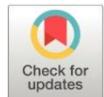


## Manejo terapéutico de los trastornos vesiculares en gestantes

*Therapeutic management of gallbladder disorders in pregnant women*

- <sup>1</sup> Emilia Gisselle Mora Amoroso  <https://orcid.org/0009-0002-4327-1719>  
Médica General, Universidad Nacional de Chimborazo. Investigador Independiente  
[emilia.mora@unach.edu.ec](mailto:emilia.mora@unach.edu.ec)
- <sup>2</sup> Erik Shoel Salas Ochoa  <https://orcid.org/0009-0008-9782-2524>  
Médico General, Universidad Nacional de Chimborazo. Investigador Independiente  
[erik.salas@unach.edu.ec](mailto:erik.salas@unach.edu.ec)
- <sup>3</sup> Ángel Cristóbal Yáñez Velastegui  <https://orcid.org/0009-0004-3834-0219>  
Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Central del Ecuador. Máster en Gerencia en Salud, UTPL. Especialista en Cirugía General, Universidad Central del Ecuador. Máster Universitario en Técnica Quirúrgica Endoscópica, Universidad Autónoma de Barcelona. Docente Titular Auxiliar medio tiempo, UNACH. Cirujano General en libre ejercicio profesional.  
[acyanez@unach.edu.ec](mailto:acyanez@unach.edu.ec)
- <sup>4</sup> Sebastián Alejandro Pastor Romero  <https://orcid.org/0000-0001-9401-0389>  
Médico General, Universidad Nacional de Chimborazo. Especialista en Cirugía General, Universidad Central del Ecuador. Magister en Docencia Universitaria, Universidad de las Fuerzas Armadas. Cirujano General del Hospital General IESS- Riobamba, docente de la cátedra de Cirugía Práctica, Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador.  
[sebastián.pastor@unach.edu.ec](mailto:sebastián.pastor@unach.edu.ec)



### Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Enviado: 27/10/2023

Revisado: 25/11/2023

Aceptado: 15/12/2023

Publicado: 28/12/2023

DOI: <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.3.2828>

Cítese:

Mora Amoroso, E. G., Salas Ochoa, E. S., Yáñez Velastegui, Ángel C., & Pastor Romero, S. A. (2023). Manejo terapéutico de los trastornos vesiculares en gestantes. *Anatomía Digital*, 6(4.3), 667-686.  
<https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v6i4.3.2828>



**ANATOMÍA DIGITAL**, es una Revista Electrónica, Trimestral, que se publicará en soporte electrónico tiene como misión contribuir a la formación de profesionales competentes con visión humanística y crítica que sean capaces de exponer sus resultados investigativos y científicos en la misma medida que se promueva mediante su intervención cambios positivos en la sociedad. <https://anatomiadigital.org>  
La revista es editada por la Editorial Ciencia Digital (Editorial de prestigio registrada en la Cámara Ecuatoriana de Libro con No de Afiliación 663) [www.celibro.org.ec](http://www.celibro.org.ec)

Esta revista está protegida bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 International. Copia de la licencia: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

**Palabras claves:**

Trastornos vesiculares; gestantes; manejo terapéutico; colecistectomía; complicaciones materno-fetales

**Keywords:**

Gallbladder disorders; pregnant women; therapeutic management; cholecystectomy; maternal-fetal complications.

**Resumen**

**Introducción:** Los trastornos vesiculares en el embarazo se consideran en la actualidad una de las patologías abdominales no obstétricas más comunes, siendo un problema de salud pública. La presencia de cálculos biliares es más frecuente en mujeres embarazadas que en las no gestantes, debido a los cambios fisiológicos y hormonales que experimenta la mujer en esta etapa, lo cual predispone a la aparición de patologías vesiculares, afectando el trascurso normal del embarazo. La demora en el manejo de estas enfermedades implica un aumento en la morbilidad de este grupo poblacional. **Objetivo:** Analizar las pautas y recomendaciones actuales sobre el manejo terapéutico de los trastornos vesiculares en gestantes. **Metodología:** Investigación bibliográfica con enfoque cualitativo de alcance descriptivo con investigaciones publicadas en los últimos 5 años; fueron revisados 35 documentos con validez científica obtenidos de bases de datos regionales y de alto impacto en inglés y español. **Resultados:** Existe una controversia en la elección del tratamiento, hay diversas opciones terapéuticas entre ellos el manejo conservador y el abordaje quirúrgico. La colecistectomía laparoscópica es beneficiosa y segura en cualquier trimestre de la gestación con tasas bajas de complicaciones materno-fetales de un 3.5%. **Conclusión:** La colecistectomía laparoscópica es un método seguro y de elección para aquellas pacientes con sintomatología y/o complicaciones de patología biliar, mientras que el enfoque conservador se reserva para pacientes asintomáticas. **Área de estudio general:** Medicina. **Área de estudio específica:** Cirugía General. **Tipo de estudio:** Revisión Bibliográfica.

**Abstract**

**Introduction:** Gallbladder disorders in pregnancy are currently considered one of the most common non-obstetric abdominal pathologies, being a public health problem. The presence of gallstones is more frequent in pregnant women than in non-pregnant women, due to the physiological and hormonal changes experienced by women at this stage, which predisposes to the appearance of gallbladder pathologies, affecting the normal course of pregnancy. The delay in the

---

management of these diseases implies an increase in morbidity in this population group. **Objective:** To analyze the current guidelines and recommendations on the therapeutic management of bladder disorders in pregnant women. **Methodology:** Bibliographic research with a qualitative approach of descriptive scope with research published in the last 5 years; 35 documents with scientific validity obtained from regional and high impact databases in English and Spanish were reviewed. **Results:** There is controversy in the choice of treatment, there are several therapeutic options including conservative management and surgical approach. Laparoscopic cholecystectomy is beneficial and safe in any trimester of gestation with low maternal-fetal complication rates of 3.5%. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy is a safe method of choice for those patients with symptomatology and/or complications of biliary pathology, while the conservative approach is reserved for asymptomatic patients. **General area of study:** Medicine. **Specific area of study:** General Surgery. **Type of study:** Bibliographic Review

---

## Introducción

El embarazo es un periodo biológico en el cual, el cuerpo de la mujer y todo su organismo experimentan una serie de cambios a nivel fisiológico y hormonal, con el fin de brindar un entorno adecuado para el desarrollo y crecimiento del feto, sin embargo, existen diversos mecanismos que predisponen la aparición de patologías en este periodo, siendo uno de ellos los trastornos vesiculares, una afección frecuente en esta población que pone en riesgo el bienestar materno-fetal <sup>(1)</sup>.

