestra experiencia es de 6% .Existen algunos estudios que demuestran claros beneficios colaterales de su realización rutinaria teniendo como principal ventaja identificar casos con anatomía biliar aberrante y detección precoz de lesiones de vía biliar con la consiguiente reparación inmediata.

#### **Manejo de la coledocolitiasis con diagnóstico intraoperatorio:**

- 1) Extracción transcística con canastillo de Dormia. De elección para cálculo único y pequeño (< 5 mm). Requiere de cístico dilatado, idealmente de inserción perpendicular en la vía biliar y material como sonda de Dormia y/o



catéter de Fogarty.

- 2) En presencia de cálculos pequeños (entre 5 - 10 mm) únicos o múltiples que no logren ser extraídos por vía transcística hay dos alternativas:
  - Extracción endoscópica retrograda guiada por catéter transcístico ( Rendez-Vous )
  - En su defecto se dejará pasada la misma sonda de colangiografía hasta duodeno a modo de **Cisticostomía**. Se debe confirmar su ubicación en segunda porción duodenal bajo fluoroscopia y fijar a conducto cístico con 1 o 2 clips. Esto tiene por objeto orientar la extracción por vía endoscópica posterior ( Rende-Vous diferido ).
- 3) En presencia de cálculos grandes (> 10 mm) o panlitiasis (> 10 cálculos) se con realizará coledocotomía laparoscópica o abierta utilizando sonda en T de látex a modo de coledocostomía.

#### c) **Drenaje abdominal:**

Uso selectivo en la colecistectomía laparoscópica y rutinario en la cirugía abierta y coledocostomía.

### **Manejo de los principales procedimientos empleados**

#### **Manejo Postoperatorio:**

##### **1.- Colecistectomía laparoscópica:**

- Régimen oral cero por 6 horas, Realimentación oral progresiva con régimen líquido posterior. Mantener con régimen liviano por 30 días.
- Antibióticos: En caso de contaminación importante en área operatoria (ruptura vesicular, caída de cálculos) prolongar hasta completar 48 horas. Empiema vesicular se debe mantener antibióticos por una semana.
- Uso de analgésicos no opiáceos según necesidad.
- Alta después de 8 horas de observación.
- Control en policlínico al 7º, 30 y 90 días postoperatorio, con registro de informe de Biopsia en la ficha clínica.
- En caso de dejar cisticostomia por coledocolitiasis se programará su extracción endoscópica mediante ERCP dentro de las próximas 48 horas. De ser exitosa la extracción, se retirará la cisticostomía a los 15 días post alta de forma ambulatoria

##### **2.- Colecistectomía abierta sin coledocostomía**

- Régimen oral cero por 24 horas. Luego régimen oral progresivo y según tolerancia. Mantener régimen liviano por 30 días.
- Antibiótico similar a la cirugía laparoscópica.
- Analgesia no opiácea según dolor



- Drenajes: Retiro a partir de las 48 horas según débito y características del material drenado.
- Alta a los 2-4 día PO.
- Control en policlínico al 7º, 30 y 90 días postoperatorio, con revisión de anatomía patológica.

### **3.- Colectomía abierta con coledocostomía**

- Régimen oral cero por 24 horas. Luego régimen oral progresivo y según tolerancia. Mantener régimen liviano por 30 días.
- Antibiótico similar a la cirugía laparoscópica.
- Analgesia no opiácea según dolor
- Retiro de drenajes al 4º día
- Sonda T: Colangiografía de control a partir del 14º día postoperatorio. Si esta muestra ausencia de coledocolitiasis y/o ausencia de obstrucción distal, el retiro de la sonda T a partir del 21º día. En caso de coledocolitiasis residual extracción percutánea a partir del 30º día y/o extracción endoscópica mediante ERCP
- Alta al 4-6 día PO
- Control en policlínico al 7º, 15, 30 y 90 días postoperatorio, con revisión de anatomía patológica.

### **Seguimiento**

En la gran mayoría de los casos, cuando la cirugía se presenta sin complicaciones perioperatorias, esta patología no requiere mayor seguimiento y presenta un excelente pronóstico.

La conversión de colectomía laparoscópica a abierta, actualmente, es inferior al 5 %.

Las complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico laparoscópico son menor al 5%, siendo la infección de herida operatoria y la neumonía las más frecuentes en series nacionales. La lesión de vía biliar no supera 0,4% y la mortalidad de la técnica llega hasta 0,15%.

## **PROTOCOLO COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA AMBULATORIA. HOSPITAL CLINICO SAN BORJA-ARRIARAN**

### **Introducción**

La ambulatorización de la cirugía mayor se ha ido progresivamente imponiendo en todo el mundo lo que permite liberar camas hospitalarias para otros



procedimientos que requieran cuidados postoperatorios complejos y que no pueden ser hechos en el domicilio del paciente.

