



# Colelitiasis asintomática, operar o no?

María Virginia Rodríguez Funes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano General y Digestivo rodriguez\_vir88@hotmail.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -  
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia  
Biomédica Digital.

## RESUMEN

Los cálculos de la vesícula biliar, especialmente los del tipo de colesterol, son una entidad frecuentemente encontrada en el mundo occidental, específicamente en las poblaciones nativas del continente americano, en las cuales se ha encontrado a través de estudios epidemiológicos por autopsias una prevalencia tan alta de hasta el 50% para la población de los indios PIMA. Para unificar criterios sobre lo que hablamos en este artículo llamaremos colelitiasis asintomática a todo hallazgo fortuito o casual de cálculos en la vesícula biliar durante un examen por ultrasonografía u otros por otra patología.

## PREVALENCIA DE LA PATOLOGÍA Y FACTORES RELACIONADOS

Los cálculos de la vesícula biliar, especialmente los del tipo de colesterol, son una entidad frecuentemente encontrada en el mundo occidental, específicamente en las poblaciones nativas del continente americano, en las cuales se ha encontrado a través de estudios epidemiológicos por autopsias una prevalencia tan alta de hasta el 50% para la población de los indios PIMA por ejemplo. Estos estudios han determinado que la raza juega un papel muy importante entre los varios factores etiológicos, tal como lo observamos en la tabla<sup>1,2</sup>.

Tabla 1 Prevalencia racial/geográfica de colelitiasis en autopsias

Muy alta	Alta	Moderada	Baja

Indios Pima Indios Micmac Indios Chippewa Mexicanos Chilenos (mujeres) Suecos Checoslovacos	Estados Unidos (blancos) Británicos Noruegos Australianos	Estados Unidos (afro-americanos) Singapur Alemania	Grecia Japón India China
---	---	---	-----------------------------------

Además de este factor causal podemos enumerar otros, como hábitos exógenos y fenómenos endógenos que influyen sobre el equilibrio bioquímico en la saturación de la bilis (esquema del triángulo de Small). Así tenemos la sobresaturación de la bilis con colesterol, la cual esta determinada por fenómenos como el mal manejo del colesterol endógeno que puede observarse en la obesidad<sup>3</sup>, por el alto nivel de estrógenos que se ven en los embarazos<sup>4</sup> y también por el envejecimiento. Por eso, el lema que aprendimos en los antiguos textos de cirugía de la mujer obesa, cuarentona y múltipara como prototipo del paciente colelitiasico es todavía aplicable aunque no en el 100% ya que a mayor edad que cuarenta es todavía más frecuente. Otros cambios bioquímicos identificados como de gran influencia en este desequilibrio de saturación de la bilis son la disminución del total de sales biliares que son afectados por fenómenos como el ayuno prolongado y problemas en el ciclo enterohepático de la bilis<sup>5</sup>.

En los escasos estudios institucionales realizados en El Salvador, se ha encontrado que las intervenciones por patología biliar, especialmente litiasis vesicular, constituyen un alto porcentaje de toda la cirugía abdominal realizada por año, superando aún a los casos de apendicitis aguda, lo que nos permite inferir que la prevalencia de esta entidad en la población salvadoreña es alta<sup>6</sup>.

Esto hace que el médico general y en especial el cirujano general se enfrente a menudo en su consulta con el hallazgo de una litiasis biliar y entonces nace la pregunta : cuál es la actitud a tomar frente a ella?

## CIRCUNSTANCIAS DEL DESCUBRIMIENTO DE LA PATOLOGÍA

Para la toma de decisiones debemos primero tener en cuenta las circunstancias que llevaron a tal diagnóstico. Si el diagnóstico fue dado posterior a un cuadro de dolor típico en el epigastrio y/o hipocondrio derecho con irradiación a la escápula ipsilateral y acompañado de síntomas vágales como náuseas y vómitos, con un signo de Murphy claro y una ultrasonografía confirmatoria, no existe ninguna duda en nuestra conducta terapéutica, la cual será quirúrgica en el momento oportuno según corresponda al diagnóstico evocado, ya sea cólico biliar, colecistitis aguda lo que no es el debate de este artículo. El problema de decisión terapéutica se nos presenta cuando un paciente que nunca ha acusado dolor, a quien de ahora en adelante llamaremos asintomático, por alguna razón, por otra patología, por tomar un seguro de salud, de vida o un chequeo médico exhaustivo se toma una ultrasonografía abdominal y lo encuentran portador de una litiasis biliar.

