

Aspectos diagnósticos y terapéuticos de la colecistitis alitiásica

Alfonso Castro León,^{1,2} Ramiro Cortez,¹ Sara Salazar,¹ Pablo Escalante.¹

¹Servicio de Cirugía, Hospital Pablo Arturo Suárez, ²Cátedra de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, Quito-Ecuador.

Resumen

De 2.247 colecistectomías efectuadas en el Hospital "Pablo Arturo Suárez", de la ciudad de Quito, durante el período de 1988 a 1998, se han encontrado 31 casos de Colecistitis alitiásicas, respaldados por el correspondiente examen histopatológico, en el presente estudio nos propusimos investigar, en esta muestra, las características de esta enfermedad y compararla con los datos obtenidos en otras poblaciones, tanto nacionales como extranjeras. Como la incidencia encontrada por nosotros es mucho más baja que la mencionada en estudios similares, se analizan las posibles causas de esta diferencia. Se comparan los cuadros clínicos de la colecistitis crónica litiásica y alitiásica, encontrándolos similares, lo que hace suponer que los síntomas no dependen de la presencia de los cálculos. Cosa parecida acontece con los cuadros agudos, pero es indispensable hacer el diagnóstico diferencial, porque la colecistitis aguda sin cálculos debe ser operada con el carácter de emergencia, dada la elevada morbi-mortalidad, en esto, el ecosonograma juega un rol decisivo. Si bien la etiopatogenia no se encuentra bien identificada, se señalan muchos antecedentes que podrían explicarla. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 13-17**

Palabras Claves: Colecistitis alitiásica, Litiásica, Colecistectomía.

Abstract

Out of 2.247 cholecistectomies practiced in the "Pablo Arturo Suárez" Hospital of Quito, between 1988-1998, and backed up by the corresponding histopathological test, 31 cases of alithiasic cholecystitis, have been studied in order to support a comparative analysis between the characteristics of this sample, and those observed and mentioned, in order local and abroad sources. Due to the lower level of incidence found in our study, compared with those mentioned in other studies, we've analyzed the cause of the difference. A comparison is made, between the clinic profiles of alithiasic and lithiasic chronic cholecystitis, founding a similarity between them, which suggest that the symptoms are not related to the presence of calculi. A similar thing is verified in the acute profiles, however, it is imperative to establish a differential diagnosis, because the acute cholecystitis that doesn't include calculi, must be managed under an emergency schema, due to the high recurrence of morbid-mortality in this entity; in this matter echosonogram plays a decisive role. If, certainly, the etiology and pathogeny has not been identified, we point out some antecedents that could contribute to explain them. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 13-17**

Key words: Cholecystitis alithiasic, Lithiasic, Cholecistectomie.

Introducción

Al momento, la actitud que debe tomar el cirujano para el tratamiento de la colecistitis acompañada de colelitiasis es clara, existiendo eventuales divergencias sólo con respecto a si la colecistitis aguda (CA) debe intervenirse siempre precozmente o si, más bien, procede esperar a que se "enfríe" el proceso, para facilitar el procedimiento operatorio.

La cuestión no es tan clara cuando nos hemos de re-

ferir a la colecistitis alitiásica (CAL), concretamente en su modalidad crónica o colecistitis crónica alitiásica (CCAL), puesto que en la forma aguda no existe la menor duda con respecto a que en ésta debe practicarse la colecistectomía con el carácter de emergente, habida cuenta del riesgo de perforación o de gangrena al que se encuentra sometido el reservorio biliar, con una alta tasa de mortalidad.

En la colecistitis alitiásica, tanto en su forma aguda como crónica, la preocupación se orienta al diagnóstico y a la decisión de practicar, oportunamente, la colecistectomía.

Dirección para correspondencia: Dr. Alfonso Castro, Servicio de Cirugía, Hospital Pablo Arturo Suárez, Ludeña s/n, Teléfono 243-163, Cotacollao, Quito-Ecuador.

