

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**Tratamiento de la enfermedad litiásica biliar en el embarazo****Treatment of the biliaris lithiasis disease in the pregnancy****Wilson Laffita Labañino**

Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa. Guantánamo, Cuba.

RESUMEN

La mujer embarazada está sujeta a todas las enfermedades quirúrgicas de las mujeres no embarazadas y el abdomen agudo quirúrgico no es una excepción. Puede considerarse, dentro de la patología médica, como unas de las afecciones más graves y dramáticas; cobra mayor significación cuando se presenta en el curso de un embarazo y con frecuencia el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes debe adecuarse para atender preocupaciones en relación con un segundo paciente: el feto. Se decide hacer una revisión actualizada con el objetivo de exponer las particularidades de la enfermedad litiásica biliar en el embarazo, ya que es difícil para quien lo estudia encontrar el tema desarrollado con todos sus problemas y peculiaridades; a su vez, poder brindar a todos los que se sientan atraídos por tan apasionante tema una guía que le permita hacer un diagnóstico precoz para evitar consecuencias trágicas para la madre y su futuro bebé. Se concluye que la técnica quirúrgica a emplear dependerá de la institución, la preparación y entrenamiento del cirujano, la gravedad de la paciente y el trimestre del embarazo.

Palabras clave: Litiasis biliar, diagnóstico, embarazo, tratamiento.

ABSTRACT

The pregnant woman is subject to all surgical diseases of non-pregnant women and the surgical acute abdomen isn't an exception. It may to be considered within the medical pathology like one of the more severe and dramatic affections achieving a

great significance when is present during pregnancy and frequently diagnosis of these patients must to be adjusted to care for worries in relation to a second patient: the fetus. An update review was made to expose the peculiarities of the biliary lithiasis disease in pregnancy since it is difficult for whom to make its study to find the subject developed with other problems and peculiarities; in his turn, to offer to all attracted by so fascinating subject, a guideline allowing to make an early diagnosis to avoid tragic consequences for mother and its future baby. We conclude that surgical technique to be used will depend on institution, training and preparation of surgeon, the severity of patient and the pregnancy trimester.

Key words: Biliary lithiasis, diagnosis, pregnancy, treatment.

INTRODUCCIÓN

Las adaptaciones fisiológicas durante el embarazo pueden alterar la respuesta de la mujer ante una enfermedad intrabdominal, lo que hace el diagnóstico más difícil. Se conoce que en el transcurso del embarazo, la formación de bilis y la función de la vesícula biliar sufren cambios que predisponen a la aparición de coledocitis. *Braverman* y otros (1980), citado por *Williams*¹ demostraron que durante la gestación por la acción de la progesterona^{2,3} existe disminución de la contracción vesicular y un aumento del volumen residual; provocando estasis de bilis que asociado con el aumento de la saturación del colesterol durante el embarazo podría explicar la alta prevalencia de cálculos de colesterol en mujeres con antecedentes de gestación previa.

Incidencia

Se presenta con una incidencia de uno cada 1 600 a 10 000 embarazos según *Peñalongo*,⁴ *Liu*⁵ la reporta entre 0,05 y un 0,3 %, para otros⁶⁻⁹ oscila en 1 cada 2 000 a 10 000 y en la serie del autor² 0,4 por cada 1 000 gestantes en el Hospital de Baracoa, de 1,8 en su experiencia en África.¹⁰ Es más frecuente en las gestantes multíparas.

El hecho de que la litiasis vesicular sea más frecuente en mujeres en edad reproductiva ha sugerido una posible correlación entre el aumento de la producción hormonal o la elevación del colesterol sanguíneo durante el embarazo y la producción de cálculos biliares, así como el estasis mantenido por la obstrucción de los cálculos del conducto cístico y las infecciones bacterianas ha sugerido la inflamación de la vesícula biliar.^{11,12}

La colecistitis aguda es la inflamación aguda de la vesícula biliar causada principalmente por cálculos.

