

# ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA Y VÍA BILIAR

Autor: Manuel Jaramillo

Revisado por: Dr. Aronsohn

---

Las enfermedades de la vesícula y vía biliar corresponden a patologías más bien del ámbito quirúrgico, ya que la mayoría de las veces su resolución es mediante cirugía (asociado en algunos casos a terapia médica). Sin embargo, el reconocimiento y diagnóstico de los pacientes que cursan con estas patologías es deber de todo médico, y es crucial conocerlas por su alta prevalencia y potencial mortalidad, especialmente en Chile.

Este capítulo trata sobre 5 patologías de la vía biliar: colelitiasis, cólico biliar, colecistitis, coledocolitiasis y colangitis.

---

## COLELITIASIS

---

La palabra colelitiasis tiene su etimología del griego, donde “cole” significa “vía biliar” y “lithos” significa piedra. La colelitiasis entonces se refiere a la presencia de un cálculo en la vía biliar, más específicamente en la vesícula biliar.

Los cálculos se componen principalmente de colesterol y sales biliares en distintas proporciones, permitiéndose diferenciar cálculos de colesterol, mixtos, o pigmentarios. La mayoría de los cálculos (75%) son de colesterol o mixtos con predominio de colesterol.

El “barro biliar” sería el precursor del cálculo, el cual se forma por un desbalance entre las concentraciones de colesterol, ácidos biliares y fosfolípidos de la bilis.

### **Epidemiología**

Es muy frecuente en el mundo, pero más en Chile, donde se tiene una prevalencia de 36,7% en mujeres y 13,1% en hombres. Incluso estas cifras aumentan con la edad, llegando a 60% en mujeres, sobre los 50 años de edad.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Colecistectomía Preventiva en adultos de 35 a 49 años. 2014.

### **Factores de riesgo**

- Edad (mayor a 40 años) y sexo femenino.
- Obesidad.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Embarazo y multiparidad.
- Baja de peso rápido.
- Raza (indoamericana).

Enfermedades asociadas que aumentan el riesgo de colelitiasis:

- Diabetes mellitus.
- Dislipidemia (hipertrigliceridemia).
- Cirrosis hepática.
- Enfermedad de Crohn.
- Estados hemolíticos.

### **Clínica**

La colelitiasis *per se* no produce síntomas, y la mayoría de las veces, en un 80%, se diagnostica como hallazgo en una ecografía, en la cual se verán los cálculos hiperecogénicos móviles con sombra acústica posterior.

Cuando presenta síntomas, se deben a las complicaciones. Estas son: cólico biliar, colecistitis, coledocolitiasis o colangitis, la cuales se detallarán más adelante en este capítulo.

Otra complicación de la colelitiasis, que no representa una patología de la vía biliar, es la pancreatitis aguda, que ocurre cuando el cálculo obstruye la salida del conducto pancreático.

### **Tratamiento**

El tratamiento en Chile siempre es quirúrgico: colecistectomía. La colelitiasis es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de vesícula, de manera que su resección es muy importante con el fin de prevenir el desarrollo

de la neoplasia. Cabe mencionar que el cáncer de vesícula es la principal causa de mortalidad por cáncer en mujeres en Chile. La colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula es una patología GES para personas entre 35 a 49 años.

---

## CÓLICO BILIAR

---

El cólico biliar ocurre cuando, en presencia de colelitiasis, un cálculo impacta en el conducto cístico, impidiendo el vaciamiento de la vesícula.

Se habla de cólico biliar simple cuando los síntomas son autolimitados, y duran menos de 6 horas.

Un cólico biliar complicado ocurre cuando los síntomas son persistentes o aumentan en las siguientes 12 a 24 horas, y no se resuelven con analgesia. En estos casos, puede progresar a colecistitis aguda o colangitis.

### *Clínica*

El cólico biliar simple se presenta como un dolor tipo cólico en el epigastrio o hipocondrio derecho que puede irradiar a la escápula derecha o al dorso. Generalmente se acompaña de náuseas y vómitos, y se gatilla tras la ingesta de comidas, especialmente las de alto contenido graso.

La presencia de fiebre, síntomas colestásicos o bien la persistencia del dolor, nos indican que el cólico biliar es complicado.

### *Tratamiento*

En el caso del cólico biliar simple, el tratamiento consiste en analgesia mediante antiespasmódicos y luego colecistectomía.

Si se sospecha cólico biliar complicado, el tratamiento varía dependiendo de la complicación asociada, lo cual se comentará más adelante.

