

**ARTÍCULO ORIGINAL**

**Hallazgos anatomopatológicos en pacientes con disfunción biliar**

**Pathological findings in patients with biliary dysfunction**

**MsC. Teresa Castellanos Carmenate,<sup>1</sup> MsC. Beatriz Ulloa Arias,<sup>2</sup> MsC. José E. González de la Paz,<sup>3</sup> Lic. Deisy Marañón Díaz,<sup>4</sup> y Dr. Jesús Díaz Fonden<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas y Medios de Diagnósticos. Profesora Asistente. Policlínico Universitario "Alberto Fernández Montes de Oca", San Luis, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y de II Grado en Gastroenterología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas y Medicina Hiperbárica. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>4</sup> Licenciada en Lengua Inglesa. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

**RESUMEN**

Se efectuó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 84 pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba desde enero de 2010 hasta igual mes de 2011, a los cuales se realizó colecistectomía por presentar manifestaciones clínicas de disfunción biliar; pero después de extirparles la vesícula, acudieron a la consulta externa de la especialidad con dolor abdominal y cuadros diarreicos, entre otros síntomas y signos. En busca de datos más precisos, se comparó el diagnóstico preoperatorio con los hallazgos anatomopatológicos, de donde se derivó que a pesar de que en muchos casos no coincidían, ello no obstaculizó la obtención de resultados satisfactorios en los integrantes de la casuística.

**Palabras clave:** disfunción biliar, colecistectomía, diagnóstico preoperatorio, hallazgo anatomopatológico, Servicio de Gastroenterología

**ABSTRACT**

A descriptive, cross-sectional, and retrospective study with 84 patients assisted at Gastroenterology Service from "Dr Juan Bruno Zayas Alfonso" General Teaching Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January, 2010 to January, 2011. These patients underwent a cholecystectomy for having clinical manifestations of biliary dysfunction. After removing the gallbladder, patients having abdominal pain and diarrhea, among other symptoms and signs, attended the outpatient department related

to this speciality. Searching for precise data, the pre-surgical diagnosis was compared to the pathological findings, in which case it was concluded that, in spite of many cases did not match, this fact did not hinder the obtaining of satisfactory results in the case material.

**Key words:** biliary dysfunction, colecistectomy, pre-surgical diagnosis, pathological finding, Gastroenterology Service

## INTRODUCCIÓN

El dolor biliar es el principal síntoma localizado en epigastrio o hipocondrio derecho, sin anomalías estructurales en la vesícula, que asociado a la motilidad vesicular anómala puede presentarse en la colecistitis sin cálculos, en la disquinesia biliar y en el síndrome del conducto cístico, por citar algunos.<sup>1,2</sup> Se debe a la falta de coordinación entre la vesícula y el conducto cístico o esfínter de Oddi, dada la mayor resistencia o la inflamación alrededor de este.<sup>3,4</sup>

La hipersensibilidad visceral es la base del dolor en trastornos funcionales del tracto biliar y de otras regiones gastrointestinales, ocasionada por la modificación de la sensibilidad del receptor en esa zona anatómica, a la hiperexcitabilidad neuronal en el asta dorsal de la médula y a la alteración en la modulación central de las aferencias sensitivas.<sup>4,5</sup>

Actualmente se desconoce la frecuencia de las disquinesias puras anorgánicas, su importancia patogénica en la génesis de actividades orgánicas evolutivas y las causas que la producen. Se sabe que intervienen diferentes factores neurovegetativos, endocrinos, humorales y alérgicos, además del parasitismo, el psiquismo y ciertas afecciones a distancia, pero se ignora cómo y porqué.<sup>6,7</sup>

La verdadera importancia de estas afecciones no reside en su significación como factor patogénico independiente, sino en su diagnóstico diferencial con las alteraciones orgánicas, fundamentalmente las que dañan el esfínter de Oddi (EO) y las que se encuentran en las sifopatías.<sup>8-10</sup>

El diagnóstico de disfunción biliar se establece a partir de un síndrome clínico compatible, en ausencia de anomalía orgánica que lo justifique, y se hace formal al evidenciar trastorno motor vesicular o del EO (asociados, incluso, en un mismo paciente). La presente investigación se sustentó en los hallazgos anatomopatológicos en las vesículas extirpadas quirúrgicamente, así como en la evolución natural y los resultados clínicos preoperatorio y posoperatorio, sobre la base de los criterios de Roma II.<sup>11</sup>

## MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 84 pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba desde enero de 2010 hasta enero de 2011, a los cuales se les realizó colecistectomía por presentar manifestaciones clínicas de disfunción biliar y que después de extirparles la vesícula, acudieron a la consulta externa por presentar dolor abdominal y cuadros diarreicos.

Los datos se obtuvieron de los registros estadísticos y mediante la revisión de los informes anatomopatológicos.

A los efectos, entre las variables analizadas figuraron: edad, sexo, síntomas y diagnósticos preoperatorio e hístico.

