

Actitud ante el hallazgo de una litiasis biliar asintomática

ENRIQUE DE-MADARIA Y JUAN MARTÍNEZ

Unidad Funcional de Patología Pancreática. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Puntos clave

● La detección incidental de litiasis vesicular es común por su elevada prevalencia en la población general.

● Aunque no existen datos fiables en nuestro país, se puede afirmar que la existencia de colelitiasis es frecuente y que sólo un 10-20% de los sujetos con colelitiasis asintomática tendrán síntomas atribuibles a esta afección en un periodo de 10 años.

● Actualmente el tratamiento de elección para la colelitiasis es la colecistectomía. Sin embargo, al ser un procedimiento invasivo, no se recomienda para el tratamiento de la colelitiasis asintomática.

● Los tratamientos no quirúrgicos disponibles para la colelitiasis (ácidos biliares orales, disolventes de contacto o litotricia) no han demostrado su utilidad, su eficacia es escasa, la recidiva tras su interrupción es la norma y resultan caros, por lo que actualmente no se recomienda ningún tratamiento para la litiasis biliar asintomática.

● La vesícula en porcelana es la única excepción a la regla, ya que aun asintomática debe ser extirpada debido a su asociación al carcinoma de vesícula.



Ilustración: Roger Ballabrera

En la práctica médica actual, se solicitan con gran facilidad pruebas de imagen para una gran variedad de síntomas digestivos. Dado que la prevalencia de litiasis vesicular es alta, su detección incidental es un fenómeno frecuente. La litiasis biliar se asocia a cólicos biliares, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, ictericia obstructiva o colangitis, por lo que podría resultar lógico plantearse algún tipo de tratamiento profiláctico en pacientes con colelitiasis asintomática. Por otra parte, la colecistectomía, técnica más resolutoria contra la colelitiasis, es un procedimiento invasivo, y como tal tiene asociada cierta morbilidad e incluso mortalidad. Revisaremos el manejo basado en la evidencia de esta afección, la litiasis biliar asintomática.

Prevalencia e historia natural de la litiasis biliar asintomática

En Estados Unidos la prevalencia general de litiasis biliar (síntomática, asintomática o colecistectomía previa por litiasis biliar) en una muestra de 14.000 personas examinadas por ecografía fue del 7,9% de los varones y el 16,6% de las mujeres¹. En un estudio sueco realizado en 739 sujetos, se observó una prevalencia de colelitiasis del 16,3%, con desarrollo de clínica relacionada a los 5 años en pacientes sin síntomas previos del 7,6%². En un estudio poblacional italiano en el que se realizaba una ecografía a todos los habitantes de una localidad, se observó una prevalencia de colelitiasis del 7% (varones, 5%; mujeres, 9%); el 82% de los participantes en el estudio con litiasis vesicular desconocían el hecho de tenerla. El 16% de ellos sufrió síntomas biliares tras un seguimiento de 10 años. En otro estudio italiano, un 26% de los sujetos con colelitiasis asintomática tuvieron síntomas durante un seguimiento de 10 años³. Con todo ello, y de forma intuitiva, se puede afirmar que la colelitiasis asintomática es frecuente (1 de cada 10 personas), y que aproximadamente 1-2 pacientes con litiasis vesicular asintomática de cada 10 tendrán síntomas biliares en un periodo de 10 años desde el diagnóstico.

Tabla 1. Mortalidad y complicaciones de la cirugía laparoscópica⁶

Complicación	Incidencia
Mortalidad	Hasta 0,3%
Lesión biliar que requiere cirugía	0,1-0,3%*
Lesión biliar de manejo conservador, percutáneo o endoscópico	Hasta 0,4%
Peritonitis que requiere cirugía	0,2%
Hemorragia que requiere cirugía	0,1-0,5%
Absceso que requiere cirugía	0,1%
Daño grave de vasos o intestino durante introducción del trócar	0,02%

*La lesión biliar conlleva riesgos *per se*: su cirugía tiene una mortalidad del 1-4% y se asocia a cirrosis biliar secundaria (11%), estenosis biliar (9-20%) y colangitis (5%).

Complicaciones de la colecistectomía

La colecistectomía laparoscópica (actualmente la técnica estándar) se puede asociar a diversas complicaciones; algunas de ellas pueden producir la muerte del paciente. Las principales complicaciones y su incidencia se detallan en la tabla 1. Por otra parte, se ha descrito que la colecistectomía laparoscópica de sujetos con colelitiasis asintomática se asocia a menos complicaciones que la de los pacientes con síntomas⁴: no es lo mismo el paciente tratado de forma electiva sin complicación biliar previa que la colecistectomía urgente o diferida de una colecistitis aguda. Se debe tener en cuenta que las complicaciones de la cirugía aumentan con la edad⁵.