CLASIFICACIÓN¹³

Etiológica

1. Litiásica

2. Alitiásica

- Infecciosa: fiebre tifoidea, gangrena por gérmenes anaeróbicos, debido a sepsis generalizada.
- Química.
- Mecánica.
- Tumoral.
- Vascolar.
- Parasitaria.

FISIOPATOLOGÍA¹⁴

El proceso de colecistitis por obstrucción del cuello o el conducto cístico suele seguir la siguiente secuencia: el obstáculo al paso de la bilis al colédoco produce normalmente un aumento de la secreción de la vesícula y la distiende en forma gradual y progresiva, con ello se inicia la compresión de los vasos sanguíneos y linfáticos de la pared. Con el aumento de peso el órgano desciende de su posición normal e interfiere la irrigación del plexo vascular del conducto cístico.

La infección, en la mayoría de los casos, es un fenómeno secundario al daño vascular o al menos a la alteración en su irrigación.

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico difiere poco de la colecistitis aguda en una paciente no embarazada:^{2,15}

- Antecedentes de trastornos dispépticos e intolerancia a colecistoquinéticos.
- Dolor abdominal agudo: localizado en epigastrio, hipocondrio derecho con irradiación a la espalda y hombro derecho.
- Náuseas y vómitos
- Fiebre
- Taquicardia.
- Ictericia en un porcentaje de los casos

EXAMEN FÍSICO

-Se palpa tumoración en hipocondrio derecho por debajo del reborde costal (independiente del útero), muy dolorosa "vesícula palpable". Se encuentra mejor con la paciente lateralizada hacia la izquierda.

-Maniobra de Murphy positiva.

-Contractura.

-Reacción peritoneal.

-Percusión dolorosa.

MEDIOS DIAGNÓSTICOS

Laboratorio Clínico

Hemograma: leucocitosis con desviación a la izquierda.

Enzimas hepáticas: pueden estar elevadas, sobre todo las transaminasas.³

Imaginología

Ultrasonido: diagnóstico positivo en un 90-95 % de los casos, se observa vesícula con imágenes de cálculos en su interior y paredes engrosadas, además nos puede mostrar colecciones perivesiculares y posible dilatación de la vía biliar principal con la presencia de cálculos.^{3,15,16}

Laparoscopia: innecesaria cuando se dispone de ultrasonido.

Diagnóstico diferencial

1. Afecciones médicas

-Hepatitis aguda.

-Colestasis intrahepática.

-Cólico renal.

-Cólico biliar.

-Neumonía de base derecha.

2. Afecciones propias del embarazo

- Preeclampsia severa.

- Hígado graso agudo del embarazo.

- Daño hepatocelular asociado a toxemia.

- Disfunción hepática asociada a hiperémesis gravídica.

- Hematoma subcapsular agudo.

3. Afecciones quirúrgicas urgentes

- Pancreatitis aguda.

- Ruptura de la cápsula hepática.

- Vólvulo intestinal.

COMPLICACIONES

- Empiema vesicular
- Gangrena vesicular
- Perforación vesicular
- Plastrón vesicular
- Abscesos subfrénicos
- Abscesos interasas
- Peritonitis difusas
- Pancreatitis aguda
- Íleo biliar
- Fístula biliar externa
- Fístula biliar interna
- Colangitis aguda supurada
- Aborto.
- Parto pretérmino
- Muerte fetal
- Muerte materna

TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento es inicialmente médico, si no se asocia a pancreatitis, colangitis o íctero obstructivo,¹⁶ consistiendo en aspiración nasogástrica, reposición hidroelectrolítica, analgesia adecuada y antibióticos de amplio espectro si se sospecha infección. La colecistectomía se realizará en caso de fracaso del tratamiento médico, sospecha de perforación, sepsis o peritonitis, o en caso de episodios repetidos de cólico biliar o colecistitis. Si la cirugía no es urgente, se prefiere realizar en el segundo trimestre del embarazo, pues las repercusiones sobre madre y feto son mínimas ya que el periodo de abortos espontáneos ha pasado, la organogénesis es completa y el útero no tiene tamaño suficiente para entrar en el campo quirúrgico, el riesgo de parto pretérmino ocurre en el 3er trimestre.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Algunos autores^{1,3} plantean el tratamiento quirúrgico de primera línea porque:

- Reduce el uso de medicamentos.
- Alta recurrencia del episodio de colecistitis en dependencia del trimestre de gestación.
- Reducción del peligro de complicaciones que amenacen la vida de la madre y el feto como perforación, sepsis y peritonitis (todas ellas de tratamiento quirúrgico).
- El riesgo del desarrollo de pancreatitis aguda.

Se realiza la colecistectomía por la técnica habitual, con una incisión subcostal de Kocher como si no se tratara de una paciente embarazada, cuidando de no manipular excesivamente el útero. En la experiencia del autor este proceder es seguro, no se han reportando complicaciones graves ni pérdida fetal.^{2,10}

En la actualidad se prefiere el tratamiento quirúrgico por video laparoscopia con resultados muy alentadores. No existe contraindicación para la realización de una técnica endoscópica durante el embarazo, a no ser por la dificultad ocasionada al término del mismo por el volumen uterino, que causa dificultades a la hora de realizar el neumoperitoneo.

Se efectúa la intervención de colecistectomía por videolaparoscopia en embarazo por las ventajas que presenta esta técnica sobre la laparotomía clásica, puesto que al beneficio de la madre, en cuanto a más confort y menor dolor posoperatorio, se añade una disminución del riesgo obstétrico y fetal. Las pérdidas fetales por laparotomías en el embarazo han sido calculadas en un 5 %. De los casos descritos en la literatura internacional tratados por laparoscopia, para *Vega Chavage*¹⁷ reporta un 3,7 % de pérdida fetal posterior al procedimiento videolaparoscópico, sin morbilidad materna. *Nermin Halkic*¹⁸ no reporta en su serie morbilidad materna o fetal.

La intervención por videolaparoscopia evita las manipulaciones excesivas de la cavidad abdominal que aumentaría el riesgo de parto pretérmino. Debido al volumen uterino y al embarazo es preciso mantener algunas precauciones:

1. No colocar vías bajas de acceso a la cavidad abdominal.
2. Utilizar la técnica de Hasson (abierta), para minimizar el riesgo de lesión uterina.^{3,9,18}
3. No mantener una presión intraabdominal mayor de 15 mmhg.
4. Evitar manipulaciones uterinas innecesarias.
5. Control ecográfico de la actividad cardiaca fetal antes durante (transvaginal) y después de la intervención.³

Hasta ahora las principales contraindicaciones de la videolaparoscopia en el embarazo son: riesgo embrionario y fetal por la hiperpresión abdominal, la utilización del anhídrido carbónico para el pneumoperitoneo y el riesgo de lesión uterina.

En el segundo trimestre la colecistectomía se puede realizar sin dificultad, aportando beneficios a las pacientes, propios de la técnica laparoscópica, sin que existan efectos perjudiciales sobre el feto.^{18,19}

En caso de colecistitis aguda con cálculos en la vía biliar principal, la colangiografía no está aconsejada, la colecistectomía abierta con coledocotomía y extracción de los cálculos es el proceder a realizar, si el embarazo está próximo al término, la colangiografía se hará después del parto, solo en casos excepcionales en etapas tempranas de embarazo, se hará después del periodo de organogénesis y con protección abdominal para el útero.³ Existen publicaciones como la de *Shelton*²⁰ y otros, citado por *Charlie*¹⁵ que realizan colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía sin radiaciones, y en los últimos 5 casos, realizaron coledocoscopia endoscópica después de la esfinterotomía, con esta última modalidad, no es necesario realizar fluoroscopia, por tanto parece un procedimiento prometedor. *Goran*³ plantea la utilización del US como guía para la realización de esfinterotomía y colocación de catéteres de extracción de cálculos.