## SINTOMATOLOGÍA DE LA PATOLOGÍA LITIÁSICA BILIAR

En nuestro medio es frecuente el relacionar síntomas dispépticos tales como eructos post-prandiales, sensación amarga de la boca al despertar por las mañanas, "escupidera", diarrea a la ingesta de comida grasa, flatulencia y plenitud a la ingesta de comida grasa y otros incluidos dentro del término "intolerancia a las grasas" a la presencia de cálculos en la vesícula. Todos estos síntomas no están directamente vinculados a los cálculos biliares y se recomienda investigar patologías de otro origen<sup>8,9</sup>, incluyendo desde las parasitarias como *Giardia lamblia*, reflujo gastroesofágico, enfermedad ácido-péptica hasta una insuficiencia pancreática para poder aseverar su causalidad y de ofrecer cirugía. Se ha observado que un 12% de estos síntomas persisten posterior a la colecistectomía<sup>8</sup>.

Los síntomas de los cálculos biliares están relacionados con el dolor ocasionado por la obstrucción del conducto cístico por un cálculo pequeño que flota y se enclava en la contracción de la misma, durante la ingesta de comida. Estos síntomas se han resumido en cuadros clínicos ya conocidos por nosotros tales como el cólico biliar, la colecistitis aguda y crónica, el hidrocolecisto y el piocolecisto, en los cuales nuevamente el dolor en el hipocondrio derecho y epigastrio es la clave y en el peor de los casos se pueden presentar como complicación tales como litiasis coledociana con toda su variedad infecciosa y pancreatitis biliar<sup>1, 7,8</sup>.

Una vez que ya tenemos claro a que nos referimos cuando hablamos de una vesícula con cálculos asintomática, nos llega este paciente a la consulta y nos plantea la pregunta, ¿Doctor, qué me dice, debo operarme?

## DECISIÓN TERAPÉUTICA

Para poder responder a ella, analizaremos primero la historia natural de la entidad y segundo los diferentes consensos terapéuticos que se han tomado a nivel mundial frente a ellos.

### Historia natural de la litiasis biliar asintomática

Es importante saber y reconocer que la mayoría de los cálculos de la vesícula biliar son asintomáticos (85-90%) y permanecen así. Esto ha sido apoyado por varios estudios donde se ha realizado una búsqueda sistemática de cálculos en ciertas poblaciones, dándoles luego seguimiento por años y se ha encontrado que la probabilidad acumulativa para que los cálculos asintomáticos se vuelvan sintomáticos con presencia de dolor es de:

- 11.9 % +/- 3.0 (D.E.) en 2 años,
- 16.5 % +/- 3.5 (D.E.) en 4 años,
- 15% a 25.8% +/- 4.6 (D.E.) en 10 años y
- 18% a los 15 y 20 años<sup>10,11, 12</sup>

Esto quiere decir que de cada 100 personas que tengan cálculos en la vesícula, 15 a 25 pacientes desarrollarán algún tipo de síntoma en un lapso de 10 años. O sea, que estos pacientes tienen una probabilidad de 2 a 6 en 100 (2 a 6%) de experimentar síntomas en un año. Además se ha

observado que el 90% de los pacientes que se vuelven sintomáticos presentan como primera manifestación un cólico biliar<sup>7</sup> y un 3 a 5 % se presentan con síntomas severos.

En nuestro país, infiriendo desde nuestra observación regional, nuestros pacientes se presentan por primera vez a una institución hospitalaria con manifestaciones otras, de mayor complejidad a la consulta de emergencia, tales como pancreatitis biliar, colangitis, piocolecisto y otros, pero al historiarlos detenidamente encontramos el hallazgo de que presentaban dolores leves (cólicos biliares) desde hace varios años, y permanecían sin consultar y automedicándose<sup>13</sup>. Para las complicaciones, éstas han sido determinadas de desarrollarse en una probabilidad acumulativa de 3.0% +/- 1.8 (% / DE) en 10 años<sup>12</sup>. La muerte producida directamente por la presencia de los cálculos permanece impredecible y los que se han detectado como susceptibles a tener morbilidad letal son los hombres de edad avanzada y aquellos que padecen enfermedades crónicas tales como cirrosis, enfermedades cardíacas y diabetes mellitus<sup>7,14</sup>.