---

## COLECISTITIS AGUDA

---

Corresponde a la inflamación de la vesícula biliar producto de la obstrucción persistente

del conducto cístico. La principal causa es por la impactación de cálculos, sin embargo también puede darse una colecistitis alitiásica, que ocurre en menos del 5% de los casos, como por ejemplo en casos de ayuno prolongado.

No se debe confundir con un cuadro infeccioso, la colecistitis es principalmente inflamatoria, que luego produce edema y necrosis de la pared vesicular. La infección se producirá en un 50% a 85%, secundaria a la inflamación y a la ectasia de la bilis. No obstante, generalmente se asumen infectadas, por lo que en lo que respecta al tratamiento, siempre debe asociarse un antibiótico.

### *Clínica*

Estos pacientes van a presentarse con historia de cólicos biliares simples, pero en esta ocasión el dolor se hizo persistente.

Se presenta asociado a náuseas, vómitos, anorexia y fiebre leve a moderada.

Al ser un proceso inflamatorio de la vesícula, el paciente experimentará dolor, sensibilidad llegando hasta resistencia muscular en el hipocondrio derecho. Incluso, puede verse el signo de Murphy, que consiste en la inhibición abrupta de la inspiración por el dolor que genera la palpación de la zona.

No es habitual la ictericia, solo ocurre cuando se produce una colecistopancreatitis o síndrome de Mirizzi (compresión extrínseca del conducto hepático común por un cálculo impactado en el conducto cístico).

### *Estudio*

Los parámetros inflamatorios estarán elevados: proteína C reactiva (PCR), leucocitosis con desviación izquierda.

Puede haber incremento ligero de la bilirrubina sérica, la fosfatasa alcalina y la transaminasa glutámico-oxalacética (GOT).

La ecografía nos permite confirmar el diagnóstico y se verá el cálculo impactado en el bacinete (o cuello) de la vesícula, junto con engrosamiento de la pared (mayor a 3 mm) y líquido pericolestásico libre.

Con el ecógrafo, al palpar el hipocondrio derecho para obtener la imagen, puede obtenerse el mismo efecto del signo de Murphy, lo cual se denomina "signo de Murphy ecográfico".

Otros estudios de imágenes (tomografía computada, resonancia magnética, cintigrafía) se pueden utilizar para descartar diagnósticos diferenciales o complicaciones asociadas.

### **Tratamiento**

Como manejo inicial, para disminuir los síntomas y preparar para cirugía:

- Hidratación.
- Régimen cero.
- Analgesia adecuada: antiinflamatorios no esteroidales (AINEs) endovenosos o incluso opiáceos.
- Como se comentó anteriormente, toda colecistitis aguda se considera infectada. Siempre debe asociarse tratamiento antibiótico idealmente biasociado que cubra bacilos gram negativos y anaerobios. Un esquema frecuentemente utilizado es ceftriaxona 2 gramos al día junto a metronidazol 500 mg cada 8 horas.

El tratamiento definitivo consiste en la colecistectomía laparoscópica. Esta debe ser de urgencia (en las primeras 48 horas), ya que de lo contrario la vesícula desarrolla fibrosis y la cirugía es más complicada, aumentando la morbimortalidad.

### **Colecistitis alitiásica**

Es muy poco frecuente, y generalmente ocurre en pacientes hospitalizados graves, en quienes se produce una isquemia de la vesícula que se asocia al ayuno, el aumento de la ectasia biliar, aumento de la viscosidad de la bilis, y las comorbilidades asociadas del paciente, por ejemplo, VIH, diabetes mellitus, traumas, entre otras.

El diagnóstico no es fácil, y casi siempre es un hallazgo en imágenes de rutina.

El tratamiento definitivo es la colecistectomía.

---

## COLEDOCOLITIASIS

---

Cuando un cálculo de la vesícula impacta en el colédoco o conducto biliar común, produce una obstrucción del flujo biliar no solo desde la vesícula, si no que también de los conductos hepáticos, lo que produce alteraciones por el aumento retrógrado de la presión en los conductos biliares. A esto se le denomina coledocolitiasis, que corresponde a la principal causa de colestasia.

Un 10 a 15% de los pacientes que presentan colelitiasis sintomática, tienen coledocolitiasis.

Como ya se comentó, la mayoría de los cálculos son formados en la vesícula y migran hacia el colédoco. Sin embargo, también pueden formarse *de novo*, de manera que un paciente colecistectomizado, aún puede presentar coledocolitiasis.

Se denomina coledocolitiasis residual cuando ocurre por un cálculo que quedó impactado en el colédoco y pasó inadvertido hasta luego de 2 años tras una colecistectomía.

