



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines:  
**Litiasis vesicular asintomática**

**Equipo principal:**

Prof. Alan G. Johnson MD

Prof. M Fried MD

Prof. G.N.J. Tytgat MD

Drs. J.H. Krabshuis

**Asesores especiales:**

Prof. Roque Saenz

Prof. Martin Carey

Prof. Sum P. Lee

---

**Sections:**

---

1. Definiciones
2. Prevalencia de la litiasis
3. Seguimiento y riesgos de complicaciones
4. Política del tratamiento quirúrgico
5. Excepciones
6. Referencias bibliográficas
7. Enlaces a sitios útiles de la red
8. Miembros del Comité de Consenso de la WGO que colaboraron con esta Declaración de Posición
9. Sugerencias y preguntas del lector

---

**1. Definiciones**

---

**Litiasis vesicular asintomática:** la presencia de cálculos vesiculares puede ser detectada incidentalmente en pacientes que no presentan ningún síntoma abdominal o que tienen síntomas que no son interpretados como originados por litiasis. Se hace el diagnóstico en ocasión de una ecografía de rutina en busca de otras afecciones abdominales u, ocasionalmente, por palpación de la vesícula durante una cirugía. Esta definición implica que sabemos cuales síntomas son específicos de los cálculos vesiculares.

**Síntomas causados por los cálculos [1,5,6]:** Dolor en el hipocondrio derecho o epigastrio, que a menudo se irradia al hombro derecho, forzando al paciente a permanecer en reposo, y que no se alivia con la movilización intestinal. Lo más común es que el dolor sea constante, y no cólico. El estudio danés sobre prevalencia identificó "dolor nocturno en el cuadrante superior derecho" como el síntoma más sugestivo en los hombres, y un "dolor fuerte y opresivo, provocado por comidas grasas" como el síntoma que presenta una mejor correlación con la presencia de cálculos de vesícula en la mujer [7]. Muchos pacientes se presentan con síntomas vagos de indigestión y distensión, estando más probablemente

relacionados con un síndrome de colon irritable. Sin embargo, algunas veces es muy difícil decidir si los cálculos son o no los responsables de los síntomas. Por ejemplo, la ubicación del dolor es a menudo epigástrica, y puede ser equivocadamente interpretado como úlcera péptica, particularmente si el dolor aparece durante las comidas y en la noche.

---

## 2. Prevalencia de la litiasis biliar

---

En Europa, casi 10% de todos los adultos tienen litiasis biliar, siendo 3 veces superior la prevalencia en mujeres durante el período fértil, que en hombres [2,9]. En términos generales, la prevalencia en las mujeres es el doble que la de los hombres. La prevalencia se eleva con la edad en ambos sexos y a la edad de 65 años, alrededor de 30% de las mujeres tienen litiasis vesicular. Para los 80 años, 60% de hombres y mujeres presentan litiasis vesicular.

---

## 3. Seguimiento y riesgos de complicaciones

---

No ha habido ningún estudio de seguimiento a largo plazo desde la formación del primer cálculo hasta la muerte del paciente, por razones obvias. En Dinamarca, los cálculos biliares asintomáticos fueron detectados por tamizaje (screening) ecográfico, haciéndose luego un seguimiento durante 11 años. Las tasas de complicación (pancreatitis aguda, ictericia obstructiva, colecistitis) son 0.2–0.8% al año. Sin embargo, algunas de las conclusiones de este estudio han sido criticadas por Heaton, quien sugirió que la selección de la cohorte no cumplía con todo el rigor metodológico, habiéndose retirado a los pacientes sintomáticos precozmente para cirugía [6].

El estudio italiano (GREPCO) sugiere una tasa anual de complicaciones de 0.3–1.2%, si los cálculos son asintomáticos inicialmente, y 0.7–2% al año si los cálculos son inicialmente sintomáticos [9].

El riesgo de presentar cáncer de vesícula es 0.3% en 30 años en un estudio, y 0.25% para mujeres y 0.12% para hombres en otro estudio, en un período similar. Algunos estudios sugieren un riesgo mucho mayor de cáncer cuando los cálculos tienen más de 3 cm de tamaño. Hay estudios en animales que sugieren la existencia de otros co-factores para el desarrollo del cáncer.

