

# Colecistitis alitiásica

Antonio Blanco-Gallardo, Jaime Mier y Terán-Suárez, Haydeé Basto-Alvarez

Hospital General "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez," Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

## RESUMEN

El presente estudio se desarrolló de manera retrospectivo, en todos los pacientes programados por la consulta externa del Hospital General "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" con diagnóstico de colecistitis alitiásica (CA), durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 1997, comparando los hallazgos operatorios e histopatológicos con los datos clínicos preoperatorios y postoperatorios. Se determinó así la evolución y pronóstico de la enfermedad. Se constituyeron dos grupos de pacientes: un grupo control de enfermos con colecistitis crónica litiásica (CCL) y otro grupo problema con colecistitis alitiásica. Durante el periodo de estudio se revisaron un total de 400 pacientes sometidos a colecistectomías: 113 del sexo masculino y 287 del sexo femenino. fueron 14 pacientes del sexo masculino y 47 del sexo femenino con colecistitis alitiásica. La edad promedio de los pacientes fue de 18 a 75 años con una media de  $35.4 \pm 13.6$  desviación estándar (DE) para el grupo de casos, comparado con  $36.01 \pm 13.2$  DE del grupo control ( $p=NS$ ). Hubo tendencia a manifestarse el dolor atípico vesicular en el grupo de CA en un 43% ( $p<0.005$ ), siendo menos frecuente la intolerancia a los alimentos colecistoquinéticos ( $p<0.005$ ), el signo de Murphy fue positivo en la mayoría de los pacientes en ambos grupos ( $p=NS$ ). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la presencia de plastrón, fiebre, ictericia, datos de irritación peritoneal, náuseas, vómito y reportes de laboratorio entre ambos grupos. Se encontró adenomiosis en 8.2% para el grupo CA y sólo en 2.6% en el grupo de CCL ( $p<0.05$ ), podría ser un hallazgo incidental, ya que se considera asintomática.

Sin embargo, la colecistectomía resulta con una mejoría de los síntomas de dolor (típico o atípico) sin litos en la vesícula y sin evidencia de padecimientos asociados.

**Palabras claves:** *Colecistitis, alitiásica, litiásica, colecistectomía.*

## SUMMARY

This study is developed as a retrospective study; from all patients at the out-patient clinic at the General Hospital "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" from January 1994, through December 1997, all patients with clinical diagnosis of alitiásic cholecystitis were included, these patients were programmed for surgery and two groups were integrated, one with clinical and laboratorial diagnosis of litiásic chronic cholecystitis,

which was considered as a control group and the study group with alitiásic cholecystitis. During this period out of 400 patients admitted to the clinic, 113 were male, 287 females, 61 cases were included in the acalculous cholecystitis group: from these, 14 males and 47 females, age ranged from 18 years through 75 for an average of 35.4 years of age  $\pm 13.6$  SD. For this group compared with a 36.1 years average for the control group  $\pm 13.2$  SD ( $p=NS$ ). Clinically this group presented with pain, typically located in 43% of cases ( $p<0.005$ ), Murphy sign was present in the majority of cases, less frequently the intolerance to colecystokinetic food. No differences in presence of a mass, fever, jaundice peritoneal irritation symptoms or clinical lab reports. Adenomiosis was found at 8.2% in CA group and 2.6% in CCL group  $p<0.05$ , this finding could be incidental because it is asymptomatic.

The surgical treatment with removal of the gallbladder results in relief of symptoms (biliary colic) without stones or evidence of other associated diseases.

**Key words:** *Cholecystitis, acalculous, litiásic, Cholecistectomy.*

## INTRODUCCIÓN

La colecistectomía ha sido el método terapéutico de elección para el tratamiento de la colecistitis por más de un siglo desde que Langenbuch en 1882 la llevara a cabo por primera vez. Se ha modificado la técnica quirúrgica y los resultados actuales se consideran excelentes con índices bajos de mortalidad, siempre y cuando la intervención sea realizada en forma adecuada. Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica se ha disminuido la incidencia de morbilidad por el procedimiento. Existe controversia en la importancia clínica y terapéutica de los padecimientos biliares benignos en pacientes que no están en estado crítico.