Además de la aparición de los síntomas, otra interrogante que nos hacen los pacientes y nos hacemos nosotros mismos es, ¿y esta entidad evoluciona al cáncer? Se ha encontrado que el 70% de los pacientes que desarrollan cáncer de vesícula biliar se acompañan de cálculos en ella. Pero también se ha estimado que el riesgo de desarrollar un carcinoma es de 1% 20 años después de hecho el diagnóstico de los cálculos en colecistitis crónica, con un riesgo aumentado en los hombres<sup>15,16,17</sup>. Esto hace que se necesiten realizar 100 colecistectomías para prevenir una muerte por adenocarcinoma de la vesícula<sup>18,19</sup>. Otras entidades concomitantes como pólipos mayores de 2 centímetros y adenomas han sido relacionados con un aumento del riesgo de evolución a malignidad<sup>20,21</sup>. Es de hacer notar la observación hecha por los estudiosos de la materia que en las mujeres nativas norteamericanas de las tribus mencionadas en la primera tabla, se salen de esta regla, ya que en ellas se ha visto la presencia de cálculos en la vesícula desde una temprana edad<sup>22,23</sup>. Esto nos refuerza la curiosidad para determinar en nuestra población local la edad en que comienzan a presentarse los cálculos biliares.

No es en vano recordar que estamos hablando de vesículas litiásicas asintomáticas, ya que la vesícula en porcelana y las colecistitis crónicas que ambas son sintomáticas, están aún más relacionadas con la evolución a malignidad.

### **Morbilidad y mortalidad de la colecistectomía**

La mortalidad operatoria global de la colecistectomía ha sido reportada por algunos autores y aceptada internacionalmente entre 0 a 0,8% que puede alcanzar hasta 19% en casos de colecistitis aguda en el anciano<sup>24, 25, 26, 27, 28</sup> para ambas técnicas tradicional o abierta y laparoscópica<sup>29</sup>, en manos experimentadas. Igualmente se ha observado que la morbilidad de la colecistectomía varía según la experiencia del cirujano desde 0.5% hasta alrededor de 12%<sup>30</sup> y si hay colecistitis aguda la morbilidad ha sido reportada que también aumenta. Por lo que podría decirse que la morbi-mortalidad depende de dos factores, de la experiencia del cirujano y de la severidad del cuadro. En El Salvador se desconoce un dato global de la morbilidad y mortalidad de este procedimiento, pero los datos recopilados en estudios de hospitales-escuela son similares a los reportados por la literatura, aunque se observa una alta tasa de morbilidad bajo manos inexpertas.

## Normas de tratamiento internacionales

¿Cuáles son las conductas tomadas en las diferentes áreas geográficas y escuelas médicas hacia esta entidad?:

1. Francia: en 1991 posterior a la conferencia de consenso nacional se tomó la decisión de no operar y no tratar las litiasis vesiculares asintomáticas hasta que se vuelven sintomáticas. Estas decisiones estuvieron fundadas en la demostración que los riesgos de la cirugía eran superiores a los riesgos inherentes a la historia natural de la enfermedad<sup>31,32</sup>. Tratando de manera particular a los pacientes ya mencionados de alto riesgo.
2. Resto de Europa y Estados Unidos: sugieren que los cálculos asintomáticos deben ser manejados de manera conservadora no operatoria ni médica y expectante basándose en la historia natural benigna de ésta y que disminuyen los costos sanitarios<sup>1, 7, 9, 33,34,35,37</sup> aunque se deja abierta la decisión y hay quienes opinan que debe operarse<sup>36</sup>. Igualmente se menciona el trato especial hacia los pacientes de alto riesgo.
3. Latinoamérica (Venezuela, República Dominicana, Argentina, Chile, Cuba, El Salvador): no existen normas de conducta institucionalizadas hacia la litiasis biliar asintomática o de hallazgo fortuito, pero se considera que los riesgos de las complicaciones por la litiasis biliar son elevadas y que el riesgo de Adenocarcinoma vesicular también es elevado<sup>38</sup> y por lo tanto se intervienen quirúrgicamente al momento del hallazgo. En Cuba, no existen tampoco normas nacionales, y el aspecto económico del paciente no influye en la toma de decisión ya que la cirugía es gratuita. Para decidir la cirugía se toman en cuenta factores tales como la profesión del paciente (piloto, marino u otro profesional expuesto a viajar frecuentemente y permanecer lejos de centros hospitalarios), zona geográfica de residencia alejada (montañas, selvas, etc.) para intervenirlos<sup>39</sup>.