La gestación es un factor predisponente para desarrollar patologías biliares, debido diversos factores tales como: la compresión por parte del útero gravídico a la vesícula y vías biliares, atonía vesicular, impregnación hormonal a base de estrógenos y progesterona, ocasionando sobresaturación de colesterol y disminución del vaciado vesicular los cuales incrementan el riesgo de formación de barro biliar en un 31% y de cálculos biliares hasta en un 2-3 % de las pacientes embarazadas <sup>(2)(3)</sup>, por tal motivo, es importante identificar estos cambios o factores de riesgo que pueden representar estados patológicos durante la gestación

El abdomen agudo durante el embarazo es un desafío diagnóstico y terapéutico para los profesionales de la salud. Siendo la principal causa la apendicitis, con una presentación de 1:1200-1500 embarazos <sup>(4) (5)</sup>, en segundo lugar, la colecistitis y colelitiasis con una prevalencia de 1:1500 a 1:10.000 <sup>(6) (7)</sup>, la cual se considera la causa más frecuente de hospitalizaciones en el primer año postparto. Un manejo erróneo conlleva múltiples complicaciones materno-fetales e incrementa la morbilidad en este grupo poblacional, además implica altos costos sanitarios que afectan significativamente la salud de la gestante y del feto en desarrollo, por lo cual se considera un problema emergente para la salud materna <sup>(1)</sup>.

Hoy en día los trastornos vesiculares se consideran una patología común las cuales pueden afectar el proceso normal de la gestación, entre ellos los de mayor incidencia son: colelitiasis y sus complicaciones como colangitis, coledocolitiasis, colecistitis aguda, y pancreatitis biliar con baja incidencia <sup>(8)</sup>. Por otro lado, no se han encontrado estudios o reportes de casos en embarazadas sobre cáncer vesicular, pólipos y disquinesia vesicular.

El manejo de los trastornos vesiculares en embarazadas ha sido tema de estudio durante muchos años, debido a que existen varias opciones terapéuticas, entre ellas el manejo conservador y expectante, así también como la resolución quirúrgica con colecistectomía laparoscópica o cirugía abierta y en casos de complicaciones como la coledocolitiasis y pancreatitis, una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Sin embargo, la elección de la técnica a utilizar depende netamente de los antecedentes, la edad gestacional, la preferencia que tenga la paciente, así como de la experticia del profesional y la infraestructura existente <sup>(9)</sup>.

La seguridad y eficacia del manejo de los trastornos vesiculares en pacientes embarazadas, sigue siendo motivo de preocupación e incertidumbre. A pesar de la necesidad de un tratamiento precoz de las complicaciones relacionadas con las patologías biliares durante la gestación, el abordaje óptimo para este grupo poblacional es un tema controversial. La falta de pruebas exhaustivas y convincentes sobre el tratamiento conservador versus una intervención quirúrgica en esta población específica dificulta la toma de decisiones y puede dar lugar a variaciones en la práctica clínica y cuadros recurrentes de hospitalización.

Reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones en el embarazo, es uno de los objetivos fundamentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo cual es indispensable realizar un adecuado abordaje terapéutico en aquellas patologías con alta incidencia de morbimortalidad en pacientes embarazadas. Por lo que la meta de esta revisión es realizar una actualización del conocimiento científico sobre las pautas y recomendaciones actuales en el manejo terapéutico de los trastornos vesiculares en gestantes, aportando información valiosa y conocimientos actualizados, con el fin de

contribuir con la comunidad científica, evitando complicaciones obstétricas, postgravídicas, fetales y neonatales.

### Metodología

Este trabajo de investigación bibliográfica posee un enfoque cualitativo, con un alcance descriptivo, de tipo no experimental, con secuencia transversal, de cronología retrospectiva. La investigación se basó principalmente en una revisión bibliográfica, obteniendo de esta manera información científica actualizada y comprensible, sobre el manejo terapéutico de la patología vesicular en mujeres embarazadas, fundamentada con una perspectiva de tipo interpretativa.

### Estrategia de búsqueda

Se utilizaron descriptores de búsqueda con términos DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y términos MeSH (Medical Subject Headings), relacionados con el tema de investigación, los cuales fueron un punto clave para la búsqueda y categorización de la información en las bases de datos científicas utilizadas, conjugados con los operadores booleanos, AND y OR con el objetivo de alcanzar una búsqueda más específica. También se realizó la búsqueda libre con términos relacionados al tema para obtener información, publicados en revistas indexadas en bases regionales y de impacto mundial, tales como: *PubMed, Web of Science, Dialnet, SciELO, Scopus, Cochrane Library, ScienceDirect, Lilacs, Medline, Medigraphic, UpToDate*, como se muestra en la tabla 1.

Los criterios de inclusión fueron: publicaciones en los últimos 5 años, artículos científicos, protocolos terapéuticos, tesis de grado, ensayos clínicos publicados en inglés y español. Los criterios de exclusión: documentos con información irrelevante, estudios con calidad metodológica deficiente y con una antigüedad mayor a 5 años, donde el universo y muestra quedó conformado por la totalidad de 35 artículos.

