

Litiasis biliar en el joven

Revisión epidemiológica

Dres. Bernardo Aizen Tub¹, Jorge Beltrán Guañarita², Carlos Gómez Fossati³

Resumen

Se presenta una serie de 172 pacientes jóvenes, portadores de litiasis biliar. Se realiza una revisión epidemiológica de ésta, en cuanto a incidencia, factores predisponentes, formas clínicas y terapéutica empleada. A la luz de los resultados se realizan consideraciones sobre la oportunidad quirúrgica.

Palabras clave: Litiasis biliar en el joven – terapia
Litiasis biliar – epidemiología.

Summary

A series of 172 young patients suffering from biliar lithiasis is presented. Its epidemiological revision is made, as regards incidence, predisposing factors, clinical presentations, and therapeutics. Taking results into account, considerations are made on surgical opportunity.

Introducción

La litiasis biliar es en extremo frecuente en nuestro medio. La literatura nacional se refiere sobre todo a las características de la afección en el adulto y a formas distintivas de su presentación en el niño. El objetivo de esta presentación es realizar una revisión epidemiológica de esta afección en los pacientes jóvenes, definiendo este grupo etario como el de los comprendidos entre los 14 y los 30 años^(1,2). Es de hacer notar que el límite inferior de este grupo es el

nivel menor de admisibilidad en el hospital universitario (H. C.).

Material y método

En el período comprendido entre julio de 1984 y julio de 1988 ingresaron al Hospital de Clínicas 50.368 pacientes, de éstos, 10.303 lo hicieron por el servicio de Cirugía. La litiasis biliar fue la determinante de la hospitalización en 1456 casos (14,13%). Con respecto al rango etario en consideración, 1720 pacientes ingresados y operados tenían a la fecha entre 14 y 30 años, de éstos, los ingresos causados por litiasis biliar fueron 172 (10%). La discriminación por edades, de los ingresos referidos a esta patología, se cita en la tabla 1.

La mayor incidencia correspondió al grupo de 26–

Tabla 1. Edad

Rango	Nº de pacientes
14–20	23
21–25	64
26–30	85
Total	172

Tabla 2. Edad y sexo

Edad	Sexo			
	Mujeres		Hombres	
	Nº	(%)	Nº	(%)
26–30	78	91,7	7	8,3
21–25	61	93,8	4	6,4
14–20	23	100,0	0	0,0
Total	161		11	

Clínica Quirúrgica "B". Prof. Dr. U. Larre Borges. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

¹ Asistente Cl. Quirúrgica "B". ² Post Grado de Cirugía. ³ Profesor Agregado Cl. Quirúrgica "B"

Trabajo presentado a la Sociedad Uruguaya de Cirugía el 6 de diciembre de 1989.

Correspondencia: Dr. B. Aizen, Br. España 2575/601. Montevideo, Uruguay

Tabla 3. Número de hijos

Nº de hijos	26–30	21–25	14–20
1	13	11	2
2	20	13	—
3	27	10	1
Total 97 (60,2%)	60 (37,2%)	34 (21,1%)	3 (1,8%)

Tabla 4. Enfermedades asociadas

	Nº pacientes	Porcentajes
Enfermedad ácido péptica	16	9,30
Hidatidosis hepática	1	0,58
Anemia hemolítica	1	0,58
Hepatitis aguda	2	1,16
Epilepsia	7	4,00
Lúes	1	0,58
Tumor mixto de parótida	1	0,58
Miomatosis uterina	1	0,58
TBC	2	1,16
Asma	1	0,58
Embarazo en curso	1	0,58

Tabla 5. Motivo de consulta

Motivo de consulta	Nº pacientes	Porcentaje
Dolor en hipocondrio derecho (cuadro doloroso agudo)	153 (18)	88,9 (10,4)
Ictericia	1	0,58
Dispepsia hipoesténica	2	1,16
Vómitos	1	0,58
Dolor epigástrico	3	1,74
Anemia hemolítica	1	0,58
Dolor en F.I.I.	1	0,58

30 años (49%), siguiéndole en frecuencia el grupo de 21–25 años (37%), siendo la frecuencia global de los menores de 20 años de 13% de los pacientes estudiados, en este hospital de adultos.