En relación con el diagnóstico, existen fundamentadas opiniones, con las cuales nos hallamos de acuerdo, de que éste debe ser básicamente de tipo clínico-deductivo, puesto que las imágenes no aportan mucho en este sentido sin que, obviamente, se deba prescindir de ellas, razonamiento que tiene importancia decisiva cuando se sospecha un cuadro agudo. En lo relacionado con la colecistitis crónica alitiásica se afirma que el cuadro clínico no es específico, teniendo iguales características que la forma litiásica, esta es una de las observaciones que tratamos de verificar en el presente estudio.

En cuanto al tratamiento, que indudablemente es quirúrgico, existen algunas observaciones que plantean la posibilidad de realizarlo clínicamente.^{9,20}

El objetivo de nuestra investigación se orienta a verificar, en nuestro medio, especialmente en la población pobre y de clase media atendida en el Hospital "Pablo Arturo Suárez" de Quito, con nuestros recursos de diagnóstico y tratamiento, lo encontrado en otros centros y sobre todo, intentar la elaboración de un perfil del cuadro clínico de la colecistitis crónica alitiásica, con el fin de establecer pautas para su diagnóstico y tratamiento, puesto que el aporte de las imágenes no es decisivo para el diagnóstico.

Material y métodos

Para la presente investigación hemos tomado como colectivo al conjunto de pacientes egresados del Hospital "Pablo Arturo Suárez" de Quito durante un período de 11 años (1988-1998) y para efectos comparativos porcentuales, los egresos del servicio de cirugía. De éstos, se tomaron en cuenta los egresos con el diagnóstico de colecistitis-colelitiasis y el número de pacientes con el diagnóstico de colecistitis alitiásicas, con el correspondiente registro de colecistectomías realizadas, tanto en las formas agudas como en las crónicas. Se tomó como muestra de nuestro estudio, los enfermos colecistectomizados en cuyas vesículas no se encontraron cálculos y presentaron diagnóstico histopatológico positivo para colecistitis, fueron excluidos los pacientes que presentaron colesterosis y barro biliar.

Se investigaron las siguientes variables: frecuencia por sexos, edad y raza; lugar de procedencia, tipo de alimentación, estado de nutrición, ocupación, hábitos, gestaciones, pasado patológico, patología concomitante y signos y síntomas, con énfasis en los caracteres del dolor. Se utilizó también el diagnóstico por imágenes.

Resultados

La actividad quirúrgica del hospital en el período señalado fue de 12.111 cirugías, de las cuales 2.247 corresponden a colecistitis-colelitiasis (18.55%), y de aquellas tan solo el 1.37% (n=31) se reportaron

como colecistitis alitiásica.

Con relación al sexo de los pacientes que fueron intervenidos, se encontró que la colecistitis alitiásica fue más frecuente en mujeres (58%). Adicionalmente, la relación entre el tipo de colecistitis y el sexo de los pacientes, se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del tipo de colecistitis de acuerdo al sexo de los pacientes.

	Hombres	Mujeres	Total
Colecistitis Aguda	11	8	19
Colecistitis Crónica	2	10	12
Total	13	18	31

Si tomamos los 19 casos de colecistitis aguda, el 58% corresponde a los varones y el 42% a las mujeres, es decir la relación se invierte, predominando la incidencia en los varones. Hay autores que señalan una relación más amplia, varones 70% mujeres 30%,³ diferencias que se explican porque en nuestro hospital se atienden más mujeres que hombres.

En relación a la edad, el grupo etáreo en donde la patología se presentó con más frecuencia fue el de los pacientes entre 41 y 60 años. La mayoría de pacientes atendidos fueron de raza mestiza,

Dentro de los 31 pacientes incluidos en el estudio, solo 1 fue catalogado como obeso y 6 presentaban algún grado de desnutrición.

El 54.83% (n=17) de pacientes procedían del área urbana de Quito, el 25.8% (n=8) de otras provincias de la sierra, 12.9% (n=4) de la costa y el 6.45% (n=2) del oriente, es decir el 45.15% (n=14), provenía del área rural.

De acuerdo al nivel socioeconómico de la población estudiada, el tipo de alimentación más utilizada fue la hidrocarbonada (Tabla 2).

