

## Enfermedades de la vesícula y vías biliares: Actualidad. Gallbladder and bile duct diseases: current understanding.

Guillermo Bonilla Chaves<sup>1</sup>, William González Villegas<sup>2</sup>, Giulliana Gutiérrez Campos<sup>3</sup>, Katherine Vargas Aguilar<sup>4</sup>

1 y 3 Médico general, Trabajador independiente, San José Costa Rica.

2 y 4 Médico general Caja costarricense de seguro social, Puntarenas Costa Rica.

Contacto: kavrgs05@gmail.com

### RESUMEN

Las enfermedades de la vesícula y vía biliar constituyen, en la actualidad, varias de las patologías de manejo médico-quirúrgico más comunes a nivel mundial. Su etiopatogenia, en general, ha sido relacionada principalmente con desórdenes de tipo metabólico, asociados a defectos en la secreción de lípidos biliares (así como con la sobresaturación biliar de colesterol y la precipitación de cristales conformados por esta última sustancia u otras como bilirrubina o calcio en muchas ocasiones). Es debido a todos estos motivos (así como a su frecuencia relativamente elevada entre la población) que se plantea la siguiente investigación, esto puesto que con el paso de los años son mayores y más profundos los conocimientos que se han ido adquiriendo no solo acerca de la clínica y del diagnóstico de todo este espectro de condiciones clínicas, sino también de los tratamientos que se consideran como los más adecuados y de más utilidad en pro de la mejora de los pacientes.

**Palabras clave:** Biliar, vesícula, desórdenes metabólicos, bilis, colesterol.

### ABSTRACT

Gallbladder and bile ducts' diseases comprise several of the most common medical and surgical treated pathologies worldwide. Generally, their etiopathogenesis has been mainly related to metabolic disorders associated with defects in bile lipid secretion (as well as biliary cholesterol supersaturation and the precipitation of crystals made up of this last substance or others such as bilirubin or calcium in many occasions). It is because of all these reasons (as well as its relatively high frequency among the population) that this research is developed, since all over the years the understanding linked to the entire spectrum of biliary clinical conditions has greatly improved, as well as the research concerning the treatments that are usually considered the most appropriate for them owing to the fact that they are considered to be useful for the overall improvement of patients suffering from all of these conditions.

**Keywords:** Biliary, gallbladder, metabolic disorders, bile, cholesterol.

#### Cómo citar:

Bonilla Chaves, G. et al. Enfermedades de la vesícula y vías biliares: actualidad. Revista Ciencia Y Salud, 6(3). Pág. 7-16. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i3.311>

Recibido: 05/Abr/2021

Aceptado: 21/Mar/2022

Publicado: 17/Jun/2022



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de la vesícula y vía biliar comprenden desde el canal biliar y conductos intrahepáticos hasta grandes conductos biliares y el duodeno, así como carcinoma de los conductos hepáticos (1). Asimismo, la vesícula biliar es un órgano localizado anatómicamente por debajo del lóbulo derecho del hígado (2). La función de dicho órgano es almacenar y secretar la bilis producida por el hígado, por lo que desempeña un papel importante en el proceso de la digestión (2).

Siempre en la misma línea, la coledocistitis es la enfermedad de la vesícula biliar más común, con un costo de atención alto, a pesar de que se presenta de manera asintomática en el 80% de los pacientes (3). Siendo así, entonces, en este artículo se desarrollan las diferentes afectaciones que pueden ocurrir a nivel de vesícula y vía biliar, su epidemiología, patogenia, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento, entre otras.

## Materiales y métodos

Para la confección del presente artículo, se procedió a realizar una revisión bibliográfica que describe ampliamente los hallazgos más recientes acerca de temáticas tales como la fisiopatología, clínica y manejo oportuno de enfermedades de la vesícula y vía biliares, así como vacíos de información existentes. La búsqueda de información se llevó a cabo entre enero y mayo del año 2021 por medio de una búsqueda exhaustiva en bases de datos tales como: Pubmed, ScienceDirect y Clinical Key (con mayor predominancia), así como otros repositorios cuyas publicaciones fueron utilizadas como guía para realizar una revisión bibliográfica secundaria (como por ejemplo Uptodate). También, con el objetivo de explorar todas las fuentes de información disponibles, se utilizó la técnica de “bola de nieve” y búsqueda sensible, utilizando como palabras clave: biliary disease, gallbladder y bile ducts pathologies (así como sus equivalentes en castellano).

