



Colecistitis aguda: ¿Manejo médico?

Acute cholecystitis: Medical Management?

**AUTORES: INTERNO.ALVARO YEVENES SANCHEZ
PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE**

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda es un problema frecuente en la población Chilena, su manejo es predominantemente quirúrgico, e idealmente con colecistectomía laparoscópica dentro de las primeras 48 horas de iniciado el cuadro. Complementariamente, el manejo médico con antibióticos se usa muchas veces en fases iniciales.

Objetivo: Esta revisión pretende analizar la justificación científica del tratamiento médico en la colecistitis aguda leve como manejo previo a la resolución quirúrgica.

Materiales y método: Se recopiló evidencia de los últimos 10 años desde revistas nacionales como la revista Chilena de cirugía y bases de datos extranjeras PubMed, Cochrane y Epistemonikos.

Resultado: Como resultado se incluyeron una revisión sistemática, estudios retro y prospectivo en la literatura internacional y una serie de casos Chilena.

Discusión: Los estudios revisados respecto al uso de manejo médico específicamente antibiótico son escasos y principalmente extranjeros destacando el no significativo cambio en el curso de enfermedad.

Conclusiones: La evidencia no sustenta una recomendación de uso de manejo médico con antibióticos en colecistitis aguda leve.

Palabras Clave: Colelitiasis, colecistitis aguda, tratamiento antibiótico, manejo conservador.

Abstract

Background: Acute cholecystitis is a frequent problem in the Chilean population, its management is predominantly surgical, and ideally with laparoscopic cholecystectomy within the first 48 hours of the onset of the condition. In addition, medical management with antibiotics is used many times in the initial phases in which a bacterial superinfection has not occurred.

Objective: This review aims to analyze the scientific justification for medical treatment in acute cholecystitis as a management prior to surgical resolution.

Materials and method: Evidence of the last 10 years was collected from national journals such as the Chilean journal Surgery and foreign databases PubMed, Cochrane and Epistemonikos.

Result: As a result of the search, retro and prospective studies are described in the international literature and a series of Chilean cases

Discussion: The studies reviewed regarding the use of specifically antibiotic medical management are scarce and mainly foreign, highlighting the non-significant change in the course of the disease.

Conclusions: The evidence does not support a recommendation for the use of medical management with antibiotics in mild acute cholecystitis.

Keywords: Cholelithiasis, acute cholecystitis, medical management, conservative management.

Introducción

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula y su mecanismo fisiopatológico es la obstrucción sin resolver del conducto cístico, lo que genera un aumento de la presión intraluminal lo que provoca isquemia de la mucosa y de la pared vesicular, la liberación de factores como lisolecitina mediando inflamación. Al ser provocada por un cálculo pasa a denominarse colecistitis aguda litiásica correspondiente al 95% de los casos. Desde el punto de vista clínico la colecistitis aguda se define según criterios del consenso internacional, la guía de Tokio 2018, que ha mantenido sin cambios los criterios diagnósticos de su anterior versión (2013)(1). La prevalencia de colelitiasis varía mucho según la región geográfica, es mucho mayor en hispanos centro y Sudamérica e hispanos estadounidenses con ascendencia nativa americana. La población nativa de América del norte y del sur representan los grupos con mayor riesgo de cálculos biliares en todo el mundo, los factores genéticos conducen a la formación de cálculos temprano en la vida (50% a los 50 años tanto en hombre como en mujeres (2). En Chile, una magnitud de ello es que del total de egresos hospitalarios registrados en 2018(1.669.602) aproximadamente un 3,5% (57.850) correspondió a colelitiasis sintomática, de estos aproximadamente el 10% (6.561) debido a colecistitis aguda (3). Respecto al manejo un 75% de los pacientes experimentan remisión con el tratamiento médico al cabo de 2 a 7 días tras la hospitalización, un 25% manifiesta una complicación a pesar del tratamiento conservador. Por otro lado, si se permite su evolución natural sin tratamiento puede generar complicaciones locales como gangrena vesicular, perforación vesicular, fístula colecisto entérica, colecistitis enfisematosa y complicaciones sistémicas por sepsis (4). La evidencia demuestra que los pacientes cuyo tratamiento fue exclusivamente médico cerca de un 40% fue readmitido por eventos relacionados. Es por esto que la colecistectomía no es un tema en discusión (5). Aunque la base del tratamiento de la colecistitis aguda y de sus complicaciones sigue siendo la cirugía, puede ser necesaria la estabilización previa colecistectomía, lo cual incluye la administración de volumen, la corrección de alteraciones electrolíticas, la analgesia y los antibióticos incluso en fases iniciales del proceso en el que aún no se ha producido sobreinfección bacteriana.