Nuestro hospital cuenta ya con una vasta experiencia en cirugía ambulatoria generada por lo realizado desde hace varios años por la Unidad de Cirugía Ambulatoria, en la cual se practica cirugía mayor de diferentes especialidades quirúrgicas

**a) Serán candidatos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria** los pacientes beneficiarios de nuestro hospital y portadores de colelitiasis simple, **esto es que no tengan:**

- Engrosamiento de las paredes vesiculares a la ecotomografía.
- Factores de riesgo de coledocolitiasis (*antecedentes claros de ictericia, hiperbilirrubinemia, fosfatasas alcalinas elevadas, vía biliar ecográficamente dilatada o imagen de coledocolitiasis a la ecotomografía*).
- Vesículas esclero-atróficas
- Fístulas bilio-digestivas
- Necesidad de otros procedimientos quirúrgicos asociados

**b) Requisitos generales del paciente:**

- Ecotomografía reciente que confirme colelitiasis sin los factores de riesgo de conversión a cirugía abierta antes mencionados
- HUGOP y pruebas hepáticas normales
- ECG normal para los mayores de 40 años
- Edad menor de 60 años
- Patologías crónicas compensadas y que no alteren la capacidad funcional (ASA I y II )
- Red de apoyo social adecuado
- Contar con línea telefónica en su domicilio

**c) Metodología para el ingreso:**

- Evaluación en policlínico por cirujano del Servicio de Cirugía
- Confección de la hoja de ingreso tradicional consignando destinación a colecistectomía ambulatoria.
- Entrevista con la Enfermera del CDT para evaluación de la red social de apoyo.
- Programación de la colecistectomía en pabellones UCA .
- Ingreso el día de la operación a las 7,30 hrs. vía oficina de admisión.

**d) Requisitos para el egreso post-operatorio:**

- Haber realmente sido sometido a una colecistectomía laparoscópica simple.





- Observación post-operatoria mínima de 6 hrs. con evaluación médica y de enfermería.
- Ausencia de sospecha de complicación.
- Ausencia de estado emético o nauseoso persistente.
- Dolor controlado.
- Haber orinado
- Alta firmada por Médico Residente
- Traslado a su domicilio en ambulancia o vehículo particular

**e) Indicaciones de egreso para los pacientes sometidos a Colectomía laparoscópica :**

- **El paciente debe permanecer en reposo relativo**, esto es que puede deambular pero sin realizar esfuerzos físicos significativos.
- **Régimen alimentario:** solo líquidos las primeras 24 hrs. ( agua cocida, sopa, té, agua mineral sin gas ). Al segundo día postoperatorio se inicia régimen liviano que debe mantenerse por 30 días.
- **Analgésicos orales según indicación:** dipirona oral o en su defecto paracetamol, nefersil o profenid..
- **Cualquier duda debe ser aclarada mediante consulta al Cirujano de turno** que podrá ser ubicado en los teléfonos: 22.574.85.21
- **Cualquier circunstancia que impresione como anormal** y que no se logre aclarar satisfactoriamente por vía telefónica debe hacer que el paciente sea traído al Servicio de Cirugía de nuestro Hospital, específicamente al 5º piso Unidad de Intermedio donde será evaluado por el Cirujano de turno.
- **Primer control post-operatorio:** deberá concurrir con su carnet de alta al policlínico de cirugía dentro de 7 a 10 días desde el día operatorio, fecha que estará consignado en dicho carnet, y donde será evaluado por su cirujano.

**Bibliografía:**

1. Miquel JF, Covarrubias C, Villaroel L, et al. Genetic epidemiology of cholesterol cholelithiasis among Chilean Hispanics, Amerindians and Maoris. Gastroenterology 1998; 115: 937-46.
2. Pérez-Ayuso R, Hernández V, González B, et al. Historia natural de la colelitiasis. Incidencia de colecistectomía en un área urbana y una rural mapuche, en la última década. Rev Med Chile 2002; 130: 723-30.



Servicio de Cirugía  
Cirugía digestiva alta  
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
Dr. Héctor Cid B.



3. Dr. Juan F. Miquel Poblete. Diagnostico y tratamiento de enfermedades digestivas 2013; Litiasis biliar: 417 – 425.
4. Luis Ibáñez A. y cols. Colectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 - N° 1, Febrero 2007, Pag. 10 – 15.
5. K Tim Buddingh et al. Lower Rate of Major Bile Duct Injury and Increased Intraoperative Management of Common Bile Duct Stones after Implementation of Routine Intraoperative Cholangiography. J Am Coll Surg; 2011; 213, No. 2: 267 – 274.
6. D R Flumb et al. Cholangiografía and the risk of common bile duct injury .JAMA. 2003; 289: 1639-1644.