

CONTROVERSIAS

Litiasis vesicular: Tratamiento invasivo vs. tratamiento médico

La litiasis vesicular (LV), sin dudar constituye una de las dos o tres patologías orgánicas de mayor prevalencia que afectan al aparato digestivo. En el mundo Occidental esta prevalencia se ha estudiado en población general de países como Italia y Uruguay llegando a un 15 % y si se toman países superdesarrollados como USA, debido a la alta frecuencia de obesidad esta puede aumentar a un 20 %. Por esto, más lo que significa la curva de costo – beneficio en salud, que se rompería abiertamente si se realizara la exéresis de “todas” las vesículas con cálculos sin un estudio clínico y ecográfico adecuado (en USA p.e. se efectúan 700.000 colecistectomías anuales) y teniendo en claro, que un porcentaje de LV se complica (colecistitis, expulsión de cálculos a la vía biliar principal, pancreatitis, etc.) En suma todos estos aspectos nos dan una idea cabal de la dimensión del problema.

Si bien el título de ésta, es tratamiento invasivo vs. tratamiento médico; tal cual pasa con los métodos diagnósticos (p.e. las imágenes: Eco – Tac – Resonancia) los tratamientos no se oponen, por el contrario se complementan, de modo tal que cada uno tendrá su lugar y existirán prioridades, indicaciones y necesidades adaptables a cada caso en particular.

La primer pregunta es ¿Quién debe tratarse?, ¿Por qué?, ¿ Todos deben ser sometidos a un tratamiento de sus cálculos vesiculares?.

Las respuestas a estas preguntas las explicaron Gracie y Ransohoff (1) a principios de la década del 80, donde demuestran a través de complejas experiencias de bioestadística y de seguimientos ecográficos que el “cálculo inocente” existe y no es un mito: mas del 80 % de los pacientes con LV asintomático en un follow up a 15 – 20 años permanecen en esta condición y solo el 18 % se complican y esta complicación da tiempo para una opción terapéutica. Estos conceptos reveladores revolucionaron la conducta frente a los cálculos de vesícula, dado que previamente todo paciente con LV era sometido a una colecistectomía y lo más importante efectuaron un aporte invaluable al reconocimiento de la historia natural de la enfermedad vesicular litiásica. A partir de allí la colecistectomía profiláctica se la consideró como mínimo una conducta heterodoxa, reservándola solo para situaciones clínicas de excepción (p.e. para la vesícula calcificada o “en porcelana” por el riesgo de desarrollo de neoplasias vesiculares en estos casos). Mas tarde estas experiencias fueron confirmadas por el Grupo Grepcó (2), quienes se dedican al diagnóstico y tratamiento de la LV.

De todo esto se desprende que deben tratarse aquellos cálculos vesiculares sintomáticos, es decir los enfermos que padecen cólicos vesiculares típicos, tal cual están descriptos en los textos de Medicina Interna, recordando que la dispepsia inespecífica, cefalea o manifestaciones de intestino irritable no pueden adjudicarse a una condición de cólico biliar o de “vesícula asintomática”. Y por el contrario una colecistectomía sobreindicada puede empeorar aquellas situaciones.

Hoy día la comunidad científica internacional abocada a este tema, se ha puesto de acuerdo en un algoritmo de seguimiento y terapéutico, que consiste en lo siguiente:

- a) **Litiasis asintomática:** controles clínicos ecográficos periódicos a grupos definidos como es el género femenino y mayores de 65 años por el riesgo de carcinoma vesicular (aunque el riesgo real esperado de cáncer en vesícula litiasica es del 2 – 3 % y en grupos etareos muy avanzados, por el cual la colecistectomía profiláctica indiscriminada estaría contraindicada porque se realizarían 97 – 98 % “demás” o sobre indicadas.
- b) **LV sintomática:** aquí no hay dudas que el tratamiento de elección hoy día es la colecistectomía laparoscópica. Un método revolucionario en la terapéutica de la litiasis biliar, entre otras, de bajo costo, mucha menor agresión, evita la laparotomía y sus complicaciones con rápida reincorporación postoperatoria y laboral y mínimos detalles estéticos. En 1988 Mouret (Lyon) lleva a cabo la primera extirpación vesicular por vía laparoscópica siendo Dubois (Francia) y Reddick (USA) quienes publicaron las primeras series significativas. Tal es así que el procedimiento fue llamado “La nueva Revolución Francesa”.

No todo es absolutamente favorable para este método, con buen criterio clínico – quirúrgico deben contemplarse las dificultades: lo mas grave es que el grupo en cuestión no haya cumplido con la curva de aprendizaje y esto genera un aumento exponencial de la morbilidad (3). Desde el punto de vista técnico muchas veces una severa colecistitis con perivisceritis o el hallazgo de una neoplasia de vía biliar no advertida previamente obligan a una conversión en una cirugía a cielo abierto (las conversiones oscilan en un 3 y un 6 %). O bien siempre tener presente que del 10 al 15 % de las LV que van a colecistectomía presentan cálculos en la vía biliar principal y del 3 al 11 % estos son inadvertidos o insospechados (4), lo cual puede prevenirse con un algoritmo pre laparoscópico que comprenda: antecedentes de pancreatitis aguda o ictericia, elevación de los marcadores biológicos de colestasis (Fal y GGT) o un hepatocolédoco mayor a 5 – 6 mm de diámetro lo que puede obligar a una colangiografía retrograda endoscópica previa y detectar una eventual coledocolitiasis que puede ser extraída (5) para luego si con la vía biliar expedita realizar el procedimiento.

