

Colecistitis aguda

Fecha de la última revisión: **16/08/2017**

Índice de contenidos

1. [¿Qué es?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cuáles son sus complicaciones?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autoras](#)

¿Qué es?

La colecistitis aguda es una inflamación aguda de la vesícula biliar causada por la obstrucción del conducto cístico que provoca su distensión. Generalmente ocasionada por cálculos, a veces barro biliar y de forma más rara: tumores primarios con efecto masa, pólipos, parásitos o cuerpos extraños. Esta inflamación puede infectarse por enterobacterias y menos frecuente por gérmenes anaerobios (Knab LM, 2014; Katabathina VS, 2015).

La mayoría de los pacientes con cálculos biliares permanecerán asintomáticos a lo largo de su vida, sólo un 36% desarrollarán una colecistitis aguda (Sanders G, 2007) y también pueden tenerla, el 3% de los que han tenido un cólico biliar (Julka K, 2010). Se considera la causa más frecuente de indicación de cirugía en la población mayor de 55 años que acude a los servicios de urgencias por dolor abdominal (Lyon C, 2006).

El principal factor de riesgo es la edad avanzada, también lo son: el sexo femenino, la obesidad y la pérdida rápida de peso, como ocurre hasta en el 30% de pacientes intervenidos de cirugía baritada (Knab LM, 2014).

En un 5-10% están descritas formas más raras de presentación sin cálculos o alitiásicas, en las que intervienen mecanismos de inflamación más complejos que provocan retención de bilis, isquemia de la vesícula o ambos. Es más frecuente en pacientes hospitalizados con enfermedad grave: politraumatizados, grandes quemados, sepsis, shock, fallo multiorgánico o tras intervenciones de cirugía mayor (cardíaca, cirugía abierta de reconstrucción de la aorta abdominal). Con menor frecuencia también está descrita en pacientes con nutrición parenteral o ayuno prolongado. Su diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para evitar su elevada morbimortalidad (Gu MG, 2014; Barie PS, 2010; Huffman JL, 2010).

¿Cómo se diagnostica?

El síntoma más frecuente es el dolor en hipocondrio derecho o en el epigastrio, que con frecuencia tiene un inicio insidioso y evoluciona a más intenso con irradiación en cinturón hacia la espalda. Se diferencia del cólico biliar por su persistencia (más de 12 horas) y por la existencia del signo de Murphy (el paciente corta la inspiración al presionar en hipocondrio derecho). Éste suele estar presente en el 65% de los adultos con colecistitis aguda. Tiene una sensibilidad del 65% y una especificidad del 87% (Katabathina VS, 2015). Puede acompañarse de náuseas, vómitos e inquietud. La fiebre puede estar presente en el 53% de los pacientes y la ictericia en casos más graves (Knab LM, 2014; Miura F, 2007; Cartwright SL, 2008). Es relativamente frecuente que estos síntomas y signos clásicos estén ausentes en los ancianos (Lyon C, 2006).

Es importante que el clínico interroge acerca del inicio, la duración y la gravedad del dolor, así como de los factores que lo agravan o lo alivian. La ausencia de cólico puede ser útil para descartarla, aunque cerca del 25% de pacientes con colecistitis aguda se presentarán sin dolor localizado en el hipocondrio derecho o sin cólico (Cartwright SL, 2008).

Las pruebas de laboratorio son sólo complementarias en el estudio del paciente con sospecha de colecistitis aguda y tanto la clínica como los estudios de imagen tienen más peso en el diagnóstico definitivo. En general se recomienda realizar un hemograma completo para descartar presencia de infección y una bioquímica de función hepática. Alrededor del 53% presentarán leucocitosis (Knab LM, 2014). También suelen elevarse los niveles de bilirrubina, fosfatasa alcalina y la ALT, sin embargo valores normales no la descartan (Cartwright SL, 2008; Panebianco NL, 2011).