Materiales y Método

Dada la prevalencia de la colecistitis aguda, los efectos negativos del uso antibiótico tanto a nivel individual como poblacional y la escasa referencia en las guías clínicas actuales respecto de la justificación para su uso, se definió la siguiente pregunta: en pacientes con colecistitis aguda leve es decir, paciente sano sin disfunción orgánica y cambios inflamatorios leves en la vesícula biliar, ¿Se justifica el manejo médico? Se realizó la búsqueda en revistas virtuales tanto nacionales como la Revista Chilena de cirugía y bases de datos extranjeras como PubMed, epistemonikos y Cochrane. Se filtraron los resultados entre el año 2010 y 2020. Del total se incluyeron para esta revisión de la literatura, revisiones sistemáticas y estudios tanto retro como prospectivos por tratar específicamente la respuesta a la pregunta realizada y una serie de casos Chilena que indirectamente aborda el tema.

Resultados

Un ensayo controlado aleatorizado que incluyó 84 pacientes con colecistitis aguda leve divididos aleatoriamente en dos grupos sin diferencias significativas de sexo, edad, origen o número de comorbilidades, uno de ellos al tratamiento con antibióticos intravenosos (42) y el otro a tratamiento sin antibióticos (42). Se utilizaron criterios como duración de estancia hospitalaria, duración combinada de la estancia para todas las admisiones posteriores. Criterios secundarios como tiempo hasta la resolución del dolor, intervalo hasta reanudación de ingesta oral (líquida), necesidad de drenaje percutáneo, el tiempo operatorio y las complicaciones postoperatorias entre otras. El único impacto medible de los antibióticos endovenosos fue una reducción del intervalo de tiempo para la ingesta de dieta líquida en medio día, sin diferencias significativas en términos del curso perioperatorio, necesidad de drenaje percutáneo y readmisión (6). Por otro lado, un estudio de cohorte retrospectivo de 33 pacientes, en el Radbound Medical Center, hospital universitario de países bajos, divididos en tres grupos: tratamiento con antibióticos solos, tratamiento antibiótico con drenaje percutáneo de la vesícula biliar dentro de las 72 horas, y el tercer grupo manejado sintomáticamente con analgésicos. 15 pacientes (45%) recibieron tratamiento inicial con agentes antibióticos solos, 12 pacientes (36%) con antibióticos y drenaje percutáneo y 6 pacientes (18%) recibieron tratamiento sintomático. Del primer grupo, 5 fueron sometidos a drenaje percutáneo por progresión de la enfermedad. Del segundo, la readmisión fue necesaria en el 42% de los pacientes. En el grupo con manejo sintomático, no fue necesario ningún manejo adicional (antibióticos o drenaje percutáneo), realizándose colecistectomía posteriormente a excepción de un paciente quien ha permanecido libre de síntomas por al menos 4 años (7). En Chile, una serie de casos del Servicio de Cirugía del Hospital de Coquimbo, incluyó 233 pacientes con el diagnóstico de colecistitis aguda corroborado histopatológicamente. Los cuales se dividieron en los intervenidos antes del séptimo día de iniciado los síntomas y otro operado después de este periodo. Se comparan resultados quirúrgicos respectivamente en términos de días de estadía hospitalaria (3,9 vs 7,2), periodo posoperatorio (1,9 vs 2,9), tasa de conversión a cirugía abierta (2,1% vs 9,7%), duración de la cirugía (similar en ambos grupos), tasa de complicaciones postoperatorias (3,2 vs 10,7%) y mortalidad (0% ambos grupos) (8).

