Litiasis vesicular asintomática: ¿vigilar o intervenir?

Asymptomatic gallstones: Watch or intervene?

Ansony R. Godínez-Vidal^{1*}, Guillermo E. Hernández-Rodríguez¹, Eduardo E. Montalvo-Jave² y
Óscar Chapa-Azueta²

¹Departamento de Cirugía general; ²Clínica Hepato Pancreato Biliar. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

Resumen

Antecedentes: Alrededor del 10 al 15% de la población occidental adulta tiene cálculos. La incidencia anual de cálculos biliares es de aproximadamente 1 en 200 personas. Solo del 1 al 4% de las personas con cálculos biliares se vuelven sintomáticas en un año. **Objetivo:** Evaluar los beneficios y los daños de la colecistectomía profiláctica en pacientes con cálculos biliares asintomáticos. **Conclusión:** No hay evidencia para evaluar el tratamiento quirúrgico en cálculos biliares asintomáticos. La colecistectomía actualmente se recomienda solo para cálculos biliares sintomáticos.

Palabras clave: Cálculos. Biliar. Sintomáticos. Colecistectomía.

Abstract

Background: About 10% to 15% of the adult western population has calculations. The annual incidence of gallstones is approximately 1 in 200 people. Only 1% to 4% of people with gallstones become symptomatic in a year. **Aims:** To assess the benefits and harms of prophylactic cholecystectomy in patients with asymptomatic gallstones. **Conclusions:** There is no evidence to evaluate the surgical treatment in asymptomatic gallstones. Cholecystectomy is currently recommended only for symptomatic gallstones.

Key words: Stones. Biliary. Symptomatic. Cholecystectomy.

Antecedentes

En Europa, aproximadamente el 20% de la población adulta tiene cálculos biliares¹. Como la enfermedad de cálculos biliares es una condición crónica y su prevalencia aumenta con la edad (alcanzando una meseta después de los 50 y 60 años en mujeres y hombres, respectivamente), proponemos que la prevalencia de la enfermedad de cálculos biliares en personas mayores es un mejor indicador. La prevalencia de cálculos biliares es mayor en las poblaciones hispanas de

América Central y del Sur y en los hispanos americanos con ascendencia nativa americana^{2,3}.

Las poblaciones nativas de América del Norte y del Sur representan los grupos con mayor riesgo de cálculos biliares en todo el mundo. En estas poblaciones, los factores de riesgo genéticos conducen a la litogenia (es decir, la promoción de la formación de cálculos en un cuerpo orgánico) bilis y cálculos biliares en edades tempranas (< 30 años de edad) lo que da como resultado tasas de prevalencia de cálculos biliares de mas del 50 % a los 50 años de edad tanto en hombres como

Correspondencia:

*Ansony R. Godínez-Vidal

E-mail: ansony.rgv@gmail.com

1405-9622/© 2020 Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital Juárez de México, A.C. Publicado por Permayer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 03-03-2020

Fecha de aceptación: 21-07-2020

DOI: 10.24875/RHJM.20000045

Disponible en internet: 09-04-2021

Rev Hosp Jua Mex. 2021;88(1):32-36

www.revistahospitaljuarez.com

en mujeres^{4,5}. Históricamente, las tasas más bajas de prevalencia de cálculos biliares se registraron en poblaciones africanas e intermedias en poblaciones asiáticas (5-20%). En grupos étnicos con tasas de prevalencia previamente bajas, la prevalencia ha aumentado de manera constante con la introducción de dietas altas en calorías, altas en carbohidratos y bajas en fibra (sobrealimentación) y mayores tasas de inactividad física⁶. En EE.UU. se realizan anualmente 700,000 colecistectomías (214 por 100,000 habitantes). En países con tasas extremadamente altas de prevalencia de enfermedad por cálculos biliares, como Chile, la tasa de colecistectomía es de 224 por cada 100,000 habitantes⁷. La mayoría de los cálculos biliares permanecen asintomáticos durante toda la vida. Solo del 1 al 4% por año de los pacientes asintomáticos desarrollarán síntomas o una complicación de la enfermedad. Los datos existentes indican que el 10% de los pacientes desarrollará síntomas en los primeros cinco años después del diagnóstico y aproximadamente el 20% para los 20 años. Casi todos los pacientes experimentarán síntomas durante un periodo de tiempo antes de desarrollar una complicación⁸.