Como criterios de inclusión se incluyeron artículos del 2015 al 2022 que incluyesen alguna de las palabras clave, en español e inglés, de diseño cualitativo, con un nivel de evidencia II o I. Por otro lado, como criterios de exclusión se valoraron artículos que no contuviesen alguna de las palabras clave a pesar de estar relacionados con la temática de la investigación, aquellos que tratasen de patologías cancerígenas asociadas con las estructuras anatómicas que pudieran ser afectadas por alguna de las patologías que se tratan en esta revisión, los que tratasen de investigaciones con fármacos y/o técnicas aún no aprobados para el manejo de este tipo de patologías, así como aquellos que exclusivamente hablasen de patologías meramente hepáticas y no biliares.

Se obtuvo así un total de 94 resultados. Después, al retirar los documentos duplicados (50 manuscritos) se obtuvieron 44 artículos que, tras aplicar los criterios de exclusión ya especificados, se redujo a 32 que se consideraron pertinentes para examinar el texto completo por su título y resumen. Por último, fueron utilizados únicamente 20, debido a que eran los que presentaban mayor nivel de evidencia.

## Epidemiología

La enfermedad más común que afecta a la vesícula biliar es la coledocistitis, ya que la sufren de 20 a 25 millones de personas en los Estados Unidos y de alta prevalencia en América Latina (incluida Costa Rica), esto debido a altas tasas de prevalencia entre poblaciones de origen mestizo y amerindio en algunas regiones del subcontinente, alcanzando tasas de frecuencia de un 36,7% en mujeres y de un 13,1% entre los hombres de los grupos étnicos anteriormente citados (2,3). Asimismo, cabe destacar que este tipo de cuadros se presenta en un mayor porcentaje entre el sexo femenino; de hecho, se considera una patología que genera altos gastos económicos en cuanto a su diagnóstico y tratamiento (2,4,5). El 50-70% de los pacientes, además, son asintomáticos al momento del diagnóstico; también, su prevalencia aumenta de manera proporcional a la edad (2). Cabe destacar en este punto que el cólico biliar ocurre en un 70-80% de los pacientes con coledocistitis (2).

Por otro lado, la colecistitis aguda representa la principal complicación de la colelitiasis; al igual que esta última, esta condición es más común en mujeres en comparación con los hombres (2). Otra de las complicaciones presentadas por los pacientes es la coledocolitiasis, que como lo dice su nombre, ocurre cuando un lito migra hacia el conducto biliar común, esto sucede en el 10-20% de los pacientes con colelitiasis sintomática y su incidencia aumenta con la edad (2). La colecistitis acalculosa, por su parte, ocurre aproximadamente en el 10% de los pacientes que presentan colecistitis aguda (2).

## **Anatomía de la vía biliar**

La vesícula biliar es un órgano hueco, con forma de pera, localizado en el lóbulo inferior del hígado. Está conformada por un fondo, un cuerpo y su infundíbulo (2,6). Este órgano, además, juega un proceso importante esencial en el proceso digestivo en el almacenamiento de sales y ácidos biliares (2,6). Asimismo, es importante señalar que en lo que respecta a las vías biliares propiamente dichas, los conductos hepáticos izquierdo y derecho forman el conducto hepático común (el cual al unirse al conducto cístico forma el colédoco, el cual a su vez converge junto el conducto pancreático común en la ampolla de Vater, en la segunda porción del duodeno (1,6,7,8).

## **Patogenia**

### **Colelitiasis asintomática**

Los litos (o cálculos) en la vesícula se forman cuando los niveles de los componentes de la bilis (colesterol, bilirrubina, lecitina, fosfolípidos y ácidos biliares) exceden su punto de solubilidad (2). Dichos cálculos, además, están constituidos en un 90% de colesterol (mientras que el 10% restante de su composición corresponde a cálculos pigmentados que pueden ser de coloración negruzca o café) (2,9).