En cuanto al sexo, se encontraron 161 mujeres (93,6%) y 11 hombres (6,4%), con una relación de 14:1. La discriminación por sexo en relación con la edad se detalla en la tabla 2.

De los antecedentes se registró la presencia de cuadros dolorosos previos en 18 pacientes (10,4%),

Tabla 6. Signos y síntomas

Signos y síntomas	Nº pacientes	Porcentaje
Dolor en hipocondrio derecho	170	98,8
Vómitos	86	50,0
Dispepsia hipoesténica	156	90,6
Dolor irradiado a epigastrio HI y fosa lumbar izquierda	16	9,3
Ictericia	45	26,1
Vesícula palpable	41	23,8
Fiebre y/o chuchos	38	23,2
Murphy (+)	44	25,5

sobre todo en el grupo de 26–30 años (4%), y de 21–25 años (4,6%), mientras que los menores de 20 años los tuvieron en un porcentaje de 6,3%. La presencia de estos fenómenos fue vista en un rango que va de 3 meses a 7 años.

Se encontraron antecedentes familiares de litiasis biliar en 49 pacientes (28,4%).

De las 161 mujeres de la serie, la paridad se registró en 97 de éstas (60,2%). En cuanto al número de hijos por grupo de edades (tabla 3), el mayor número de éstos se presentó en el grupo de 26–30 años. El primer embarazo ocurrió en 56 pacientes (32,5%) antes de los 22 años.

Con respecto a la ingesta de drogas, 85 mujeres (53,1%) ingirieron anticonceptivos orales, 7 pacientes epilépticos ingirieron fenobarbital y dos pacientes hipertensos consumieron diuréticos tiazidas. Las enfermedades asociadas se reseñan en la tabla 4; la patología gastroduodenal (gastritis, úlcera péptica, reflujo gastroesofágico) se encontró en 16 pacientes (9,3%).

En cuanto al motivo de consulta, 153 pacientes (88,9%) lo hicieron por dolor en hipocondrio derecho, de éstos, 10,4% lo hicieron en el curso de un episodio agudo. La ictericia fue motivo de consulta en un caso (0,58%); la dispepsia hipoesténica lo fue en dos casos (1,16%) (tabla 5).

En cuanto a la clínica (tabla 6), 53 pacientes (30,8%) presentaron un curso agudo, siendo crónico en los restantes 118 pacientes (68,6%). El síntoma dominante fue el dolor de hipocondrio derecho en 170 pacientes (98,8%), la dispepsia selectiva se presentó en 156 pacientes (90,6%). En los hallazgos físicos se objetivaron: vesícula palpable en 41 casos (23,8%) en general acompañado de signo de Murphy (+), ictericia de piel y mucosas en 45 casos (26,1%) y fiebre con o sin chuchos de frío en 38 pacientes^(3,4).

Respecto a la clínica, la litiasis asintomática se presentó en un caso (0,58%) en paciente portador de anemia hemolítica, las formas sintomáticas se obser-

Tabla 7. Formas clínicas

Formas clínicas	Nº pacientes	Porcentaje
Asintomáticas	1	1,58
Sintomáticas	98	56,90
Complicadas:	73	42,90
Colangitis	27	15,60
Colecistopatía obstructiva	41	23,80
Toque pancreático	5	2,80

Tabla 8. Paraclínica

Paraclínica	Nº pacientes	Porcentaje
Ultrasonografía	170	98,20
Colecistografía oral	11	6,30
Colecentellografía	1	0,58
Ultrasonido + colecistografía	9	5,20
Ultrasonido + centellografía	1	0,58

Tabla 9. Tipo de cirugía, de acuerdo al sexo

Tipo de cirugía	Hombres	Mujeres	Total
Urgencias	8	45	53
Coordinación	3	116	119
Total	11	161	172

Tabla 10. Tipo de cirugía de acuerdo a la edad

Tipo de cirugía	26-30	21-25	14-20	Total
Urgencia	24	21	7	53
Coordinación	61	43	16	119
Total	85	64	23	172

varon en 98 pacientes (56,9%) y las complicaciones se presentaron en 73 casos de éstos (42,9%) (tabla 7).

