



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Colecistectomía durante la resolución obstétrica, evento simultáneo

A. Juárez^{a,*}, A.M. Rivera^a, I. Alarcón^b, M.A. Durán^c, L.P. Islas^d y S.E. Téllez^e

^a Servicio de Ginecología, Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

^b Servicio de Medicina Integral, Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

^c Servicio de Anatomía patológica, Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

^d Servicio de Pediatría, Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

^e Enfermera, Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

Recibido el 20 de abril de 2010; aceptado el 31 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Embarazo;
Enfermedad;
Biliar

KEYWORDS

Pregnancy;
Disease;
Gallbladder

Resumen Desde hace muchos años se ha reconocido la existencia de factores que predisponen al desarrollo de litiasis de las vías biliares; entre ellos está la multiparidad, la fisiología de la gestante y las hormonas que contribuyen a la génesis de la enfermedad. Los adelantos tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar aparecidos en los últimos años han sido motivo de una aproximación distinta al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad cuando se presenta durante el embarazo. Así los cirujanos podemos observar la resolución tanto de la enfermedad litiasica y como del evento de la gestación en forma simultánea sin demeritar la evolución materna o fetal.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cholecystectomy during pregnancy resolution: a simultaneous event

Abstract The existence of factors that influence the development of bile duct stones has been recognized for many years. These factors include multiparity, the physiology of pregnant women and hormones that contribute to the genesis of the disease.

Recent technological advances in the diagnosis and treatment of gallstone disease have led to a different diagnostic and therapeutic approach when it occurs during pregnancy. Thus, gallstone disease and pregnancy can be simultaneously resolved without compromising maternal or fetal outcomes.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arjuarez@yahoo.com.mx (A. Juárez).

Introducción

La incidencia de abdomen agudo durante el embarazo es de 1 en 500-635. Las dos primeras causas son: apendicitis y colecistitis aguda. La incidencia de colelitiasis en el embarazo es del 3,5-10%, pero únicamente el 30-40% de las pacientes embarazadas con colelitiasis es sintomática. Actualmente la colecistectomía se recomienda como tratamiento primario de colecistitis y colelitiasis durante el embarazo, y esto debido a que las pacientes que han recibido tratamiento médico han presentado mayor número de complicaciones: aborto espontáneo, parto pretérmino, ruptura de membranas prematura y necesidad de inducción del parto en cuadros que no mejoran con el tratamiento.

Habitualmente la resolución de litiasis que requiere cirugía no se presenta en el mismo evento de la finalización del evento de la gestación; hacemos una revisión de casos similares en la literatura mundial, conclusiones, recomendaciones generales y el conocimiento de las implicaciones perinatales.

Casos clínicos

Caso 1

Se trata de una mujer de 30 años de edad que cursa su 3.^a gestación con el antecedente de 2 cesáreas previas. Inicia sintomatología de dolor en hemiabdomen superior en la semana 36 de gestación por amenorrea; se practica ecsonografía de hígado y vías biliares con presencia de litos, pared con grosor mayor de 5 mm. Se programa para operación cesárea y posterior colecistectomía en segundo tiempo quirúrgico posterior al nacimiento. Se obtiene recién nacido vivo de sexo femenino de 2.700 g y Ápgar de 8/9, oclusión tubaria bilateral, egreso hospitalario sin complicaciones a los 4 días.

Caso 2

Mujer de 26 años, primigesta, que cursa con embarazo de 11 semanas por amenorrea, acude a consulta por dolor abdominal difuso y fiebre de 2 días de evolución. Se evidencia mediante doble ecsonografía abdominal y obstétrica presencia de ausencia de latido fetal y datos de huevo muerto y retenido y al mismo tiempo se observa hidrocolecisto y necrosis parcial de la vesícula biliar. Se programa para colecistectomía y posteriormente se realiza aspiración manual endouterina sin complicaciones ambos procedimientos. Se cita a la paciente para método de planificación familiar.

Comentario

La colecistitis es la causa más frecuente de colecistectomía durante el embarazo y el segundo trastorno quirúrgico. Este procedimiento se realiza en casi uno de cada 1.250 a 12.500 embarazos.

Se han descrito diversos factores predisponentes para la aparición de cálculos en la vesícula biliar, entre ellos podemos citar el sexo femenino, la edad, la obesidad, la reducción de peso y los trastornos gastrointestinales como

la enfermedad de Crohn. Sin embargo, últimamente se ha dado mucha importancia al embarazo como uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de la colelitiasis, por su notable efecto sobre la composición de la bilis y su afección sobre la motilidad de la vesícula biliar¹⁻³.