La radiografía simple de abdomen tiene escasa utilidad diagnóstica, sólo en el 15-20% de los casos los cálculos contendrán calcio y podrán observarse. En la colecistitis enfisematosa, podrá verse gas en la pared de la vesícula localizado en el cuadrante superior derecho de la radiografía (O'Connor OJ, 2011; Vijayaraghavan G, 2009). Su indicación en el estudio del paciente con dolor abdominal se limitan a la sospecha clínica de pneumoperitoneo u obstrucción del intestino delgado (Panebianco NL, 2011).

La ecografía abdominal es la prueba de imagen de elección en la evaluación inicial de cualquier paciente con dolor localizado en el cuadrante superior derecho del abdomen y ante la sospecha de colecistitis aguda (O'Connor OJ, 2011; Shakespeare JS, 2010; Miura F, 2007). Es también la prueba más sensible para la detección de cálculos en la vesícula: 90-95%, con un valor predictivo positivo entre el 92-95% en presencia de los signos ecográficos sugestivos: vesícula distendida mayor de 4,5 cm en el diámetro transversal, pared engrosada mayor de 3 mm, líquido en su alrededor, presencia de cálculos y el signo de Murphy: dolor a la presión de la sonda de ultrasonografía en el cuadrante superior derecho del abdomen, este signo por sí solo tiene una sensibilidad diagnóstica hasta del 92% de colecistitis aguda (Stogryn S, 2016; Vijayaraghavan G, 2009; O'Connor OJ, 2011).

La escintigrafía hepatobiliar tiene más sensibilidad que la ecografía (97%) en caso de colecistitis aguda y una especificidad mayor del 90% (Ziessman HA, 2009). Por su menor disponibilidad frente a la ecografía solamente debe indicarse ante la sospecha de colecistitis aguda, cuando la clínica y la ecografía no han sido definitivas para el diagnóstico (Julka K, 2010; O'Connor OJ, 2011).

La tomografía axial computerizada (TAC) tiene una sensibilidad menor que la ecografía o la escintigrafía para detectar obstrucción en el conducto cístico y la presencia de cálculos en la vesícula. Es la prueba más útil para diagnosticar las complicaciones de la colecistitis aguda: colecistitis gangrenosa, hemorrágica o enfisematosa. Son signos de sospecha de colecistitis gangrenosa con una alta especificidad y precisión diagnóstica: una vesícula con importante distensión, presencia de gas, pared irregular y disminución de su grosor (Chang WC, 2016; Patel NB, 2013). Es más sensible que la ecografía para diagnosticar la perforación de la vesícula y la mejor técnica de imagen para diagnosticar el íleo biliar (Patel NB, 2013; O'Connor OJ, 2011; Vijayaraghavan G, 2009). Está indicada en pacientes en

los que no ha podido realizarse el diagnóstico por ecografía, con síntomas y signos confusos, dolor que se extiende más allá del cuadrante superior derecho del abdomen y ante la sospecha de colecistitis complicada (Shakespeare JS, 2010).

La resonancia nuclear magnética (RNM) ha demostrado tener una precisión diagnóstica similar a la ecografía, pero con un coste más elevado. Su principal indicación estaría en pacientes con sospecha obstrucción biliar por coledocolitiasis que no ha podido objetivarse con otras pruebas de imagen (Katabathina VS, 2015).

La presencia de dolor cólico en el cuadrante superior derecho obliga a realizar el diagnóstico diferencial con el cólico renal, hepatitis aguda, patología pancreática, intestinal, pulmonar y pleural (neumonía del lóbulo inferior derecho, derrame pleural), úlcera gástrica o duodenal así como con dolor musculoesquelético (Panebianco NL, 2011; Miura F, 2007).

El diagnóstico de la colecistitis alitiásica es más difícil ya que los pacientes graves no pueden comunicar sus síntomas. Además la exploración física y las pruebas de laboratorio son inespecíficas y poco concluyentes. Deber sospecharse en pacientes graves en situación crítica que presenten fiebre o ictericia de causa desconocida tras haber descartado sus posibles causas. Es muy importante el diagnóstico precoz para evitar la progresión de la isquemia en la vesícula que favorece la gangrena y la perforación.