En cuanto a los cálculos de colesterol, los cuales constituyen la mayoría de entre los distintos tipos de litos biliares, estos se generan principalmente debido a la hipersecreción de la sustancia ya citada en relación con la lecitina y los ácidos biliares, esto puesto que la bilis se satura de colesterol y forma entonces lo que se conoce como “barro biliar” (el cual eventualmente precipita) (2). Debe señalarse también que la formación de este último está relacionada con la predisposición genética, hipersecreción hepática de colesterol, motilidad biliar dañada, daño en la motilidad y metabolismo intestinal e inflamación crónica que se puedan presentar entre los distintos tipos de pacientes que presentan la condición hasta aquí citada (2).

Asimismo, los cálculos pigmentados se forman principalmente por el metabolismo anormal de la bilirrubina (2). Estos, al ser de color negro, están relacionados con cambios en el metabolismo del grupo heme (10) o en la absorción de bilirrubina, ya que el aumento de las concentraciones de esta última conduce a la precipitación de bilirrubinato de calcio; los cálculos pigmentados café, por otro lado, están ligados a la precipitación de lípidos biliares, lo cual se encuentra usualmente relacionado a la vez a obstrucción mecánica de la vía biliar (9).

### **Cólico biliar**

Se trata del dolor visceral causado cuando los cálculos biliares o el barro biliar impactan el conducto cístico, ya que esto provoca que aumente la presión intraluminal de la vesícula y su pared se distienda. Ocurre principalmente después de las comidas (2).

### **Colecistitis aguda calculosa**

Ocurre en pacientes con colelitiasis o barro biliar, debido a que estas dos condiciones causan obstrucción del conducto cístico (eso mientras la producción de mucina en la vesícula continúa provocando distensión de la pared vesicular y compromiso del flujo sanguíneo y el drenaje linfático) (2, 10). En estos casos se

desarrolla isquemia, edema e inflamación vesicular (2), que depende del grado y duración de la obstrucción del conducto cístico (10). La colelitiasis aguda progresa en tres distintas fases; la primera se caracteriza por inflamación, edema y congestión de la pared biliar, la segunda por hemorragia y necrosis de la pared de la vesícula biliar y la tercera, llamada purulenta, se manifiesta con infiltración leucocitaria, tejido necrótico y supuración intraluminal e infección (10).

### **Colecistitis aguda acalculosa**

Se presenta en pacientes críticamente enfermos debido a trauma severo, quemaduras, sepsis, cirugías complejas recientes y en quienes requieren nutrición parenteral total (2,11). La fisiopatología específica se desconoce, sin embargo, se sabe que ocurre estasis biliar e isquemia en la pared vesicular como respuesta a la inflamación sistémica (2,12).

### **Colecistitis crónica**

Los mecanismos por los cuales es causada aún no han sido del todo descubiertos; sin embargo, se asocia la obstrucción ductal intermitente como causante de cambios inflamatorios y fibróticos. En ese sentido, se ha reportado que hasta un 13% de los pacientes no presenta cálculos biliares después de la colecistectomía (esto en caso de que dicha intervención quirúrgica haya sido practicada en ellos), por lo que esto sugiere que hay otros mecanismos no relacionados con la coledocolitiasis que son causantes de la condición expuesta (2,13).

### **Coledocolitiasis**

La coledocolitiasis se clasifica en primaria y secundaria, esto de acuerdo con los mecanismos de formación de cálculos que serán expuestos a continuación. Por ejemplo, cuando los cálculos biliares (principalmente los pigmentados café) se forman directamente en los conductos biliares, se trata de coledocolitiasis primaria; por el contrario, si el/los cálculos biliares migran desde la vesícula hacia el conducto biliar común se considera coledocolitiasis secundaria (2). Sea cual sea el caso, en ambas circunstancias ocurre obstrucción parcial o completa del paso de la bilis por el sistema ductal biliar debido a la presencia de un lito (2).