Vale la pena, dado que el método ha sido universalmente divulgado y aplicado, efectuar una colangiografía transcística en todo paciente sometido a una colecistectomía laparoscópica para detectar eventuales factores de morbilidad previamente descritos. Lamentablemente últimas publicaciones refieren un aumento del índice de injurias biliares y sobre todo si se compara a este procedimiento con la forma de colecistectomía tradicional (6).

El segundo método para el tratamiento de la LV sintomática, con cólicos vesiculares definidos es la tradicional colecistectomía laparoscópica, utilizando como vía de abordaje la incisión de Köcher o la paramediana derecha. Desde que el cirujano alemán Langenbuch practica con éxito la primera (1882) reinó en la cirugía vesicular por mas de 100 años y sus indicaciones se desprenden de párrafos anteriores: no cumplimiento con la curva de aprendizaje para efectuar una laparoscópica o la obligación de convertir una laparoscópica en una laparotomía. Debe agregarse que este método invasivo, terapéutico, permitió por parte de un cirujano argentino nacido en Córdoba, el Dr Mirizzi el desarrollo de la colangiografía intraoperatoria o Mirizzigrafía: que en realidad significo un método espectacular en la profilaxis de la litiasis residual de colédoco, salvando a cientos de miles de

pacientes de esta patología y diseminando universalmente este procedimiento diagnóstico intraoperatorio de vigencia actual.

Luego de lo expuesto ¿Podría afirmarse que hay un lugar para el tratamiento oral disolutivo con ácidos biliares es decir el tratamiento médico? Y uno debe contestar rotundamente que si, pero con todas las salvedades del caso, dado que solo está indicado para un subgrupo de pacientes: aquellos longevos o no, pero con serias contraindicaciones para un efecto anestésico p.e. por enfermedades cardiorrespiratorias avanzadas, o bien fóbicos para todo tipo de procedimientos invasivos.

Hoy día se utiliza el Ácido Ursodesoxicólico (AUDC) y no el que se usó previamente, el ácido quenodesoxicólico (AQDC) dado que este último, ácido biliares primarios, producía diarrea (40 %), dislipemia (15 %) y hepatotoxicidad (8 %) de los casos. El AUDC es un ácido biliar inocuo, terciario (Beta epímero del quenodesoxicólico por acción bacteriana intestinal) constituye entre el 2 y el 4 % del total del "pull" de ácidos biliares endógenos y su mecanismo de acción para disolver cálculos sería variado: inhibición de la síntesis hepática de colesterol, desaturar la bilis de colesterol a través de una "fase cristalina" y no micelar como el AQDC, lo que hace "arrastrar" al colesterol biliar en dichos cristales (sin inhibir a los ácidos biliares endógenos. Las dosis usualmente utilizadas con el AUDC son entre 10 y 12 mg/kg/peso/día. Debiendo ser muy estrictos con los criterios de admisión para iniciar un tratamiento de disolución oral: cálculos radiolucidos (no calcificados), vesícula funcionante (antes se utilizaba a la colecistografía oral para evaluar esto, siendo hoy día ampliamente reemplazado por la Ecografía vesicular) y lo ideal es que los cálculos no superen los 10 mm de diámetro (dado que la capacidad disolutiva es de 1 mm mensual) y que floten en el interior de la vesícula. Con estos criterios, la tasa de éxito es: de mas del 70 % en casos de microcálculos, menores a 5 mm de diámetro (7), del 50 % en casos de macrocálculos, mayores a 5 mm de diámetro. Teniendo el tratamiento medico ventajas: 0 % de morbimortalidad y permanenciando la vesícula "in situ" . Con desventajas, como lo es "su talón de Aquiles", la posibilidad de recidiva, que es del 50 % a 5 años y entre el 55 y 67 % dentro del año respectivamente, si comparamos a los macrocálculos y únicos con los microcálculos y múltiples, los cuales son altamente recidivantes (8) (9). Tal es así que se sugieren dosis profilácticas de 300 mg/día de AUDC en caso de microlitiasis múltiple disuelta (9).