Tratamiento quirúrgico (colecistectomía) en litiasis biliar asintomática

A la posibilidad anteriormente comentada de complicaciones de la colecistectomía, se suma el hecho de que no existen estudios aleatorizados o de cohortes que comparen la evolución de colecistectomía frente a observación en colelitiasis asintomática⁴. En la única revisión sistemática realizada sobre este tema, los autores hacían notar que el diseño de este tipo de estudios debe tener en cuenta los problemas éticos de exponer a 100 pacientes con colelitiasis asintomática a los riesgos de una cirugía para evitar a 10-15 pacientes complicaciones biliares (en 85-90 pacientes no habría beneficios). Así, actualmente no se considera la colecistectomía profiláctica en litiasis biliar asintomática.

Hay cierta controversia no resuelta acerca de ciertos colectivos en que la colelitiasis asintomática parece tener mayor riesgo, como diabéticos, niños con hemólisis crónica e inmunosuprimidos (sobre todo trasplantados)⁶. La falta de evidencia tampoco nos permite recomendar la colecistectomía profiláctica en estas subpoblaciones⁶.

Tratamiento no quirúrgico de la litiasis biliar asintomática

La colelitiasis se puede tratar mediante ácidos biliares (ácido ursodesoxicólico [AUD] o quenodesoxicólico), disolución de contacto mediante éter metiliterbutilo o propionato de etilo (a través de colecistostomía percutánea o por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica [CPRE], actualmente casi abandonado) o se puede aplicar litotricia de onda expansiva, asociada o no a ácidos biliares⁷. Se ha descrito en estudios de cohortes que el tratamiento a largo plazo con AUD disminuye la incidencia de complicaciones biliares en pacientes asintomáticos, aproximadamente a la mitad en un periodo de 10 años (el 6 frente al 12%)⁸. El beneficio del AUD administrado a

muy largo plazo podría ser independiente de la disolución total de las litiasis^{8,9}. No hay estudios aleatorizados que demuestren una disminución de incidencia de complicaciones biliares con el tratamiento médico de la colelitiasis. En general, grandes cálculos calcificados responden mal al tratamiento médico. La vesícula debe tener una motilidad adecuada para eliminar los restos de litiasis e impedir la recidiva. Otros problemas de estas técnicas son que su efectividad en eliminar completamente las litiasis es modesta y tras su interrupción la recidiva de la colelitiasis es frecuente, por lo que se debería administrar a largo plazo en muchos pacientes, exponiéndolos a efectos secundarios. Por otra parte, son tratamientos caros a largo plazo. En España actualmente el tratamiento anual con AUD costaría (a una dosis de 300 mg cada 12 h) unos 190 euros. Teniendo en cuenta que su efectividad en disolver las litiasis es limitada, y que la mayoría de los pacientes no tratados no sufrirán síntomas en los siguientes 10 años, el coste-efectividad de esta estrategia debe de ser bajo.

Vesícula en porcelana

Un caso particular que se debe tener en cuenta es la vesícula en porcelana: una manifestación atípica de la colecistitis crónica en la que se produce una calcificación intramural de la pared vesicular. Se asocia a colelitiasis en un 95% de los casos¹⁰. La importancia de esta entidad radica en su asociación a cáncer de vesícula: se ha descrito que entre un 12 y un 61% de los pacientes con vesícula en porcelana lo contraerán, aunque estas incidencias tan elevadas provienen de pequeñas series de casos retrospectivos¹¹. Hasta el momento, el estudio de mayor calidad (también retrospectivo) sobre la relación entre vesícula en porcelana y cáncer de vesícula describe una incidencia del 7%, pero solamente relacionada con vesícula en porcelana de tipo focal o selectiva, no la de calcificación difusa¹¹. No se han publicado nuevos estudios que confirmen que el riesgo de cáncer vesicular sólo se da en la calcificación selectiva. Dado que el carcinoma vesicular tiene un pronóstico infausto, con un 5% de pacientes que sobreviven 5 años, se ha recomendado la colecistectomía ante el hallazgo de vesícula en porcelana asintomática.

Colecistectomía profiláctica en situaciones especiales

Hay una serie de afecciones para las que se ha propuesto la colecistectomía profiláctica en caso de litiasis biliar por la existencia de un riesgo elevado de complicaciones biliares, como son los quistes de colédoco y enfermedad de Caroli (mayor riesgo de cáncer biliar), la anemia de células falciformes y esferocitosis hereditaria (litiasis biliar en pacientes jóvenes) y cirugía del cáncer gástrico y bariátrica (elevada incidencia de

colecistitis tras ellas). Aunque algunas autoridades recomiendan la colecistectomía en estos pacientes, no hay una recomendación clara basada en la evidencia, y actualmente no se puede recomendar de forma categórica. En casos concretos se podría barajar la colecistectomía en caso de realizar cirugía abdominal por otra razón. La colecistectomía en el caso de pólipos vesiculares es un caso particular, no relacionado con la presente revisión.