### **Clínica**

Puede ser asintomático, pero cuando presenta síntomas, es con el mismo dolor de cólico biliar descrito anteriormente, que persiste: en epigastrio e hipocondrio derecho, que irradia a dorso y se acompaña de náuseas.

Se agrega en este caso, el síndrome colestásico, que ocurre por la obstrucción de los conductos hepáticos. Este síndrome consiste en: ictericia obstructiva (predominio de bilirrubina directa sobre la indirecta), coluria y acolia.

### **Estudio**

Las pruebas hepáticas estarán alteradas, interpretándose un patrón colestásico:

- Elevación de la bilirrubina directa.
- Elevación de fosfatasas alcalinas.
- Elevación de gama glutamil transpeptidasa (GGT).

- Pueden elevarse las transaminasas discretamente.

La ecografía permite diagnosticar coledocolitiasis, pero en general no permite ver directamente el colédoco, por lo que no tiene gran rol en la coledocolitiasis, sin embargo podría mostrar dilatación de la vía biliar extrahepática. Siempre se debe tener en consideración que la ecografía es un examen operador-dependiente. Un ecografista experimentado podría visualizar el colédoco y ver directamente el cálculo.

Para el diagnóstico, el gold standard es la colangiorresonancia, en donde se verá directamente el cálculo impactado. Sin embargo, este método diagnóstico no se encuentra disponible en todos los centros de atención médica.

### **Tratamiento**

Cuando no produce mayores complicaciones (colangitis o pancreatitis), el tratamiento corresponde a la extracción del cálculo mediante la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada o "ERCP" por sus siglas en inglés.

Esta técnica permite la entrada al colédoco y la extracción del cálculo con un "canastillo de Dormia". Su principal complicación es la pancreatitis (1 a 7%) y presenta mortalidad asociada en un 0,2 a 1% de los casos.

La mayoría de las coledocolitiasis (95%) se deben a coledocolitiasis, de manera que la colecistectomía debe realizarse posterior a la resolución de este cuadro. Se recomienda 1 a 2 días después.

---

## **COLANGITIS**

---

La colangitis corresponde a una complicación de la coledocolitiasis, en la cual ocurre infección de la bilis que se encuentra estancada en la vía biliar producto del cálculo que impide su flujo normal. Su importancia radica en que tiene alta morbimortalidad, ya que es causa de shock séptico, y debe resolverse de manera urgente.

También puede ocurrir en otras situaciones en las que se obstruya el colédoco, tales como estenosis benigna o neoplasias.

### **Clínica**

Se presenta en un 50 a 70% con la denominada "triada de Charcot", que consiste en:

- Ictericia.
- Dolor en hipocondrio derecho.
- Fiebre.

Si a esta triada se le suma compromiso de conciencia e hipotensión o shock, hablaremos de la "pentada de Reynolds", la cual se presenta en un 5 a 7%.

La fiebre es muy característica, y se acompaña de calofríos.

### **Estudio**

El diagnóstico se basa en la clínica, con la triada de Charcot.

Al ser una patología inflamatorio-infecciosa, los parámetros inflamatorios se encontrarán elevados. Al mismo tiempo, podría aislarse una bacteria si se realiza un cultivo de bilis o un hemocultivo (recordemos que ambos fluidos son normalmente estériles). Las bacterias que se asocian más frecuentemente son los bacilos gram negativo, dentro de ellos la más frecuente es *Escherichia coli*, otras son *Enterobacter* o *Pseudomonas* (esta última más frecuentemente en ambiente intrahospitalario).

Las pruebas hepáticas al igual que en la coledocolitiasis presentarán un patrón colestásico.

Una colangiorresonancia puede ser de utilidad para conocer la localización y la causa de la obstrucción, sin embargo, no se debe retrasar el tratamiento, dada la urgencia de la condición. De todas maneras, el examen de imagen inicial siempre debe ser la ecografía por su rapidez y disponibilidad.

Si la etiología es neoplásica, la tomografía computada y la resonancia magnética toman un

rol importante con respecto a la estratificación del cáncer.

### Tratamiento

La colangitis tiene una mortalidad cercana al 30%, de manera que es muy importante tratarla oportunamente.

Se deben dar medidas generales que permitan mantener al paciente estable, esto corresponde a una hidratación adecuada, reanimación por metas y hospitalización en UPC (Unidad de Paciente Crítico) para monitorización y manejo.