Aunque pueden utilizarse las mismas pruebas de imagen que en pacientes con colecistitis litiásica, tanto la ecografía como la TAC tienen menos precisión diagnóstica. Existe controversia en cuáles son las que deben utilizarse en primer lugar para establecer el diagnóstico. La ecografía es la prueba de elección en pacientes graves en situación inestable por su rapidez y por la posibilidad de trasladar el ecógrafo hasta el enfermo (Panebianco NL, 2011; Huffman JL, 2010; O'Connor OJ, 2011). La presencia de engrosamiento de la pared de la vesícula es el signo más fiable (una especificidad del 98,5% y una sensibilidad del 80% si se observa un grosor de 3,5 mm). La TAC frente a la ecografía tiene los inconvenientes de que precisa la movilización de los enfermos y de la administración de contraste intravenoso. Puede estar indicada en casos en los que la ecografía no sea concluyente. La escintigrafía hepatobiliar tiene una elevada proporción de falsos negativos en estos pacientes (10-36%) (Ziessman HA, 2009). La RNM en general no se utiliza porque es una prueba que requiere más tiempo y no ofrece ventajas significativas frente a la ecografía o la TAC (Barie PS, 2010; Huffman JL, 2010).

¿Cuáles son sus complicaciones?

Cerca del 14% de pacientes con colecistitis aguda sufren complicaciones y estas son más frecuentes en mayores de 65 años (O'Connor OJ, 2011):

- Colangitis aguda.
- Perforación de la vesícula.
- Abscesos y fístulas de la vesícula y árbol biliar.
- Colecistitis enfisematosa.
- Íleo biliar.

La presencia de complicaciones es mucho mayor en pacientes con colecistitis alitiásica: cerca del 63% pueden presentar colecistitis gangrenosa, un 15% perforación de la vesícula y muerte hasta en el 40%. Más del 70% de los casos de colecistitis enfisematosa tienen lugar en varones y cerca del 20% presentan diabetes mellitus. La presencia de crepitación a la palpación del cuadrante superior derecho del abdomen sugiere su presencia (Barie PS, 2010; Julka K, 2010).

¿Cómo se trata?

El objetivo del tratamiento consiste en reducir la inflamación de la vesícula, así como prevenir y tratar la infección secundaria. Para ello, inicialmente debe mantenerse el reposo de la vesícula mediante ayuno y sueroterapia para evitar la obstrucción del conducto cístico. No existen estudios disponibles acerca del alcance real de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos en la colecistitis aguda, sin embargo estos han demostrado su eficacia en la disminución del dolor en pacientes con cólico biliar (Basurto Oña X, 2008; Julka K, 2010; Sanders G, 2007). El inicio del tratamiento puede realizarse mediante una dosis de 75 mg de **diclofenaco** intramuscular antes de la llegada al hospital o en la misma sala de urgencias. En algunos casos refractarios a estos analgésicos, puede estar indicado el uso de **morfina** (Katabathina VS, 2015; Kripke C, 2007).

En la actualidad existen opiniones controvertidas en cuanto a la necesidad de indicación de antibióticos de forma sistemática a todos los pacientes con colecistitis litiásica sin complicaciones. Algunos autores han observado que en pacientes sin complicaciones, no mejoran el curso del proceso ni tienen beneficios a corto plazo durante la hospitalización (Mazeh H, 2012). Tampoco se conoce cuáles pueden ser los más adecuados ni su duración más recomendable. Existe más uniformidad en recomendarlos a pacientes con clínica y signos de imagen sugestivos de complicación, sea o no de origen infeccioso y como tratamiento combinado con la cirugía (Van Dijk AH, 2016; Fuks D, 2013).

