
COMPLICACIONES AGUDAS DE LA LITIASIS BILIAR: CÓLICO BILIAR, COLECISTITIS AGUDA, COLANGITIS AGUDA

Marino Rodrigo Bañuelos
Francisco Javier Urrutia Sanzberro
Raquel Sobrado Rojo
Médicos Adjuntos. S^o de Urgencias.
Hospital Universitario Virgen del Camino.

1. CONSIDERACIONES INICIALES

1.1 DEFINICIÓN

Las vías biliares comprenden los canalículos biliares hepáticos, los conductos biliares intra y extrahepáticos, que a su vez incluyen los conductos cístico y colédoco, y la vesícula biliar. En los canalículos se produce la bilis, constituida de colesterol, ácidos biliares y fosfolípidos, necesaria para la absorción de grasas y nutrientes liposolubles.

La principal causa de enfermedad biliar es la formación de cálculos. En torno al 20% de las mujeres y el 8% de los hombres sufren litiasis biliar. Existen dos clases de cálculos biliares: de colesterol y pigmentarios. Los de colesterol (75% de los cálculos en países occidentales) se forman como consecuencia de la elevada concentración de la molécula en la bilis en relación con el resto de constituyentes. Los factores que se asocian a aumento de riesgo de esta formación son: *edad avanzada, mujer, obesidad, pérdida rápida de peso, fibrosis quística, multiparidad, algunos fármacos (clofibrato, anticonceptivos orales) y tendencia familiar.*

Existen dos tipos de cálculos pigmentarios: negros y ocreos. Los negros son más frecuentes en ancianos y se relacionan con procesos que cursan con hemólisis intravascular. Los ocreos se asocian con infecciones bacterianas y algunos parásitos (*Áscaris lumbricoides, Clonorchis sinensis*). Los cálculos retenidos suelen ser mixtos y están constituidos por un núcleo de colesterol y una cubierta de bilirrubinato cálcico.

1.2 FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología del **cólico biliar** no está del todo clara. Parece guardar relación con el paso de pequeños cálculos desde la vesícula a través del cístico hacia el colédoco.

La litiasis desempeña un papel central en la patogenia de la **colecistitis**, aunque entre el 2-12% de los casos se califican como alitiásicas. El factor fundamental para el desarrollo de inflamación vesicular parece ser la obstrucción del cístico, ya sea debida a litiasis o a otras causas no litiásicas que pueden producir obstrucción del cístico: tumores, adenopatías, fibrosis, parásitos y la tortuosidad del propio conducto. La obstrucción da lugar al llenado y distensión de la vesícula biliar. El aumento de la presión hidrostática o la acción de productos citotóxicos del metabolismo biliar subsiguientes condicionan isquemia de la mucosa, que a su vez desencadena la reacción inflamatoria. No está claro cuál es el papel que la infección desempeña en la patogenia de la colecistitis, aún cuando se aíslan bacterias en el contenido biliar del 50-75% de las vesículas inflamadas.

La **colangitis obstructiva aguda** suele deberse a la obstrucción del colédoco producida por un cálculo. Es más frecuente una obstrucción parcial que una completa. Obstrucción, aumento de la presión intraluminal e infección bacteriana parecen ser los factores fundamentales en su patogenia. El aumento de la presión intraductal favorece el paso de gérmenes a las circulaciones portal y linfática, produciendo episodios de bacteriemia. Los microorganismos implicados con mayor frecuencia son similares a los que participan en otras patologías biliares:

E. coli, *Klebsiella*, *Enterococcus* y *Bacteroides*, y pueden llegar hasta el colédoco en forma retrógrada desde duodeno, a través de los linfáticos o desde el flujo venoso portal.

2. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

2.1 SÍNTOMAS Y SIGNOS

La mayoría de los pacientes con colelitiasis no tienen clínica. La manifestación más frecuente de la colelitiasis es el **cólico biliar**. Los pacientes refieren habitualmente un dolor continuo en cuadrante superior derecho (CSD) / epigastrio, ocasionalmente irradiado hacia escápula u hombro y asociado a náuseas y vómitos.