## ¿Qué hacer en América Latina?

Tomando en cuenta todo lo anteriormente mencionado y partiendo de estas primicias:

- Siendo nuestra zona de probable muy alta prevalencia por nuestra raza y por lo que la observación nos dirige, donde además en ciertas regiones como El Salvador se desconoce el verdadero comportamiento de la patología en la población, incluyendo la edad de inicio de aparición de los cálculos
- Teniendo en ciertos países nuestros un sistema de salud no accesible al 100% de la población ya sea geográfica ni económicamente
- Que la morbilidad y mortalidad de una cirugía de emergencia por cálculos es mayor en los pacientes diabéticos, con enfermedades cardíacas y cirrosis

Me atrevo a concluir lo siguiente:

Frente al hallazgo de una litiasis de la vesícula biliar asintomática las indicaciones de operar podrían ser:

- Paciente diabético, cardiópata, cirrótico o con otra enfermedad de base, joven o de mediana edad, que se encuentre estable de su patología al momento de operar
- Paciente que vive en zonas de poco acceso a una institución de salud en casos de emergencia, de cualquier edad, o que viajan frecuentemente (pilotos, marinos, etc.) y que

no tienen seguros de salud que los cubra en el extranjero

- Petición del paciente posterior a haber sido informado de la benignidad de la historia natural de la patología de la que es portador.

Una indicación a analizar tomando en cuenta la capacidad de comprensión del problema de parte del paciente sería:

Paciente joven, menor de 20 años, sin dificultad de acceso a instituciones de salud, a quien se le puede explicar que se puede esperar un tiempo prudente, 5 años, para la aparición de síntomas, y si estas no ocurren, indicarles la cirugía en ese lapso de tiempo a pesar de persistir asintomáticos por el riesgo de degeneración maligna.

Para el resto de pacientes, que comprenden la explicación sobre su entidad, tienen acceso a atención de salud, se sugiere un manejo conservador, expectante a la aparición de síntomas y siempre valorar el riesgo/beneficio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bouchier, IAD.: Gallstone formation and epidemiology. Blumgart: Surgery of the liver and biliary tract. Second edition,1:551-565; Churchill Livingstone, 1994.
2. Grundy SM, Metzger AL, Adler RD: Mechanism of lithogenic bile formation in American Indian women with cholesterol gallstones. Journal of Clinical Investigation, 51:3026-3043, 1972.
3. Tucker LE, Tangedahl TN, Newmark SR: Prevalence of gallstone in obese Caucasian American woman. International Journal of Obesity; 6: 247-251, 1982.
4. Boston collaborative Drug Surveillance Program: Oral contraceptives and thromboembolic disease, surgically confirmed gallbladder disease, and breast tumours. Am Fam Physician 18(4): 171-3, 1978. Binder SC, Katz B: The benefits of surgery for asymptomatic gallstones. Lancet i: 1399- 1404, 1973.
5. Castaign D, Bismuth H: Physiopathologie de la lithiase vésiculaire. Monographie DU de Chirurgie Hépatobiliaire. 1994.
6. Rodríguez, MV: Revisión de los ingresos por cirugía abdominal en el Hospital Nacional Rosales, 1998. Inédito.
7. Vauthey, JN: The natural history of gallstones and asymptomatic gallstones. Blumgart: Surgery of the liver and biliary tract. Second edition;1:567-571, 1994.
8. Traverso LW: Clinical manifestations and impact of gallstone disease. Am J Surg; 165 (4): 405-9, 1993.
9. Middelfart HV, Jensen PM, Hojgaard L, Kehlet H: Uncomplicated gallstones: who should be operated on? Ugeskr Laeger May 12; 159(29):2992-8, 1997.
10. Gracie WA, Ransohoff DF: The natural history of silent gallstone. The innocent gallstone is not a myth. New England Journal of Medicine 307: 798-800, 1982.
11. Rome Group for Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO): The epidemiology of gallstone disease in Rome, Italy. Part II. Factors associated with the disease. Hepatology 8: 907-913, 1988b.
12. Attili AF, De Santis A, Capri R, Repice AM, Maselli S: The natural history of gallstones: the GREPCO experience. The GREPCO Group. Hepatology. 21(3): 655-60, 1995.

