

**Pregunta 3: ¿Qué estrategias se deberían usar para manejar colelitiasis asintomática?**

**Resumen de la evidencia:**

La colelitiasis asintomática es la detección de cálculos biliares en pacientes que no han tenido ningún episodio de dolor abdominal relacionado a la colelitiasis (dolor en el epigastrio o cuadrante superior derecho que puede irradiar a la espalda del paciente o a la escápula derecha), y sin complicaciones relacionadas con cálculos biliares como colecistitis aguda, colangitis o pancreatitis (13).

Se encontró que la guía NICE 2014, seleccionada mediante la evaluación AGREE II, se plantea esta pregunta, pero no establece recomendaciones debido a la falta de estudios que aborden este tema.

La GPC NICE discutió los posibles beneficios y daños de las diversas opciones de tratamiento, en base a la opinión de expertos, y concluyen que:

- La terapia médica de disolución de cálculos empleada para el tratamiento de la colelitiasis usando tabletas orales es segura y de bajo costo. Sin embargo, los pacientes deben tomar medicamentos durante un largo período de tiempo, y posiblemente por el resto de sus vidas. Estos medicamentos a menudo tienen efectos secundarios, como diarrea, y bajas tasas adherencia a largo plazo. Las terapias de disolución solo funcionan para ciertos tipos de cálculos de la vesícula biliar.
- La litotripsia para los cálculos de la vesícula biliar utiliza ondas de ultrasonido de manera indolora y no invasiva, para dividir los cálculos biliares en piezas más pequeñas, que pueden pasar a través del sistema biliar sin causar ningún síntoma para el paciente. Sin embargo, es menos efectiva para cálculos grandes o múltiples.
- La colecistectomía es un tratamiento radical seguro y eficaz. Sin embargo, existen riesgos como infección, hemorragia, lesiones del conducto biliar y riesgos generales asociados con la anestesia.
- El manejo conservador de cuidado y espera no aplica tratamiento activo hasta que los cálculos de la vesícula biliar comienzan a mostrar síntomas.

El equipo metodológico realizó una actualización de la búsqueda sistemática que realizó la guía de NICE, a partir del 01 de marzo del 2014, usando el buscador Pubmed, sin embargo, no obtuvo estudios.

Debido a la insuficiente evidencia, el GEG-Local decidió no formular una recomendación para esta pregunta, pero sí formular puntos de buena práctica clínica.

**Justificación de puntos de buena práctica clínica:**

1. El GEG-Local consideró emitir un punto de buena práctica clínica respecto al manejo expectante de la colelitiasis asintomática considerando que los riesgos superan los beneficios y la baja incidencia de desarrollo de síntomas posterior al hallazgo de colelitiasis.
2. El GEG-Local consideró que en situaciones especiales se puede indicar la realización de colecistectomía laparoscópica. Estas condiciones fueron establecidas en base a su

experiencia y a la revisión de la literatura, como una revisión narrativa sobre el tema (14). Finalmente se establecieron las siguientes situaciones:

- **Sospecha o riesgo de malignidad.** Considerar colecistectomía ante el hallazgo de cálculos vesiculares en personas provenientes de áreas con alta prevalencia de cáncer vesicular asociada a cálculos biliares (Ecuador, Chile y Bolivia) (15).
- **Litiasis asociadas a uno o más pólipo(s) mayores a 1 cm de diámetro:** El riesgo de malignidad es alto en pacientes con pólipos vesiculares mayores de 1 cm de diámetro. (16)
- **Vesícula biliar calcificada (porcelana):** El cáncer de vesícula biliar también se asocia la vesícula biliar calcificada (17).
- **Cálculo(s)  $\geq 3$ cm.** Se estima que alrededor de 80% de pacientes que desarrollaron cáncer de vesícula tienen cálculos biliares con un tamaño  $\geq 3$  cm. (18)
- **Colelitiasis asintomática asociada a coledocolitiasis.** La presencia de cálculos en la vía biliar predispone a complicaciones severas en un porcentaje significativo (hasta un 50%) (19).
- **Pacientes con trasplante de órgano sólido (antes o durante el trasplante).** Se debe considerar la colecistectomía profiláctica en estos pacientes durante el periodo previo al trasplante o al momento de este. Esto se debe a que estos pacientes son más propensos a ser sintomáticos, especialmente en los primeros 2 años del trasplante (20). Debido a la inmunosupresión, el diagnóstico de complicaciones de la coledocolitiasis puede tener mayor dificultad, y estas complicaciones podrían estar asociadas a mayor morbilidad y mortalidad. De esta manera, *Begos* (21) reporta una mortalidad de 36% en pacientes con colecistectomía de emergencia en receptores de trasplante cardiaco. Adicionalmente, el tacrolimus y la ciclosporina usados como agentes inmunosuprimidos, son prolitogénicos debido a que disminuyen la función de exportar sales biliares.
- **Anemia de células falciformes.** Estos pacientes están en riesgo de desarrollar cálculos biliares a temprana edad. Estos cálculos han sido reportados en el 58% de pacientes con enfermedad de células falciformes homocigota y en pacientes heterocigotos en el 17% (22). Dos tercios de pacientes con cálculos biliares tienen síntomas, y muchas veces es difícil distinguir entre una crisis de células falciformes y una colecistitis aguda (23).

**Recomendaciones y puntos de buena práctica clínica:**

**Puntos de buena práctica clínica:**

Explicar a las personas con colelitiasis asintomática, quienes tienen una vesícula biliar y árbol biliar normal, que no necesitan tratamiento a menos que desarrollen síntomas.

Considerar la indicación de colecistectomía laparoscópica a las personas que pertenezcan a alguno de los siguientes grupos:

- Sospecha o riesgo de malignidad
- Litiasis asociadas a pólipo(s) > a 1 cm de diámetro
- Vesícula biliar calcificada (porcelana)
- Cálculo(s) de tamaño  $\geq$  a 3 cm.
- Colelitiasis asintomática asociada a coledocolitiasis
- Pacientes trasplantados (antes o durante el trasplante)
- Condiciones hemolíticas crónicas (como la anemia de células falciformes)