La gestación facilita la formación de litiasis hepática por diversos factores:

1. Hay un aumento de colesterol en la sangre y su eliminación por la bilis, la cual incrementa la litiasis vesicular.
2. La eliminación de pigmentos biliares está aumentada como consecuencia de la continua hemólisis que se produce con el aumento de la renovación de la sangre.
3. La eliminación de ácidos biliares en la gestación está también aumentada porque estos son el eslabón metabólico final de los esteroides hormonales cuya hiperproducción en el embarazo es bien conocida.

Otros factores bien documentados son el incremento marcado en los niveles de estrógeno y progesterona durante el embarazo (induce la sobresaturación de la bilis por colesterol); efecto generado principalmente por el estrógeno. Además, la progesterona por sí misma ejerce una acción relajante sobre el músculo liso vesicular e inhibe la colecistoquinina, que es la principal hormona involucrada en la contractilidad de la vesícula biliar, favoreciendo la estasis biliar y predisponiendo la formación de los cálculos.

Han existido discrepancias en cuanto al tipo de manejo indicado para la mujer embarazada con colelitiasis sintomática. Algunos estudios sugieren el manejo conservador como tratamiento inicial para la enfermedad vesicular complicada; sin embargo, estudios más recientes demostraron que el riesgo real para la colecistectomía durante el embarazo era menor a lo pensado previamente, principalmente para el producto, e incluso lo consideran como la alternativa de primera elección para el manejo de la enfermedad vesicular sintomática, siempre y cuando se realice durante el segundo trimestre del embarazo, que es considerado el período óptimo⁴⁻⁸.

La colecistectomía convencional es una cirugía eficaz sin alta mortalidad aunque se asocie a un evento de resolución obstétrica, se recomienda ampliamente.

El procedimiento en el tercer trimestre de la gestación se dificulta por el tamaño uterino pero no modifica la buena evolución^{9,10}.

Las ventajas potenciales de la apendicectomía y la colecistectomía laparoscópica en pacientes embarazadas incluyen disminución de la depresión fetal debido a la menor utilización y requerimientos de narcóticos postoperatorios, menor riesgo de complicación de heridas y disminución de la hipoventilación materna postoperatoria. Como sea, los requerimientos adicionales de neumoperitoneo (usualmente con CO₂) ha resurgido los conceptos sobre el riesgo fetal. Estos riesgos han sido postulados para incluir lesiones uterinas durante la colocación de trocates, disminución del flujo sanguíneo uterino, parto prematuro, por el aumento de la presión intraabdominal, y aumento de la acidosis fetal u otros efectos desconocidos debidos al neumoperitoneo¹¹.

Concluimos que el cuadro biliar agudo se presenta con las mismas características clínicas que en la no grávida.

La colecistectomía convencional se recomienda ampliamente por ser una cirugía eficaz y con baja mortalidad, aunque se practique alternamente con la resolución obstétrica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Jackson H, Grauger S, Price R, Rollins M, Earle D, Richardson W, et al. Diagnosis and laparoscopic treatment of surgical diseases during pregnancy: an evidence based-review. *Surg Endosc*. 2008;22:1917-27.
2. Lu EJ, Curet MJ, El-Sauyed YY, Kirkwood KS. Medical versus surgical management of biliary tract disease in pregnancy. *American J Surg*. 2004;188:755.
3. www.binasss.sa.cr/revistas/ays/index.html
4. Davis A, Katz V, Cox R. Gallbladder disease in pregnancy. *J Reprod Med*. 1995;40:759-62.
5. Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Abraham RN. *Obstetricia*. 5.ª edición México DF: Editorial El Ateneo; 1995. p. 342-3.
6. Scott L. Gallstone disease and pancreatitis in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*. 1992;21:803-13.
7. Scragg RK, McMichael AJ, Seamark RF. Oral contraceptives, pregnancy, and endogenous oestrogen in gallstone disease-a case-control study. *B Med J*. 1984;288:1795-9.
8. Stauffer R, Adamas A, Wygal J, Stauffer RA, Adams A, Wygal J, et al. Gallbladder disease in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;144:661-4.
9. Hernández AA. Colecistitis y embarazo. *Educ Inv Clin*. 2000;1:19-21.
10. www.galeon.com/drmarin/sages.htm
11. Mendez SN, Chavez TC, Uribe M. Pregnancy gallbladder disease. *Ann Hepatol*. 2006;5:227-38.