

## LITIASIS BILIAR

(GALLSTONE)

\*Juan Carlos Sánchez Gaitán

### RESUMEN

La litiasis vesicular la definimos como la formación de concentraciones sólidas en la vesícula o la vía biliar a consecuencia de alteraciones en la composición de la bilis y la motilidad de la vesícula. Los cálculos pueden estar formados de colesterol, pigmento de bilirrubina polimerizado, bilirrubinato cálcico, palmitato cálcico. Las manifestaciones de pueden presentar como cólico biliar, Colecistitis calculosa aguda, Colecistitis calculosa crónica, colangitis aguda.

### DESCRIPTORES

Litiasis vesicular, signo Murphy, colecistectomía, bilis, cálculos.

### SUMMARY

Gallstones is defined as the formation of solid concentrations in the gallbladder or bile duct as a result of changes in the composition of bile and gallbladder motility. The calculations may be formed of cholesterol, bilirubin polymerized pigment, calcium bilirubinate, calcium palmitate. The manifestations may be presented as biliary colic, acute calculous cholecystitis, chronic calculous cholecystitis, acute cholangitis.

### KEYWORDS

Gallstones, Murphy sign, cholecystectomy, bile stones.

\*Médico General. Caja Costarricense de Seguro Social, área de salud Cariari..Limón-Costa Rica.

### GENERALIDADES

La litiasis biliar es la formación de concentraciones sólidas en la vesícula o la vía biliar a consecuencia de alteraciones en

la composición de la bilis y la motilidad de la vesícula.

### FACTORES DE RIESGO

Ver tabla 1

TABLA 1: Factores de riesgo para litiasis biliar	
No modificables	Modificables
Historia familiar	Diabetes mellitus, Dislipidemia, Obesidad, Síndrome Metabólico
Predisposición genética	Fármacos: Tiazida, Ceftriaxona, Hormonas femeninas
Sexo femenino	Reducción de la actividad física
Edad	Pérdida de peso rápido
	Dieta / Nutrición Parenteral Total
	Falta de información de enfermedades crónicas: Cirrosis, Enfermedad de Crohn

## COMPOSICIÓN DE LOS CÁLCULOS BILIARES

### Cálculos de colesterol

Son los más prevalentes en Occidente. Se componen en su mayoría de colesterol (51-99%) y hasta el 15% son radiopacos.

### Cálculos pigmentarios negros

Constituyen el 20-30% de las colelitiasis. Se componen principalmente de un pigmento de bilirrubina polimerizado, así como de carbonato y fosfato cálcico, por lo que su consistencia es dura. No contienen colesterol. El 60% son radiopacos. Se asocian a condiciones de hemólisis crónica y a la cirrosis hepática. Alrededor del 30% de los pacientes cirróticos presentan colelitiasis.

### Cálculos pigmentarios marrones

Están compuestos por bilirrubinato cálcico, palmitato cálcico, estearato y colesterol (menos del 30%). Se forman generalmente en la vía biliar, en relación con estasis y sobreinfección de la bilis (se encuentran bacterias en más del 90% de este tipo de litiasis). Generalmente son radiolúcidos y de consistencia blanda. Suelen ser intrahepáticos, especialmente cuando aparecen asociados a estenosis de la vía biliar como en la colangitis esclerosante primaria o en la enfermedad de Caroli. En países orientales se asocian con parasitosis de la vía biliar.

## COLELITISIS ASINTOMÁTICA

Los cálculos biliares son muy comunes, entre el 10- 20% de los americanos desarrollará piedras en algún momento de su vida. La mayoría de las personas asintomáticas no desarrollará síntomas, hasta un 80% nunca va a experimentar

dolor o complicaciones (colecistitis aguda, colangitis o pancreatitis biliar). Por lo tanto, la mayoría de los cálculos biliares que son clínicamente "silenciosos", se diagnostican por un hallazgo incidental durante una ecografía abdominal realizada por otros motivos. Las personas con colelitiasis asintomática, pueden desarrollar síntomas (dolor biliar) y además requerir un tratamiento, pero el riesgo es muy bajo, con un promedio del 2% al 3% por año, 10% en 5 años. Una proporción aún menor, del 1% al 2% por año, desarrollaran complicaciones graves de cálculos biliares. Por lo tanto, el manejo expectante es una opción apropiada para los cálculos biliares asintomáticos en la población general.

La excepción a la recomendación son los pacientes con alto riesgo de sufrir complicaciones biliares:

1. Cálculos biliares > 3 cm o vesículas repletas de piedras: tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vesícula biliar, y se beneficiaría con colecistectomía profiláctica.
2. Enfermedad de células falciformes: se asocia con el desarrollo de cálculos biliares de pigmento, con frecuencia necesita colecistectomía
3. Trasplante de órganos sólidos (corazón, pulmón, riñón, páncreas).
4. Cirugía abdominal programada por otro motivo: puede beneficiarse de unacolecistectomía simultánea.

## CUADOR CLINICO

### Cólico Biliar:

El cuadro clínico en la mayoría de los pacientes (59%) cursa como dolor en hipocondrio derecho o el epigastrio.

En un 24% el dolor puede ser torácico

El dolor es constante, de intensidad variable, puede irradiarse hacia la escápula derecha y asociar diaforesis, náuseas y vómitos. El paciente no impresiona signos de gravedad en la exploración física, ni presenta signos de irritación peritoneal (**signo de Murphy negativo**).