El tratamiento de elección de la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica (Knab LM, 2014). Se ha demostrado mayor eficacia si se realiza en las primeras 72 horas del inicio de los síntomas frente a la colecistectomía abierta en cuanto a disminución de la mortalidad, tiempo de intervención y complicaciones durante y después de la cirugía. Sin embargo existe la posibilidad de aumentar el riesgo de complicaciones del conducto biliar que obliguen a la realización de una laparotomía para su resolución hasta en el 1-2% de los pacientes (Knab LM, 2014; Julka K, 2010; Miura F, 2007).

No se han observado diferencias significativas entre la cirugía laparoscópica realizada de forma temprana o más tardía (Uysal E, 2016). Si se realiza en los primeros días de la colecistitis, es segura, no aumenta la mortalidad, disminuye los días de estancia hospitalaria y puede estar asociada a una mayor satisfacción de los pacientes en relación a la colecistectomía laparoscópica realizada después de seis semanas de su inicio (Song GM, 2016; Wu XD, 2015; Gurusamy KS, 2013; Gurusamy K, 2010).

Los pacientes con colecistitis alitiásica tienen un riesgo mayor de complicaciones como la colecistitis gangrenosa y deberá iniciarse la antibioterapia de forma precoz con antibióticos que cubran el espectro de las enterobacterias y otros gérmenes anaerobios. Algunos autores han demostrado la eficacia de la colecistostomía percutánea en pacientes más graves en los que pueda estar contraindicada la anestesia general (Gu MG, 2014).

Bibliografía

- Barie PS, Eachempati SR. Acute acalculous cholecystitis. Gastroenterol Clin North Am. 2010;39(2):343-57. PubMed **PMID: 20478490**
- Basurto Oña X, Robles Perea L. Antiinflamatorios para el cólico biliar: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(1):1-7. PubMed **PMID: 18218271. Texto completo**
- Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008;77(7):971-8. PubMed **PMID: 18441863. Texto completo**
- Chang WC, Sun Y, Wu EH, Kim SY, Wang ZJ, Huang GS, et al. CT Findings for Detecting the Presence of Gangrenous Ischemia in Cholecystitis. AJR Am J Roentgenol. 2016;207(2):302-9. PubMed **PMID: 27249326**
- Fuks D, Cossé C, Régimbeau JM. Antibiotic therapy in acute calculous cholecystitis. J Visc Surg. 2013;150(1):3-8. PubMed **PMID: 23433832**
- Gu MG, Kim TN, Song J, Nam YJ, Lee JY, Park JS. Risk factors and therapeutic outcomes of acute acalculous cholecystitis. Digestion. 2014;90(2):75-80. PubMed **PMID: 25196261**

- Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Br J Surg. 2010;97(2):141-50. PubMed [PMID: 20035546](#). [Texto completo](#)
- Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(6):CD005440. PubMed [PMID: 23813477](#). [Texto completo](#)
- Huffman JL, Schenker S. Acute acalculous cholecystitis: a review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010;8(1):15-22. PubMed [PMID: 19747982](#). [Texto completo](#)
- Julka K, Ko CW. Infectious diseases and the gallbladder. Infect Dis Clin North Am. 2010;24(4):885-98, vii-viii. PubMed [PMID: 20937456](#)
- Katabathina VS, Zafar AM, Suri R. Clinical Presentation, Imaging, and Management of Acute Cholecystitis. Tech Vasc Interv Radiol. 2015;18(4):256-65. PubMed [PMID: 26615166](#)
- Knab LM, Boller AM, Mahvi DM. Cholecystitis. Surg Clin North Am. 2014;94(2):455-70. PubMed [PMID: 24679431](#)
- Kripke C. Opioid analgesia during evaluation of acute abdominal pain. Am Fam Physician. 2007;76(7):971. PubMed [PMID: 17956066](#). [Texto completo](#)
- Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. Am Fam Physician. 2006;74(9):1537-44. PubMed [PMID: 17111893](#). [Texto completo](#)
- Mazeh H, Mizrahi I, Dior U, Simanovsky N, Shapiro M, Freund HR, et al. Role of antibiotic therapy in mild acute calculus cholecystitis: a prospective randomized controlled trial. World J Surg. 2012;36(8):1750-9. PubMed [PMID: 22456803](#)
- Miura F, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Wada K, Hirota M, et al. Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(1):27-34. PubMed [PMID: 17252294](#). [Texto completo](#)
- O'Connor OJ, Maher MM. Imaging of cholecystitis. AJR Am J Roentgenol. 2011;196(4):W367-74. PubMed [PMID: 21427298](#). [Texto completo](#)
- Panebianco NL, Jahnes K, Mills AM. Imaging and laboratory testing in acute abdominal pain. Emerg Med Clin North Am. 2011;29(2):175-93, vii. PubMed [PMID: 21515175](#)
- Patel NB, Oto A, Thomas S. Multidetector CT of emergent biliary pathologic conditions. Radiographics. 2013;33(7):1867-88. PubMed [PMID: 24224584](#). [Texto completo](#)
- Sanders G, Kingsnorth AN. Gallstones. BMJ. 2007;335(7614):295-9. PubMed [PMID: 17690370](#). [Texto completo](#)
- Shakespear JS, Shaaban AM, Rezvani M. CT findings of acute cholecystitis and its complications. AJR Am J Roentgenol. 2010;194(6):1523-9. PubMed [PMID: 20489092](#). [Texto completo](#)
- Song GM, Bian W, Zeng XT, Zhou JG, Luo YQ, Tian X. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: early or delayed?: Evidence from a systematic review of discordant meta-analyses. Medicine (Baltimore). 2016;95(23):e3835. PubMed [PMID: 27281088](#). [Texto completo](#)
- Stogryn S, Metcalfe J, Vergis A, Hardy K. Does ultrasonography predict intraoperative findings at cholecystectomy? An institutional review. Can J Surg. 2016;59(1):12-8. PubMed [PMID: 26574703](#). [Texto completo](#)
- Uysal E, Turel KS, Sipahi M, Isik O, Yilmaz N, Yilmaz FA. Comparison of Early and Interval Laparoscopic Cholecystectomy for Treatment of Acute Cholecystitis. Which is Better? A Multicentered Study. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016;26(6):e117-21. PubMed [PMID: 27846178](#)
- Van Dijk AH, De Reuver PR, Tasma TN, Van Dieren S, Hugh TJ, Boermeester MA. Systematic review of antibiotic treatment for acute calculous cholecystitis. Br J Surg. 2016;103(7):797-811. PubMed [PMID: 27027851](#)
- Vijayaraghavan G, Kurup D, Singh A. Imaging of acute abdomen and pelvis: common acute pathologies. Semin Roentgenol. 2009;44(4):221-7. PubMed [PMID: 19715787](#)
- Wu XD, Tian X, Liu MM, Wu L, Zhao S, Zhao L. Meta-analysis comparing early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Br J Surg. 2015;102(11):1302-13. PubMed [PMID: 26265548](#)
- Ziessman HA. Interventions used with cholescintigraphy for the diagnosis of hepatobiliary disease. Semin Nucl Med. 2009;39(3):174-85. PubMed [PMID: 19341837](#)

Más en la red

- Knab LM, Boller AM, Mahvi DM. Cholecystitis. Surg Clin North Am. 2014;94(2):455-70. PubMed [PMID: 24679431](#)
- Uysal E, Turel KS, Sipahi M, Isik O, Yilmaz N, Yilmaz FA. Comparison of Early and Interval Laparoscopic Cholecystectomy for Treatment of Acute Cholecystitis. Which is Better? A Multicentered Study. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016;26(6):e117-21. PubMed [PMID: 27846178](#)
- Van Dijk AH, De Reuver PR, Tasma TN, Van Dieren S, Hugh TJ, Boermeester MA. Systematic review of antibiotic treatment for acute calculous cholecystitis. Br J Surg. 2016;103(7):797-811. PubMed [PMID: 27027851](#)

Autoras

- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Carmen Castiñeira Pérez Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.
(2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servizo Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

