



MANUAL MSD
Versión para profesionales

Colecistitis aguda

Por **Christina C. Lindenmeyer**, MD, Cleveland Clinic

Revisado médicamente sep. 2021

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar que se desarrolla en horas, en general debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo. Los síntomas abarcan dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen e hipersensibilidad a la palpación en esa área, a veces asociados con fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos. La ecografía abdominal detecta el cálculo y, en ocasiones, la inflamación asociada. El tratamiento suele requerir antibióticos y colecistectomía.

(Véase también [Generalidades sobre la función biliar](#)).

La colecistitis aguda es la complicación más frecuente de la [colelitiasis](#). De hecho, $\geq 95\%$ de los pacientes con colecistitis aguda presenta colelitiasis. Cuando un cálculo queda retenido en el conducto cístico y lo obstruye en forma persistente, se desarrolla una inflamación aguda. La estasis biliar promueve la liberación de enzimas inflamatorias (p. ej., fosfolipasa A, que convierte a la lecitina en isolecitina, mediador de la inflamación).

La mucosa lesionada secreta más líquido hacia la vesícula biliar que el que absorbe. La distensión resultante estimula la liberación de más mediadores de la inflamación (p. ej., prostaglandinas), lo que empeora la lesión la mucosa y provoca isquemia, todos eventos que perpetúan la inflamación. A continuación, puede desarrollarse una infección bacteriana. El círculo vicioso de secreción de líquido e inflamación, una vez descontrolado, conduce a la necrosis y la perforación.

Si la inflamación aguda se resuelve y se presentan recurrencias, la vesícula biliar puede fibrosarse y contraerse, lo que determina que no concentre la bilis ni se vacíe con normalidad, cualidades típicas de la [colecistitis crónica](#).

Colecistitis alitiásica aguda

La colecistitis alitiásica es una colecistitis sin cálculos. Este cuadro es responsable del 5 al 10% de las colecistectomías indicadas debido a colecistitis aguda. Los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Enfermedad crítica (p. ej., cirugía mayor, [quemaduras](#), [sepsis](#) o traumatismos)
- Ayuno prolongado o nutrición parenteral total, ambos predisponen a la estasis biliar
- [Shock](#)
- Inmunodeficiencia
- [Vasculitis](#) (p. ej., [lupus eritematoso sistémico](#), [poliarteritis nudosa](#))

Es probable que el mecanismo que conduce a la formación de estos cálculos sea la liberación de mediadores de la inflamación debido a isquemia, infección o estasis biliar. A veces puede identificarse un microorganismo infeccioso (p. ej., especies de *Salmonella* o [citomegalovirus](#) en pacientes inmunodeficientes). En niños pequeños, la colecistitis alitiásica aguda tiende a seguir una evolución febril sin un microorganismo infeccioso identificable.

Signos y síntomas de la colecistitis aguda

La mayoría de los pacientes experimentó cólicos biliares o colecistitis aguda en forma previa. El dolor provocado por la colecistitis posee las mismas características y localización que el cólico biliar, pero es

más prolongado (es decir, > 6 h) y más grave. Los vómitos son frecuentes, así como también el dolor en la región subcostal derecha. En pocas horas se evidencia el signo de Murphy (la inspiración profunda exagera el dolor durante la palpación del cuadrante superior derecho del abdomen, que detiene la inspiración), junto con defensa involuntaria de los músculos abdominales superiores del lado derecho del abdomen. Con frecuencia, los pacientes presentan fiebre no muy alta.

En los adultos mayores, el primero o el único síntoma podría ser sistémico e inespecífico (p. ej., anorexia, vómitos, malestar general, debilidad, fiebre). En ocasiones, no se desarrolla fiebre.

La colecistitis aguda empieza a mejorar en 2 a 3 días y se resuelve dentro de la semana en el 85% de los pacientes incluso sin tratamiento.