Con el uso creciente del ultrasonido en la investigación de diversos síntomas abdominales se detectan más cálculos biliares asintomáticos y, por lo tanto, más personas se están dando cuenta de que tienen cálculos biliares. Esto puede llevar a un aumento en las tasas de colecistectomía, a menos que se adopten indicaciones estrictas para la cirugía y se proporcione información adecuada a los pacientes.

El objetivo de la presente revisión es evaluar los beneficios y los daños de la colecistectomía profiláctica en pacientes con cálculos biliares asintomáticos.

¿Vigilar o intervenir?

En una revisión del 2016 Lammert reporta que en la población general, del 1 al 4% con diagnóstico de colelitiasis asintomática desarrollara síntomas, que es raro tener complicaciones graves si se presentó solo un episodio de cólico biliar, que aún no está indicado el tratamiento médico con ácido ursodesoxicólico ni la litotripsia y que, con excepción de la vesícula en porcelana, no existe indicación para realizar la colecistectomía profiláctica. Se necesitan estudios para valorar el manejo de los cálculos biliares silentes⁹.

En un estudio de Haldestam con 739 pacientes con un rango de edad entre 35 y 85 años, estos se sometieron a cribado de litiasis vesicular por medio de ultrasonido y contestaron un cuestionario de síntomas

digestivos. De los participantes, 123 (16.3%) presentaron cálculos biliares, colesterosis o lodo en la vesícula biliar, 120 casos fueron seguidos durante una mediana de 87 (rango: 3-146) meses o hasta que se requirió tratamiento, 14 pacientes fueron ingresados en el hospital y fueron tratados por complicaciones o síntomas relacionados con cálculos biliares. Se reportó un riesgo acumulado de ingresar al hospital y recibir tratamiento por complicaciones o síntomas de 7.6 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 2.8-12.4% durante los primeros cinco años de seguimiento). No hubo diferencias significativas entre los sujetos tratados y no tratados con respecto a los síntomas digestivos o cualquiera de los factores de riesgo monitoreados en la selección inicial, aunque los sujetos tratados fueron significativamente más jóvenes que los que no fueron tratados, por lo que solo la edad a la hora del diagnóstico de la litiasis vesicular se ha identificado como un factor de riesgo para desarrollar alguna complicación¹⁰.

La colecistectomía por cálculos biliares asintomáticos es un tema de debate frecuente en el manejo de los cálculos biliares. La incidencia anual de complicaciones de cálculos biliares en pacientes asintomáticos es colecistitis aguda 0.3%, ictericia obstructiva 0.2%, del 0.04 al 1.5% de pancreatitis aguda y rara vez íleo biliar⁹. La asociación causal entre cálculos biliares y cáncer de vesícula biliar no ha sido probada. Como la cirugía de vesícula biliar puede asociarse con complicaciones postoperatorias potencialmente mortales o que cambian la vida, la colecistectomía por cálculos biliares asintomáticos no se recomienda de forma sistemática en ningún grupo de pacientes^{11,12}.

Las características del ultrasonido de colelitiasis también determinaron la enfermedad sintomática, incluida la multiplicidad de litiasis¹³ y un tamaño mayor de 10 o 15 mm¹⁴. Con respecto a la pancreatitis y su asociación con los cálculos biliares pequeños, se reporta que estos pueden migrar al conducto biliar común con mayor facilidad que los cálculos más grandes. Además, los cálculos pequeños pueden causar obstrucción en el conducto biliar común en el esfínter de Oddi, mientras que los cálculos más grandes pueden conducir a una obstrucción más proximal con solo ictericia obstructiva.

En una revisión, Gurusamy reporta que actualmente no hay evidencia de la colecistectomía profiláctica para prevenir la formación de cálculos biliares, la colecistectomía no se puede recomendar a ningún grupo de pacientes con cálculos biliares asintomáticos, excepto en aquellos que se someten a operaciones abdominales mayores por otras patologías¹⁵.

Creemos que la afirmación de que los cálculos biliares sintomáticos deben tratarse sigue siendo un buen argumento, siempre que no se sepa qué síntomas pueden mejorar después de la colecistectomía como resultado de este procedimiento quirúrgico. En una revisión sistemática en la base de datos Medline donde el objetivo era evaluar el efecto de la colecistectomía para aliviar los síntomas en pacientes con litiasis vesicular, reportaron una tasa de alivio para el «dolor biliar» del 92% (IC 95%); para el dolor abdominal superior, las tasas de alivio variaron del 72% después de la colecistectomía electiva al 86% (IC 95%: 83-91%) después de la colecistectomía aguda. La tasa de alivio de la intolerancia alimentaria fue mayor en los estudios con un seguimiento ≤ 12 meses (88%; IC 95%: 76-91%) en comparación con los estudios con un seguimiento > 12 meses (65%; IC 95%: 55-74%). Concluyendo que en casi todos los pacientes con cálculos biliares, el dolor biliar desapareció después de la colecistectomía. Sin embargo, no hay pruebas suficientes de que este alivio se deba a una colecistectomía. Las tasas de alivio de otros síntomas aislados fueron bajas en pacientes con colecistectomía electiva. Una evaluación adecuada de la efectividad de la colecistectomía en términos de alivio de los síntomas abdominales requiere un ensayo aleatorizado¹⁶.