La información y las variables unificadas en su nivel de medición para cada caso se introdujeron en una base de datos mediante el sistema SPSS, versión 11.5 para Windows.

## RESULTADOS

Se evaluaron 84 pacientes (**tabla 1**), entre los cuales predominaron el sexo femenino (63,1 %) y el grupo etáreo de 56 años y más (48,0 %).

Tabla 1. *Pacientes colecistectomizados según edad y sexo*

Grupos etarios (en años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
25-34	5	9,4	1	3,2	6	7,0
35 - 45	13	24,5	10	32,2	23	27,0
46 - 55	9	17,0	6	19,4	15	18,0
Más de 56	26	49,0	14	45,2	40	48,0
<b>Total</b>	53	63,1	31	36,9	84	100,0

En cuanto a los síntomas aparecidos (**tabla 2**) se constató que el primer lugar fue ocupado por el dolor abdominal de tipo biliar (42,0 %), seguido por las deposiciones diarreicas (26,2 %).

Tabla 2. *Pacientes colecistectomizados según síntomas*

Síntomas predominantes	No.	%
Dolor abdominal de tipo biliar	35	42,0
Deposiciones diarreicas	22	26,2
Constipación	2	2,3
Cambio del hábito intestinal	13	15,4
Náusea	5	5,9
Vómito	4	4,7
Otros	3	3,5
<b>Total</b>	84	100,0

p<0,05

Los diagnósticos preoperatorios en la casuística mostraron una supremacía de la colecistitis litiásica (**tabla 3**), con 49 pacientes, para 8,3 %; le siguió, en menor cuantía, la alitiásica (32,1 %). En el primer grupo, el diagnóstico preoperatorio de colecistitis litiásica coincidió con los hallazgos anatomopatológicos en 46,9 %; en el segundo, dado por la colecistitis alitiásica, en 59,2 %; y en el tercero, relativo a los tumores, en 37,5 %.

Tabla 3. Relación entre diagnósticos preoperatorio e hístico

Diagnóstico hístico	Diagnóstico preoperatorio							
	Colecistitis litiásica		Colecistitis alitiásica		Tumores		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Colecistitis aguda litiásica	18	36,7	6	22,2	1	12,5	25	29,7
Colecistitis crónica litiásica	5	10,2	2	7,4	1	12,5	8	9,5
Colecistitis aguda alitiásica	15	30,6	9	33,3	2	25,0	26	30,9
Colecistitis crónica alitiásica	6	12,2	7	25,9	1	12,5	14	16,6
Tumores	5	10,2	3	11,1	3	37,5	11	13,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>58,3</b>	<b>27</b>	<b>32,1</b>	<b>8</b>	<b>9,5</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>

p&lt;0,05

## DISCUSIÓN

Según el consenso de Roma II,<sup>11</sup> un requisito para diagnosticar esta anomalía es que existan episodios de dolor abdominal constante e intenso, localizado en epigastrio (en el cuadrante superior derecho) y que cumpla, además, las condiciones siguientes:

- Si se mantiene al menos 30 minutos.
- Si se presentó una o más veces en los últimos 12 meses.
- Si es constante e interrumpe las actividades diarias o precisa consultar al facultativo.
- Si no hay evidencia de anomalías estructurales que expliquen los síntomas.

Tales requisitos demuestran que la evaluación de la motilidad vesicular es la mejor herramienta para diagnosticar la disfunción biliar y pronosticar su evolución. La gammagrafía CCK es el procedimiento estándar, aunque algunos autores sugieren la ecografía como técnica diagnóstica adicional.<sup>11-13</sup>

En esta casuística, el resultado final fue satisfactorio, pues a pesar de que en muchos casos no se encontró una adecuada relación entre el diagnóstico preoperatorio y los hallazgos anatomopatológicos, la valoración integral desde el punto de vista cualitativo fue positiva; no obstante, esta problemática debe ser identificada oportunamente para individualizar el tratamiento.

Los hallazgos del presente estudio concuerdan con los obtenidos por Lobe<sup>14</sup> y Yusoff,<sup>15</sup> quienes también encontraron predominio del sexo femenino y de las personas mayores de 56 años en sus respectivas series.

Con respecto a los principales signos y síntomas, algunos autores foráneos<sup>16</sup> coinciden en señalar la primacía del dolor abdominal de tipo biliar y las deposiciones diarreicas.

En los diagnósticos preoperatorio e histológico suelen ser incluidas todas las enfermedades funcionales y tumorales;<sup>17-19</sup> sin embargo, en muchos casos no hay concordancia entre ambos, atribuible en numerosas situaciones a una valoración hasta cierto punto precipitada de lo obtenido.

Según Schirmer,<sup>20</sup> cada año, 15 % de las 600 000 colecistectomías efectuadas en Estados Unidos de Norteamérica se realizan en pacientes con trastornos del tracto biliar; estos hallazgos están sustentados en la evolución natural y los resultados clínicos antes y después de la intervención quirúrgica. Es evidente entonces que para alcanzar

estadísticas similares, debe adoptarse ante cada paciente la decisión médica más adecuada y específica, previo diagnóstico de disfunción biliar.