Complicaciones

Sin tratamiento, el 10% de los pacientes experimenta una perforación localizada y el 1% desarrolla una perforación libre con peritonitis. El dolor abdominal creciente, la fiebre elevada y la rigidez abdominal con dolor a la descompresión del abdomen o íleo sugieren empiema (pus) en la vesícula biliar, gangrena o perforación. Cuando la colecistitis aguda se asocia con ictericia o colestasis, es probable que exista una obstrucción parcial del conducto colédoco, en general secundaria a cálculos o a inflamación.

Otras complicaciones incluyen lo siguiente:

- Síndrome de Mirizzi: Rara vez un cálculo queda retenido en el conducto cístico por lo que comprime y obstruye el conducto colédoco y ocasiona colestasis.
- Pancreatitis litiásica: Los cálculos biliares se desplazan de la vesícula biliar a las vías biliares y bloquean el conducto pancreático.
- Fístula colecistoentérica: con escasa frecuencia, un cálculo grande erosiona la pared vesicular y crea una fístula con el intestino delgado (u otro sitio en la cavidad abdominal); el cálculo puede desplazarse con libertad u obstruir el intestino delgado (íleo litiásico).

Colecistitis alitiásica aguda

Los síntomas son similares a los de la colecistitis aguda por cálculos, pero podría ser difícil de identificar porque los pacientes tienden a desarrollar una enfermedad grave (p. ej., en una unidad de cuidados intensivos) y podrían ser incapaces de comunicarse con claridad. La distensión abdominal o la fiebre de etiología desconocida podrían ser la única clave. Si no se trata, la enfermedad puede progresar con rapidez a gangrena y perforación vesicular, con sepsis, shock y peritonitis y una tasa de mortalidad cercana al 65%.

Diagnóstico de la colecistitis aguda

- Ecografía
- Colegammagrafía si los resultados de la ecografía son controversiales o si se sospecha una colecistitis alitiásica

El diagnóstico de colecistitis aguda se basa en los signos y los síntomas.

Perlas y errores

- Controlar estrechamente a los pacientes con riesgo de colecistitis alitiásica (p. ej., enfermedad en estado crítico, ayuno, o pacientes inmunocomprometidos) para

La ecografía transabdominal es la mejor prueba para detectar cálculos biliares. La prueba también puede desencadenar hipersensibilidad abdominal localizada sobre la vesícula biliar (signo de Murphy ecográfico). El hallazgo de una colección de líquido pericolecística o del engrosamiento de la pared vesicular indica una inflamación aguda.

detectar signos sutiles de la enfermedad (p. ej., distensión abdominal, fiebre inexplicable).

La colegammagrafía es útil cuando los resultados son ambiguos, dado que el defecto de llenado de la vesícula biliar por el radionúclido sugiere una obstrucción del conducto cístico (es decir, cálculo impactado). Los resultados falsos positivos pueden ser secundarios a las siguientes causas:

- Estado crítico
- Nutrición parenteral total y ayuno por vía oral (porque la estasis vesicular impide el llenado)
- Hepatopatía grave (porque el hígado no secreta el radionúclido)
- Esfinterotomía previa (que facilita la salida hacia el duodeno en lugar de hacia la vesícula biliar)

La provocación con morfina, que aumenta el tono del esfínter de Oddi y estimula el llenado, ayuda a descartar los resultados falsos positivos.

La TC de abdomen identifica complicaciones como perforación de la vesícula biliar o pancreatitis.

En general se solicitan pruebas de laboratorio, pero que no son útiles para confirmar el diagnóstico. La leucocitosis con desviación a la izquierda es frecuente. En los pacientes con colecistitis aguda no complicada, el hepatograma es normal o sólo está aumentado en forma leve. Las alteraciones colestásicas leves (bilirrubina de hasta 4 mg/dL y elevación escasa de la concentración de fosfatasa alcalina) son frecuentes, lo que podría indicar que el compromiso hepático se debe sobre todo a los mediadores de la inflamación y no tanto a la obstrucción mecánica. Los incrementos más significativos, en especial si la concentración de lipasa (la amilasa es menos específica) es > 3 veces el valor normal, sugieren una obstrucción del conducto biliar. La expulsión de un cálculo a través de las vías biliares aumenta la concentración de aminotransferasas (alanina, aspartato).

