

Criterios actuales del tratamiento laparoscópico de las enfermedades benignas de la vesícula biliar

Present-day criteria of the laparoscopic treatment of benign diseases of the gallbladder

Est. Raymond Sanjurjo Díaz^{1*}

Est. Arletis Nieto Rodríguez¹

¹ Facultad de Medicina 1. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

* Autor para la correspondencia. Correo electrónico: raymond.sanjurjo@nauta.cu

RESUMEN

En la actualidad la cirugía laparoscópica es un método que sobrepasa en costo a la cirugía convencional, sus ventajas son apreciables, logrando la disminución de las complicaciones, la estadía hospitalaria y la rápida incorporación a la vida diaria a los pacientes con un mínimo de secuelas. Se realizó un artículo con el objetivo de profundizar sobre los criterios actuales del tratamiento laparoscópico de las enfermedades benignas de la vesícula biliar. Fueron revisados 20 artículos bibliográficos que muestran que las enfermedades benignas de la vesícula biliar han sido tratadas de disímiles maneras, cuya diversidad de criterios se mantienen en la actualidad en cuanto a las variantes de su tratamiento. Se concluyó que muchos autores coinciden en que los pólipos son entidades pre-cancerígenas que imponen una colecistectomía temprana, pese a que existen formas de tratamiento médico, la colecistectomía ha probado ser el método más utilizado y efectivo en su curación.

Palabras clave: colecistectomía laparoscópica; litiasis vesicular; pólipos.

ABSTRACT

Nowadays, the laparoscopic surgery is a method that surpasses in cost the conventional surgery, its advantages are appreciable, achieving the decrease of the complications, the hospitable stay and the fast incorporation to the daily life to the patients with a minimum of sequelae. A total of 20 publications were reviewed with the objective of investigating laparoscopic treatment of benign disease of the gallbladder. In this article, it was confirmed that throughout the history of mankind, benign disease of the gallbladder has been treated in various forms, the criteria of which varies according to the type of treatment even at present. Many authors propose that polyps are pre-cancerous entities that require treatment with early cholecystectomy. Although there exist alternative forms of clinical treatment, a cholecystectomy has been proven to be the most commonly used and most effective treatment in the cure of benign disease of the gallbladder.

Key words: laparoscopic cholecystectomy; gallstones; polyps.

Recibido: 05/11/2018

Aprobado: 12/07/2019

Introducción

La colecistitis es una inflamación de la pared de la vesícula biliar. El proceso inflamatorio una vez iniciado genera cambios notorios a nivel microscópico y macroscópico que evolucionan desde una simple congestión, pasan por una fase de supuración, hasta la gangrena y la perforación. Comienza con el infiltrado celular, la extravasación de líquido y la consecuencia fisiológica concomitante, que gradúa el proceso según probabilidad de evolución (curación, absceso, plastrón (raro), sepsis, perforación, fístula); esto es, en concreto, un efecto mecánico sobre los vasos, siendo fundamental en la determinación de la progresión evolutiva hacia la perforación.

Las enfermedades de la vesícula biliar se han conocido por centurias, inclusive se han encontrado cálculos biliares en momias del antiguo Egipto. Aurelio Cornelio Celso en el siglo I d.C. menciona por primera vez a las enfermedades de la vesícula biliar en el tratado de medicina más importante del Imperio Romano titulado “De Re Medica”. Alexander de Trailles, un médico griego del siglo XV, describió por primera vez la sintomatología de estas entidades, pero no las relacionó con la vesícula biliar. Fue en el año 1507 cuando Antonia Benivieni de Italia, relacionó la presencia cálculos en la vesícula con los síntomas descritos por Alexander. Setenta y cuatro años más tarde, fue realizada la primera publicación sobre enfermedades benignas sintomáticas de la vesícula biliar por Jean Fernel en el año 1581. Los primeros tratamientos para estas entidades resultaron inútiles. En el año 1743, Petit propuso un procedimiento revolucionario, sugirió que a través de una pequeña incisión en el cuadrante superior derecho del abdomen se drenara la vesícula biliar, removiendo los cálculos y fijándola al peritoneo parietal, dejando una fístula externa; este procedimiento es conocido en la actualidad como colecistectomía. Durante la mitad del siglo IX el cirujano John Louis William Thudichum, de origen alemán, llegó a la conclusión en sus investigaciones que la extracción de los cálculos era la solución al problema.⁽¹⁾

No fue hasta el día 10 de octubre de 1882, que se realizó en Berlín la primera colecistectomía por el cirujano Carl Johan August Langenbuch. Este cirujano, teniendo en cuenta los experimentos de Herlin de 100 años atrás y llegando a sus propias conclusiones, se dio cuenta que los caballos y elefantes podían vivir sin vesícula biliar y lo extrapoló a los seres humanos.⁽²⁾ Fue solo cuestión de tiempo luego de estos esfuerzos, que trajo consigo la introducción de la colecistectomía laparoscópica. El crédito para este descubrimiento le fue dado al Dr. Erich Muhe de Alemania,⁽³⁾ quien realizó en septiembre de 1985 la primera colecistectomía laparoscópica.