Ekberg O. y Weirber en 1991, revisaron ultrasonidos de 563 pacientes con dolor en el cuadrante superior derecho y sospecha clínica de colecistitis aguda en 31 pacientes. Se encontró vesícula blanda dilatada con un engrosamiento de +4mm, sin litos en su interior, ningún paciente en estado crítico, a 21 pacientes le realizaron colecistografía oral, colangiografía o ultrasonido, a 7 pacientes no se les encontró litos en la vesícula. En otros 5 pacientes, la pared de la vesícula se encontró engrosada probablemente secundaria a una pancreatitis, apendicitis, hepatitis o úlcera péptica. Una investigación cuidadosa y meticulosa para cálculos

vesiculares se deberá realizar en presencia de una vesícula blanda dilatada con una pared engrosada.<sup>2</sup>

Otros autores como Reed Jr. y cols. en 1993, realizaron un estudio en 30 pacientes con dolor crónico en abdomen superior y sin evidencia de colelitiasis, concluyeron que en pacientes seleccionados apropiadamente con síntomas de cólico biliar (típico o atípico) y ninguna evidencia de colelitiasis, un gamagrama de vesícula, previo estímulo con colecistoquinina es una ayuda significativa para predecir no solamente que paciente tiene la enfermedad vesicular sino también, como la colecistectomía resulta en la mejoría de sus síntomas.<sup>3</sup>

De Camp JR y Tabatowski K,<sup>2</sup> realizaron también un estudio selectivo retrospectivo para establecer la contracción de la vesícula, relacionándola con los cambios histopatológicos de la muestra quirúrgica, revisada por un patólogo que graduó las muestras basadas en la presencia y gravedad de los cambios asociados con colecistitis crónica. No se encontraron relación entre la gravedad de los cambios histopatológicos y la inducida por colecistoquinéticos por el vaciamiento vesicular.<sup>4</sup> Con el objeto de evaluar los aspectos clínicos e histopatológicos de los pacientes con colecistectomía por CA en el Hospital General “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez,” se realizó este estudio y revisión de la literatura.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron a todos los pacientes del Hospital General “Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez” programados por la consulta externa para colecistectomía por colecistitis crónica, durante el periodo de Enero de 1994 a Diciembre de 1997, constituyéndose dos grupos: un grupo de 61 pacientes con colecistitis alitiásica y un grupo control de 339 enfermos con colecistitis crónica litíásica, evaluándose cuadro clínico, método diagnóstico, evolución y seguimiento postoperatorio.

Se consignaron las variables de acuerdo a las siguientes definiciones: edad y sexo, historia de padecimientos asociados, fecha de cirugías, características del dolor típico o atípico y no establecido (dolor típico vesicular es aquel que se presenta en epigastrio luego se ubica en hipocondrio derecho y se irradia al borde costal derecho y al dorso o punta de la escapula derecha, acompañado de anorexia, náuseas, vómito, en respuesta de alimentos colecistoquinéticos con episodios previos. El dolor atípico se consideró aquel que no reunía todo lo anterior. El dolor no establecido, aquel que no tenía elementos suficientes en el expediente clínico), ictericia actual o historia, fiebre, signos (murphy, plastrón, ictericia e irritación peritoneal), exámenes de laboratorio (amilasa y bilirrubinas), ultrasonido (dilatación de la vía biliar, cálculos, engrosamiento de la pared y datos quirúrgicos -engrosamiento de la pared-, litos en la vesícula, páncreas e hígado), histopatología (normal, inflamación aguda o crónica, colesterosis), síntomas persistentes durante los 30 días de postoperatorio (típico o atípico y no

establecido), seguimiento por cita a la consulta externa. Se analizaron las variables en tablas de 2x2 y se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada ( $\chi^2$ ). Se compararon las variables con el desenlace en términos de sintomatología, complicaciones y mortalidad y se evaluó si realmente se están interviniendo quirúrgicamente pacientes con patología biliar o pacientes con sintomatología que sugiere enfermedad ácido péptica u otros trastornos gastrointestinales.