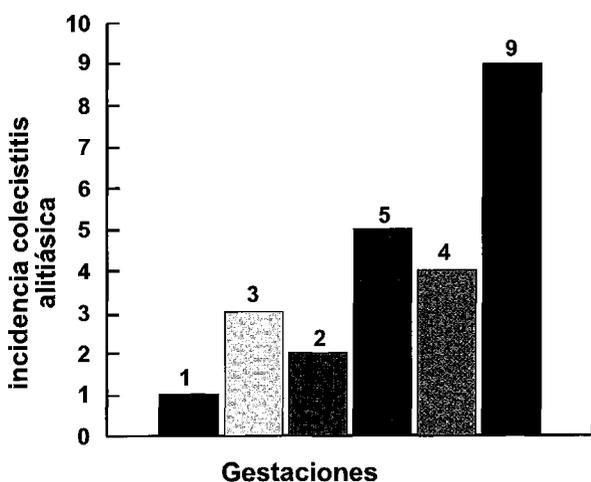
Tabla 2. Alimentación habitual

	n (%)
Hidrocarbonada	17 (54.83)
Proteica	1 (3.22)
Grasa	1 (3.22)
Indeterminada	3 (9.67)
Mixta	9 (29.03)

En relación al tipo de actividad que desempeñaban, los quehaceres domésticos fue la principal actividad (64.51%), seguida de la de chofer (9.67%) y mecánico (6.44%).

Si relacionamos el número de embarazos con la incidencia de colecistitis alitiásica, esta relación es directamente proporcional, es decir que la incidencia de colecistitis alitiásica se incrementa con el número de gestaciones (Figura 1).

Figura 1. Relación entre gestaciones y la incidencia de colecistitis alitiásica



El hábito de fumar y el alcoholismo fueron reportados por 15 pacientes

No se reportaron antecedentes patológicos de importancia, sin embargo debemos destacar la incidencia de abdomen agudo que presentaron 5 pacientes (16.12%), seguido de diabetes que la presentaron 3 (9.67%).

En los hallazgos intraoperatorios se destaca que la colecistitis crónica predominó ligeramente sobre la colecistitis aguda (Tabla 3).

Tabla 3. Diagnósticos intraoperatorios

	n (%)
Colecistitis aguda	10 (32.25)
Gangrena de vesícula	7 (22.50)
Colecistitis crónica	14 (45.16)

Los principales signos y síntomas que presentaron los pacientes se detallan en la tabla 5, en base a los cuales se puede elaborar un perfil del cuadro clínico, que puede ser considerado como base para el diagnóstico y tratamiento.

Tabla 4. Cuadro clínico

Signo o Síntoma	n (%)
Dolor tipo cólico	27
Dolor sordo	4
Intolerancia por grasas	16
Nausea	18
Vómito que colma el dolor	9
Vómito que no colma el dolor	10
Síntomas dispépticos	9
Diarrea	3
Anorexia	9
Estreñimiento	2
Pérdida de peso	4
Ictericia	10
Fiebre	9

Los síntomas predominantes son el dolor tipo cólico, la intolerancia por las grasas y un estado nauseoso. La ictericia y el vómito que no alivia el dolor tienen el mismo rango.

En relación a las características del dolor, es característico el dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, el dolor del epigastrio irradiado al hipocondrio derecho, así como el dolor en hipocondrio izquierdo no se reportó en ningún caso.

Por subregistro en las fichas clínicas no ha sido posible identificar el número de los pacientes en quienes se practicó colecistografía y econosonografía, los dos únicos tipos de imágenes que se realizan en el hospital, puesto que los demás no se encuentran al alcance de nuestros enfermos dadas sus limitaciones económicas, empero, los resultados que pudimos obtener se reportan en la tabla 5.

Tabla 5. Imágenes

	n (%)
Ecografía	20
• Con valor diagnóstico	12 (60)
• Falsos positivos	7 (35)
• Falsos negativos	1 (5)
Colecistografía	12
• Con valor Diagnóstico	11 (91.6)
• Falsos positivos	1 (8.4)
• Falsos negativos	---

Es evidente que la colecistografía oral ayuda mucho en el diagnóstico, todos los casos sólo se refieren a la colecistitis crónica alitiásica.