El cólico biliar "simple" se inicia dos o tres horas después de una comida, su duración es inferior a 6 horas y cede gradualmente en forma espontánea o por efecto de analgésicos. En el cólico biliar "complicado" la obstrucción se prolonga, el dolor cede solo parcial y transitoriamente a medicación o recidiva de manera precoz. Pueden presentarse complicaciones vasculares, inflamatorias o sépticas. Con frecuencia se acompaña de vómitos intensos y rebeldes, escalofríos, fiebre o ictericia. Las complicaciones agudas más frecuentes de la enfermedad litiásica son: colecistitis, pancreatitis, ictericia obstructiva, colangitis e ileo biliar.

Dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia constituyen la tríada clásica descrita por Charcot compatible con **colangitis**, aunque también pueden observarse en colecistitis y hepatitis. La sepsis puede complicar evolutivamente el cuadro. La tríada de Charcot junto con signos clínicos de *sepsis* y *alteración de función sensorial* forman la pentada de Reynolds.

El dolor complicado por uno o más de los signos descritos, indica que la obstrucción biliar se ha hecho permanente y se le han agregado fenómenos de necrosis y/o inflamación. Con este cuadro se presentan la **colecistitis aguda**, la coledocolitiasis con cálculo enclavado en el esfínter de Oddi, la fistula colecisto-intestinal o colecisto-coledociana, el ileo biliar y la pancreatitis aguda asociada a patología biliar.

El examen del abdomen puede mostrar desde una leve molestia a la palpación sin defensa ni rebote en CSD / epigastrio en el cólico biliar simple hasta la presencia de ambos signos en la **colecistitis**. El signo de Murphy, consistente en dolor y pausa inspiratoria provocada por la palpación del hipocondrio derecho durante la inspiración profunda, sugiere aunque no es específico de colecistitis.

2.2 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

La analítica suele mostrar resultados normales en el cólico biliar simple. Tanto en la colecistitis como en la colangitis es frecuente la leucocitosis polimorfonuclear con desviación izquierda. Aunque pueden estar elevadas las transaminasas séricas, bilirrubina y fosfatasa alcalina lo más frecuente es que sus niveles permanezcan en rango de normalidad. La elevación de amilasa sugiere pancreatitis, aislada o asociada a colecistitis.

La radiología simple aporta escasa ayuda en el diagnóstico de colelitiasis ya que solo el 10% de los cálculos pueden ser identificados. La presencia de aire en la vesícula o un asa centinela en hipocondrio derecho sugieren colecistitis pero estos hallazgos son tan infrecuentes e inespecíficos que no se recomienda la realización de placas simples salvo que se planteen otros diagnósticos.

La ecografía es la técnica de elección para explorar la vesícula y estructuras adyacentes. La visualización de una vesícula sin cálculos posee un alto valor predictivo negativo de colecistitis, mientras que la presencia de litiasis, engrosamiento de la pared vesical y líquido pericolecístico tienen un valor predictivo positivo superior al 90%. En la colangitis la ecografía resulta útil si demuestra dilatación del colédoco y de la vía intrahepática; la identificación de cálculos en vesícula o colédoco indicará la causa de la obstrucción.

La gammagrafía nuclear con ácido iminodiacético marcado con tecnecio-99m se considera la prueba de imagen más sensible y específica para la colecistitis cuando los niveles de bilirrubina sérica no superan los 5-8 mg. Evalúa la permeabilidad del conducto cístico y sus indicaciones son: ecografía no concluyente, discordancia clínico-ecográfica y colecistitis aguda alitiásica.

Hasta el 20% de los pacientes con colecistitis aguda pueden diagnosticarse mal si solo se tienen en cuenta criterios clínicos. El diagnóstico preciso requiere a menudo el uso de la ecografía, o con menor frecuencia de gammagrafía.

Clásicamente la colecistografía oral con ácido ipanoico era el procedimiento de elección para visualizar la vesícula y detectar cálculos. Tras la aparición de la ecografía su utilidad queda limitada a la situación en que existe la sospecha clínica y se da la rara circunstancia de no haber podido visualizar la vesícula mediante ecografía.

Entre las técnicas de imagen alternativas se encuentran la tomografía axial computarizada, la colangiografía transhepática percutánea (CTP) y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), las dos últimas con la ventaja de un posible beneficio terapéutico. La Tomografía Axial Computarizada helicoidal y la colangiografía con resonancia magnética pueden resultar útiles como forma no invasiva de excluir cálculos coledocianos.

2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

2.3.1 ABDOMEN SUPERIOR

Debido a la variabilidad y solapamiento de los cuadros, puede resultar difícil diferenciar colangitis y colecistitis. Los pacientes con colangitis suelen desarrollar fiebre más alta. La presencia de ictericia y la elevación de bilirrubina sugieren colangitis.