## RESULTADOS

En el periodo de estudio se revisó un total de 400 expedientes clínicos de pacientes sometidos a colecistectomía: 113 del sexo masculino y 287 del sexo femenino; separándose un grupo de CA y un grupo de CCL como objetivo del estudio, el grupo de CA se constituyó de 14 pacientes del sexo masculino y 47 del sexo femenino, con una relación de 3:1, y el grupo control o de comparación se constituyó por pacientes con colecistitis crónica litíásica, con una relación de 2:1 (p=NS). La edad de los pacientes fue de 18 a 78 años, con una media de 35.4± 13.6 DE para el grupo de CA y de 36.01±13.2 DE para el grupo de CCL. En el grupo de CA hubo cierta tendencia a manifestarse el dolor atípico (43%) con una p<0.05, en el grupo de CA fue menos frecuente la intolerancia a los alimentos colecistoquinéticos (p<0.005). El signo de murphy fue positivo en la mayoría de los pacientes tanto para el grupo de CA (61%) como para el grupo CCL (70%). En ambos grupos fue poco común la presencia de plastrón en hipocondrio derecho. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la presencia de fiebre, ictericia, datos de irritación peritoneal, náuseas y vómitos, así como en los reportes de laboratorio de bilirrubinas y amilasa sérica. (Cuadro 1).

**CUADRO 1.** Signos y síntomas

SIGNOS Y SINTOMAS	CA		CCL		Valor de p
	No.	%	No.	%	
Dolor atípico	27	43	229	65	p<0.005
Intolerancia a CCK	31	49	282	81	p<0.005
Murphy	37	61	239	70	p=NS
Plastrón	21	34.4	98	29	p=NS
Padecimientos asociados	12	18	18	6	p<0.005

La pancreatitis fue el padecimiento asociado más frecuente en la colecistitis alitiásica con un 18%, contra un 6% en el grupo CCL con una p<0.005. El engrosamiento de la pared detectado por ultrasonido fue más frecuente en el grupo CCL (65%), que en el grupo de CA (44%), la dilatación de la vía biliar en el grupo de CA fue de 3% y en el grupo CCL fue de 14%. con una p<0.05. (Cuadro 2).

Respecto a los hallazgos quirúrgicos, en el grupo de CA el engrosamiento de la pared vesicular fue de 44% y en el grupo control de 55.5% (p=NS), la dilatación de la vía biliar no se encontró en el grupo sin cálculos. De los pacientes con enfermedad alitiásica 15 (22.5%) tenían alteraciones

macroscópicas en hígado o páncreas con una  $p < 0.005$ . (Cuadro 3).

**CUADRO 2.** Ultrasonografía

ULTRASONOGRAFÍA	CA		CCL		Valor de p
	No.	%	No.	%	
Engrosamiento de la Pared vesicular	27	44	221	65	$p < 0.005$
Dilatación de la vía biliar	2	3	49	14.4	$p < 0.005$

**CUADRO 3.** Hallazgos quirúrgicos

CIRUGÍA	CA		CCL		Valor de p
	No.	%	No.	%	
Engrosamiento de la Pared vesicular	27	44	188	55.5	$p = NS$
Alteraciones de Páncreas, hígado	15	22.5	33	11	$p < 0.005$

Sólo en el 8.2% de los pacientes del grupo de colecistitis alitiásica, se encontró en el reporte histopatológico adenomiosis comparado con un 2.6% del grupo CCL ( $p < 0.05$ ). La inflamación crónica se presentó en un 34.5% en el grupo de CA y en 50.5% en el grupo CCL con una  $p < 0.05$ . La inflamación aguda fue de 6.5% en el grupo de CA y 12% en el grupo CCL con una  $p = NS$  (Cuadro 4).

**CUADRO 4.** Reporte histopatológico

HISTOPATOLOGÍA	CA		CCL		Valor de p
	No.	%	No.	%	
Inflamación aguda	4	6.5	40	12	$p = NS$
Inflamación crónica	21	34.5	171	50.5	$p < 0.05$
Adenomiosis	5	8.2	9	2.6	$p < 0.05$
Colesterosis	6	9	60	17.7	$p = NS$

Se pudo tener seguimiento a 30 días del postoperatorio y se detectó que en un 23% de los pacientes del grupo de CCL y en 34% en el grupo de CA existía persistencia del dolor atípico  $p < 0.005$  (Cuadro 5).