En la actualidad, la cirugía laparoscópica llega a los lugares más recónditos del planeta. Anualmente son operados más de 1 millón de pacientes por este método con variaciones en cuanto a las tasas de complicaciones y reintervenciones, siempre con una baja mortalidad.⁽³⁾ En Cuba todos los hospitales provinciales, incluyendo el municipio especial Isla de la Juventud, poseen esta modalidad de tratamiento quirúrgico con excelentes resultados.⁽⁴⁾ En la provincia

de Santiago de Cuba se introdujo por primera vez a finales de los años 90 con el adiestramiento en el Hospital Hermanos Amejeiras de los doctores Pedro Luis González Rondón y Carmen María Cisneros Domínguez, quienes reprodujeron el conocimiento del método, adiestrando hasta la fecha la mayoría de los cirujanos de la provincia.⁽⁴⁾ Aunque es un método que sobrepasa en costo a la cirugía convencional, sus ventajas son apreciables, logrando la disminución de las complicaciones, la estadía hospitalaria y la rápida incorporación a la vida diaria a los pacientes con un mínimo de secuelas, razón por la cual en la presente revisión se profundiza en las divergencias y concordancias de los criterios actuales del tratamiento laparoscópico en pacientes con enfermedades benignas de la vesícula biliar.

Desarrollo

Colecistopatías benignas

Las colecistopatías o enfermedades de la vesícula biliar pueden ser clasificadas según su origen en benignas y malignas, dentro de las primeras se encuentran las litiásicas o alitiásicas. Las de origen litiásico, pueden ser clasificadas de la siguiente manera:⁽⁴⁾

1. Atendiendo a la naturaleza de los cálculos
 - a) Cálculos de colesterol
 - b) Cálculos mixtos
 - c) Cálculos pigmentarios-bilirrubina
2. Atendiendo a las alteraciones de la vesícula biliar
 - a) Litiasis sin alteraciones de la pared vesicular: colelitiasis
 - I. Litiasis con alteraciones inflamatorias: agudas o crónicas
 - II. Litiasis con alteraciones neoplásicas benignas

Las colecistopatías benignas alitiásicas, según su causa, se agrupan en⁽⁴⁾

1. Trastornos motores: vesícula hipertónica a vesícula atónica
2. Colecistitis crónica no calculosa
3. Colecistosis: adenomiomatosis, colesterolisis y neuromatosis

4. Síndrome del cístico

Enfermedad litiásica de la vesícula biliar

La litiasis vesicular es la enfermedad del tracto alimentario que más requiere de hospitalización y ocurre de forma frecuente en personas aparentemente saludables con una prevalencia de un 11 % a 36 % en reportes de autopsia. El sexo femenino, la obesidad, el embarazo, las comidas con exceso de grasas, la enfermedad de Crohn, resecciones del íleon terminal, cirugías gástricas, esferocitosis hereditaria, la anemia de células falciformes y las talasemias están asociadas con un riesgo incrementado para desarrollar litiasis. Solo los parientes de primer grado con litiasis y obesidad (definido como un índice de masa corporal mayor que 30 kg/m²) han sido identificados con riesgo elevado de desarrollar una colelitiasis sintomática.⁵

El criterio en Cuba todavía sigue siendo habitualmente el mismo. El Dr. Gilberto Pardo plantea en el texto de Cirugía General del ya fallecido Dr. Alejandro García Gutiérrez, que la colecistectomía está indicada en todos los pacientes que tengan una litiasis biliar, aún en los asintomáticos o silentes y solamente se exime a los pacientes que lo rehúsan de una manera precisa y aquellos que por su estado general o con una enfermedad de base que constituyan un riesgo quirúrgico grave.⁽⁶⁾