### Íleo biliar

Es la obstrucción del tubo digestivo a cualquier nivel por impactación de un cálculo biliar. Generalmente cursa de forma insidiosa como episodios de suboclusión. El diagnóstico de obstrucción puede realizarse con radiología abdominal simple, pero el

**TABLA 2:** Asignación del riesgo de coledocolitiasis y actitud a seguir en cada caso.

Predictores de coledocolitiasis	Riesgo de coledocolitiasis	Actitud
<b>Muy fuertes</b> Ecografía: coledocolitiasis Colangitis aguda Bilirrubina total > 4 mg/dl	<b>Alto (&gt; 50% probabilidad):</b> Cualquier predictor muy fuerte Ambos predictores fuertes	→CPRE preoperatoria
<b>Fuertes</b> Ecografía: dilatación de vía biliar Bilirrubina total 1,8-4 mg/dl	<b>Bajo (&lt; 10% probabilidad):</b> Ningún predictor	→Colecistectomía sin colangiografía
<b>Moderados</b> Alteración perfil hepático (≠ de BT) Edad superior a 55 años Pancreatitis aguda biliar	<b>Intermedio (10-50% probabilidad):</b> Cualquier otra situación	Colangiografía magnética preoperatoria o →Colangiografía intra operatoria

### Colecistitis calculosa aguda

El cuadro clínico se caracteriza por dolor en el hipocondrio derecho o epigastrio, intenso y prolongado (generalmente más de 4-6 horas), que puede irradiarse hacia la escápula derecha. **Signo de Murphy positivo**. Estos pacientes por lo general impresionan signos de gravedad y pueden estar febriles, especialmente en caso de infección asociada.

### Colecistitis calculosa crónica

Los síntomas suelen ser leves e inespecíficos, entre los que destacan distensión abdominal y dolor sordo en hipocondrio derecho o epigastrio, ocasionalmente irradiado a la escápula derecha. Puede existir signo de Murphy.

## COMPLICACIONES

diagnóstico etiológico suele requerir la realización de una Tomografía.

### Síndrome de Mirizzi

Es la impactación de una lito en el conducto cístico, puede producir una obstrucción extrínseca del conducto hepático.

### Coledocolitiasis sintomática

La litiasis en el colédoco que puede ser asintomática, cursar como cólico biliar o complicarse con colangitis o pancreatitis aguda biliar. El hecho de tener obstruido el conducto biliar principal ocasiona ictericia obstructiva con frecuencia.

### Colangitis aguda

Es una infección ascendente de la vía biliar, con repercusión sistémica, en presencia de obstrucción parcial o completa de la vía biliar.

## PRUEBAS DE IMAGEN

### Ecografía

La ecografía detecta la colelitiasis en aproximadamente el 98% de los pacientes. Colecistitis litiásica aguda es diagnosticada por engrosamiento de la pared vesicular (5 mm o más), el líquido pericolecístico o sensibilidad directa cuando el transductor del ecógrafo es empujado contra la vesícula biliar (signo de Murphy ecográfico). El valor predictivo negativo en base a la ausencia de piedras más una pared da la vesícula biliar normal o un signo de Murphy negativo fue de un 95%.

### Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

La coledocolitiasis es una de las causas más frecuentes de obstrucción biliar. La CPRE tiene una especificidad y la sensibilidad para detección de cálculos en el conducto biliar que supera el 95%. Pese a ello, hay que prestar atención de no inyectar aire en la vía biliar durante la colangiografía dado que las burbujas de aire pueden ser falsamente interpretadas como litiasis. Una indicación común de la CPRE es en el postoperatorio de la

- conductos.

colecistectomía laparoscópica, cuando no ha sido posible la remoción completa de los áculos de la vía biliar principal.

### Nuclear

La RNM puede ser de utilidad en el diagnóstico diferencial de algunos casos de mujeres embarazadas con clínica de dolor abdominal en hipocondrio derecho.

## TRATAMIENTO

- La colecistectomía es la elección en los pacientes con litiasis biliar.
- Los pacientes con colecistitis aguda, pancreatitis biliar, o coledocolitiasis deben someterse a una colecistectomía, salvo que sea contraindicado.
- Para los pacientes con colecistitis aguda, la colecistectomía debe ocurrir dentro de 48 horas de su ingreso.
- Para los pacientes con cálculos de la vía biliar y pancreatitis biliar, se les debe realizar colangiografía y / o desobstrucción de los

Recepción: 6 Noviembre de 2015

Aprobación: 7 Diciembre de 2015

## BIBLIOGRAFÍA

- LA Artifon, E. (2013, Diciembre). <http://www.scielo.org.pe/>. Retrieved Enero 13, 2015, from [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292013000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292013000400006&script=sci_arttext)
- Sheffield, K. (2012, Marzo). [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3350377/). Retrieved Enero 13, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3350377/>
- Stinton, L. (2012, April). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. Retrieved Enero 13, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3343155/>
- Strasberg, S. (2008, Junio). <http://www.nejm.org/>. Retrieved Enero 13, 2015, from <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp0800929>
- Tejedor Bravo. (2012). <http://www.elsevierinstituciones.com/>. Retrieved Enero 14, 2015, from <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v11n08a90128633pdf001.pdf>