Los estudios paraclínicos empleados se mencionan en la tabla 8, la ultrasonografía de hígado y vía biliar se realizó en 170 pacientes (98,2%), la colecistografía oral fue empleada en 11 pacientes (6,3%).

Los pacientes que presentaron compromiso de la vía biliar principal tenían en la valoración de laboratorio cifras alteradas de bilirrubinas, fosfatasa alcalina y amilasas, según patrones clásicos.

La cirugía se efectuó de coordinación en 119 pa-

Tabla 11. Análisis de las 27 colangitis

	Exploración de la vía biliar principal
Visual	Normal 10
	Colédoco dilatado 17 (62,9%) (todos con litiasis coledociana)
Palpatoria	Normal 16
	Litiasis palpable 11 (40,7%)
	a) con colédoco dilatado 8 b) con colédoco no dilatado 3
Radiología	Colangiografía transcística (+) 17
	Hallazgos de litiasis coledociana no sospechada 2

Tabla 12. Conducta con la vía biliar principal

Coledocotomía	27
De necesidad	10
Siguiendo los hallazgos de la radiología	17
Coledocostomía	26
Coledocoduodenostomía	1

cientes (69,1%), y de urgencia en 53 pacientes (30,8%). En las tablas 9 y 10 se consigna el tipo de cirugía de acuerdo al sexo y por grupos etarios respectivamente.

Las incisiones empleadas fueron la transversa de hipocondrio derecho en 163 casos (94,7%), la subcostal derecha en 5 casos (2,9%), y la mediana, en general supraumbilical en 5 casos (2,9%).

En cuanto al procedimiento realizado, el tratamiento de la vía biliar accesoria se realizó con colecistectomía en 171 casos, y en una oportunidad se practicó colecistostomía. La litiasis vesicular fue única en 30 casos (17,5%) y múltiple en 142 (82,8%).

La exploración intraoperatoria de la vía biliar principal (tabla 11) fue realizada fundamentalmente por colangiografía transcística en 125 pacientes. En el curso de colangitis clínica se realizaron 17 colangiografías transcísticas; en los restantes diez casos se practicó coledocotomía de entrada. Se pesquisó litiasis coledociana no sospechada por medio de su opacificación intraoperatoria en dos oportunidades. La litiasis coledociana fue palpable en 11 pacientes; el colédoco se presentó dilatado a la exploración visual en 17 casos y en todos se demostró litiasis coledociana. Se realizaron 27 coledocotomías, 10 de necesidad y 17 siguiendo los hallazgos de la radiología. El procedimiento finalizó con coledocostomía sobre Kehr en 26 pacientes y una derivación biliodigestiva (coledocoduodenostomía) (tabla 12).

Tabla 13. Anatomía patológica

Colecistitis crónica litiásica	100	58,10
Colecistitis crónica litiásica con empuje agudo	17	9,80
Colecistitis aguda	13	7,50
Colecistoesteatosis	4	2,30
Colecistitis crónica adenomiósica	1	0,58

Tabla 14. Morbilidad

Bilirragia	1	0,58
Peritonitis biliar	1	0,58
Litiasis residual del colédoco	6	3,40
Eventraciones	3	1,70
Infección parietal	2	1,10

Se empleó drenaje subhepático en 62 pacientes (36%).

La cirugía asociada se presentó en 5 casos: esplenectomía en portador de una anemia hemolítica, funduplicatura de Nissen en portador de hernia hiatal, quistectomía por quiste hidático hepático; vagotomía supraselectiva en portador de úlcera duodenal; y resección colosigmoidea, en este caso era la litiasis biliar la patología concomitante.

La anatomía patológica registrada en 136 casos reveló lesiones de colecistitis crónica litiásica en 100 oportunidades y presentó elementos de reagudización o patrón histológico de tipo agudo exclusivo en 30 piezas de colecistectomía (tabla 13).