Desde finales de los años cincuenta, Newman y colaboradores, plantearon que en 90 % de los pacientes con litiasis biliar presentan algún síntoma antes de que aparezcan las complicaciones, aun cuando luego del primer ataque solo 2,2 % de los pacientes muestran recurrencias anuales.⁽⁷⁾ Apoyados en esta información la mera presentación de cálculos no sirve como indicación para la colecistectomía. Este autor concluye afirmando que las indicaciones para la realización de la colecistectomía en pacientes asintomáticos con litiasis biliar son las siguientes: vesícula disfuncional, cálculos mayores de 2,5 cm, litiasis en los diabéticos, calcificación vesicular, anemia drepanocítica y pacientes de menos de 40 años. Los factores que aquí se indican se basan en el aumento del riesgo de aparición de la colecistitis, así como la mortalidad y morbilidad de la enfermedad y su tratamiento. La presencia de una vesícula no funcional indica una enfermedad avanzada y 127 % de estos pacientes habrán de desarrollar síntomas que requieran colecistectomía. La diabetes *mellitus* determina un aumento significativo de la

mortalidad asociada con la colecistitis aguda. La mortalidad general de esa afección está cerca de 5 %, pero en los pacientes con diabetes llega a 20 %. Las calcificaciones de la vesícula se asocian con una incidencia de 22 % de carcinomas de este órgano.⁽⁸⁾

Actualmente la British Columbia Ministry of Health⁹ propuso una guía basada en criterios de expertos para la realización de la colecistectomía laparoscópica a grupos de pacientes que cumplieran con los criterios siguientes:

1. Pacientes con sintomatología típica de cólico biliar y criterios favorables para la cirugía por el riesgo tan bajo que existe para el desarrollo de síntomas o más rara vez, complicaciones, a lo largo de la vida.
2. Pacientes con riesgo de malignización de la vesícula: vesícula en porcelana, presencia de adenomas, quistes en colédoco, historia familiar de cáncer de vesícula o pacientes con anemia de células falciformes.
3. No se recomienda realizarla en pacientes diabéticos asintomáticos aún con riesgo elevado de desarrollar litiasis biliar o complicaciones de la vía biliar.

Según la Organización Mundial de Gastroenterología, al evaluar a 252 pacientes sometidos a colecistectomía, un grupo de nueve cirujanos estuvo de acuerdo en que la operación había sido apropiada solo 52 % de los casos, no pudiendo llegar a un consenso en el 44 %, ⁽¹⁰⁾ por lo tanto, es difícil ponerse de acuerdo sobre cuáles síntomas son específicamente biliares y que, por consiguiente, deben ser tratados mediante una colecistectomía; sin embargo, cuando no hay síntoma en absoluto, es claro que la cirugía no aporta beneficio a los pacientes con litiasis vesicular asintomática.

Se propone en la guía de la Organización Mundial de Gastroenterología que solo deben ser operados los pacientes que presenten las características siguientes:⁽¹¹⁾

1. Pacientes con cálculos vesiculares que vivan en regiones lejanas al tratamiento médico.
2. La colecistectomía en pacientes asintomáticos que habiten en regiones de alto riesgo de cáncer.

3. Pacientes con inmunosupresión.
4. Pacientes que presentan diabetes insulino dependiente; estos no tienen una mayor prevalencia de cálculos, pero en la ancianidad tiene un mayor riesgo de desarrollar complicaciones inflamatorias.
5. Pacientes con pérdida de peso rápida.
6. Pacientes con vesículas calcificadas en porcelana.

Larry *et al*⁽¹¹⁾ plantean que la recomendación es reservar la colecistectomía hasta después de presentarse los cólicos vesiculares, con colecistectomía profiláctica o incidental recomendada para los indios estadounidenses, los receptores de trasplante, los pacientes con anemia drepanocítica, obesos mórbidos, con anomalía en la unión pancreático ductal, las vesículas en porcelana o los pólipos vesiculares mayores de 1 cm. La indicación de la colecistectomía incluye los cólicos biliares, las colecistitis agudas y crónicas y las colecistitis alitiásicas. Los pacientes diabéticos suelen tener menos síntomas debido a sus neuropatías, por eso sus colecistitis pueden estar complicadas con gangrena o perforación con mayor frecuencia; sin embargo, la colecistectomía profiláctica no está recomendada en los pacientes con diabetes.

Colecistopatías alitiásicas

Con respecto a las colecistopatías alitiásicas, al igual que en la entidad clínica anterior, se tiene como precepto que toda vesícula biliar con una anomalía que interfiera en su funcionamiento normal debe ser corregida mediante colecistectomía; sin embargo, en la actualidad, para el tratamiento de estas afecciones se describen variantes de tratamiento no quirúrgico con buenos resultados.