Es muy infrecuente encontrar cáncer de vesícula sin cálculos, excepto en la rara afección de pólipos adenomatosos. Se ha demostrado que la colelitiasis, especialmente si se acompaña de colonización bacteriana crónica, atraviesa la secuencia de inflamación crónica - metaplasia - displasia - neoplasia. Muchos estudios han monitoreado los cambios morfológicos con marcadores genéticos.

### Riesgos de la colecistectomía

El riesgo de mortalidad global por colecistectomía varía de 0.14 a 0.5% en diferentes series, dependiendo de la edad y el estado de salud de los pacientes. Actualmente existen evidencias que muestran que la colecistectomía produce un riesgo levemente menor de cáncer de colon derecho en mujeres después de los 15 años de operadas. También hay un aumento del reflujo biliar gastroesofágico y de diarrea después de la colecistectomía (en pacientes con síndrome de colon irritable y deposiciones disminuidas de consistencia). Además del riesgo de mortalidad global de la colecistectomía hay un problema permanente y tal vez creciente de lesión del tracto biliar con su morbilidad asociada a largo plazo. Este es otro argumento de peso contra la colecistectomía laparoscópica en cálculos biliares asintomáticos.

---

## 4. Indicaciones del tratamiento quirúrgico

---

Al evaluar a 252 pacientes sometidos a colecistectomía, un grupo de nueve cirujanos estuvo de acuerdo en que la operación había sido apropiada sólo en 52% de los casos, no pudiendo llegar a un consenso en 44%. Por lo tanto, es difícil ponerse de acuerdo sobre cuáles síntomas son específicamente biliares y que por consiguiente deben ser tratados mediante una colecistectomía. Sin embargo, cuando no hay ningún síntoma en absoluto, es claro que la cirugía no aporta ningún beneficio a los pacientes con litiasis vesicular asintomática, e inclusive en pacientes que han presentado un episodio de dolor litíásico no complicado. Los riesgos de la operación superan los potenciales riesgos de complicaciones si se dejan los cálculos.

Dada la supuesta frecuencia y disfuncionalidad del transportador apical de ácidos biliares sodio dependiente (ASBT) 1-2% de los pacientes sufren de diarrea crónica después de su colecistectomía, y requieren secuestradores de ácidos biliares para su manejo.

Los cálculos riesgo/beneficio son los siguientes: Suponiendo 10,000 pacientes con cálculos asintomáticos, 200 pacientes presentarán complicaciones agudas en el transcurso de 10 años, con una tasa de mortalidad de 2,5% (5 pacientes) y 100 desarrollarán pancreatitis aguda con una tasa de mortalidad de 10% (10 pacientes). Por consiguiente, 15 pacientes morirán de complicaciones debidas a litiasis biliar. Si los 10,000 fueran sometidos a cirugía, entre 10 y 50 morirían por las complicaciones de la misma. Las muertes en el seguimiento están distribuidas en el curso de 10 años, mientras que las muertes operatorias ocurrirían inmediatamente.

### Consideraciones financieras

Dada la prevalencia de litiasis vesicular, el costo de la cirugía profiláctica sería elevado. Las estimaciones basadas en los costos promedio en un hospital británico serían de casi £ 4 million / 10,000 pacientes con cálculos asintomáticos.

---

## 5. Excepciones

---

Las excepciones a esta política – de no operar los cálculos vesiculares asintomáticos – pueden depender de si el paciente es coordinado para otra operación abdominal, o si se hace una operación específicamente por la presencia de cálculos vesiculares.

### Excepciones

- a. Los pacientes con cálculos vesiculares conocidos que vivan en regiones del mundo muy remotas, lejanas al tratamiento médico, para evitar complicaciones.
- b. La colecistectomía en pacientes asintomáticos con litiasis vesicular debe ser considerada en individuos que habiten en regiones de alto riesgo de cáncer, como Chile y Bolivia en América del Sur.
- c. Los pacientes con inmunosupresión, por ejemplo, luego de un trasplante. Estos pacientes pueden tener un riesgo mucho mayor de presentar una complicación como una colangitis. Asimismo, drogas como ciclosporina A y tacrolimo (FK 506) son también prolitogénicas, ya que disminuyen la función de la bomba que extrae las sales biliares (BSEP).
- d. Los pacientes que presentan diabetes insulino-dependiente no tienen una mayor prevalencia de cálculos, pero en la ancianidad tiene un mayor riesgo de desarrollar complicaciones inflamatorias.