## **Introducción al diagnóstico y la semiología de las enfermedades de la vesícula y vía biliares no cancerígenas**

- **Colelitiasis:** la colelitiasis sintomática generalmente se presenta con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, el cual ocurre postprandialmente y usualmente debido al consumo de comidas altas en grasas. Puede asociar diaforesis, vómitos y náuseas. El ultrasonido transabdominal es el mejor método diagnóstico con una sensibilidad 84% y especificidad 99% (5,13).
- **Colecistitis:** patología que se desarrolla cuando un cálculo biliar obstruye totalmente el conducto cístico; todo esto conduce a una inflamación y distensión de la vesícula biliar, infección de la bilis y eventualmente isquemia (5,13). Durante el examen físico es común encontrar el signo de Murphy presente (el cual consiste en dolor que se presenta al palpar el hipocondrio derecho durante una inspiración profunda). Además, se puede presentar: ictericia, fiebre, leucocitosis, proteína C reactiva elevada y alteración de pruebas de funcionalidad hepáticas. En cuanto al diagnóstico, el ultrasonido abdominal evidencia datos de grosor aumentado de la pared de la vesícula biliar (mayor a 4mm) con una alta sensibilidad, el cual se asocia a edema de pared y gas en la pared de la vesícula biliar (5,10,11,12,13).
- **Coledocolitiasis:** enfermedad secundaria a la colelitiasis; esta engloba síntomas como dolor en hipocondrio derecho que puede irradiar a epigastrio, ictericia, coluria, hipocolia, vómitos y náuseas. El ultrasonido transabdominal continúa siendo la modalidad primaria de imagen para el tamizaje de esta patología, sin embargo, tiene una sensibilidad para detectarla bastante baja (23-80%). Se

pueden utilizar, además, otras técnicas de imagen como la colangiopancreatografía por resonancia magnética y el ultrasonido endoscópico, las cuales tienen una alta exactitud de diagnóstico. Por otro lado, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se considera el estándar de oro para el tratamiento de esta patología (5,13,14,15).

- **Colangitis:** la sintomatología clásica se presenta con la tríada de Charcot (fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho); si a esta última se le suman además condiciones tales como la alteración del estado mental e hipertensión, se habla entonces de la pentada de Reynolds. El estudio de imagen inicial es el ultrasonido abdominal, técnica por medio de la cual se logra apreciar un conducto cístico dilatado con datos sugestivos de obstrucción. La utilización de otros métodos de imagen para el diagnóstico de esta condición no es necesaria (15).

Profundización en la clínica, factores de riesgo y abordaje integral de las patologías biliares de etiología no oncológica

Tanto la patogenia como la semiología son de gran ayuda a la hora de clasificar los trastornos de la vía biliar, con el fin de brindarle al paciente un tratamiento específico según las características del caso. De acuerdo con dichos elementos, la patología se puede dividir en cinco categorías (2):

## **Colelitiasis asintomática**

Como su nombre lo dice, el paciente no presenta signos ni síntomas de la patología y los exámenes de laboratorio son normales. Se diagnostica debido a hallazgos incidentales, producto de estudios radiológicos abdominales que se llevan a cabo por otras circunstancias médicas (2). De todos los individuos afectados, solo del 2 al 3% presenta dolor biliar al año del diagnóstico y este porcentaje aumenta al 10% a los 5 años (3). En estos casos no se realiza colecistectomía profiláctica de rutina, ya que el riesgo de iniciar con dolor biliar es bajo (13). Aunado a lo anterior, existen pacientes asintomáticos que sí requieren cirugía profiláctica (16), como aquellos que hayan sido sometidos previamente a trasplante de órgano sólido debido a que aumenta el riesgo de padecer colelitiasis a los 2 años post trasplante. También se recomienda la colecistectomía en personas con enfermedades hemolíticas crónicas. En cuanto a los pacientes en los que se practicó una cirugía bariátrica, el riesgo de producir litos aumenta por la pérdida de peso que sufren, pero la colecistectomía profiláctica no está indicada a menos que presenten síntomas de vía biliar (2).