Finalmente un párrafo especial merece el "barro biliar vesicular" o "sludge" de los sajones. Que para los autores que han trabajado en el tema forma parte del espectro de "la enfermedad biliar litiásica" por dos motivos fundamentales, los constituyentes del barro biliar son los mismos que los de un cálculo establecido (monohidrato de colesterol, mucina y bilirrubinato de calcio) y porque si bien existe una forma inocente y autolimitada asociada al ayuno prolongado, embarazo, drogas, etc; existe otro patogénico y persistente capaz de producir descompensación biliopancreática (cólico biliar, colecistitis, pancreatitis aguda) (10) (11) (12). Se plantea la controversia, si un paciente con barro biliar vesicular patogénico y persistente debe tratarse con disolventes químicos orales o bien con procedimientos invasivos, p.e. colecistectomía. En realidad cualquiera de los dos estaría indicado: hay interesantes y recientes experiencias que 12 mg/kg/peso/día de AUDC en tiempo promedio terapéutico de 3,8 meses recuperan una "vesícula normal" con una tasa de recidiva de 25 % a un follow up de mas de 5 años (13). Por otro lado el "sludge" se acompaña de colecistitis ali tísica al

diagnóstico inicial o cuando hay pancreatitis recurrente la colecistectomía sería una opción válida sin descartar a los ácidos biliares (14). Y en suma cada uno de los tratamientos tendrá sus “pro y sus contras”. Uno será invasivo, no resuelve el trastorno metabólico (bilis litogénica), tendrá morbimortalidad. El otro es inocuo, pero uno de cada cuatro a más de 5 años solo con dieta hipograsa recidivan: lo cual no desmerece los resultados del tratamiento médico, muy por el contrario, como lo demostró nuestro grupo de trabajo el barro biliar es una gran indicación de tratamiento con AUDC, devolviéndole a los pacientes una vesícula indemne al cabo de algo más de 3 meses promedio de disolución oral con bajo nivel de recidiva en el largo plazo y cuando éste se presenta da tiempo para elegir una opción terapéutica..

En suma, a modo de resumen en el cuadro nº 1 sintetizamos el “Gold Standard” del tratamiento de la colelitiasis sintomática.

GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LV “SINTOMÁTICA”

- El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica.
- Un intestino irritable o una dispepsia inespecífica no pueden confundirse con un cólico vesicular e indicar una terapéutica que hoy se considera de excepción: la colecistectomía profiláctica.
- Los signos de litiasis de vía biliar principal son determinantes para detectar y tratar la coledocolitiasis previamente a la colesictectomía y así hacer la profilaxis de la litiasis residual de colédoco con ERCP y papilotomía previas.
- Es ideal durante una ectomía vesicular (laparoscópica o laparotómica) realizar la colangiografía intraprocedimiento.
- El barro biliar vesicular patogénico es una gran indicación para la disolución química con ácidos biliares.

Dr Carlos Guma

Jefe de Gastroenterología

Hospital Eva Peron

Bs. As. Argentina

Bibliografía

- (1) Gracie W, Ransohoff D. The natural history of silent gallstones the innocent gallstones is not a Myth.. N Engl J Med. 1982; 307: 798.
- (2) Grupo Grepc. The natural history of gallstones the Grepc experience. Hepatology. 1995; 21: 665-660.
- (3) Mac Fadyen B, Vecchio R, Ricardo A. Biliary duct lesions in the era of laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1998; 12: 315-321.
- (4) Hammarstron L, Holmin T and Stridbeck H. Endoscopic treatment of bile duct calculi in patients with gallbladder in situ. Scand J Gastroent. 1996; 31: 294-301.
- (5) Pencev D, Brady P, Pinkas H et al. The role of ERCP in patients after laparoscopic cholecystectomy. Am J Gastroent . 1994; 89: 1523-1527.
- (6) Schmidt S, Settmacher V, Langrehr J. Management and outcome of patients with combined bile duct and hepatic arterial injuries after laparoscopic cholecystectomy. Surgery. 2004; 135: 613-618.
- (7) Guma C, Viola L, Apestegui C et al. Therapeutic efficacy of ursodeoxycholic acid in gallbladder lithiasis and persistent biliary sludge. Act Gastroent Lat Amer. 1994; 24: 233-237.
- (8) Tudyka J, Wechsler J, Kratser W. Gallstones recurrence after successful dissolution therapy. Dig Dis Sci. 1996; 41: 235-241.
- (9) Guma C, Viola L, Thome M et al. Recurrence of microcholelithiasis, prevention therapy with ursodeoxycholic acid. Medicina. 1998; 58: 474-476.
- (10) Lee SP, Maher K, Nicholls J. Origin and fate of biliary sludge. Gastroenterology. 1988; 94: 170-176.
- (11) Janowitz P, Ktratzter W, Zemmler T et al. Gallbladder sludge: spontaneous course and incidence of complications in patients without stones. Hepatology. 1994; 20: 291-294.
- (12) Lee SP, Nicholls J, Park N et al. Biliary sludge as a cause of acute pancreatitis. N Engl J Med. 1992; 326: 589-593.
- (13) Guma C, Thome M, Viola L et al. Persistent gallbladder sludge: long term follow up after successful oral bile acid dissolution. Hepatology. 2004; 419 (abstract).
- (14) Ros E, Navarro S, Bru C et al. Occult microlithiasis in idiopathic acute pancreatitis: prevention of relapses by cholecystectomy or ursodeoxycholic acid therapy. Gastroenterology. 1991; 101: 1701-1709