**Tabla 1.** Descriptores de búsqueda inicial

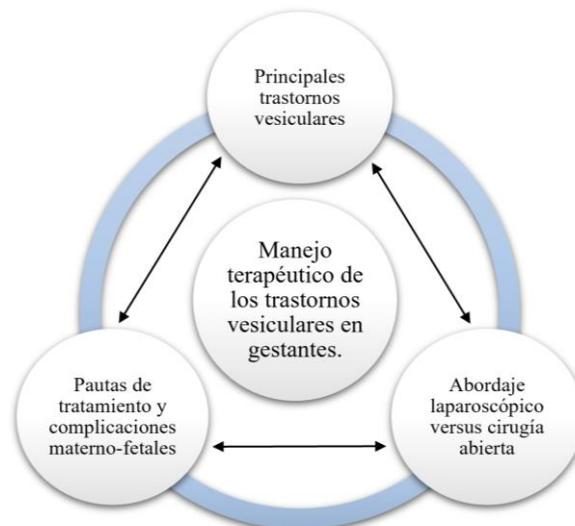
Descriptores de búsqueda	
Términos MeSH	Bases de Datos PubMed Medline Cochrane
(("Gallbladder Diseases"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh])	
(("Gallbladder Diseases"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh]) AND "Therapeutics"[Mesh]	
(("pregnancy"[mesh]) and "cholecystectomy"[mesh]) or "gallbladder"[mesh]	
(("cholecystitis, acute/surgery"[mesh] or "cholecystitis, acute/therapy"[mesh])) and "pregnancy"[mesh]	
(("pregnancy"[mesh]) and "cholelithiasis"[mesh]) and "therapeutics"[mesh]	
(("pregnancy"[mesh]) and "cholecystectomy"[mesh]) or "laparoscopic"[mesh]	
(("pregnancy"[mesh]) and "cholelithiasis"[mesh]) and "therapeutics"[mesh]	

**Tabla 1.** Descriptores de búsqueda inicial

Descriptores de búsqueda	
Términos DeCs	Base de Datos BVS
(embarazo) AND (vesícula) AND (terapéutica)	
(embarazo) AND (colecistitis) OR (colecistitis)	
(vesícula) AND (patologías) AND (embarazo)	
(colecistectomía) AND (embarazo) AND (laparoscopia) AND (cirugía general)	
(gestantes) AND (colecistitis) AND (terapéutica)	
(discinesia) AND (vesícula)	
Búsqueda libre	Base de Datos
	Uptodate/ Scopus/ Science direct/ Scielo/ Medigraphic/ Lilacs/ Dialnet
Gallstones diseases in pregnancy	
Enfermedades vesiculares en pacientes embarazadas	
Gallbladder disorders in pregnancy	
Management of Gallstone Disease During Pregnancy	
Colecistitis en el embarazo / Acute colangitis and cholecystitis in pregnancy	
Cirugías no obstétricas en embarazadas- Non obstetric surgery in pregnancy	

**Resultados**

Este capítulo comprende la discusión y resultados de la información obtenida tras el proceso de investigación y lectura crítica de los documentos científicos seleccionados basada en la relación de los objetivos específicos planteados con el fin de dar respuesta a el objetivo general del estudio, mismos que se encuentran reflejados en la figura 1. En relación con lo expuesto anteriormente se realizó un análisis de los resultados obtenidos.



**Figura 1.** Elementos de interrelación de la revisión bibliográfica

## *Trastornos vesiculares en embarazadas*

### *Colelitiasis*

La colelitiasis o litiasis biliar es una patología frecuente en gestantes (11%)<sup>(10)</sup>, se define como la presencia de cálculos en la vesícula, los cuales pueden migrar a las vías biliares causando cuadros obstructivos y complicaciones<sup>(11)</sup>, mientras que el cólico biliar es una contracción dolorosa de la misma, generalmente debido a una obstrucción temporal del conducto cístico por cálculos biliares, puede presentarse en un tercio de las pacientes con colelitiasis<sup>(3)</sup>. La sintomatología de esta enfermedad se considera una de las principales causas gastrointestinales de atención médica y de hospitalización<sup>(8)</sup>.

La composición más común de los cálculos biliares es una combinación de sales de calcio, colesterol, bilirrubinato, proteínas, mucina o palmitato<sup>(8)</sup>. Los principales tipos son: cálculos de colesterol, pigmento negro y de pigmento marrón, de los cuales los cálculos de colesterol representan más del 90%, siendo estos los más comunes durante el embarazo<sup>(3)</sup>. Según Brooks et al<sup>(6)</sup>, indica que las manifestaciones clínicas se pueden clasificar según sintomatología y hallazgos ecográficos en pacientes embarazadas con colelitiasis Xson:

- *Asintomáticos, cálculos biliares visibles en ecografía (incidentales):* la de detección de cálculos biliares se puede encontrar de manera incidental mientras se realiza una ecografía obstétrica, que pueden incluir el cuadrante superior derecho (CSD), sin embargo, la paciente no presenta molestias ni dolor. Alrededor del 10% tienen litiasis demostrable por ultrasonido y la mayor parte son asintomáticas<sup>(4)</sup>.
- *Síntomas de tipo biliar, cálculos biliares visibles en ecografía:* el 0,2 – 2% son sintomáticas<sup>(7)</sup>, siendo el principal síntoma el cólico biliar, dolor recurrente en el epigastrio o CSD, el cual ocurre en el 55% de los casos (3). A diferencia de las asintomáticas, las embarazadas con sintomatología tienen mayor riesgo de morbimortalidad materno-neonatal<sup>(5)</sup> (6). Además, se relaciona con parto prematuro 4,2% y pérdida fetal 1,9%<sup>(3)</sup>.