**CUADRO 5.** Postoperatorio

30 Días Postoperatorio	CA		CCL		Valor de p
	No.	%	No.	%	
Persistencia del dolor atípico	21	34	76	23	$p < 0.05$

## DISCUSIÓN

El dolor vesicular crónico sin la presencia de cálculos (alitiásico) se caracteriza por síntomas similares a los de la colelitiasis, aunque los resultados de la colecistectomía son menos predecibles. Es un proceso de etiología multifactorial, pero en sí la patogénesis de la colecistitis alitiásica en la mayoría de los casos es una reducción en la capacidad de vaciamiento de la vesícula.<sup>4-7</sup>

La CA es una enfermedad poco frecuente que durante muchos años se le encontró entre 2% y 5% de los casos. Sin embargo, en la última década se ha incrementado hasta el 16%.<sup>6,8</sup> En este estudio la colecistitis crónica alitiásica representa un 15.2%, semejante a lo reportado en la literatura, llama la atención la presencia de episodios previos en los pacientes estudiados, lo que se relaciona con lo reportado también en la literatura en un 90%.

Aunque el ultrasonido es un método de imagen con mayor sensibilidad y más fácil de realizar, cuyos criterios básicos son: distensión de la vesícula, engrosamiento de la pared +3.5 mm, presencia de lodo biliar y existencia de colecciones líquidas perivesiculares.<sup>7,8</sup> El engrosamiento de la pared por ultrasonido se presentó en un 44% en el grupo de CA, con una  $p < 0.05$ , no detectándose litos en la vía biliar ni dilatación de la misma. Dentro de los hallazgos quirúrgicos, se observó en un 44% engrosamiento de la pared vesicular en el grupo CA, contra 55.5% en el grupo de CCL ( $p = NS$ ), la pancreatitis como padecimiento asociado se encontró en 18% en el grupo CA y en 6% en el grupo CCL ( $p < 0.05$ ), esto puede sugerir que la existencia de microlitiasis con vesícula normal refuerce la teoría del paso de litos muy pequeños en el esfínter de Oddi condicionando obstrucción temporal y la manifestación temporal de una pancreatitis leve no detectada.

Se encontró una frecuencia histopatológica de colecistitis aguda alitiásica en el hospital y adenomiosis de 8.2% del grupo CA y 2.6% en grupo CCL  $p < 0.05$ , esto último no ha sido reportado en la literatura, siendo una entidad patológica asintomática, Se considera un hallazgo incidental que podría estar relacionado con la colecistitis crónica alitiásica. La evaluación postoperatoria de los pacientes estudiados se tomó en cuenta en la consulta externa a 30 días del postoperatorio y de acuerdo a la sintomatología reportada en los expedientes clínicos, se observó que existía persistencia de dolor en el grupo CA en un 34% y 23% para el grupo CCL ( $p < 0.005$ ), quedando la duda si en el grupo CA se están interviniendo quirúrgicamente pacientes con alteraciones de estómago, colon o páncreas, que simulan patología biliar. La presencia de colesterosis no marcó diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos.

## CONCLUSIÓN

Un número considerable de pacientes que presenten dolor crónico superior ya sea típico o atípico vesicular, episodios previos y sin evidencia de colelitiasis, deben ser estudiados apropiadamente y seleccionados para ser sometidos a colecistectomía, las índices de morbilidad por el procedimiento han disminuido con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, con la que se observa mejoría de la sintomatología, sospechar que la colecistitis alitiásica está relacionada con adenomiosis es aventurado ya que esta entidad patológica que afecta el fondo de la vesícula y por lo general es asintomática no ha sido reportada como causante de esta enfermedad.