13. Rodríguez, MV: Primera manifestación sintomática de los cálculos biliares. Análisis intermediario. Inédito, 2000.
14. Gibney EJ: Asymptomatic gallstones. Br J Surg: 77 (4):368-72, 1990.
15. Piehler JM, Crichlow RW: Primary carcinoma of the gallbladder. Surgery, Gynecology and Obstetrics 147: 929-942, 1978.
16. Maringhini A, Morrau JA, Milton III J, Hench VS, Zinsmester AR, Di Magno EP: Gallstones, gallbladder cancer, and other gastrointestinal malignancies. Annals of Internal Medicine 107: 30-35, 1987.
17. Newman HF, Northup JD: Gallbladder carcinoma in cholelithiasis. Geriatrics: 453\_455, 1964.
18. Godfrey PJ, Bates T, Harrison M, King MB, Padley NR: Gallstones and mortality: A study of all gallstones related deaths in a single health district. Gut 25: 1029-1033, 1984.
19. Diehl AK, Beral V: Cholecistectomy and changing mortality for gallbladder cancer. Lancet 2i: 187-189, 1981.
20. Bismuth H: Adenocarcinome de la vésicule biliaire. Monographi DU de Chirurgie Hépatobiliaire, 1994.
21. Kozuka S, Tsubone M, Yasui A, Hachisuka K: Relation of adenoma to carcinoma of the gallbladder. Cancer 50: 2226-2234, 1982.
22. Lowenfels AB, Walker AM, Althous DP, Townsend G, Domellof C: Gallstone growth, size and risk of gallbladder cancer: an interracial study. International Journal of Epidemiology 18: 50-54, 1989.
23. Kozuka S, Tsubone M, Yasui A, Hachisuka K: Relation of adenoma to carcinoma of the gallbladder. Cancer 50: 2226-2234, 1982.
24. McSherry CK: Cholecystectomy: the gold standard. American Journal of Surgery 158: 174-178, 1989.
25. Gilliland TM, Traverso LW: Cholecystectomy provides long-term symptom relief in patients with calculous gallbladders. American Journal of Surgery 159: 489-492, 1990.
26. Huber DF, Martin EW, Cooperman M: Cholecystectomy in elderly patients. The American Journal of Surgery 146: 719- 722, 1983.
27. Houghton PWJ, Jenkinson LR, Donaldson LA :Cholecystectomy in the elderly: a prospective study. British Journal of Surgery 72: 220-222, 1985.
28. Pickleman J, González RP: The improving results of cholecystectomy. Archives of Surgery 121:930-934, 1986
29. Perissat J: Laparoscopic Cholecystectomy, a treatment for Gallstones: From Idea to Reality. World J. Surg 23, 328-331, 1999
30. Magdeleinat P: Traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire, chirurgical classique, coelioscopique. Monographie DU de Chirurgie Hépatobiliaire, 1994
31. Millat B: Histoire naturelle de la lithiase de la voie biliaire principale. Monographie de l'AFC, Lithiase de la voie biliaire principale, 1999.
32. La lithiase vésiculaire: stratégie thérapeutique. Conférence de Consensus (19-21 décembre 1991), Strasbourg. Sem Hop Paris 1992; 68:403-8
33. Spina GP, Pagani M: Prophylactic cholecystectomy for gallbladder calculosis. Ann Ital Chir; 69(6):713-7, 1998.
34. Ransohoff DF, Gracie WA: Treatment of gallstones. Ann Intern Med 1; 119 (7 Pt 1): 606-19, 1993.
35. Ransohoff DF, Gracie WA, Wolfenson LB, Neuhauser D: Prophylactic cholecystectomy or expectant management for silent gallstones. A decision analysis to assess survival. Ann

Inter med 99 (2): 199-204, 1983.

36. Binder SC, Katz B: The benefits of surgery for asymptomatic gallstones. Am Fam Physician 18(4): 171-3, 1978
37. Angelico M: The medical therapy of cholelithiasis. Critical reflections. Ann Ital Chir 1998 Nov-Dec;69(6)709-11
38. Resultados de encuesta por internet a cirujanos latinoamericanos, 2000.
39. Resultado de encuesta por internet, Torres, JR, Centro de Cirugia Endoscópica, Hospital Calixto García, La Habana, Cuba, 2000.