

Barcelona, 24 de març de 2011 - HOSPITAL PLATÓ



## I Jornada d'Atenció Compartida en Cirurgia General

Millorant la comunicació entre nivells assistencials per consolidar els vincles entre Atenció Primària i Cirurgia General

# COLELITIASIS ASINTOMÁTICA

Dr. G. Benarroch  
Hospital Clínic

Dra. P. Arrabal  
CAP Les Corts

# **CASO CLÍNICO 1. COLELITIASIS ASINTOMÁTICA**

Mujer de 48 años

Antecedentes personales:

- Exfumadora hace 3 años.
- Dislipemia en tratamiento con estatinas hace 1 año.
- Cervicalgias de repetición.

Analítica control dislipemia (6 meses): Perfil lipídico aceptable con Transaminitis a expensas de GGT (148).

Analítica (1 año): Persistencia de Transaminitis a expensas de GGT con serologías para virus hepatitis normales.



## **CASO CLÍNICO 1. COLELITIASIS ASINTOMÁTICA**

Ecografía abdominal (estudio): Vesícula biliar no dilatada con paredes normales y microlitiasis. No esteatosis hepática ni signos de dilatación de la vía biliar.

Se retira la estatina que había sido iniciada con indicación inadecuada por ser una paciente sin factores de riesgo cardiovascular y dislipemia moderada.

Analítica de control 6 meses post-retirada del fármaco presenta una normalización completa del perfil hepático.

### INDICACIÓN QUIRÚRGICA?



## **CASO CLÍNICO 2.** **COLELITIASIS PAUCISINTOMATICA**

Varón de 81 años.

Antecedentes personales:

- Vagotomía y piloroplastia hace 40 años por ulcera duodenal sangrante.
- HTA en tratamiento con losartán/HCTZ.
- Hipertrigliceridemia no tratada.

Desde hace años molestias inespecíficas en hemiabdomen superior. Algún episodio autolimitado de distensión y dolor abdominal de tipo cólico que han sido orientado como crisis de suboclusión intestinal por bridas.



## **CASO CLÍNICO 2.** **COLELITIASIS PAUCISINTOMATICA**

Ultimo episodio de dolor abdominal, requiere ingreso por vómitos persistentes. Estabilización de la sintomatología con sonda nasogástrica y sueroterapia.

Analítica: Transaminitis a expensas de GGT con discreta elevación de la lipasa pancreática.

TAC abdominal: Signos de esteatosis hepática. No signos inflamatorios a nivel pancreático. Vesícula biliar con paredes distendidas, con litiasis biliar única.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA?





## Hospital Clínic. Sede Villarroel

**I Jornada d'Atenció Compartida en Cirurgia General**  
*Millorant la comunicació entre nivells assistencials per consolidar els vincles entre A. Primària i C. General*  
 **AIS BARCELONA ESQUERRA**



# Diagnóstico de Colelitiasis asintomática

- En el curso de una exploración radiológica.
- En el curso de una exploración ecográfica o TAC de otras patologías o en controles evolutivos.
- Debe sospecharse en pacientes con anemia drepanocítica o enfermedades hemolíticas.



# Actitud ante la Colelitiasis asintomática

## Conceptos (I)

- 10-15% de la población occidental presenta cálculos biliares\*
- Sólo entre el 1-4% de colelitiasis asintomáticas se convierten en sintomáticas\*\*
- La vesícula biliar “en porcelana” se asocia con riesgo del 7% de carcinoma de vesícula biliar\*\*

\* Haldestam et al. J Surg, 2004

\*\* Stephen et al. Surg, 2001



# Actitud ante la Colelitiasis asintomática

## Conceptos (II)

- Asociación de pólipos con tamaño superior a 10 mm con cáncer de vesícula biliar#
- No existe consenso para la colecistectomía en pacientes asintomáticos con diabetes, inmunosupresión y pacientes pediátricos ##

# Chattopadhyay et al. World J Gastroenterol, 2005

## Jackson et al. Surg Endosc, 2008



# Colelitiasis asintomática = Dilema terapéutico

1. Complicaciones asociadas a los cálculos biliares (4%):
  - Pancreatitis (45% de causa biliar). 10% de mortalidad, (no existen valores predictivos).
  - Colecistitis.
  - Ictericia obstructiva.
  - Cáncer de vesícula biliar: alta correlación entre cálculos y cáncer
2. La colecistectomía laparoscópica en pacientes asintomáticos tiene escasa morbilidad y menor tiempo operatorio en relación a pacientes sintomáticos.
3. La morbilidad de esta intervención aumenta con la edad.



# Colelitiasis asintomática

## ¿Cuándo se vuelve sintomática?

- El 10% de los enfermos a los 5 años.
- El 15% a los 10 años.
- El 18% de los enfermos a los 15 años.
- Aproximadamente 40-60% de los pacientes con colelitiasis están asintomáticos

**Gurusamy et al. Biblioteca Cochrane Plus, 2008 (2).**



# Posibles indicaciones de colecistectomía laparoscópica profiláctica: pacientes de riesgo

- Pacientes con elevado riesgo de complicaciones no biliares.
- Pacientes diabéticos.
- Pacientes inmunosuprimidos.
- Pacientes pretransplante (excepto transplante hepático).
- Pacientes que van a estar aislados de atención médica por largo tiempo.
- Pacientes con riesgo relativo: poliposis vesicular, anomalías en la unión de conductos pancreático-biliares, cálculos mayores a 3 cm
- Pacientes con anemias hemolíticas o drepanocíticas



## Actitud ante pacientes asintomáticos

- Pacientes de edad superior a 65 años, actitud conservadora hasta la aparición del primer síntoma (evidencia tipo III y recomendación grado B).
- Los pacientes diabéticos no deben operarse hasta el primer síntoma (evidencia tipo III y recomendación grado D).
- Paciente jóvenes asintomáticos se les debe proponer la colecistectomía (evidencia tipo III y recomendación grado C).
- Pacientes con vesícula “en porcelana”.
- Pacientes con pólipos vesiculares deben ser operados (evidencia tipo III y recomendación grado C).



# Addendum (Medicina basada en la evidencia)

## CEBM (Center of Evidence Based Medicine, Oxford, UK)

1. Nivel de Evidencia por el tipo de diseño del estudio:
  - Nivel III: Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observación clínicas o informes de comités de expertos.
2. Significado de los Grados de Recomendación:
  - Grado C: Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
  - Grado D: Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).





**I Jornada d'Atenció Compartida en Cirurgia General**  
*Millorant la comunicació entre nivells assistencials per consolidar els vincles entre A. Primària i C. General*  
**AIS BARCELONA ESQUERRA**