En un estudio prospectivo que incluyó a 3200 embarazadas sin colelitiasis en la primera ecografía, se observaron nuevos barros o cálculos en el 7,1 % de pacientes en el primer trimestre, 7,9 % en el segundo y 10,2% en el tercer trimestre de gestación o en exámenes de ultrasonido postparto. No obstante, solo el 1,2% de las pacientes desarrollaron la enfermedad sintomática<sup>(6)</sup>.

## *Complicaciones de los trastornos vesiculares*

### *Colecistitis Aguda*

Según Fernández, la colecistitis aguda litiásica está presente en el 90% de las causas de colecistitis <sup>(11)</sup>, por otro lado Brown afirma que es una de las principales complicaciones quirúrgicas durante el embarazo, con una frecuencia de 1 a 6 por cada 10,000 embarazos, la cual se define como la inflamación de la vesícula biliar, ocasionada por la obstrucción del conducto cístico, causada por un cálculo biliar <sup>(3)</sup>, cuya presentación clínica incluye náusea, vómito, cólico en el cuadrante superior derecho e intolerancia a las comidas copiosas, motivo por el cual se considera una urgencia quirúrgica <sup>(12)</sup>, representando el 82,5% de indicaciones para este tipo de procedimiento <sup>(13)</sup>.

### *Coledocolitiasis*

La coledocolitiasis se define como la presencia de cálculos biliares dentro del conducto colédoco, tiene una incidencia baja un caso por cada 1200 embarazos, se puede presentar hasta en el 10% de las complicaciones por colelitiasis y conlleva a un riesgo potencial de desarrollar pancreatitis <sup>(14)</sup>. El cuadro principal se caracteriza por cólico biliar, pancreatitis, colangitis o ictericia <sup>(15)</sup>.

### *Colangitis*

Este síndrome clínico se desarrolla como resultado de una infección en el tracto biliar puede llegar a ser potencialmente mortal, cuya causa principal son los cálculos biliares, aunque también pueden tener un origen neoplásico, o posterior a una CPRE, etc. <sup>(16)</sup>, en donde la coledocolitiasis llega a asociarse a esta complicación hasta en un 70% <sup>(15)</sup>. Chamberlain menciona que aproximadamente un 10% de mujeres embarazadas con cálculos biliares, pueden desarrollar este tipo de complicación <sup>(14)</sup>. La caracterización clínica va definida por la triada de Charcot, cuyos elementos principales abarcan el dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia, a estos si se le agrega la inestabilidad hemodinámica o confusión mental toma el nombre de péntada de Reynolds <sup>(17)</sup>.

### *Pancreatitis biliar*

La pancreatitis es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, es poco común en el embarazo, con una tasa de incidencia estimada de entre 1 en 1.000 y 1 en 10.000 embarazos <sup>(18)</sup>. Por otro lado, Lee et al afirma que aproximadamente dos tercios de los casos son de origen biliar, sin embargo, casos raros se asocian con hígado graso, preeclampsia, hiperémesis gravídica e hipertigliceridemia familiar <sup>(19)</sup>. Un cálculo que pasa a través de la ampolla de Váter puede causar pancreatitis por colelitiasis, que es la etiología más común en el embarazo y se asocia con una morbilidad materno fetal

elevada si no se diagnostica y trata adecuadamente, tasas de 10% de mortalidad materna, un 7% de pérdida fetal y 5,3% de partos prematuros <sup>(3) (6)</sup>.

*Pólipos vesiculares*

Los pólipos vesiculares son elevaciones de la pared mucosa de la vesícula biliar, son poco frecuentes con una prevalencia que oscila entre 0,3% a 0,9% <sup>(20)</sup> y afecta más a mujeres que a hombres. El riesgo general de cáncer vesicular en pacientes con pólipos es bajo (11,3 por 100.000) <sup>(21)</sup>. En cuanto al manejo un pólipo detectado menor a 10 mm tiene una conducta conservadora, si es mayor a ese tamaño se justifica un manejo quirúrgico. La edad media es de 45 años <sup>(22)</sup>, no obstante, debido a que no se han encontrado investigaciones que establezcan relación entre pólipos vesiculares y el embarazo.

*Cáncer vesicular*

El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una neoplasia maligna poco común pero mortal. El 70%- 90 % de los casos con CVB tienen historia de colelitiasis; sin embargo, solamente 0,5 %-3 % pueden desarrollar la enfermedad <sup>(21)</sup>. La edad media para detectar la displasia es de 45 años y, para el carcinoma in situ, es de 55 años <sup>(23)</sup>, cabe destacar que no se encontró evidencia sobre esta patología en embarazadas.

*Discinesia vesicular*

La discinesia vesicular se define como un trastorno de tipo funcional de la vesícula, caracterizado por tener cuadro de dolor biliar, sin la presencia de cálculos de origen biliar <sup>(24)</sup> o cualquier anomalía ya sea anatómica, ecográfica o de laboratorio <sup>(25)</sup>. El embarazo crea un estado de discinesia vesicular debido a la acción de la progesterona por la relajación del músculo liso de las vísceras huecas del aparato digestivo e incrementa el tono del esfínter de Oddi <sup>(4)</sup>, sin embargo, se consideran cambios fisiológicos y no como el síndrome propiamente dicho, además no existen estudios que relacionen esta patología con el periodo gravídico, por lo tanto, solo se menciona su parte conceptual.

En la tabla 2, se evidencia la incidencia de los trastornos vesiculares en pacientes embarazadas, encontrada en la revisión bibliográfica con los artículos seleccionados.