## REFERENCIAS

1. Shuchaid-Ch S, Chouseleb-K A, Oropeza-M R, Tort-M A. Medicina Interna 1992; 8:114-117.
2. De Camp-J R, Tabatowski-K, Shauwecher-D S, Siddiqui A, Mullinix-F M. Comparison of gallbladder ejection fraction with histopathologic changes in acalculous biliary disease. Clin Nucl Med-1992 Oct; 17 (10):784-786.
3. Reed-N D Jr, Fernández-M, Hicks-R D. Kinevac-Assisted cholescintigraphy as an accurate predictor of chronic acalculous gallbladder disease and the likelihood of symptom relief with cholecystectomy. Am Surg 1993 May; 59(5):273-277.
4. Ekberg O, Weiber S. The clinical importance of a thickwalled, tender gallbladder without stone on ultrasonography. Clin Radiol, Sweden 1991 Jun; 44 (1): 38-41.
5. The surgical Clinics of North-America. Motility Disorders of Gastrointestinal Trac. 1993; 73 (6): 1327-1352.
6. Watson-A, Bether-N, Kalff-Vnottle P, Scelwyn-M, Kelly-M J. Cholecystokinín hepatobiliary (CCK-HIDA), scintigraphy is used to triage patients with chronic abdominal pain and suspected gallbladder dysfunction. Australia-Radiol, Australia, 1994 Feb; 38 (1): 30-33.
7. Kmiot-A W, Perry-P E, Donovan-A I, Lee-L MJ, Wolverson-F R, Harding-K L, Neoptolemo-P J. Colesterolosis en pacientes con dolor biliar crónico en ausencia de cálculos. Br J Surg 1994 January; 81:112-115.
8. De la Garza-Villaseñor L. Colecistitis aguda acalculosa. Resultados del tratamiento quirúrgico. Rev. Gastroenterología de México 1993; 58:350-354.
9. Schwartz, Shires. Principios de cirugía, 6ª ed; 1997:1246-1247.

## EL EJERCICIO ES VIDA

Estar activo y hacer ejercicio permite sentirse mejor, ser más sanos y vivir más tiempo. Por tanto, un programa regular de ejercicio es beneficioso para cualquier persona, tenga o no diabetes, establecer una rutina es importante para el manejo y control de quien presenta esta condición. Hay que recordar que el ejercicio baja el azúcar en la sangre porque el cuerpo utiliza más energía y ésta, a su vez requiere de glucosa. También mejora la capacidad de los músculos para usar la insulina.

Básicamente hay dos tipos de ejercicios:

Los de resistencia, que requieren gran uso de energía estimulan el corazón y los pulmones, y activan la mayoría de la masa muscular del cuerpo. Se les conoce igualmente como ejercicio aeróbicos, mejoran la capacidad de ingresar aire al organismo.

Los de fuerza como el levantamiento de pesas, que tonifican a un grupo específico de músculos y son llamados también anaeróbicos. Para una persona con diabetes los primeros son los más adecuados. Cuando se elige un programa de ejercicio se debe considerar estos aspectos básicos.

### A. TIPO DE ACTIVIDAD

Se Pueden realizar ejercicios a diferente intensidad en función de la condición física. Estos son sólo algunos ejemplos del tipo de actividades que se pueden realizar de acuerdo a cada tipo de ritmo:

Ligero o pausado: caminar, bailar, lavar el coche, pasear en bicicleta, patinar o jugar boliche.

Moderado: trotar, nadar, remar, jugar tenis o ping-pong.

Intenso: correr, jugar fútbol, basquet o squash.

### B. INTENSIDAD

Un mismo ejercicio puede ser practicado de manera

distinta, dependiendo del objetivo dependiendo del objetivo deseado. Una manera de evaluar su intensidad es a través del pulso.

Es importante señalar que las pulsaciones son un buen indicador de la intensidad, pero se debe estar atento a señales de alerta como la respiración defectuosa, los mareos o la palidez. Por ello se recomienda estructurar la rutina con un profesional, el mejor programa es el que se establece en forma conjunta con el médico.

### C. DURACIÓN Y FRECUENCIA

La duración del ejercicio dependerá de la edad, estado físico y del tiempo que se disponga. Es recomendable comenzar en forma mesurada e ir aumentando paulatinamente su duración. Para que la rutina tenga un efecto favorable, debe alcanzar una duración mínima de 15 a 20 minutos y lo ideal es realizar de tres a cinco sesiones semanales, de 20 a 30 minutos cada una. Si se está en buenas condiciones físicas y de salud, se puede hacer ejercicio por más tiempo, siempre y cuando se mantenga los niveles controlados. La edad no es motivo para dejar de obtener beneficios del ejercicio ya que, por ejemplo se puede realizar caminatas suaves durante la semana.

Por lo general, la rutina de ejercicios se divide en tres etapas, cada una con características y recomendaciones particulares. Es importante distinguirlas y realizarlas correctamente, pues sólo así se tendrán resultados efectivos.

Las fases que se recomienda seguir son:

Calentamiento

Ejercicio

Enfriamiento

Fuente: Diabetes Hoy, Vol. 10, No. 7, Enero-Febrero 2001.