Discusión

El Hospital "Pablo Arturo Suárez" de la ciudad de Quito, Ecuador, es una entidad pública, sin fines de lucro, dependiente del Ministerio de Salud, por tanto atiende a la clase pobre que no dispone de recursos para pagar la atención privada, lo cual incrementa el riesgo de adquirir enfermedades.

Se ha tomado como colectivo de este estudio a las colecistectomías realizadas en un período de 11 años (1988-1998), es decir: 2.247, de éstas, 31 casos fueron diagnosticados como colecistitis alitiásica que significan un porcentaje de 1.37%, del cual un 32% corresponde a colecistitis aguda y 45% a colecistitis crónica, en tanto que un 22% tuvo el diagnóstico de gangrena vesicular. Siendo la gangrena vesicular una de las complicaciones de la colecistitis aguda alitiásica,^{2,4} su porcentaje debe sumarse a este diagnóstico con lo cual se incrementa a un 55%. Si sólo relacionamos el número de colecistitis agudas alitiásicas¹⁹ con el total de colecistectomías realizadas (2247), encontramos un porcentaje de 0.84 %. Este resultado arroja una cifra completamente diferente a un estudio similar realizado en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Quito,⁴ en el cual en 1665 colecistectomías se encontró del 10%-20% de colecistitis agudas alitiásicas; conclusiones paradójicas si se tiene en cuenta que la población atendida en el Seguro Social es de menor riesgo que la atendida en el Hospital "Pablo A. Suárez". ¿Porqué la diferencia? Hipotéticamente la atribuimos a que en nuestra casuística sólo incluimos aquellos casos que estuvieron respaldados por los informes histopatológicos, lo cual pudo no haber ocurrido en la otra investigación. Otro estudio efectuado en Estados Unidos de establece un 9.5 % de colecistitis agudas en relación con el total de colecistectomías realizadas.⁸ Otros autores encuentran menos del 5 %. Estos resultados hacen que nuevamente se planteen el mismo interrogante y las mismas consideraciones. También es posible que nuestra investigación adolezca de algunos errores, sin embargo, solo reportamos los resultados encontrados.

En cuanto a la frecuencia por sexo, nuestra estadística recoge, especialmente en lo relacionado con la colecistitis crónica alitiásica, una relación de 2/1 en favor de la mujer, lo cual es aproximadamente igual a la colelitiasis, sin embargo, con la colecistitis aguda alitiásica la relación se invierte. Varios autores señalan una relación de varones 70% mujeres 30%,^{3,7,12} nosotros encontramos una relación de varones 58% mujeres 42%, lo que indica un moderado incremento de colecistitis aguda en la mujer, diferencia que la interpretamos por el hecho de que nuestro hospital atiende a pacientes desprotegidos por el Seguro Social, en su mayoría mujeres, en tanto que los hombres, como casi todos trabajan en relación de dependencia, son afiliados al Seguro Social y acuden a sus servicios de salud.

En nuestro trabajo, la colecistitis alitiásica se presenta con más frecuencia en el grupo etéreo de 41-60 años. Otros autores señalan diferentes rangos, unos de los 50 a los 76 años,¹ otros entre los 37 y los 57 años,⁶ 26-48 años,⁹ en tanto que otros señalan un promedio de 45 años.¹² En términos generales nuestros datos se encuentran dentro del rango establecido por estos investigadores.

Cabe resaltar también lo relativo al número de gestaciones, que tiene una relación directa con la incidencia de la enfermedad, relación que se encuentra también en la incidencia de la colelitiasis. Es de suponer que siendo iguales las consecuencias también lo sean las causas, lo que nos llevaría a plantearnos la hipótesis de que el cuadro clínico de la colelitiasis no depende de la presencia de los cálculos sino del deterioro de las paredes vesiculares, excepción hecha de los síntomas que aparecen cuando un cálculo se implanta en el cuello vesical, determinando un cuadro obstructivo que aboca a la colecistitis aguda, hidrocolecisto o pirocolecisto, prueba de ello es que existen muchos pacientes portadores de litos que permanecen toda su vida asintomáticos, diagnosticándose la colelitiasis pura sólo por un hallazgo casual al practicar un ecosonograma en el área de las vías biliares o al efectuar una laparotomía por otras circunstancias.