La morbilidad postoperatoria se presentó en 13 pacientes (7,5%). La litiasis residual del colédoco se objetivó en 6 pacientes (3,4%) del total (tabla 14)

Se realizaron dos reintervenciones, una secundaria a la peritonitis biliar ya señalada, y la otra en paciente que desarrolló colangitis postoperatoria secundaria a litiasis coledociana que pasó inadvertida en el primer acto quirúrgico, siendo este el único enfermo que falleció de la serie (tabla 15).

Comentarios

La cirugía de la vía biliar representa el 10% de las cirugías realizadas en este hospital en pacientes menores de 30 años; Maingot y Erlinger^(5, 6) refieren cifras más bajas (5%). En un estudio epidemiológico sobre la litiasis en la población general en Cuba, Píriz⁽³⁾ refiere cifras de 9,8%.

En la revisión epidemiológica realizada surgen al-

Tabla 15. Morbilidad post operatoria

Morbilidad post operatoria	7,50 %
Tasa de reintervenciones	1,16 %
Mortalidad	0,58 %

gunas consideraciones de interés: la discriminación por sexo mostró predominancia del sexo femenino en proporción de 14:1. En la literatura es unánime el acuerdo sobre la prevalencia de la afección en el sexo femenino, aunque la diferencia no es tan elevada (Maingot 4:1, Hess 2:1)^(2, 6). En nuestro medio, Delgado refiere una predilección por las mujeres en cifras de 5:1⁽⁷⁾.

La diferente incidencia en relación al sexo es máxima en la segunda a cuarta década de la vida, decayendo con el paso de los años para tornarse semejante en los pacientes añosos. El predominio de las mujeres fue absoluto en la presente serie en el grupo de 14 a 20 años, para colocarse en valores de 14:1 en los dos grupos restantes.

Bennion⁽⁸⁾, en un estudio de poblaciones seleccionadas (indios Pima, de los Estados Unidos de Norte América), demostró que la saturación biliar de colesterol asciende a 15% en las mujeres durante la pubertad, a la vez que el pool de ácidos biliares disminuye, lo que torna la bilis litogénica.

El lapso que transcurre en las alteraciones de las características fisicoquímicas de la bilis y la aparición de la litiasis biliar es de aproximadamente 8 años, y, en consecuencia, la presentación clínica de la afección se hace notoria a partir de los 30 años.

Del análisis de los pacientes de sexo femenino surge que la paridad se constató en 60% de éstas, con predominancia en el grupo de 26–30 años (30%). 32% de estas pacientes tuvieron su primer embarazo antes de los 22 años y 23% del total tuvieron 3 hijos o más. Numerosos trabajos asocian la incidencia de litiasis con la paridad múltiple y la menarca temprana^(9–15).

Kern⁽¹⁶⁾ demostró que la saturación biliar de colesterol se incrementa en los dos últimos trimestres del embarazo a la vez que se altera la composición de los ácidos biliares con prevalencia del ácido cólico sobre el quenodeoxicólico; igualmente, y por efecto progestéronico precoz, la evacuación vesicular es incompleta y retardada. La presencia de una bilis litogénica y una disfunción vesicular explica la elevada incidencia de estos pacientes de enfermedad litiásica.

53% de los pacientes ingirieron anticonceptivos orales. Bennion⁽¹¹⁾ demostró que durante su ingestión, asciende la saturación biliar de colesterol a la vez que se altera la composición de los ácidos biliares con un descenso en la proporción del ácido quenodesoxicólico (35 vs. 42%) y un incremento en la de

ácido cólico (50 vs. 41%) lo que torna la bilis litogénica. La ingestión de estrógenos exógenos incrementa el riesgo de litiasis en 65% en el primer año de su utilización, sin aumento posterior con la prolongación de ésta (5, 14).

Se encontraron antecedentes familiares en 28,4% de los pacientes. Maingot (6) señala que en litiasicos jóvenes se registran antecedentes familiares en 72% de las veces, sobre todo en relación a padres y hermanos. Gilat (17) concuerda con él, y acota que la relación es más notable cuando la litiasis se presenta en la infancia y adolescencia.