## **Colelitiasis sintomática simple o cólico biliar**

Aproximadamente un tercio de los pacientes con colelitiasis va a presentar sintomatología de cólico biliar en su vida y entre quienes lo experimenten, más del 90% lo volverá a sufrir (2). La causa de la patología yace en una obstrucción intermitente del cuello de la vesícula biliar o del conducto cístico producto de la contracción vesicular, lo cual provoca dolor visceral fuerte en epigastrio y cuadrante superior derecho, de duración variable, sobre todo después de la ingestión de alimentos, en ocasiones acompañado de diaforesis, náuseas o vómitos y alivia tan pronto como la obstrucción sea resuelta gracias al proceso de relajación de la vesícula (13).

Es necesaria la toma de hemograma, pruebas de función hepática y perfil metabólico, ya que los resultados pueden variar el tratamiento por diagnóstico diferencial. Cabe destacar que en esta patología es usual la ausencia de leucocitosis, puesto que si la hay, el diagnóstico iría enfocado a una colecistitis aguda y no a cólico biliar (2). Por otra parte, se debe complementar con ultrasonido abdominal para evaluar el diámetro de la vía biliar si existe sospecha clínica y/o por laboratorio de obstrucción, ya que hay que descartar una posible colédocolitiasis (13).

En cuanto al tratamiento, si no se documenta alteración del diámetro de la vía biliar y la clínica apunta a dolor intermitente, se puede hacer uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como primera línea o iniciar

con opioides si existe contraindicación de AINES o si el dolor no cesa; sin embargo, el tratamiento definitivo es la colecistectomía electiva (2). Si el paciente no es candidato a cirugía, existe la posibilidad de utilizar ácido ursodesoxicólico, pero solo en aquellos casos en los que los litos sean de colesterol, que tengan un tamaño menor a 5mm, que la contracción vesicular no esté alterada y que el conducto cístico esté libre de obstrucción; sin embargo, la tasa de éxito es menor al 40% y la recurrencia a los 5 años post tratamiento se presenta en más del 50% de dichos pacientes. Otra opción existente para los pacientes no quirúrgicos es el uso de litotricia extracorpórea por ondas de choque, pero se deben cumplir los mismos requisitos explicados en el tratamiento oral y tomar en cuenta que la tasa de éxito varía del 68 a 84% (3).

## **Colecistitis aguda**

### **a) Colecistitis aguda calculosa**

Corresponde a la principal complicación de la colelitiasis (17). Al ser una patología que incluye tanto obstrucción como inflamación, su sintomatología es más florida y constante, con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, que puede ir acompañado de fiebre, vómito y náuseas. Cabe destacar que es esperable la aparición de leucocitosis (2). Además, es necesario contar con pruebas de función hepática en las que se puede encontrar un aumento en la fosfatasa alcalina (13). Una vez confirmado el diagnóstico por medio de sintomatología, laboratorios y pruebas de imagen, se debe clasificar la patología según su gravedad, tal y como se explica a continuación:

- No complicada: se observa obstrucción del conducto cístico, pero no hay presencia de complicaciones como perforaciones, gangrena o abscesos (10).
- Complicada: Hay presencia de absceso, perforación o proceso gangrenoso (10).

El tratamiento definitivo en los dos casos es la colecistectomía. Si el cuadro es no complicado, se puede llevar a cabo la cirugía en las primeras 24 a 72 horas del diagnóstico (10). Se prefiere el abordaje laparoscópico debido a que se obtiene una mejor recuperación postquirúrgica, lo cual se traduce en una estancia hospitalaria más corta (11,13). Además, se debe dar tratamiento para manejo del dolor con AINES y es necesario el uso de antibióticos tanto previo a la cirugía como de manera intraoperatoria, los cuales deben suspenderse luego del procedimiento (2,10,16). Algunas de las complicaciones postquirúrgicas que se pueden observar en estos casos son lesiones en el conducto cístico, sangrado e infecciones (10).