Pólipos vesiculares y tendencias actuales

Los pólipos vesiculares son lesiones frecuentes en la mucosa vesicular, que en su gran mayoría corresponden a lesiones de carácter reactivo, adaptativo o inflamatorio;⁽¹²⁾ no obstante, también se enuncian como lesiones polipoideas a los tumores glandulares benignos o adenomas y a los malignos o adenocarcinomas. Los pólipos mayores de un centímetro,

solitarios, sésiles y ecodensos, tienen una mayor probabilidad de corresponder a adenomas, por lo que tendrían indicación quirúrgica, aun cuando un pequeño porcentaje de ellos sufrirá transformación maligna a adenocarcinoma. Hasta la fecha no es posible predecir cuál lo hará.⁽¹³⁾ En pacientes con litiasis sintomática, la presencia de un pólipo vesicular le agrega un factor más a la indicación quirúrgica. En cambio, en los pacientes con litiasis asintomática y pólipo vesicular, la indicación quirúrgica debería considerarse en relación a la edad, sexo, factores de riesgo de cáncer vesicular y características del pólipo como tamaño, localización y características radiográficas o ecográficas.⁽¹⁴⁾ Para lesiones polipoideas grandes con probabilidad de ser malignas se recomienda llevar a cabo cirugía por el método tradicional, es decir colecistectomía abierta; otros proponen que para lesiones que hayan aumentado de tamaño, incluso cuando sean inferiores a un centímetro, se puede utilizar la vía laparoscópica con el uso de la bolsa extractora.⁽¹⁵⁾

Trastornos motores

La disquinesia vesicular es una enfermedad causada por el funcionamiento inadecuado (contracciones pobres) de la vesícula biliar, puede causar síntomas clásicos de cólico biliar, asociado con náuseas y en ocasiones vómitos. Por lo general, se desencadena por la ingesta alimentaria, se considera una colecistopatía no litiásica y se define como un desorden del tracto biliar que causa vaciamiento anormal de la vesícula.⁽¹⁶⁾ El tratamiento actual incluye medidas higiénicas y dietéticas relacionadas con los hábitos de vida, además del tratamiento medicamentoso. Se señala que 80 % de los pacientes con disfunción vesicular que reciben tratamiento médico mantiene los síntomas.⁽¹⁷⁾

El tratamiento quirúrgico se realiza en las colecistopatías hipertónicas con dolor, de progresión a la fibrosis, vesículas atónicas resistentes a tratamiento medicamentoso, cuando hay compresión o estenosis del colédoco. La intervención quirúrgica produce alivio en 50 % de los casos y, aproximadamente en 30 % de los pacientes operados, regresan los síntomas después de la intervención.⁽¹⁸⁾

Casos típicos para desarrollar una vía clínica

Los procesos susceptibles de incluirse en una vía clínica son aquellos que tienen una evolución predecible, son frecuentes y, por tanto, con gran impacto sanitario. Tanto en enfermedades de la vesícula biliar benignas litiásicas como en las no litiásicas la mayoría de los autores divergen en criterios para el tratamiento quirúrgico.

Conclusiones

Pese a que existen múltiples divergencias entre los autores y se impone la organización y el consenso sobre el tratamiento de las enfermedades benignas de la vesícula biliar, muchos autores coinciden en que los pólipos son entidades pre-cancerígenas que imponen una colecistectomía temprana, en los trastornos motores, pese a que existen formas de tratamiento médico, la colecistectomía ha probado ser el método más utilizado y efectivo en su curación y los enfermos portadores de litiasis vesicular asintomáticos y sin comorbilidades asociadas a complicaciones posteriores de esta entidad deberían recibir tratamiento expectante.

Referencias Bibliográficas

1. Arias PM, Albonoz D, Roque Cervetti M, Pasarín MA. Factores predictivos de colecistitis aguda gangrenosa. Rev Chil Cir. [Internet]. 2017[citado 2019 May 24]; 69(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301375>
2. Oliu Lambert H, de la Cruz Castillo NA, Nazario Dolz AM, Domínguez González EJ. Criterios actuales sobre el tratamiento laparoscópico en pacientes con enfermedades benignas de la vesícula biliar. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 1];20(11): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/658>