Dos pacientes hipertensos de la serie ingirieron diuréticos tiazídicos por lapsos prolongados y se presentaron con colecistitis aguda litiasica. Rosemberg (18) destaca la relación entre la ingesta de este fármaco y la complicación aguda de la vía biliar accesoria, con riesgo doble luego de períodos de 5 o más años de ingestión. Sin embargo, Porter (19) no confirma estos resultados. Se desconoce el mecanismo de esta asociación, aún en discusión.

Siete pacientes epilépticos ingirieron fenobarbital en su terapéutica; y si bien el fenobarbital afecta positivamente la síntesis de ácidos biliares, tornando la bilis menos litogénica, no se ha comprobado un efecto "protector" de la droga con respecto a la aparición de la litiasis (20), lo que concuerda con los hallazgos del presente estudio.

En relación con las formas clínicas, la litiasis fue asintomática en un paciente portador de anemia hemolítica, si bien destacamos que no se realizaron pesquisas en su búsqueda. Las formas sintomáticas, definidas por la presencia de cólicos hepáticos, se presentaron en 56,9% de los casos. La incidencia de formas complicadas fue de 42,4%. Erlinger (5), cita una incidencia de 30% de complicaciones en los litiasicos de cualquier edad.

De su valoración surge que la complicación obstructiva de la vía biliar accesoria fue la más frecuente (24%), siguiéndole la colangitis por litiasis coledociana (15%). En nuestro medio, Bolívar Delgado (7) cita cifras de 8–16% para la población general. La incidencia de participación de la vía biliar principal debe ser valorada cuidadosamente: de las 45 ictericias de esta serie, 27 correspondieron a colangitis por litiasis coledociana, estando las restantes en relación a colecistitis aguda en 13 casos y compromiso pancreático en 5 de ellos.

Las formas complicadas tuvieron mayor incidencia en el grupo etario de 21–25 años. Colet (21) cita cifras de 80% de colecistopatía obstructiva aguda, y 9% de colangitis aguda sobre una serie de pacientes jóvenes estudiados en nuestro medio.

La morbilidad fue baja. Destacamos la incidencia de litiasis residual del colédoco (3,4%), algo inferior a la señalada por Birkett (22), (4 a 15%), y superior a la

registrada por Píriz (3), (0,6%), en publicación extranjera sobre la población general.

La baja incidencia de complicaciones parietales creemos que se debió en parte a déficit de registro, por las causas ya señaladas. Dos pacientes debieron ser reintervenidos, uno de éstos correspondió al único fallecido de la serie. La mortalidad encontrada (0,58%) es semejante a la señalada por Erlinger (5) para la colecistectomía (0,25 – 1,03%), si bien la de la presente serie incluyó igualmente procedimientos quirúrgicos sobre la vía biliar principal. Otros autores señalan que esta cifra aumenta con la edad, llegando a 3% en los pacientes de 60 años (1, 4, 23–25).

Las formas sintomáticas lo fueron en un lapso de tres meses a 7 años, previo a su sanción quirúrgica. Se destaca la alta incidencia de formas clínicas complicadas (42%) e igualmente un elevado índice (30%) de cirugía de urgencia. Asimismo, es de señalar la baja morbilidad y mortalidad de los procedimientos terapéuticos. En consecuencia, se preconiza un tratamiento quirúrgico precoz de los pacientes sintomáticos, en base a sus buenos resultados y a la potencialidad evolutiva de la afección en los jóvenes (26–29).

La incidencia de participación coledociana encontrada, similar a la de la población adulta, jerarquiza la necesidad de exploración intraoperatoria de la vía biliar principal.