**Tabla 2.** Incidencia de los trastornos vesiculares en gestantes

Patología	Incidencia
Colelitiasis	Asintomáticas: 2/3 de embarazos Sintomáticas: 1:1500 a 1:10.000 embarazos
Colecistitis aguda	1-6:10.000 embarazos
Coledocolitiasis	1:1200 embarazos
Pancreatitis de origen biliar	1:1000- 1:10.000 embarazos

**Tabla 2.** Incidencia de los trastornos vesiculares en gestantes (continuación)

Patología	Incidencia
Colangitis Δ	Δ Variable (10% con colelitiasis sintomática pueden desarrollar esta complicación)
Pólipos, disquinesia vesicular, cáncer vesicular*	*Indeterminado (no se encontraron estudios que relacionen estas patologías con la gestación)

*Pautas y recomendaciones actuales en el manejo terapéutico de los principales trastornos vesiculares en gestantes*

Las opciones terapéuticas de los trastornos vesiculares en gestantes se dividen en tratamiento médico conservador y abordaje quirúrgico. Según varios autores la decisión terapéutica depende de varios aspectos, principalmente de la situación clínica individual de cada paciente como edad gestacional, factores de riesgo, gravedad de la enfermedad, así como recursos disponibles, infraestructura de la casa de salud experiencia del profesional y equipo multidisciplinario <sup>(3)(9)</sup>.

*Tratamiento médico conservador*

La mayor parte de mujeres embarazadas con colelitiasis son asintomáticas y requieren una conducta expectante, sin embargo, en caso de estar frente a una enfermedad por cálculos biliares no complicada o presentar cólico biliar, se inicia con una terapia estabilizadora que consiste en reposo intestinal, hidratación intravenosa más control del dolor o de sintomatología acompañante y antibioticoterapia de ser necesario <sup>(3)(26)</sup>.

Para el manejo del dolor se puede utilizar paracetamol, mientras que en un cuadro más intenso se puede controlar con opioides de tipo débil, como vendría a ser el tramadol, cuyos efectos no descartan riesgo fetal (categoría C) <sup>(27)</sup>. En general, debe evitarse el uso de AINES o antiinflamatorios no esteroideos, especialmente después de las 32 semanas de gestación ya que su uso durante más de 48 horas puede tener efectos perjudiciales para el feto (oligohidramnios, cierre prematuro del conducto arterioso, etc.) <sup>(6)</sup>.

Una vez diagnosticada alguna complicación o riesgo de infección se debe instaurar el tratamiento antibiótico, con el objetivo de impedir una respuesta sistémica inflamatoria (SIRS), y evitar complicaciones derivadas de la infección <sup>(1)</sup>. Se debe tomar en cuenta que el cólico biliar o pancreatitis leve de origen biliar no requieren tratamiento con antibióticos, pero los pacientes con complicaciones como colecistitis aguda, colangitis o pancreatitis grave de origen biliar sí requieren este tratamiento. En pacientes con pancreatitis biliar leve, no se requiere antibioticoterapia a menos que exista evidencia de infección <sup>(6)</sup>.

Los aislamientos bacterianos más frecuentes son *Escherichia coli*, *Enterococcus* spp, *Klebsiella* spp, *Enterobacter*, *Pseudomonas* spp, los cuales están presentes en más del 75% de los casos, por lo que el tratamiento empírico se enfoca en la cobertura de esas bacterias. Los betalactámicos, cefalosporinas, clindamicina, carbapenémicos y el aztreonam son seguros en embarazadas, los aminoglucósidos son relativamente seguros, pero existe riesgo de ototoxicidad y nefrotoxicidad fetal <sup>(28)</sup>. En general, se deben evitar las fluoroquinolonas por los efectos teratogénicos, particularmente en la formación musculoesquelética <sup>(1) (29)</sup>.

#### *Tratamiento quirúrgico*

Las pacientes en quienes los cuidados de apoyo fracasan, presentan recurrencia de sintomatología, o se diagnostica una complicación asociada a trastornos de las vías biliares, se debe ofrecer de forma inmediata una resolución quirúrgica como tratamiento definitivo <sup>(3) (30)</sup>, con la finalidad de evitar complicaciones asociadas.

Esto fue respaldado por un estudio de 2 719 mujeres embarazadas con colecistitis de Ríos et al <sup>(31)</sup>, que concluyó que las pacientes que no se sometieron a colecistectomía tenían más riesgo de presentar complicaciones materno-fetales: como 6 veces más probabilidades de tener un crecimiento fetal deficiente y 3 veces más de tener un parto prematuro o someterse a cesárea, así como mayores tasas de reingreso del 18,7% a comparación del 10,7% que si se sometieron a la cirugía, por otro lado la estancia hospitalaria fue más corta entre 4 días versus 5 días de los que se operaron <sup>(31)</sup>.

La guía publicada por la Sociedad Americana de Cirujanos Endoscópicos y Gastrointestinales (SAGES) “*Pautas para la cirugía laparoscópica durante el embarazo*”, indica que hace dos décadas, varios autores argumentaron que la laparoscopia estaba contraindicada durante el embarazo debido a la preocupación por la lesión uterina, colocación de trócares y la perfusión fetal deficiente por el neumoperitoneo. Sin embargo, a medida que los cirujanos ganaron más experiencia y documentaron sus resultados, la colecistectomía laparoscópica se convirtió en la modalidad de tratamiento preferida para el manejo de los trastornos vesiculares en cualquier trimestre de la gestación <sup>(6) (32)</sup>.

No obstante, el Comité del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), en el año 2019, recomienda que el segundo trimestre es el momento óptimo para intervenir quirúrgicamente de manera laparoscópica, debido a que los abortos espontáneos y las contracciones de tipo prematuras son menos probables, además, la accesibilidad a la vesícula biliar es más sencilla, ya que el útero tiene un tamaño reducido en comparación con el tercer trimestre, a pesar de existir buenos resultados si se realizan en el tercer trimestre <sup>(33)</sup>.

Por otro lado, varios autores respaldan <sup>(8) (9) (16)</sup> que, si el cólico biliar ocurre cerca del término, otra opción razonable es evitar la colecistectomía y reevaluar a la paciente entre 4 a 6 semanas después del parto. La frecuencia de colecistectomía posparto en pacientes con cólico biliar durante el embarazo varía desde el 0,8% al 56% <sup>(2) (6)</sup>.