Es difícil decidir si es mejor una colecistectomía electiva que vigilar y esperar, esto debido a que la mortalidad perioperatoria general varía entre el 0 y el 0.3%. La incidencia general de las lesiones del conducto biliar que requieren cirugía correctiva varía entre el 0.1 y el 0.3%¹⁷⁻¹⁹.

La cirugía correctiva para la lesión del conducto biliar conlleva sus propios riesgos, incluida la mortalidad perioperatoria (1 a 4%), cirrosis biliar secundaria (11%), estenosis anastomótica (9 a 20%) y colangitis (5%). La calidad de vida puede ser deficiente varios años después. Además de las complicaciones graves de la mortalidad perioperatoria y la lesión del conducto biliar y sus secuelas, otras complicaciones de la colecistectomía incluyen fuga biliar (0.1 a 0.2%), peritonitis que requiere reoperación (0.2%), sangrado postoperatorio que requiere operación (0.1 a 0.5%), abscesos intraabdominales que requieren operación (0.1%) e infección de la herida^{20,21}.

En un estudio de 4,292 hospitales en EE.UU. reportaron que de 77,604 casos el 0.6% presentó lesión del conducto biliar, el 0.14% tuvo lesión intestinal y el 0.25% lesión vascular; se produjeron 33 defunciones, de las cuales 18 resultaron de una complicación de la cirugía. Por ello concluyen que la colecistectomía,

aunque tiene baja morbilidad y mortalidad, tiene una alta tasa de lesión del conducto biliar²².

En un metaanálisis de Cochrane de 667 referencias se concluye que no hay ensayos clínicos aleatorizados que comparen la colecistectomía vs. ninguna colecistectomía en pacientes con cálculos biliares silenciosos. Se necesita una evaluación adicional de los estudios observacionales, que miden resultados como la ictericia obstructiva, la pancreatitis asociada a cálculos biliares y/o el cáncer de vesícula biliar durante una duración suficiente del seguimiento antes de que se diseñen los ensayos aleatorizados para evaluar si la colecistectomía o la no colecistectomía es mejor para los cálculos biliares asintomáticos²³.

En una revisión de Italia comentan que en pacientes seleccionados con cálculos biliares asintomáticos, pero que tienen un alto riesgo de desarrollar síntomas o cáncer de vesícula biliar o pancreatitis biliar, la mejor opción de tratamiento incluye la colecistectomía «profiláctica». Estos pacientes seleccionados incluyen niños, por la exposición a largo plazo (de por vida) a la presencia física de piedras, los obesos mórbidos programados para cirugía bariátrica por el alto riesgo de formar cálculos de colesterol y convertirse en sintomáticos durante la pérdida rápida de peso, litos > 3 cm, vesícula en porcelana, pólipos > 1 cm y anemia falciforme, los últimos cuatro por el aumento en el riesgo de presentar cáncer de vesícula²⁴.

En el último consenso de colecistectomía laparoscópica del Grupo de la Sociedad de Cirugía de Italia comentaron que en general no está indicada una colecistectomía profiláctica para la colelitiasis asintomática (recomendación fuerte). Podría ser aconsejable en algunos subgrupos de pacientes: colecistectomía incidental (concomitante) durante otra operación de laparoscopia, afecciones hemolíticas crónicas, riesgo de enfermedad (origen étnico, área geográfica, imágenes de la vesícula biliar), paciente postrasplante cardíaco (recomendación débil). En cuanto a los pacientes con diabetes y litiasis vesicular asintomática, deben ser tratados como cualquier otro paciente de cálculos biliares, ya que no hay pruebas que respalden un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con los cálculos biliares²⁵.