3. Guevara O. De la colecistectomía laparoscópica a la hepatectomía laparoscópica: 30 años de evolución quirúrgica en beneficio del paciente Conferencia honorífica “Rafael Casas Morales, 2016” Rev Colomb Cir. [Internet].2017[citado 2019 Abr 1];32: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n1/v32n1a2.pdf>
4. Actualización del *Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía*. Rev Cubana Cirugía[Internet].2005[citado 2019 Abr 1]; 44(2-3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000200011
5. Bellows C, Berger D, Crass R. Management of gallstones. American Family Physician [internet].2015[citado 2019 Abr 24]; 72(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2005/0815/p637.html>
6. Pardo Gómez G. Litiasis biliar. En: García Gutierrez A, Pardo Gómez G. Cirugía General. T 2. [Internet]La Habana: Ecimed;2012. [citado 2019 Abr 24].Disponible en: https://www.academia.edu/38735702/CIRUG%C3%8DA_Tomo_II
7. Díaz Fernández C, Ponce Dorrego MD. Colelitiasis. Pediatría Integral[Internet]. 2015[citado 2019 Abr 24];XIX (3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-03/colelitiasis/>
8. Matsumoto Y, Fujimoto K, Mitsuoka E, Senda E, Ichikawa K, Yamada H. Cholecystoduodenal fistula caused by aggressive mucinous gallbladder carcinoma with a porcelain gallbladder.Clinical Journal of Gastroenterology [internet]. 2019[citado 2019 Abr 24];12(5): [aprox.5 p.].Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12328-019-00969-9>
9. British Columbia Ministry of Health. [internet]. Canadá: British Colombia medical association; [citado 2019 Abr 24]. Treatment of gallstones in adults. Guidelines and Protocols, Advisory Committe. Vancouver; 2001.[aprox. 2 pantallas].Disponible en: http://www.spitjudms.ro/files/PROTOCOLE_TERAPEUTICE/gastro/gallstone.pdf
10. Shabanzadeh DM, Sørensen LT, Jørgensen T. Abdominal Symptoms and Incident Gallstones in a Population Unaware of Gallstone Status. *Can J Gastroenterol Hepatol*. [Internet]. 2016[citado 2019 Abr 24]; 2016: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4967696/>

11. Larry Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, J.Loscalzo J .Enfermedades de la vesícula biliar y las vías biliares. *Harrisons' Principles of Internal Medicine*. [Internet]. Mexico: McGraw-Hill; 2018; [citado 2019 Abr 24].Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2461>
12. Andrén Sandberg Å. Diagnosis and Management of Gallbladder Polyps. *North American Journal of Medical Sciences*. [Internet]. 2012[citado 2019 Abr 24] ;4(5): [aprox.8 p]. Disponible en: <http://www.najms.org/article.asp?issn=1947-2714;year=2012;volume=4;issue=5;spage=203;epage=211;aulast=Andr%E9n%2DSandberg>
13. Guo J, Wu G, Zhou Z. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 160 cases with special reference to diagnosis and treatment in China. *Int J Clin Exp Pathol*. [Internet]. 2015[citado 2019 Abr 24];8(9): [aprox.8 p]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4637709/>
14. Supe A. Asymptomatic gall stones--revisited. *Trop Gastroenterol*. [Internet]. 2011[citado 2019 Abr 24];32(3): [aprox.7 p].Disponible en: <http://www.tropicalgastro.com/articles/32/3/asymptomatic-gall-stones-revisited.html>
15. Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST, Vashist YK, Rafaelsen SR, Dewhurst C, Arvanitakis M, Lahaye M, Soltes M, Perinel J, Roberts SA. Management and follow-up of gallbladder polyps: Joint guidelines between ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE. *Eur Radiol*. [Internet]. 2017[citado 2019 Abr 24];27(9): [aprox.10 p].Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5544788/>
16. Morgan KA, Adams DA. Biliary dyskinesia and sphincter of Oddi dysfunction. In: Yeo CJ, Matthews JB, McFadden DW, Petters JH, Shackelford's *Surgery of the Alimentary Tract*. [Internet].Philadelphia:Elsevier;2013[citado 2019 Abr 24] Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1096/46d8bdf7ecc47ea19681827aff0b344c5e06.pdf>
17. Gohary Y, Zhao K, Gittes GK. Cap 1. Embryologic development of the liver, biliary tract, and páncreas.En: William R. Jarnagin. *Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas*.Volumen 1. [Internet].España:Elsevier;2017[citado 2019 Abr 24].Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323340625000017>

18. Geiger T, Awad Z, Burgard M, Singh A, Davis W, Miedema B, et al. Prognostic Indicators of Quality of Life after Cholecystectomy for Biliary Dyskinesia. American Surgeon [internet]. 2008[citado 2019 Abr 24];74(5): [aprox.4 p.].Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18481495>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).