Los resultados de este trabajo, por su confiabilidad y valor estadístico, podrían ser utilizados en la docencia, la asistencia y la investigación.

En diversos estudios sobre la materia,<sup>5, 10</sup> donde se indica coincidencia con estos resultados, se expone como aspecto medular del enfoque de esta afección, la trascendencia de poder elegir entre varias alternativas terapéuticas, en dependencia de las condiciones y antecedentes patológicos personales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rescorla FJ. Cholelithiasis, cholecystitis and common bile duct stones. *Curr Opin* 1997; 9:276-82.
2. Friesen CA, Roberts CC. Cholelithiasis. Clinical characteristics in children. Case analysis and literature review. *Clin Pediatr* 1989; 28(7):294-8.
3. Stringer MD, Taylor DR, Soloway RD. Gallstone composition: are children different? *J Pediatr* 2003; 142(4):435-40.
4. Wesdorp I, Bosman D, De Graaff A, Aronson D, Van der Blij F, Taminiau J. Clinical presentations and predisposing factors of cholelithiasis and sludge. *J Gastroenterol Nutr* 2000; 31(4):411-7.
5. Ruibal Francisco JL, Aleo Luján E, Álvarez Mingote A, Piñeiro Martínez E, Gómez Casares R. Colelitiasis: análisis de 24 pacientes y revisión de 123 casos publicados en España. *An Esp Pediatr* 2001; 54(2):120-5.
6. Heubi JE, Lewis LG, Pohl JF. Disease of the gallbladder in infancy, childhood, and adolescence. En: Suchy FJ, Sokol RJ, Balistreri W. *Liver disease in children*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:343-62.
7. Thistle JL, Cleary PA, Lachin JM, Tyor MP, Hersh T. The natural history of cholelithiasis: The National Cooperative Gallstone Study. *Ann Int Med* 1984; 101(2):171-5.
8. Miltenburg DM, Schaffer R, Breslin T, Brandt ML. Changing indications for pediatric cholecystectomy. *Pediatrics* 2000; 105(6):1250-3.
9. Schwesinger WH, Diehl AK. Changing indications for laparoscopic cholecystectomy. Stones without symptoms and symptoms without stones. *Surg Clin North Am* 1996; 76(3):493-504.
10. Miño G, Naranjo A. Litiasis biliar. En: Berenguer Lapuerta J, Brugera Bengoechea M, Rodrigo Sáez L. *Tratamiento de las enfermedades hepáticas y biliares*. Asociación Española para el Estudio del Hígado. Madrid: Elba, 2001:353-9.
11. Criterios Diagnóstico para Desórdenes Funcionales Intestinales (ROMA II) <[http://www.medicalcriteria.com/es/criterios/roma2\\_intestinal.htm](http://www.medicalcriteria.com/es/criterios/roma2_intestinal.htm)> [consulta: 7 diciembre 2010]

12. Schoenfield LJ, Berci G, Camovale RL, Casarella W, Caslowitz P, Chumley D, et al. The effect of ursodiol on the efficacy and safety of extracorporeal shock-wave lithotripsy of gallstones. The Dornier National Biliary Lithotripsy Study. *N Engl J Med* 1990; 323:1239-45.
13. Thomson M, Walker Smith J. Dyspepsia in infants and children. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1998; 12:601-24.
14. Lobe TE. Cholelithiasis and cholecystitis. *Semin Pediatr Surg* 2000; 9(4):170-6.
15. Yuso IF, Barkun JS, Barkun AN. Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32:1145-68.
16. Podda M, Zuin M, Battezzati PM, Ghezzi C, Fazio C, Dioguardi ML. Efficacy and safety of a combination of chenodeoxycholic acid and ursodeoxycholic acid for gallstone dissolution: a comparison with ursodeoxycholic acid alone. *Gastroenterol* 1989; 96(1):222-9.
17. Séguier-Lipszyc E, De Lagausie P, Benkerrou M, Di Napoli S, Aigrain Y. Elective laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2001; 15(3):301-4.
18. Wesdorp I, Bosman D, De Graaff A, Aronson D, Van der Blij F, Taminiou J. Clinical presentations and predisposing factors of cholelithiasis and sludge in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31(4):411-7.
19. Holcomb GW, Morgan WM, Neblett WW, Pietsch JB, O'Neill JA, Shyr Y. Laparoscopic cholecystectomy in children: lessons learned from the first 100 patients. *J Pediatr Surg* 1999; 34(8):1236-40.
20. Schirmer WJ, Grisoni ER, Gauderer MWL. The spectrum of cholelithiasis in the first year of life. *J Surg* 1989; 24 (10):1064-7.

Recibido: 21 de febrero de 2011

Aprobado: 25 de febrero del 2011

**MsC. Teresa Castellanos Carmenate.** Policlínico Universitario "Alberto Fernández Montes de Oca", San Luis, Santiago de Cuba, Cuba.  
Dirección electrónica: ulloa@medired.scu.sld.cu