El pasado patológico y/o patología coexistente, tiene especial importancia en la colecistitis aguda alitiásica, según lo afirman la mayoría de autores consultados,^{1,2,3,4} quienes señalan 14 posibles causas o factores de riesgo: diabetes mellitus, politraumatismos graves, sepsis, operaciones de gran magnitud, quemaduras, procesos cardiovasculares, ayuno prolongado, nutrición parenteral, infarto cerebral, hemorragia cerebral, ex toxicómanos, HIV, sarcoidosis, lupus y edad avanzada. En nuestra reducida casuística que, por ser tal, no es comparable a aquellas, se destacan la peritonitis, diabetes y pancreatitis aguda, pero la mayoría no tiene antecedentes patológicos importantes. Esta diversidad de causas invocadas, señala que su verdadera etiología no se halla todavía bien identificada, empero, muchas de ellas tienen un nexo común, que es la infección. En los cultivos de la bilis se la ha encontrado colonizada por varios gérmenes: *E. coli*, *Klebsiella*, *Enterococcus fecalis*, *Pseudomonas*, *Salmonella typhi*, *Brucella* y organismos anaerobios (*Clostridium* y *Bacteroides*).³ Nosotros no hemos investigado este aspecto por carecer de datos satisfactorios, pero no podemos dejar de mencionar este aspecto importante. Algunos autores han encontrado obstrucción de la arteria cística en varios casos de colecistitis aguda alitiásica,^{15,18} otros anotan antecedentes de hepatitis colestática, estasis biliar, vagotomía, cístico largo y tortuoso, inflamación química por reflujo pancreático y cálculos ya expulsados.⁵

En el cuadro clínico de nuestros pacientes se desta-

can el dolor tipo cólico irradiado al hipocondrio derecho, náusea, intolerancia por las grasas, vómito que no calma el dolor e ictericia, es decir, todo aquello que se encuentra en la mayoría de las colecistis y colelitiasis, sin que nos haya sido posible determinar un perfil sintomático que caracterice a la entidad estudiada, pero las imágenes nos han proporcionado un valioso auxiliar diagnóstico, especialmente la colecistografía en el proceso crónico, en el agudo, la ecosonografía tiene una importancia trascendental, porque si el cuadro clínico se orienta hacia una colecistis aguda, y la imagen no detecta litiasis, debe tomarse la decisión de operar de inmediato, dado el alto porcentaje de gangrena de la vesícula que se registra en estos casos. En el moderado número de pacientes de nuestra casuística hemos tenido 7 casos de gangrena de la vesícula, es decir, un 22.55 %. La mortalidad es alta en rangos que van del 15%-30%,^{14,15} nosotros no hemos registrado fallecimientos.

Conclusiones

1. Tomando como colectivo el número de colecistectomías realizadas, la incidencia de colecistitis aguda alitiásica encontrada en nuestro estudio es mucho menor que la reportada en otros estudios similares. Se recomienda realizar nuevas investigaciones sobre el tema.
2. Con relación al sexo, la incidencia de colecistitis crónica alitiásica es la misma que en la colelitiasis, es decir, mayor en la mujer que en el hombre; pero en la colecistitis aguda alitiásica la relación se invierte, es mayor en el varón que en la mujer.
3. En la frecuencia por edades, nuestros datos se hallan dentro del rango obtenido por todos los investigadores consultados.
4. El cuadro clínico de la colelitiasis no depende de la presencia de los cálculos, sino del deterioro de las paredes de la vesícula, con excepción de los cálculos impactados.
5. Las causas de la colecistitis alitiásicas son múltiples sin que su verdadera etiología se halle aún bien identificada.
6. La colecistitis alitiásica, tanto en su forma aguda como crónica, no tiene un cuadro clínico que nos permita diferenciarla de sus correspondientes modalidades con cálculos.
7. La tasa de mortalidad es alta en la colecistitis aguda alitiásica.
8. La colecistografía oral permite diagnosticar las formas crónicas, en tanto que la ecosonografía es imperativa para el diagnóstico oportuno de los cuadros agudos.
9. Se debe practicar la colecistectomía emergente, en todos los casos de colecistitis aguda alitiásica para prevenir sus complicaciones.