Bibliografía

1. **Arruti C H; Torres D H.** Colecistitis agudas y crónicas en el niño. *Cir Uruguay* 1975; 45(5): 417.
2. **Hess W.** Enfermedades de la vía biliar y páncreas. Barcelona. Científico Médico, 2ª ed. 1968.
3. **Píriz A; Cintra S; Leguen J; Chi A.** Litiasis biliar. Nuestra experiencia. *Rev Cubana Cir* 1987; 4:81.
4. **Sherlock S.** Surgery of the gallbladder and bile duct. Lord Smith of Marlow, 2ª ed. 1981:247.
5. **Erlinger S.** Physiopathologie, Epidemiologie et Histoire naturelle de la lithiasis biliaire. *Encycl Med Chir Paris, Foie-Pancreas*. 1986;7047 A10,9.
6. **Maingot.** Operaciones abdominales. Buenos Aires, Interamericana 5ª ed, T. II, 1986.
7. **Delgado B; Perrier J P.** Características de la litiasis biliar en el Uruguay. *Cir Uruguay* 1979;49(4): 291.
8. **Bennion L J; Knowler W C; Mott D M et al.** Development of lithogenic during puberty in Pima Indians. *N Engl J Med* 1976; 300 (16):307.
9. **Admirand W H; Small D M.** The physicochemical basis of cholesterol gallstone formation in man. *J Clin Invest* 1968; 47:1043.
10. **Bennion L J; Grundy S M.** Risk factors for the development of cholelithiasis in man. *J Clin Invest* 1975;56:996.
11. **Bennion L J; Ginsberg R L; Garnick M B.** Effect of oral contraceptives on the gallbladder bile of normal Women. *N Engl J Med* 1976;294:4.
12. **Braverman D Z; Johnson M.** Effects of pregnancy and contraceptive steroids on gallbladder function. *N Engl J Med* 1980;302:362.
13. **Dixon NP; Faddis D M, Silberman H.** Agressive management of cholecystitis during pregnancy. *Am J Surg* 1987;154:292.
14. **Ingelfinger F J.** Gallstones and strogens. *N Engl J Med* 1974;290(1):203.
15. **Jorgensen T.** Gallstones a danish population. Fertility period, pregnancies and exogenous female sex hormones. *Gut* 1988;29:433.

16. **Kern F (Jr) P, Bousquet J C, Bodin L et al.** La cholecystostomie percutanée dans les cholecistitis aiguës dites post agressives. *La Presse Médicale* 1985;14:28.
17. **Gilat T; Feldman C; Halpern A et al.** An increased familial frequency of gallstones. *Gastroenterology* 1983; 84:242-6.
18. **Rosemberg L; Shapiro S, Stone.** Thiazidas and acute cholecystitis. *N Engl J Med* 1980; 303; 10:546.
19. **Porter J B; Jick H; Dinan B J.** Acute cholecystitis and thiazidas. *N Engl J Med* 1981; 304; 16:954.
20. **McKay C; Sali A et al.** Phenobarbitone and gallstone disease. *Br J Surg* 1978;65:362.
21. **Colet A; Domínguez J; Olivera E; y col.** Estudio de la litiasis biliar en una población de pacientes menores de 25 años. *Cir Uruguay* 1986;56, 1:34-36.
22. **Birkett D H; Williams L (Jr).** Prevención y tratamiento de cálculos retenidos en el colédoco. *Clin Quir Nort Am* 1981;4:921
23. **Chifflet A; Praderi L.** Consideraciones sobre cirugía biliar, análisis de 470 observaciones. *Bol Soc Cir Urug* 1959; 32:45.
24. **Tompkins R K, Doty J L.** Moder management of biliary tract stone disease. *Advances Surg* 1987; 20:279.
25. **Poupon R; Chretien Y; Darnis F.** Cristaux de cholesterol, saturation de la bile en cholesterol et lithiasis biliaire. *Gastroenterol Clin Biol* 1984;8:260.
26. **Besten B L; Doty, J.** Patogenia y tratamiento de la coledocolitiasis. *Clin Quir Nort Am* 1981; 4:875-890.
27. **Gracie W A, Ransohoff D G.** The natural history of silent gallstones. *N Engl J Med* 1982;307(7):798.
28. **Pimstone N, Mok.** Estado actual del tratamiento de los cálculos biliares. *Clin Quir Nort Am.* 1981;4:847.
29. **Salembier Y, Premont M.** Indication et etat actuel du traitement chirurgical de la lithiasis biliaire. *Chirurgie* 1987;113:6.