Se debe administrar tratamiento antibiótico que cubra gram negativos y anaerobios. Se prefiere la combinación de ceftriaxona y metronidazol en las mismas dosis que en la colecistitis, mantenido por 7 a 10 días. Otra opción puede ser ampicilina – sulbactam 3 gramos intravenoso cada 6 horas, o bien piperacilina – tazobactam dependiendo de la flora local del hospital y la resistencia antimicrobiana.

Siempre se debe realizar cultivo y al obtener su resultado, ajustar la terapia específica.

Es de urgencia realizar una descompresión de la vía biliar. Se prefiere hacer una ERCP, y cuando no sea posible, una descompresión quirúrgica.

Cuando la colangitis fue secundaria a coledocolitiasis, debe realizarse colecistectomía luego que el cuadro infeccioso esté bajo control y el paciente se encuentre estable.

---

## RESUMEN

---

Las enfermedades de la vía biliar se basan principalmente de la complicación de cálculos biliares formados en la vesícula biliar.

La colelitiasis, es una enfermedad muy frecuente en nuestro país, y resulta de gran importancia diagnosticarla y tratarla

precozmente para prevenir el cáncer de vesícula.

La colecistitis, coledocolitiasis y colangitis son complicaciones derivadas de la impactación de cálculos en la vía biliar, que siempre deben sospecharse en caso de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, especialmente en la población que presenta factores de riesgo de colelitiasis.

---

## CASO CLÍNICO:

---

Paciente femenino de 40 años, obesa, en tratamiento con anticonceptivos orales. Se presenta en servicio de urgencias con historia de dolor agudo que comenzó bruscamente hace 2 horas en epigastrio e irradia a hipocondrio derecho. Con el pasar del tiempo el dolor ha aumentado de intensidad, y se han agregado vómitos. Al examen físico destaca fiebre (39°C), piel ictérica y presión arterial de 95/50 mmHg.

Se realizan exámenes de laboratorio que muestran:

- Leucocitosis 25.000 (80% polimorfonucleares).
- Bilirrubina total 6,5 mg/dL.
- GPT 983 UI/L. GOT 454 UI/L. GGT 450 UI/L. FA 340 UI/L.

Diagnóstico de ingreso: sepsis severa por colangitis aguda.

La paciente es hospitalizada en UPC, donde se hidrata e inicia tratamiento antibiótico empírico.

Se pide interconsulta de urgencia a cirujano de turno para realizar descompresión de la vía biliar mediante ERCP.

---

## PREGUNTAS AUTOEVALUACIÓN:

---

1. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de colelitiasis?
2. ¿Qué importancia tiene la colelitiasis en nuestro país y por qué debe ser tratada de manera precoz?
3. ¿Cómo se diagnostica la colelitiasis?

4. ¿Qué es el signo de Murphy? ¿Con qué patología se relaciona?
5. ¿Cómo se produce la coledocolitiasis? ¿Cuáles son sus signos y síntomas?
6. ¿Qué es la triada de Charcot? ¿Y la péntada de Reynolds?
7. ¿Qué es un ERCP, cuando se indica?

#### **Referencias:**

1. Harrison, T. and Kasper, D. (2015). *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw Hill Education.
2. Merino Rodríguez, B., & Rodríguez Ortega, M. (2014). *Digestivo ; Cirugía general*. Madrid: CTO Editorial.
3. Joaquín Ramírez, Krystel Werner, Felipe Court, Rolando Sepúlveda. Manual de Cirugía. 1.ª ed. Santiago de Chile: Universidad de los Andes; 2016.
4. Ministerio de Salud. Colectomía Preventiva en adultos de 35 a 49 años. 2014.
5. Vollmer CM, Zakko SF, Afdhal NH. Treatment of acute calculous cholecystitis [Internet]. Up To Date. 2017 [citado 4 de octubre de 2017]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?source=search\\_result&search=cholecystitis&selectedTitle=2~150](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?source=search_result&search=cholecystitis&selectedTitle=2~150)
6. Nezam H Afdhal. Acute cholangitis [Internet]. Up To Date. [citado 4 de octubre de 2017]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acutecholangitis?source=search\\_result&search=colangitis&selectedTitle=1~150#H8](https://www.uptodate.com/contents/acutecholangitis?source=search_result&search=colangitis&selectedTitle=1~150#H8)
7. Acalculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [citado 26 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acalculous-cholecystitis?source=search\\_result&search=colecistitis%20aliti%C3%A1sica&selectedTitle=1~30](https://www.uptodate.com/contents/acalculous-cholecystitis?source=search_result&search=colecistitis%20aliti%C3%A1sica&selectedTitle=1~30)