- e. Los pacientes con pérdida de peso rápida, los cicladores de peso y aquellos que tienen mayores riesgos de complicaciones en general.
- f. Los pacientes con vesículas calcificadas en 'porcelana', ya que también tienen un mayor riesgo de evolucionar hacia un cáncer.

---

## 6. Referencias bibliográficas

---

1. Abdominal symptoms: Do they predict gallstones? A systematic review Berger-M-Y, Van-der-Velden-J-J-I-M, Lijmer-J-G, De-Kort-H, Pains-A, Bohnen-A-M, Scandinavian Journal of Gastroenterology 2000, 35/1 (70-76) [Pubmed-Medline](#).
2. Clinical manifestations of gallstone disease: Evidence from the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (MICOL) Festi-D, Sottili-S, Colecchia-A, Attili-A, Mazzella-G, Roda-E, Romano-F, Lalloni-L, Taroni-F, Barbara-L, Menotti-A, Ricci-G, Hepatology 1999, 30/4 (839-846) [Pubmed-Medline](#).
3. Abdominal symptoms and food intolerance related to gallstones Thijs-C, Knipschild-P Journal of Clinical Gastroenterology 1998, 27/3 (223-231) [Pubmed-Medline](#).
4. Dyspepsia- how noisy are gallstones ? A meta-analysis of epidemiologic studies of biliary pain, dyspeptic symptoms and food intolerance Kraag-N, Thijs-C, Knipschild-P. Scand J Gastroenterol, 1995;30 (411-421) [Pubmed-Medline](#).
5. Which abdominal symptoms are due to stones in the gallbladder Jørgensen T, Kay L, Hougaard Jensen K. Gastroenterology 1994;106:A342
6. Symptomatic and silent gall stones in the community Heaton-K-W, Braddon-F-E-M, Mountford-R-A, Hughes-A-O, Emmett-P-M. Gut 1991, 32/3 (316-320) [Pubmed-Medline](#).
7. Abdominal symptoms and gallstone disease: An epidemiological investigation, Jorgensen-T. Hepatology 1989, 9/6 (856-860) [Pubmed-Medline](#).
8. Correlation between gallstones and abdominal symptoms in a random population. Results from a screening study Glambek-I, Arnesjo-B, Soreide-O. Scandinavian Journal of Gastroenterology 1989, 24/3 (277-281) [Pubmed-Medline](#).
9. Prevalence of gallstone disease in an Italian adult female population. Rome Group for the Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO), Capocaccia-L, Giunchi-G, Pocchiari-F, et-al. American Journal of Epidemiology 1984, 119/5 (796-805). [Pubmed-Medline](#).

---

## 7. Enlaces a sitios útiles en la red

---

### Society for Surgery of the Alimentary Tract

Treatment of gallstone and gallbladder disease. Inc.. 1998 Jun 3 (revised 2000 Jan). 5 pages.

### Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons

Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. 1990 (updated 1999). 3 pages.

### Optimed Medical Systems Clinical Development Group

Cholecystectomy. 1989 (revised 2000). The software includes over 19 menus and requires user to spend 2-5 minutes depending on the clinical information.

### American College of Radiology

ACR Appropriateness Criteria for evaluation of patients with acute right upper quadrant pain. 1996 (revised 1999). 5 pages.

### National Guidelines Clearing House

At the NGC site type 'cholelithiasis' in the searchbox for an overview of all guidelines which mention this term.