En los casos complicados, se debe valorar la intervención laparoscópica versus abierta, pero en ambos casos se debe llevar a cabo lo más pronto posible (10). Si existen complicaciones abdominales, es necesaria la colecistectomía abierta. Si no se contara con los recursos para operar en el momento o el paciente se encuentra muy inestable para la intervención, se debe realizar una colecistostomía percutánea guiada por radiólogo intervencionista (2). El tubo de la colecistostomía se mantendrá colocado hasta que el paciente se encuentre más estable para la cirugía o puede ser suspendido en 4 a 6 semanas cuando se compruebe por estudios de imagen que el conducto cístico se encuentra permeable (13). Si se decide esperar varias semanas, es necesario hacer la colecistectomía luego, ya que la tasa de recurrencia es alta (3), además de que aumenta el riesgo de presentar complicaciones como absceso postoperatorio y fugas del conducto cístico (10). En todos los casos catalogados como complicados, también es necesaria la antibioticoterapia tanto previamente como durante la cirugía, mientras que aquellos pacientes que presenten signos de sepsis o que no tuvieron un control inicial adecuado deben completar un ciclo de antibióticos de manera postoperatoria por al menos 4 a 7 días (10).

### **b) Colecistitis aguda acalculosa**

Esta patología, al presentarse en politraumas o pacientes gravemente enfermos que tienen estancias hospitalarias largas, es de esperar que sufran inflamación sistémica severa, que puede desencadenar procesos

patológicos en diversas zonas, por lo que una complicación de ello es la estasis biliar y hasta cuadros isquémicos en la vesícula biliar, lo cual lleva a colecistitis sin presencia de litos (13). Tanto la sintomatología como el proceso diagnóstico son similares a los que se presentan en la colecistitis calculosa, con la diferencia de que en la acalculosa, el hallazgo ultrasonográfico principal es el engrosamiento de la pared vesicular y no la presencia de litos (4).

Como es conocido, las personas que presentan la patología usualmente son pacientes crónicos, con morbimortalidad más alta y, por ende, de difícil manejo. En estos casos, también se valora el abordaje laparoscópico versus abierto según la estabilidad y complicaciones asociadas, tal y como se realiza en los casos de colecistitis aguda calculosa. Si el paciente cuenta con un riesgo preoperatorio bajo o aceptable, se puede llevar a cabo la cirugía lo más pronto posible (10).

Por otra parte, se prefiere hacer uso de un tubo de colecistostomía para el drenaje de la vesícula en pacientes críticamente enfermos y/o con un riesgo preoperatorio muy alto, ya que su inestabilidad hemodinámica no permite llevar a cabo la cirugía como primera opción (4,10). Aunado a lo anterior, como la fisiopatología no es obstructiva debido a litos, muchas veces después del abordaje percutáneo y con la mejora de las enfermedades de base de la persona, no es necesaria la intervención quirúrgica posterior, ya que el cuadro se resuelve (11); sin embargo, no están exentos de complicaciones como sangrado o infecciones (10).

## **Colecistitis crónica**

La base de esta patología es la inflamación crónica que resulta en un engrosamiento de la pared vesicular, acompañado de fibrosis e incluso cambios metaplásicos. Debido a que su fisiopatología todavía no es del todo clara, los signos y síntomas también varían y puede presentarse tanto con sintomatología de cólico biliar como con un cuadro similar al de colecistitis aguda, aunque es importante destacar que muchas veces el diagnóstico se da hasta que se examina histológicamente la vesícula biliar luego de una colecistectomía, ya que se encuentra como hallazgo dicha fibrosis (2).

Una de las variantes benignas de esta patología es la colecistitis xantogranulomatosa (CXG), en la que la fibrosis es extensa, pero la presentación de la misma puede ser aguda con dolor abdominal derecho y náuseas, o indolente con astenia y adinamia como sintomatología principal. En el 30% de los pacientes se presenta alguna complicación, ya sea fístulas a otras partes del sistema gastrointestinal como el estómago y duodeno, abscesos hepáticos o perforación vesicular (18).