Otros diagnósticos diferenciales de la enfermedad biliar a considerar son: agudización ulcerosa, perforación encubierta, pancreatitis, apendicitis, pielonefritis derecha, dolor hepático (éstasis, hepatitis, absceso, tumores, quiste hidatídico), hemobilia, colon irritable, neoplasia de colon derecho y apendicitis epiploica.

2.3.2 TÓRAX

Hernia de hiato, espasmo esofágico, síndrome coronario agudo, neumonía de LID, pleuritis, derrame pleural, infarto pulmonar.

3. ACTITUD TERAPÉUTICA EN URGENCIAS

3.1 TRATAMIENTO EN EL ÁREA DE URGENCIAS

El tratamiento del **cólico biliar** tiene como objetivos el alivio sintomático y la corrección de una posible alteración hidroelectrolítica como consecuencia de los vómitos. El dolor puede controlarse mediante metamizol, espasmolíticos, ketorolaco u opiáceos. Los vómitos pueden requerir antieméticos (metoclopramida) y aspiración nasogástrica. En el cólico biliar simple con buena respuesta, el paciente será dado de alta y remitido a su médico de Atención Primaria con la recomendación de realizar estudio ecográfico.

En la **colecistitis aguda** son aplicables las medidas referidas para cólico biliar, con énfasis en la importancia del restablecimiento del volumen mediante la administración de cristaloides intravenosos y en la aspiración nasogástrica. Además, y a pesar del cuestionable papel de la infección en la patogenia de la colecistitis, se recomienda antibioterapia intravenosa. En ausencia de sepsis es suficiente un antibiótico de amplio espectro, como una cefalosporina de segunda o tercera generación. Se recomienda la cirugía, que habitualmente se lleva a cabo durante el ingreso, tras la remisión sintomática. La colecistectomía inmediata se reserva para

los casos complicados con gangrena o perforación, así como en la colecistitis alitiásica y enfisematosa por el mayor riesgo de dichas complicaciones.

En la **colangitis** son prioritarias en primer lugar la estabilización hemodinámica mediante cristaloides y fármacos vasopresores si es necesario, y en segundo lugar el inicio de antibioterapia de amplio espectro (en nuestro hospital habitualmente una cefalosporina de tercera generación asociada a metronidazol) tras la obtención de muestras para hemocultivos. En ausencia de manipulaciones instrumentales la flora será de tipo entérico. En este caso se recomienda la combinación de una penicilina de amplio espectro (ampicilina, amoxicilina - ácido clavulánico) o una cefalosporina de tercera generación (cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidima) con un aminoglucósido (amikacina). En monoterapia se recomienda una ureidopenicilina asociada a tazobactam (inhibidor de betalactamasa. En casos que se presentan tras exploraciones instrumentales o cirugía complicada debe considerarse la infección por pseudomonas y anaerobios. Entonces se recomienda la asociación de ureidopenicilina o cefalosporina de tercera generación con aminoglucósido, añadiendo metronidazol.

El 85% de las colangitis se resuelven con tratamiento médico, y se procederá después al tratamiento definitivo de la coledocolitiasis por vía quirúrgica o endoscópica. El 15% restante progresa, persistiendo fiebre y otros signos de infección 24-48 horas después de iniciado el tratamiento médico. En tales casos está indicado el drenaje biliar precoz urgente, habitualmente no quirúrgico: percutáneo (CTPH) o endoscópico (CPRE).

3.2 CRITERIOS DE INGRESO Y TRATAMIENTO AL ALTA

Los pacientes afectos de cólico biliar no complicado con mal control del dolor o con clínica atípica ingresarán en el área de Observación para control sintomático y evolutivo.

Los pacientes con colecistitis ingresarán a cargo de Cirugía.

Los pacientes con colangitis precisan asimismo ingreso hospitalario. Sin datos de alteraciones hemodinámicas ingresarán en Digestivo. Con datos de sepsis grave/shock serán valorados por UCI y Cirugía.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Melgarejo F, Morales ML. *Urgencias Médicas Digestivas*. www.medynet.com.
Montoro M. *Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia*. Edika Med, 1997.
Rosen. *Medicina de Urgencias. Conceptos y práctica clínica*. 5ª edición, 2003. Elsevier España S.A.