Conclusiones

Actualmente no hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento médico o quirúrgico en pacientes con colelitiasis asintomática. Las posibles complicaciones de la cirugía, algunas de ellas asociadas a morbilidad importante e incluso mortalidad, son el contrapeso a los posibles beneficios de evitar complicaciones derivadas de la colelitiasis. Un caso particular, frecuentemente asociado a colelitiasis asintomática, es la vesícula en porcelana. Su posible asociación a cáncer de vesícula hace aconsejable la colecistectomía. El tratamiento debería ser crónico en la mayor parte de los casos, lo que expondría al paciente a tratamientos caros y sus posibles efectos secundarios.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Ensayo clínico controlado
■ Metaanálisis
■ Epidemiología

1. ● Everhart JE, Khare M, Hill M, et al. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology*. 1999;117:632-9.
2. ● Halldestam I, Enell EL, Kullman E, et al. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg*. 2004;91:734-8.
3. ● Attili AF, De SA, Capri R, et al. The natural history of gallstones: the GREPCO experience. The GREPCO Group. *Hepatology*. 1995;21:655-60.
4. ●● Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy versus no cholecystectomy in patients with silent gallstones. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD006230.
5. Massarweh NN, Legner VJ, Symons RG, et al. Impact of advancing age on abdominal surgical outcomes. *Arch Surg*. 2009;144:1108-14.
6. Gurusamy KS, Davidson BR. Surgical treatment of gallstones. *Gastroenterol Clin North Am*. 2010;39:229-44, viii.
7. ● Sauter G, Kullak-Ublick GA, Schumacher R, et al. Safety and efficacy of repeated shockwave lithotripsy of gallstones with and without adjuvant bile acid therapy. *Gastroenterology*. 1997;112:1603-9.
8. ● Tomida S, Abei M, Yamaguchi T, et al. Long-term ursodeoxycholic acid therapy is associated with reduced risk of biliary pain and acute cholecystitis in patients with gallbladder stones: a cohort analysis. *Hepatology*. 1999;30:6-13.
9. Della CC, Falchetti D, Nebbia G, et al. Management of cholelithiasis in Italian children: a national multicenter study. *World J Gastroenterol*. 2008;14:1383-8.
10. Polk HC Jr. Carcinoma and the calcified gall bladder. *Gastroenterology*. 1966;50:582-5.
11. ● Stephen AE, Berger DL. Carcinoma in the porcelain gallbladder: a relationship revisited. *Surgery*. 2001;129:699-703.

Bibliografía recomendada

Everhart JE, Khare M, Hill M, Maurer KR. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology*. 1999;117:632-9.

Hasta la fecha es el estudio epidemiológico transversal más importante sobre la frecuencia de la litiasis biliar en población general. Con datos extraídos de más de 14.000 pacientes sometidos a ecografía abdominal, se estimó que la prevalencia de dicha afección era del 7,9% de los varones y el 16,6% de las mujeres.

Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy versus no cholecystectomy in patients with silent gallstones. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1).

Revisión sistemática con el objetivo de evaluar los riesgos y beneficios de la extracción quirúrgica de la vesícula biliar de pacientes con cálculos biliares asintomáticos en la que, tras revisar 323 referencias, se concluye que no existen ensayos clínicos aleatorizados, por lo que no existen pruebas suficientes para evaluar el tratamiento quirúrgico de los cálculos biliares asintomáticos.

Gurusamy KS, Davidson BR. Surgical treatment of gallstones. *Gastroenterol Clin North Am*. 2010;39:229-44.

Reciente artículo de revisión sobre el manejo quirúrgico de la litiasis biliar. Incluye recomendaciones basadas en la evidencia sobre la necesidad de realizar colecistectomía profiláctica en grupos de riesgo, el manejo quirúrgico de la litiasis biliar sintomática y el tratamiento de la litiasis biliar sintomática tanto en general como en diversas situaciones especiales.

Stephen AE, Berger DL. Carcinoma in the porcelain gallbladder: a relationship revisited. *Surgery*. 2001;129:699-703.

Estudio retrospectivo de casos y controles para identificar el riesgo de cáncer en pacientes con vesícula calcificada. Sobre casi 26.000 vesículas analizadas, se estima que el riesgo de que un paciente con una calcificación selectiva de la mucosa de la vesícula sufra cáncer de vesícula tiene una odds ratio de 13,89 ($p = 0,01$).