**Tabla 3.** Consideraciones del manejo terapéutico de los trastornos vesiculares en gestantes

Manejo terapéutico	Ventajas	Riesgos
Manejo conservador o expectante	No es invasivo	Recurrencia de sintomatología Reingresos hospitalarios Riesgo de complicaciones aumentado*
Colecistectomía abierta	Mejor campo de visión Acceso completo Menor tiempo de procedimiento	Infección de herida quirúrgica Lesión de conducto biliar Lesión de vísceras Mayor tiempo de recuperación Estancia hospitalaria más larga Muerte fetal Δ
Colecistectomía laparoscópica	Tiempo corto de recuperación Disminución de la morbimortalidad materna y fetal Estancia hospitalaria corta Menor tasa de infección del sitio quirúrgico Menor dolor postoperatorio Recuperación temprana del tránsito intestinal Menor Riesgo de trombosis Incisiones pequeñas	Hemorragia y hernia en el sitio de colocación del puerto Limitaciones del campo visual debido al útero gestante agrandado Trauma vascular uterino Muerte materna Δ

\*Complicaciones: Coledocolitiasis, colangitis, colecistitis y pancreatitis biliar  
Δ Baja incidencia

A continuación, en la tabla 3, se indica las principales ventajas de los distintos manejos terapéuticos, así como los riesgos más comunes que presenta cada opción de tratamiento.

*Cirugía abierta versus cirugía laparoscópica*

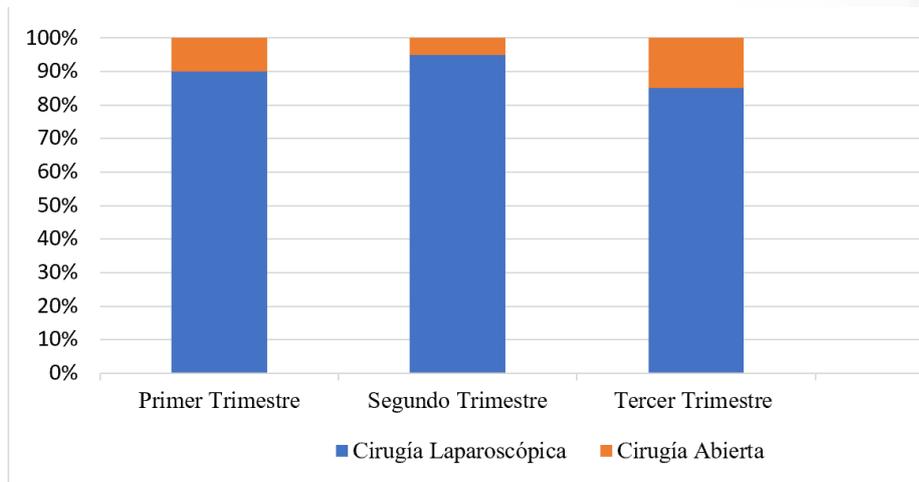
Las intervenciones quirúrgicas durante el estado de gestación tienen como objetivo primordial, disminuir el riesgo fetal sin comprometer la seguridad materna, todo esto dependerá de un diagnóstico preciso con una intervención rápida, siendo necesario conocer las diferencias en las técnicas utilizadas como cirugía convencional o cirugía laparoscópica, para de ese modo obtener resultados óptimos <sup>(32)</sup>.

En la opinión de Ávila en su estudio retrospectivo, las principales ventajas que se obtienen de la cirugía laparoscópica en comparación con la cirugía abierta son: una rápida recuperación, menor morbilidad materna y fetal, estancia hospitalaria corta, menor riesgo

de trombosis e incidencia de hernias y dolor postoperatorio, baja probabilidad de infección de sitio quirúrgico, recuperación temprana del tránsito intestinal, menor tasa de depresión fetal y parto prematuro<sup>(34)</sup> tabla 3. En varias revisiones previas que comparaban la colecistectomía abierta y laparoscópica se encontraron los siguientes resultados maternos o fetales:

- En una revisión sistemática y metaanálisis del año 2017 de 11 estudios observacionales (10.632 pacientes) encontró que la colecistectomía laparoscópica se asoció con menores riesgos fetales (0,28% a 0,63%), maternos (0,33% a 0,53%) y quirúrgicos (0,25% a 0,82%) y una estancia hospitalaria más corta (3,2 días versus a 6 días) en comparación con la abierta<sup>(6)</sup>.
- Varias publicaciones han demostrado que la intervención laparoscópica proporciona mejores resultados quirúrgicos y reduce la necesidad de manipulación uterina. También brinda una recuperación temprana, incisiones más pequeñas y menos complicaciones de la herida. Sin embargo, si no puede realizarse un procedimiento laparoscópico de forma segura y eficaz, debe recurrirse a un abordaje abierto para evitar daños en las estructuras circundantes<sup>(32)</sup>.
- En un metaanálisis de 918 pacientes embarazadas con colelitiasis, de los cuales 767 pacientes que se sometieron a cirugía laparoscópica y 151 se sometieron a cirugía abierta reportaron complicaciones fetales las cuales incluyeron: sufrimiento fetal, pérdida fetal, amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino en donde el 3.9% se presentó en colecistectomía laparoscópica y 12% para cirugía abierta<sup>(35)</sup>.

Según la investigación realizada, la mayoría de autores recomiendan la cirugía laparoscópica en cualquier trimestre de la gestación (85-95 %), en comparación con la cirugía abierta, sin embargo un 15% respaldan la colecistectomía convencional en el tercer trimestre cerca del término, a fin de lograr una visualización adecuada del sitio quirúrgico, evitar daños en el útero gravídico y complicaciones materno-fetales<sup>(30)</sup>, por lo que la preferencia del abordaje quirúrgico según los trimestres del embarazo se ilustran en la figura 2.