## 8. Miembros del Comité de Consenso de la WGO que colaboraron con esta Declaración de Posición

Prof. RN Allan	Allan, B15 2TH, Birmingham	<a href="mailto:Robert.Allan@university-b.wmids.nhs.uk">Robert.Allan@university-b.wmids.nhs.uk</a>
Prof. Franco Bazzoli	Bazzoli, 40138, Bologna	<a href="mailto:bazzoli@alma.unibo.it">bazzoli@alma.unibo.it</a>
Dr. Philip Bornman	Bornman, 7925, Cape Town	<a href="mailto:bornman@curie.uct.ac.za">bornman@curie.uct.ac.za</a>
Dr Ding-Shinn Chen	Chen, 10016, Taipei	<a href="mailto:gest@ha.mc.ntu.edu.tw">gest@ha.mc.ntu.edu.tw</a>
Dr. Henry Cohen	Cohen, 11600, Montevideo	<a href="mailto:hcohen@chasque.apc.org">hcohen@chasque.apc.org</a>
Prof. A. Elewaut	Elewaut, 9000, Gent	<a href="mailto:andre.elewaut@rug.ac.be">andre.elewaut@rug.ac.be</a>
Dr. Suliman S. Fedail	Fedail, Khartoum	<a href="mailto:fedail@hotmail.com">fedail@hotmail.com</a>
Prof. Michael Fried	Fried, 8091, Zürich	<a href="mailto:michael.fried@dim.usz.ch">michael.fried@dim.usz.ch</a>
Prof. Alfred Gangl	Gangl, 1090, Wien	<a href="mailto:alfred.gangl@univie.ac.at">alfred.gangl@univie.ac.at</a>
Prof. Joseph E. Geenen	Geenen, 53215, Milwaukee	<a href="mailto:giconsults@aol.com">giconsults@aol.com</a>
Dr. Saeed S. Hamid	Hamid, 74800, Karachi	<a href="mailto:saeed.hamid@aku.edu">saeed.hamid@aku.edu</a>
Dr. Richard Hunt	Hunt, L8N 325, Hamilton / Ontario	<a href="mailto:huntr@fhs.mcmaster.ca">huntr@fhs.mcmaster.ca</a>
Prof. Günter J. Krejs	Krejs, 8036, Graz	<a href="mailto:guenter.krejs@kfunigraz.ac.at">guenter.krejs@kfunigraz.ac.at</a>
Prof. Shiu-Kum Lam	Lam, Hong Kong	<a href="mailto:mcwong@hkucc.hku.hk">mcwong@hkucc.hku.hk</a>
Dr. Greger Lindberg	Lindberg, 14186, Huddinge //Stockholm	<a href="mailto:greger.lindberg@medhs.ki.se">greger.lindberg@medhs.ki.se</a>
Prof. Juan-R. Malagelada	Malagelada, 08035, Barcelona	<a href="mailto:malagelada@hg.vhebron.es">malagelada@hg.vhebron.es</a>
Prof. Peter Malfertheiner	Malfertheiner, 39120, Magdeburg	<a href="mailto:peter.malfertheiner@medizin.uni-magdeburg.de">peter.malfertheiner@medizin.uni-magdeburg.de</a>
Prof. Roque Saenz	Saenz, Las Condes Santiago de Chile	<a href="mailto:schgastr@netline.cl">schgastr@netline.cl</a>
Dr. Nobuhiro Sato	Sato, 113-8421, Tokyo	<a href="mailto:nsato@med.juntendo.ac.jp">nsato@med.juntendo.ac.jp</a>
Prof. Mahesh V. Shah	Shah, Nairobi	<a href="mailto:mv@wananchi.com">mv@wananchi.com</a>
Dr. Pateek Sharma	Sharma, MO 64128, Kansas City	<a href="mailto:psharma@kumc.edu">psharma@kumc.edu</a>
Dr. Jose D. Sollano	Sollano, 1008, Manila	<a href="mailto:jsollano@metro.net.ph">jsollano@metro.net.ph</a>
Prof. Alan B.R. Thomson	Thomson, AB T6G 2C2, Edmonton	<a href="mailto:alan.thomson@ualberta.ca">alan.thomson@ualberta.ca</a>
Prof. Guido N. J. Tytgat	Tytgat, 1105 AZ, Amsterdam	<a href="mailto:g.n.tytgat@amc.uva.nl">g.n.tytgat@amc.uva.nl</a>
Dr. Nimish Vakil	Vakil, 53233, Milwaukee , WI	<a href="mailto:nvakil2001us@yahoo.com">nvakil2001us@yahoo.com</a>
Dr. Hou Yu Liu	Yu Liu, 200032, Shanghai	<a href="mailto:hyliau@online.sh.cn">hyliau@online.sh.cn</a>

## 9. Sugerencias y preguntas del lector

### LE INVITAMOS A HACER SUS COMENTARIOS

El Comité de Consenso aprecia cualquier comentario y pregunta que Ud. quiera dirigirnos.  
¿Siente que hemos descuidado algún aspecto? ¿Siente que algunos procedimientos

entrañen un mayor riesgo? Cuéntenos sus experiencias. Haga Click en el botón de abajo y háganos saber su opinión. Juntos podemos mejorar las cosas!

[guidelines@worldgastroenterology.org](mailto:guidelines@worldgastroenterology.org)