

LITIASIS VESICULAR.

Dr. Gilberto Pardo Gómez (1)

1. Clasificación.

- 1.1. Atendiendo a la naturaleza de los cálculos.
 - 1.1.1. Cálculos de colesterol
 - 1.1.2. Mixtos
 - 1.1.3. Cálculos pigmentarios- Bilirrubina.

- 1.2. Atendiendo a las alteraciones de la vesícula.
 - 1.2.1. Litiasis sin alteraciones de la pared vesicular: Colelitiasis.
 - 1.2.2. Litiasis con alteraciones de la pared.
 - 1.2.2.1. Inflamatorias.
 - 1.2.2.1.1. Agudas.
 - 1.2.2.1.2. Crónicas.
 - 1.2.2.2. Neoplásicas.
 - 1.2.2.2.1. Benignas.
 - 1.2.2.2.2. Malignas.

2. Diagnóstico.

- 2.1. Antecedentes.

- 2.2. Síntomas y signos.

- 2.3. Exámenes de Laboratorio.
 - 2.3.1. T.G.P y T.G.A.
 - 2.3.2. Fosfata Alcalina.
 - 2.3.3. Eritrosedimentación.
 - 2.3.4. Tiempo de Protrombina.
 - 2.3.5. Hemoglobina y Hematocrito.
 - 2.3.6. Glicemia
 - 2.3.7. Creatinina.

- 2.4. Exámenes Imagenológicos.
 - 2.4.1. Ultrasonido de Hígado, vesícula y vías biliares (Es el de elección en estos momentos habiendo desplazado a los demás. Debe hacerse en ayunas. Puede complementarse con comida, para detectar funcionamiento vesicular).

(1) Profesor de Mérito (ISCM-H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán, Especialista de 2º Grado en Cirugía General, Secretario del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

- 2.4.2. En lugares donde no exista U.S. puede emplearse la Colecistografía oral, en todas sus variantes: doble dosis, fraccionada, etc.
- 2.4.3. Colangiografía E.V. en algunos casos seleccionados.
- 2.4.4. Axial computarizada, Resonancia Magnética Nuclear en algunos casos de difícil diagnóstico.
- 2.4.5. Centelleografía vesicular con ácido imido acético marcado con 99 Tec útil en el diagnóstico de la aguda.

3. Tratamiento Quirúrgico.

Es el de elección, tanto en litiasicas como en las alitiásicas, así como en las sintomáticas y asintomáticas.

- 3.1. Puede realizarse por método abierto o tradicional, o por: mínimo acceso o laparoscópico.
 - 3.1.1. Mínimo acceso o laparoscópico. Hoy en día es el más usado en todo el mundo y en nuestro país.
 - 3.1.1.1. Anestesia General.
 - 3.1.1.2. Se utiliza 3 ó 4 orificios o puertos, por donde se introducen los instrumentos para realizar la intervención y la cámara.
 - 3.1.1.3. Tres cirujanos intervienen: uno realiza la intervención, otro maneja la cámara y el tercero auxilia al cirujano.
 - 3.1.1.4. La técnica que se sigue es la misma de la cirugía abierta, la única diferencia es que se usa otro método.
 - 3.1.1.5. Si el cirujano que realiza la intervención encontrara dificultades, debe convertir la operación y hacerla por el método abierto.
 - 3.1.1.6. Este método al igual que el abierto, debe realizar Colangiografía transoperatoria, lo que evitará lesiones de las vías biliares y detectará cálculos coledocianos.
 - 3.1.1.7. Deberá usar antibióticos profiláctico (ver antibióticos).
 - 3.1.1.8. Podrá dejar drenaje a través de uno de los orificios o puertos.
 - 3.1.1.9. Tanto en este método como en el abierto es necesario, extremar el cuidado en la disección del conducto cístico, la arteria cística y el colédoco.
 - 3.1.2. Método abierto o también llamado tradicional.
 - 3.1.2.1. Tiene su indicación en aquellos lugares, donde no tengan los recursos ni el adiestramiento del "mínimo acceso". También cuando al iniciar la intervención por el método laparoscópico se encuentran obstáculos insalvables, se debe de convertir la intervención.
 - 3.1.2.2. Se usará anestesia general. También puede usarse anestesia epidural o local en casos que tenga indicación para este tipo de anestesia.

- 3.1.2.3. Incisiones. Paramedia derecha supraumbilical, subcostal derecha (Kocher) o Mayo.
- 3.1.2.4. Se debe realizar sistemáticamente: la Colangiografía transoperatoria.
- 3.1.2.5. Usar antibiótico profiláctico.
- 3.1.2.6. Es necesario realizar una dirección cuidadosa del conducto cístico, la arteria cística y el colédoco, para evitar las temidas lesiones de las vías biliares. Se recomienda realizar una hemostasia cuidadosa del lecho vesicular y en ocasiones suturar el lecho.
- 3.1.2.7. Se dejará drenaje por contra-abertura (hule de goma). Movilizándolo a las 24 horas y retirándolo en casos de evolución normal, a las 48 horas.

4. Tratamiento no quirúrgico.

4.1. Médico:

- 4.1.1. Régimen higiene dietético estricto.
- 4.1.2. Uso de sales biliares.
- 4.1.3. Tomar soluciones antiespasmódicas.

4.2. Uso de Medicamentos disolventes de la litiasis vesicular.

- 4.2.1. Ácido Queno-desoxicólico 5 mg por Kg. por día.
Ácido Urso desoxicólico 10 mg por Kg. por día.
- 4.2.2. Este tratamiento se usará de 6 meses a un año o dos.
- 4.2.3. Tiene el inconveniente de las recidivas y las complicaciones.
- 4.2.4. Se indica en pacientes con litiasis vesicular con vesículas funcionantes y que rehúsan la intervención, o tengan contraindicación quirúrgica absoluta.

4.3. Otros: Uso de las ondas de choque: Litroticia extracorpórea.

- 4.3.1. Hoy en día se ha abandonado este tratamiento, ya que los equipos son muy costosos.
- 4.3.2. Tienen las mismas indicaciones del anterior y los mismos requisitos. Hacen recidivas y tienen complicaciones frecuentes.

5. Algunas condiciones especiales:

5.1. Pacientes cirróticos:

- 5.1.1. Cirróticos ligeros, se tratarán como se ha referido anteriormente.
- 5.1.2. Pacientes cirróticos avanzados.
 - 5.1.2.1. En estos pacientes:
 - a) Colecistostomía y extracción de cálculos.
 - b) Dejar Sonda de Foley.
 - c) Colangiografía antes de retirar la sonda.
 - 5.1.2.2. En otros pacientes cirróticos:
 - a) Ligadura de cístico y cística por separado.
 - b) Extracción de los cálculos.
 - c) Resección de pared inferior de vesícula.

- d) Electrocoagulación de la mucosa de la porción vesicular restante.
- e) Peritonización de esta superficie si es posible.
- f) Si cálculos coledocianos: C.P.R.E.