**Figura 2.** Colecistectomía en el embarazo según trimestres de gestación

### Conclusiones

- El principal trastorno vesicular que se puede presentar en pacientes embarazadas es la colelitiasis asintomática seguido de la sintomática, mientras que sus complicaciones como la colecistitis aguda, colangitis, coledocolitiasis y pancreatitis de origen biliar son menos frecuentes, pero pueden surgir durante la gestación. En lo que respecta a otras patologías biliares como pólipos, disquinesia y cáncer vesicular su incidencia es indeterminada ya que no existen reportes que relacionen estas patologías con el embarazo.
- En casos de colelitiasis asintomática, se debe emplear un manejo conservador o expectante, reservando la antibioticoterapia para pacientes con complicaciones o riesgo de infección. Por otro lado, la resolución quirúrgica es el tratamiento definitivo, en quienes el tratamiento conservador no ha tenido éxito, así como en aquellos que presentan recurrencia de sintomatología y complicaciones asociadas a trastornos vesiculares.
- La colecistectomía laparoscópica es el método quirúrgico de elección para la resolución de las patologías vesiculares en gestantes, pudiendo realizarse en cualquier trimestre de la gestación de manera segura y efectiva, con tasas bajas de complicaciones materno-fetales, en comparación con la cirugía abierta.
- El manejo terapéutico de los trastornos vesiculares en gestantes dependerá de un enfoque individualizado de cada paciente, así como de la experiencia del cirujano y de la infraestructura de la casa de salud.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses en relación con el artículo presentado.

### Declaración de contribución de los autores

Todos los autores participaron en la elaboración del diseño de la revisión bibliográfica, realizando un análisis crítico de los artículos seleccionados, evaluando la calidad metodológica y validez de resultados, así como en la redacción final del contenido y discusión de los resultados obtenidos.

### *Referencias Bibliográficas*

1. Rivera Alonso D, Campos AR, Hernández Pérez, Pérez AE, Álvarez Sánchez. Colecistitis aguda en el embarazo. Indicación quirúrgica y recomendaciones del tratamiento. [Online].; 2019. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161498>.
2. Hedström, J, Nilsson J, Andersson R, Andersson B. Changing management of gallstone-related disease in pregnancy – a retrospective cohort analysis. [Online].; 2017. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28599581/>.
3. Brown KE, Hirshberg JS, Conner SN. Gallbladder and Biliary Disease in Pregnancy. [Online].; 2019. Available from: [https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2020/03000/gallbladder\\_and\\_biliary\\_disease\\_in\\_pregnancy.23.aspx](https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2020/03000/gallbladder_and_biliary_disease_in_pregnancy.23.aspx).
4. Álvarez Villaseñor S, Mascareño Franco L, Agundez Meza JJ, Cardoza Macías F, Fuentes Orozco C, Rendón Félix J, et al. Colelitiasis en el embarazo y posparto. Prevalencia, presentación y consecuencias en un hospital de referencia en Baja California Sur. [Online].; 2017. Available from: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n2/GMM\\_153\\_2017\\_2\\_159-165.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n2/GMM_153_2017_2_159-165.pdf).
5. Vujic J, Marsoner, Lipp-Pump AH, Klaritsch P, Mischinger HJ, Kornprat. Non-obstetric surgery during pregnancy – an eleven-year retrospective analysis. [Online].; 2019. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31653246/>.
6. Brooks D. Gallstone diseases in pregnancy. [Online].; 2023. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/gallstone-diseases-in-pregnancy?search=Enfermedades%20de%20c%C3%A1lculos%20biliares%20en%20el%20embarazo&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/gallstone-diseases-in-pregnancy?search=Enfermedades%20de%20c%C3%A1lculos%20biliares%20en%20el%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).

7. Arkenbosch JH, Van Ruler O, De Vries AC. Non-obstetric surgery in pregnancy (including bowel surgery and gallbladder surgery). [Online].; 2020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32359684/>.
8. Afdhal NH, Zakko SF. Gallstones: Epidemiology, risk factors and prevention. [Online].; 2022. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/gallstones-epidemiology-risk-factors-and-prevention>.
9. Ball E, Waters N, Cooper N, Talati C, Mallick R, Rabas S, et al. Evidence-Based Guideline on Laparoscopy in Pregnancy. [Online].; 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6822954/>.
10. Gonzalez Zuñiga AM. Coledocolitiasis en el embarazo. Reporte de caso. [Online]. España; 2019 [Elsevier]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-coledocolitiasis-el-embarazo-reporte-caso-S0210573X19300048>.
11. Fernández Mejuto R, Vallejo Senra N, Flores Ríos E, Mauriz Barreiro V, Domínguez Muñoz J. Enfermedad litiasica biliar. [Online].; 2020. Available from: <https://www.medicineonline.es/es-enfermedad-litiasica-biliar-articulo-S0304541220301128>.
12. Ibarra-Roviroso EA, García-Hernández GG, Flores-Mendoza JE, Silva-Hernández RJ, Pérez-Alcázar KV, Martínez Hernández CM. Colecistitis aguda durante el segundo trimestre del embarazo: reporte de un caso. [Online].; 2022. Available from: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/colecistitis-aguda-durante-el-segundo-trimestre-del-embarazo-reporte-de-un-caso>.
13. Guerra-Leza KC, Narro-Martínez MA, Ponce-Escobedo AN, Fernández-Treviño JR. Colecistectomía laparoscópica durante el embarazo, experiencia de un hospital universitario del noreste de México. [Online]. Nuevo León, México; 2021. Available from: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492021000500563](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000500563).
14. Chamberlain SL, Croagh D. Managing choledocholithiasis in pregnancy: a novel approach. [Online].; 2020. Available from: <https://casereports.bmj.com/content/13/3/e232955>.
15. Murillo C. Patología de vías biliares en el embarazo. [Online].; 2012. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/601/art13.pdf>.