Por otra parte, aproximadamente el 5% de los pacientes con colecistitis crónica presenta cambios premalignos (2) e incluso, en muchos casos de CXG es muy difícil la diferenciación de esta con un carcinoma vesicular, por lo que el tratamiento es la colecistectomía electiva (18). Si el paciente se encuentra estable, se procede a realizar un abordaje laparoscópico, pero si presenta complicaciones, se prefiere la colecistectomía abierta (18). En los últimos años se han hecho estudios sobre posibles abordajes en personas de alto riesgo que no sean candidatas a cirugía y se han encontrado resultados prometedores con la crioblación de la vesícula biliar a través de un tubo de colecistostomía; sin embargo, es necesaria una mayor investigación para aprobar estos procedimientos (19).

## **Coledocolitiasis**

Como se abordó con anterioridad, esta patología normalmente es consecuencia de una colelitiasis previa. La obstrucción biliar aguda provocada por la colédocolitiasis es considerada una emergencia, ya que pone en peligro la vida del individuo y por esta razón es que, en la mayoría de los casos, la descompresión de la vía biliar posterior a la estabilización del paciente es el tratamiento definitivo, pues si no se trata la patología aun en casos asintomáticos, existe la posibilidad de desarrollar complicaciones como pancreatitis aguda o colangitis (20). No obstante, dicho tratamiento va a depender del grado de sospecha clínica de colédocolitiasis

que tenga el paciente. Por ello, es necesario hacer una clasificación de riesgo para que el tratamiento sea dirigido según el caso (2).

Los pacientes catalogados con un “alto riesgo” de presentar colédocolitis, como aquellos con litos en el conducto biliar común, pruebas hepáticas alteradas con bilirrubina sérica total superior a 4 mg/dL o clínica de colangitis (12), deben someterse a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) tanto diagnóstica como de tratamiento antes de realizar la colecistectomía, para llevar a cabo la esfinterectomía y la extracción del lito primero, con el fin de evitar mayores complicaciones (20).

Aquellos clasificados en “riesgo intermedio” como los que presentan otras pruebas de función hepática alteradas y/o bilirrubina sérica total entre 1,8 y 4 mg/dL, un conducto biliar común dilatado de más de 6mm con vesícula biliar presente, una edad mayor a 55 años o clínica de litiasis pancreática (2), deben ser sometidos a otras pruebas para confirmar el diagnóstico como un ultrasonido endoscópico o una colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM). Si alguno de estos procedimientos sale positivo, se procede a realizar una CPRE (13,14).

En el caso de los pacientes con “bajo riesgo” de presentar coledocolitis, como aquellos que no tienen ninguno de los factores mencionados con anterioridad, pero presentan sintomatología de coledocolitis, se procede a realizar una colecistectomía laparoscópica o abierta según el caso, sin que se necesite estudiar el árbol biliar con mayor detalle (2).

Finalmente, en algunos casos en los que los litos necesiten ser fragmentados por su gran tamaño, sobre todo aquellos que midan más de 10 mm, se pueden realizar varias sesiones de litotricia, pero si no se logra la extracción completa con esto o si coexiste una colangitis aguda severa, se procede a colocar un stent en el árbol biliar para un adecuado drenaje de la vía (20).

## CONCLUSIONES

La vesícula biliar es un órgano cuya función es almacenar y secretar la bilis producida por el hígado. Su patología es muy diversa, ya que los pacientes pueden ser asintomáticos o presentar cuadros que requieran de hospitalización. La presentación clínica más común es la coledocolitis asintomática, la cual se presenta con mayor frecuencia entre pacientes de sexo femenino. Asimismo, se considera el ultrasonido abdominal el mejor método diagnóstico para la mayoría de las patologías descritas en esta revisión; sin embargo, el uso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) resulta útil en algunas patologías. Aunado a todo lo anterior, además, la colecistectomía suele ser el mejor tratamiento curativo y definitivo para el paciente, ya que el objetivo (sea cual sea la situación que se esté presentando) es darle un manejo personalizado hasta poder llegar a realizarle dicho procedimiento quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mehlhorn H. Biliary Disease. *Encycl Parasitol*. 2016;326-326.
2. Leikin JB. Gallbladder disorders: A comprehensive review. *Disease-a-Month*. 2021;1-37.
3. Sandoval Montero, J., & Díaz Mena, F. (2021). Manejo endoscópico de fugas biliares postquirúrgicas. *Revista Médica Sinergia*, 6(12): e741. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i12.741>
4. Bang JY, Sherman S. Cholelithiasis and cholecystitis. *Handb Liver Dis*. 2018:470-8.
5. Gutt C, Schläfer S, Lammert F. The treatment of gallstone disease. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117(9):148-58.