En resumen la técnica quirúrgica a emplear dependerá de la institución, la preparación y entrenamiento del cirujano, la gravedad de la paciente y el trimestre del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adaptaciones maternas al embarazo. En: Cunninghamm, MacDonald, eds. Williams Obstetricia. 20ª ed. Argentina. Editorial Médica panamericana. 2001.p. 176-203.
2. Laffita Labañino W. Abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. Revista Información Científica. 2007;53(1).
3. Augustin G, M. Majerovic. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2007;131:4-12.
4. Peñalongo MA. Colecistitis Aguda durante el embarazo, consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Rev guatemalteca Cir. 1998;7(113):26-30.
5. Lu EJ, Curet MJ, El-Sayed YY, Kirkwood KS. Medical versus surgical management of biliary tract disease in pregnancy. Am J Surg. 2004;188(6):755-9.
6. Matos Lagos, Aquiles Ubaldo. Abdomen agudo quirúrgico no ginecológico en gestantes. Lima: Editorial Médica panamericana; 1999.
7. Bonfante Ramírez E, Bolaños Ancona Ru, Juárez García L, Estrada Altamirano A, Castelazo Morales E. Colecistectomía durante el embarazo. Ginecol Obstet Méx. 1998;66(6):259-61.
8. Stambuk M Juan, Turu K Iván, Wiedmaier T Gonzalo, Cabrera S Cecilia, Ávila S Marcela, Vásquez M Víctor. Cirugía abdominal de urgencia durante el embarazo. Bol Hosp. San Juan de Dios. 1998;45(1):22-6.
9. Perucca Páez Ernesto, Aparicio Y Ronald, Yang Long, Domínguez C Claudio, González Rubén. Abdomen agudo quirúrgico en embarazadas. Rev chil Obstet. Ginecol. 1996;61(5):299-303.

10. Laffita LW. Comportamiento clínico epidemiológico del abdomen agudo quirúrgico en el embarazo. Burkina Faso. África. 2003-2006. Revista Información Científica. 2009;63(2).
11. Te Linde RW. Apendicitis y embarazo. En: Ginecología Operatoria. 5ta ed. La Habana: Edición revolucionaria; 1983. p. 351-550.
12. Moncayo Valarezo R, Pacheco Barsallo F, Gómez Rosas H, Bernárdez Zapata FJ. Apendicitis aguda y embarazo; experiencia en el Hospital Español de México Ginecol. Obstet Méx.1999;66(9):392-5.
13. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1989. p. 435-67.
14. Rodríguez-Loeches. Cirugía del abdomen agudo. La Habana: Editorial científico técnica. 1986. p. 43-46.
15. Kilpatrick Charlie C, Orejuela Francisco J. Management of the acute abdomen in pregnancy: a review. Obstet Gynecol Clin N Am. 2006;20:534-9.
16. Charlie CK, Manju M. Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy. Obstet Gynecol Clin N Am. 2007;34:389-402.
17. Vega Chavage GR. Cirugía laparoscópica y embarazo. Revista mexicana de cirugía endoscópica. 2004;5(2):60-9.
18. Nermin Halkic. Laparoscopic management of appendicitis and symptomatic cholelithiasis during pregnancy. Langenbecks Arch Surg. 2006;391:467-71.
19. Fatum M, Rojansky N. Laparoscopic surgery during pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2001;56:50-9.
20. Shelton J, Linder JD, Rivera-Alsina ME, Tarnasky PR. Commitment, confirmation and clearance: new techniques for nonradiation ERCP during pregnancy Gastrointest Endosc. 2008;67:364-8.

Recibido: 3 de noviembre de 2010.

Aprobado: 18 de noviembre de 2010.

Dr. *Wilson Laffita Labañino*. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa. Guantánamo, Cuba. Bohorque S/N. Baracoa. Guantánamo, Cuba. Correo electrónico: wilson.gtm@infomed.sld.cu