Una revisión sistemática de la literatura que analizó 26 estudios, evidencia la mala calidad y alto riesgo de sesgo en los trabajos dado que la mayoría no describió la gravedad de la colecistitis aguda lo que podría sobreestimar los efectos de la antibioticoterapia, en términos de disminuir las complicaciones (9).

Discusión

Los estudios revisados respecto al uso de manejo médico específicamente antibióticos son escasos y principalmente extranjeros, destacando el no significativo cambio en el curso de la enfermedad. En Chile solo se encontró un estudio el cual describe principalmente resultados de la colecistectomía precoz versus tardía sin detalles del manejo médico recibido por los pacientes previa intervención. Pese al reconocimiento en la guía de Tokio 2018 de la no obvia participación bacteriana en la colecistitis aguda leve se hace referencia a su uso profiláctico para no progresión de la infección (41), sin haber encontrado por medio de esta revisión bibliográfica evidencia concisa como respaldo.

Conclusión

Desde el punto de vista fisiopatológico no existe sustento para el manejo antibiótico, y su uso con la poca evidencia disponible no ha demostrado beneficios en términos de estadía hospitalaria o disminución de complicaciones por progresión de enfermedad. Por tanto, existe evidencia insuficiente para sustentar el uso de antibióticos previa resolución quirúrgica en la colecistitis aguda leve, pero aún es necesario elaborar estudios locales ajustados a la realidad Chilena para elaborar una recomendación estandarizada.

Agradecimientos

Agradecimientos a Dr. Humberto Flisfisch Fernandez, Departamento de Cirugía Sur, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Referencias

1. Yokoe, M., Hata, J., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., Wakabayashi, G.,... & Okamoto, K. (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences*, 25(1), 41-54.
2. Lammert, F., Gurusamy, K., Ko, C. W., Miquel, J. F., Méndez-Sánchez, N., Portincasa, P., ... & Wang, D. Q. H. (2016). Gallstones. *Nature reviews Disease primers*, 2(1), 1-17.
3. Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS). 2018 Disponible en: <https://deis.minsal.cl>
4. Greenberger NJ, Paumgartner G. Enfermedades de la vesícula biliar y las vías biliares. In: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. eds. *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 20e. McGraw-Hill;
5. Zafar SN, Obirize A, Adesibikan B, Cornwell EE III, Fullum TM, Tran DD. Optimal time for early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *JAMA Surg* 2015;150:129-136
6. Mazeh, H., Mizrahi, I., Dior, U., Simanovsky, N., Shapiro, M., Freund, H. R., & Eid, A. (2012). Role of antibiotic therapy in mild acute calculus cholecystitis: a prospective randomized controlled trial. *World journal of surgery*, 36(8), 1750–1759.
7. JANSSEN, Emmy RI, et al. Retrospective Analysis of Non-Surgical Treatment of Acute Cholecystitis. *Surgical infections*, 2020, vol. 21, no 5, p. 428-432.
8. LÓPEZ, Javier, et al. Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda.¿ Influye el tiempo de evolución?. *Revista chilena de cirugía*, 2017, vol. 69, no 2, p. 129-134.
9. Van Dijk, A. H., De Reuver, P. R., Tasma, T. N., Van Dieren, S., Hugh, T. J., & Boermeester, M. A. (2016). Systematic review of antibiotic treatment for acute calculous cholecystitis. *British Journal of Surgery*.
10. Gomi, H., Solomkin, J. S., Schlossberg, D., Okamoto, K., Takada, T., Strasberg, S. M., ... & Pitt, H. A. (2018). Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences*, 25(1), 3-16.