6. Montenegro KA. Principales patologías asociadas a la vía biliar y páncreas y la aplicación de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el diagnóstico y tratamiento de algunas de ellas. *Med Leg Costa Rica*. 2016;33(1):282-90.
7. Ramesh Babu CS, Sharma M. Biliary tract anatomy and its relationship with venous drainage. *J Clin Exp Hepatol* [Internet]. 2014 [consultado 01/04/2021];4(SUPPL1):S18-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jceh.2013.05.002>
8. Garg S, Kumar H, Sahni D, Yadav TD, Aggarwal A, Gupta T. Rare anatomic variations of the right hepatic biliary system. *Surg Radiol Anat* [Internet]. 2019 [consultado 31/03/2021];41(9):1087-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00276-019-02260-5>
9. Dynamed. Gallstones [Internet]. Gallstones. 2018 [consultado 31/03/2021]. p. 1-62. Disponible en: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN-T114033>
10. Gallaher JR, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review. Vol. 327, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2022. p. 965-75.
11. Yokoe, M., Hata, J., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., Wakabayashi, G., Kozaka, K., Endo, I., Deziel, D. J., Miura, F., Okamoto, K., Hwang, T. L., Huang, W. S. W., Ker, C. G., Chen, M. F., Han, H. S., Yoon, Y. S., Choi, I. S., Yoon, D. S., ... Yamamoto, M. (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 25(1), 41-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>
12. Fargo M V., Grogan SP, Saguil A. Evaluation of jaundice in adults. *Am Fam Physician*. 2017;95(3):1648.
13. Chung AYA, Duke MC. Acute Biliary Disease. *Surg Clin North Am*. 2018;98(5):877-94.
14. Karagyozov P, Boeva I, Tishkov I. Role of digital single-operator cholangioscopy in the diagnosis and treatment of biliary disorders. *World J Gastrointest Endosc*. 2019;11(1):31-40.
15. Pisano, M., Allievi, N., Gurusamy, K., Borzellino, G., Cimbanassi, S., Boerna, D., Coccolini, F., Tufo, A., di Martino, M., Leung, J., Sartelli, M., Ceresoli, M., Maier, R. v., Poiasina, E., de Angelis, N., Magnone, S., Fugazzola, P., Paolillo, C., Coimbra, R., ... Ansaloni, L. (2020). 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. In *World Journal of Emergency Surgery* (Vol. 15, Issue 1). BioMed Central Ltd. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>
16. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injury. *Biosci Trends*. 2017;11(4):399-405.
17. Bali MA, Pezzullo M, Pace E, Morone M. Benign biliary diseases. *Eur J Radiol*. 2017;93(May):217-28.
18. Frountzas M, Schizas D, Liatsou E, Economopoulos KP, Nikolaou C, Apostolou KG, et al. Presentation and surgical management of xanthogranulomatous cholecystitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2021;20:117-27.
19. McGregor H, Woodhead G, Patel M, Khan A, Hannallah J, Ruiz D, et al. Gallbladder Cryoablation for Chronic Cholecystitis in High-Risk Surgical Patients: 1-Year Clinical Experience with Imaging Follow-up. *J Vasc Interv Radiol*. 2020;31(5):801-7.

20. Fairchild AH, Hohenwarter EJ, Gipson MG, Al-Refaie WB, Braun AR, Cash BD, et al. ACR Appropriateness Criteria ® Radiologic Management of Biliary Obstruction. J Am Coll Radiol. 2019;16(5):S196-213.