Bibliografía

1. Agino RT, Valentino PJ, Glagett GP: Acalculous cholecystitis after aortic reconstruction. *J.C. Surgeons* 1957; 184: 245-248.
2. Ayhan Kuzu M, Yunus +zt,rk, et al: Acalculous Cholecystitis: ascariasis as an unusual cause. *J Gastroenrología* 1966; 747-749.
3. Barie FS, Fisher E: Acute a calculous cholecystitis. *J Am Coll*, 1995; 180(2): 232-240.
4. Benítez C: Patología biliar. *Cirugía Biliar, II Ed.* Ecuador, 68-69.
5. Bralows S, Greenfield SM: Colecistitis crónica acalculosa. *Bockus: Gastroenterología*, 1990; 3963-3987.
6. Calabuig R, Castilla M, Domingo J, Ramos y Sierra E: Disquinesia vesicular en el cólico biliar alitiásico. *Rev Esp Enf Dig*, 1996;3: 770-774.
7. David M: Colecistitis aguda no calculosa. *Tratado de Patología Quirúrgica*, Mexico D.F., 1994; 1160-1162.
8. Davis JH, Sheldon GE, et al: Acute acalculous cholecystitis. *Surgery*, 2TM Ed, 1995.
9. Grande S, Monzón S, et al: Colecistitis alitiásica y cryptosporidiasis intestinal asociada frecuentemente en pacientes VIH. *Rev Esp Enf Dig*, 1995; 4: 593-596.
10. Harken AH: Enfermedad biliar. *Secretos de la Cirugía*, III Ed., Mexico, 1998; 138-143.
11. Herty GM: Enfermedad hépatobiliar. *Cirugía de Washington*, I Ed., 1998; 256-270.
12. Luna Vargas MA, Gonzales Ojeda, et al: Colecistitis aguda acalculosa en el paciente con trauma grave. *Revi Gastroenteroló Mexi*, 1996; 348-355.
13. Marti A: Acute acalculous cholecystitis. *S CI N.A., USA*, 1997; 1457-1458.
14. Mitre JR: Colecistitis Aguda Acalculosa. *Gaceta Médica Boliviana*, 6: 74 -76.
15. Sabiston Jr. D: *Tratado de Patología Quirúrgica*, USA, 1995; 1: 1178-1180, 1187-1188.
16. Schrock T: Colecistitis aguda. *Manual de Cirugía*, VI Ed. USA; 1990: 379.
17. Schwartz SI: Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. *Principios de Cirugía*, VI Ed. México, 1996; 603-604, 606-607.
18. Sean T: Fisiología y fisiopatología de la motilidad de la vesícula biliar. *CI Quirug N.A. USA*, 1994; 3: 1344-1347.
19. Shailesh CK: Urgencias en vías biliares. *Clín Méd de N.A.*, 1994; 3: 1078-1080.
20. Silberman R, Otterson WN: Acalculous cholecystitis and septicemia caused by non-01 *Vibrio cholerae*. *Diagn Microbiol Infect Dis*. USA, 1988; 187-191.
21. Ushiyama M, Koika J, et al: Acute acalculouse cholecystitis as an compliction of cerebrocaus celular disease. *Rev Rinsho Shinkeigaku*, 1997; 218-223.
22. Way LW: Enfermedad de la vesícula y vías biliares. *Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos*, VII Ed., 1996; 660.
23. Wyngardeen JB, Smith LI H: Enfermedades de vesícula y conductos biliares. *Cecil: Tratado de Medician Interna*, XVII Ed. USA, 1986; 953.