Colecistitis alitiásica aguda

La colecistitis alitiásica aguda se sospecha en pacientes sin cálculos biliares pero con signo de Murphy ecográfico o engrosamiento de la pared vesicular y líquido pericolecístico. La distensión de la pared vesicular, la arenilla biliar y el engrosamiento de la pared vesicular sin líquido pericolecístico (debido a la menor concentración de albúmina o a la ascitis) podría sólo deberse a una enfermedad en estado crítico.

La TC identifica los trastornos extrabiliares. La colegammagrafía es más útil, dado que el defecto de llenado del conducto cístico por el radionúclido podría indicar una obstrucción edematosa de este conducto. La administración de morfina contribuye a eliminar los resultados falsos positivos generados por la estasis biliar.

Tratamiento de la colecistitis aguda

- Tratamiento de sostén (hidratación, analgésicos, antibióticos)
- Colecistectomía

El tratamiento requiere hospitalización, líquidos por vía intravenosa y analgésicos, como un antiinflamatorio no esteroide (ketorolaco) o bien opioides. El paciente no debe recibir nada por vía oral y debe instituirse aspiración nasogástrica si presenta vómitos o íleo. Los antibióticos por vía parenteral suelen indicarse para tratar una posible infección, aunque no se obtuvieron evidencias que avalen los beneficios de esta intervención. La cobertura empírica contra microorganismos entéricos gramnegativos abarca regímenes por vía intravenosa, como por ejemplo ceftriaxona 2 g cada 24 h y metronidazol 500 mg cada 8 h, piperacilina/tazobactam 4 g cada 6 h o ticarcilina/clavulanato 4 g cada 6 h.

La colecistectomía cura la colecistitis aguda y aliviar el dolor biliar. En las siguientes situaciones, suele preferirse la colecistectomía temprana, de ser posible durante las primeras 24 a 48 h de evolución:

- El diagnóstico es certero y los pacientes presentan un riesgo quirúrgico bajo.
- Los pacientes son mayores o tienen diabetes y, en consecuencia, presentan un riesgo más alto de desarrollar complicaciones infecciosas.
- Los pacientes presentan empiema, gangrena, perforación o colecistitis alitiásica.

La cirugía puede retrasarse cuando los pacientes tienen un trastorno crónico grave subyacente (p. ej., enfermedad cardiopulmonar o enfermedad hepática grave) que aumenta los riesgos quirúrgicos. En estos pacientes, la colecistectomía se difiere hasta que la terapia médica estabiliza las enfermedades asociadas o hasta que la colecistitis se resuelve. Una vez resuelta la colecistitis, podría realizarse la colecistectomía ≥ 6 semanas más tarde. La cirugía tardía podría aumentar el riesgo de complicaciones biliares recurrentes.

La colecistostomía percutánea es una alternativa a la colecistectomía para pacientes con riesgo quirúrgico muy alto, como los adultos mayores, los que tienen colecistitis alitiásica, aquellos con enfermedad hepática grave y aquellos en una unidad de cuidados intensivos debido a quemaduras, traumatismos o insuficiencia respiratoria.

Conceptos clave

- La mayoría ($\geq 95\%$) de los pacientes con colecistitis aguda presenta colelitiasis.
- En los adultos mayores, los síntomas de colecistitis pueden ser inespecíficos (p. ej., anorexia, vómitos, malestar general, debilidad), y la fiebre puede estar ausente.
- Aunque la colecistitis aguda se resuelve espontáneamente en el 85% de los pacientes, en 10% de los casos se presenta una perforación localizada u otra complicación.
- Diagnóstico mediante ecografía y, si los resultados no son concluyentes, colecistogammagrafía.
- Tratar a los pacientes con líquidos intravenosos, antibióticos y analgésicos; proceder a la colecistectomía cuando los pacientes están estables.