En el consenso francés, donde hablan acerca de la colecistectomía profiláctica durante cirugía abdominal, concluyen que la colecistectomía profiláctica no está indicada para los cálculos biliares asintomáticos, aun para pacientes con mayor riesgo de litogénesis e incluso cuando el paciente ya estaba pasando por otra intervención abdominal; sin embargo, hay una

excepción para la esferocitosis hereditaria (y, en general, para las anemia hemolíticas crónicas), en la cual se recomienda la colecistectomía profiláctica para pacientes que ya tienen colelitiasis en el momento de la esplenectomía. En cuanto a los pacientes con colelitiasis que se someten a una gastrectomía por cáncer, se debe considerar si se realiza una disección prolongada de los ganglios linfáticos, pero no hay pruebas publicadas suficientes para respaldar una recomendación formal. En relación con la cirugía bariátrica, estos pacientes deben tratarse con ácido ursodesoxicólico, que ha demostrado eficacia. Quedará a criterio del cirujano en cirugías de resección del intestino delgado en enfermedad de Crohn, longitud intestinal residual < 120 cm o nutrición parenteral total prolongada²⁶.

En cuanto a la colecistectomía concomitante a la cirugía bariátrica, en un metaanálisis que analiza la tasa y la morbilidad comentan que debe evitarse una colecistectomía concomitante profiláctica durante *bypass* gástrico con anastomosis en Y de Roux en pacientes sin colelitiasis y realizarse exclusivamente en pacientes con enfermedad biliar sintomática.

Es importante mencionar que los cálculos biliares son un factor causal de cáncer de vesícula, cuya prevalencia está bien correlacionada con la prevalencia de la enfermedad de los cálculos biliares^{27,28}. Existen dos estudios de cohortes que reportan una asociación positiva entre los cálculos biliares y el riesgo de cáncer de vesícula biliar, sin embargo no tomaron en cuenta varios factores de confusión como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el estatus socioeconómico, que pueden influir en esta asociación^{29,30}.

Se ha reportado que el tamaño de los cálculos biliares podría estar relacionado con el riesgo de carcinoma de vesícula biliar. Cálculos biliares iguales o mayores a 3 cm pueden tener un riesgo 9.2 mayor de carcinoma que aquellos menores a 1 cm. Como los cálculos biliares tienden a crecer aproximadamente 2 mm por año, la colecistectomía profiláctica podría estar indicada³¹. Por el contrario, podría ser un marcador sustituto de la inflamación crónica, porque los cálculos biliares grandes (a diferencia de los pequeños) pueden haber estado presentes en la vesícula biliar durante años³².

El riesgo de desarrollar coledocolitiasis o pancreatitis biliar es muy bajo en pacientes sin una colecistectomía concomitante durante el procedimiento bariátrico. Además, la gran mayoría de las colecistectomías subsiguientes se pueden realizar de manera segura por vía laparoscópica. Otros estudios deben evaluar cómo tratar a los pacientes con colelitiasis asintomática³³.

Conclusión

No hay evidencia para evaluar el tratamiento quirúrgico en cálculos biliares asintomáticos. La colecistectomía actualmente se recomienda solo para cálculos biliares sintomáticos.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales.

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Aerts R, Penninckx F. The burden of gallstone disease in Europe. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18(Suppl. 3):49-53.
2. Everhart JE, Ruhl C. E. Burden of digestive diseases in the United States Part III: liver, biliary tract, and pancreas. *Gastroenterology.* 2009;136:1134-44.
3. Everhart JE, Yeh F, Lee ET, Hill MC, Fabsitz R, Howard BV, et al. Prevalence of gallbladder disease in American Indian populations: findings from the Strong Heart Study. *Hepatology.* 2002;35(6):1507-12.
4. Carey MC, Paigen B. Epidemiology of the American Indians' burden and its likely genetic origins. *Hepatology.* 2002;36:781-91.
5. Nervi F, Miquel JF, Marshall G. The Amerindian epidemics of cholesterol gallstones: the North and South connection. *Hepatology.* 2003;37:947-8; author reply 948-9.
6. Tsai CJ, Leitzmann MF, Willett WC, Giovannucci EL. Macronutrients and insulin resistance in cholesterol gallstone disease. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:2932-9.
7. Pérez-Ayuso RM, Hernández V, González B, Carvacho C, Navarrete C, Alvarez M, et al. [Natural history of cholelithiasis and incidence of cholecystectomy in an urban and a Mapuche rural area]. *Rev Med Chil.* 2002;130:723-30.
8. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. September 14-16, 1992. *J Laparoendosc Surg.* 1993;3(1):77-90.
9. Lammert F, Gurusamy K, Ko CW, Miquel JF, Méndez-Sánchez N, Portincasa P, et al. Gallstones. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:16024.

10. Haldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg*. 2004;91(6):734-8.
11. Venneman NG, van Erpecum KJ. Gallstone disease: primary and secondary prevention. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20(6):1063-73.
12. Pavlidis TE, Atmatzidis KS, Papaziogas BT, Papaziogas TB. Management of gallstone ileus. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2003;10(4):299-302.
13. Festi D, Reggiani ML, Attili AF, Loria P, Pazzi P, Scafoli E, et al. Natural history of gallstone disease: expectant management or active treatment? Results from a population-based cohort study. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010;25:719-24.
14. Shabanzadeh DM, Sorensen LT, Jorgensen T. A prediction rule for risk stratification of incidentally discovered gallstones: results from a large cohort study. *Gastroenterology*. 2016;150:156-67.
15. Gurusamy KS, Davidson BR. Surgical treatment of gallstones. *Gastroenterol Clin North Am*. 2010;39(2):229-44, viii.
16. Berger MY, Olde Hartman TC, Bohnen AM. Abdominal symptoms: do they disappear after cholecystectomy? *Surg Endosc*. 2003;17(11):1723-8.
17. Duca S, Bălă O, Al-Hajjar N, Lancu C, Puia IC, Munteanu D, et al. Laparoscopic cholecystectomy: incidents and complications. A retrospective analysis of 9542 consecutive laparoscopic operations. *HPB (Oxford)*. 2003;5(3):152-8.
18. Tuveri M, Tuveri A. Laparoscopic cholecystectomy: complications and conversions with the 3-trocar technique: a 10-year review. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2007;17(5):380-4.
19. Giger UF, Michel JM, Opitz I, Th Inderbitzin D, Kocher T, Krähenbühl L; Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery (SALTS) Study Group. Risk factors for perioperative complications in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: analysis of 22,953 consecutive cases from the Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery database. *J Am Coll Surg*. 2006;203(5):723-8.
20. Schmidt SC, Settmacher U, Langrehr JM, Neuhaus P. Management and outcome of patients with combined bile duct and hepatic arterial injuries after laparoscopic cholecystectomy. *Surgery*. 2004;135(6):613-8.
21. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD, Melton GB, Yeo CJ, Campbell KA, et al. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients. *Ann Surg*. 2005;241(5):786-92.
22. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases. *Am J Surg*. 1993;165(1):9-14.
23. Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy versus no cholecystectomy in patients with silent gallstones. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD006230.
24. Portincasa P, Di Ciaula A, de Bari O, Garruti G, Palmieri VO, Wang DQ. Management of gallstones and its related complications. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;10(1):93-112.
25. Agresta F, Campanile FC, Vettoretto N, Silecchia G, Bergamini C, Maida P. Laparoscopic cholecystectomy: consensus conference-based guidelines. *Langenbecks Arch Surg*. 2015;400(4):429-53.
26. Cabarron P, Portier G, Chalret Du Rieu M. Prophylactic cholecystectomy during abdominal surgery. *J Visc Surg*. 2013;150(4):229-35.
27. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol*. 2014;6:99-109.
28. Zatonski WA, Lowenfels AB, Boyle P, Maisonneuve P, Bueno de Mesquita HB, Ghadirian P, et al. Epidemiologic aspects of gallbladder cancer: a case-control study of the SEARCH Program of the International Agency for Research on Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1997;89:1132-8.
29. Chow WH, Johansen C, Gridley G, Mellemkjaer L, Olsen JH, Fraumeni JF Jr. Gallstones, cholecystectomy and risk of cancers of the liver, biliary tract and pancreas. *Br J Cancer*. 1999;79:640-4.
30. Chen YK, Yeh JH, Lin CL, Peng CL, Sung FC, Hwang IM, et al. Cancer risk in patients with cholelithiasis and after cholecystectomy: a nationwide cohort study. *J Gastroenterol*. 2014;49:923-31.
31. Lowenfels AB, Walker AM, Althaus DP, Townsend G, Domellöf L. Gallstone growth, size, and risk of gallbladder cancer: an interracial study. *Int J Epidemiol*. 1989;18:50-4.
32. Jain K, Garg PK. Could type and size of gallstones influence gallbladder carcinogenesis? *Ann Surg*. 2016;263:e57.
33. Warschkow R, Tarantino I, Ukegini K, Beutner U, Güller U, Schmied BM, et al. Concomitant cholecystectomy during laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in obese patients is not justified: a meta-analysis. *Obes Surg*. 2013;23(3):397-407.