16. Afdhal NH. Acute cholangitis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. [Online].; 2022. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=Acute%20cholangitis:%20Clinical%20manifestations,%20diagnosis,%20and%20management.&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&disp](https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=Acute%20cholangitis:%20Clinical%20manifestations,%20diagnosis,%20and%20management.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&disp).
17. Farés Mahjoubi M, Ben Dhaou A, Karoui Y, Rezgui B, Essid N, Ben Moussa M. Acute lithiasis cholangitis in pregnant women: About three cases. [Online].; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9233165/>.
18. Hughes D, Hughes A, White P, Silva M. Acute pancreatitis in pregnancy: meta-analysis of maternal and fetal outcomes. [Online]. Available from: <https://academic.oup.com/bjs/article/109/1/12/6310415>.
19. Lee RH, Reau. Overview of coincident acute hepatobiliary disease in pregnant women. [Online].; 2022. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-coincident-acute-hepatobiliary-disease-in-pregnant-women?search=Overview%20of%20coincident%20acute%20hepatobiliary%20disease%20in%20pregnant%20women&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-coincident-acute-hepatobiliary-disease-in-pregnant-women?search=Overview%20of%20coincident%20acute%20hepatobiliary%20disease%20in%20pregnant%20women&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&).
20. López P. Pólipos vesiculares. ¿Es necesario realizar siempre la colecistectomía? [Online].; 2021. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902021000301981#:~:text=En%20aquellos%20pacientes%20con%20p%20C3%B3lipos,desaparecen%20se%20suspende%20el%20control](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902021000301981#:~:text=En%20aquellos%20pacientes%20con%20p%20C3%B3lipos,desaparecen%20se%20suspende%20el%20control).
21. Zakko WF, Zakko SF. Gallbladder polyps. [Online].; 2023. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/gallbladder-polyps?search=Gallbladder%20polyps&source=search\\_result&selectedTitle=1~13&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/gallbladder-polyps?search=Gallbladder%20polyps&source=search_result&selectedTitle=1~13&usage_type=default&display_rank=1).
22. Reyes Rodríguez E, González Chávez M, López Almanza P. Factores asociados a la presencia de pólipos vesiculares verdaderos en pacientes con lesiones polipoides. [Online].; 2021. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109890#:~:text=Conclusiones%3A%20la>

%20presencia%20de%20diabetes,p%C3%B3lipos%20verdaderos%20confieren%20potencial%20maligno.

23. Mehrotra B. Gallbladder cancer: Epidemiology, risk factors, clinical features, and diagnosis. [Online].; 2023. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/gallbladder-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-features-and-diagnosis?search=Gallbladder%20cancer:%20Epidemiology,%20risk%20factors,%20clinical%20features,%20and%20diagnosis&source=search\\_result&selectedTitle=1~58&](https://www.uptodate.com/contents/gallbladder-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-features-and-diagnosis?search=Gallbladder%20cancer:%20Epidemiology,%20risk%20factors,%20clinical%20features,%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~58&).
24. Gudsoorkar VS, Amita Jain, Eamonn AR. Systematic review with meta-analysis: cholecystectomy for biliary dyskinesia—what can the gallbladder ejection fraction tell us? [Online].; 2019. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.15128>.
25. Richmond BK, Walker A. Biliary Dyskinesia: Current Perspectives and Future Directions. [Online].; 2020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33295186/>.
26. Schwulst SJ, Moeun Son. Management of Gallstone Disease During Pregnancy. [Online].: PubMed; 2020. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2781051#:~:text=Pregnant%20women%20with%20biliary%20colic,measures%2C%20cholecystectomy%20should%20be%20considered.>
27. Ramírez Zumbado E, Acuña Alvarado A, Azofeifa Zumbado MF. Manejo farmacológico del dolor crónico en el embarazo. [Online].; 2021. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/705>.
28. Norwitz E, Shin J. Nonobstetric surgery in pregnant patients: Patient counseling, surgical considerations, and obstetric management. [Online].; 2023. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/nonobstetric-surgery-in-pregnant-patients-patient-counseling-surgical-considerations-and-obstetric-management>.
29. Barut, Gönültaş, Kaan Gök AF, Tolga Şahin. Management of acute cholecystitis during pregnancy: A single-center experience. [Online].; 2019. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30892681/>.
30. Martinez R. Prevalencia y resultados perinatales de las enfermedades biliares durante el embarazo en un hospital de tercer nivel. [Online].; 2019. Available

from:

<https://eprints.uanl.mx/17443/1/TESIS%20DR.%20ROBERTO%20GPE.%20MART%C3%8DNEZ%20SANTOS.pdf>.

31. Rios Diaz AJ, Oliver EA, Bevilacqua, LA, Metcalfe, D, Yeo, CJ, Berghella, V, et al. Is It Safe to Manage Acute Cholecystitis Nonoperatively During Pregnancy? [Online].; 2020. Available from: [https://journals.lww.com/annalsofsurgery/abstract/2020/09000/is\\_it\\_safe\\_to\\_manage\\_acute\\_cholecystitis.15.aspx#:~:text=Current%20Society%20of%20Gastrointestinal%20and,necessary%20surgery%20regardless%20of%20trimester.](https://journals.lww.com/annalsofsurgery/abstract/2020/09000/is_it_safe_to_manage_acute_cholecystitis.15.aspx#:~:text=Current%20Society%20of%20Gastrointestinal%20and,necessary%20surgery%20regardless%20of%20trimester.)
32. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. Guidelines for the Use of Laparoscopy during Pregnancy. [Online].; 2017. Available from: <https://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-diagnosis-treatment-and-use-of-laparoscopy-for-surgical-problems-during-pregnancy/>.
33. ACOG. Opinión del Comité ACOG No. 775 Resumen: Cirugía no obstétrica durante el embarazo. [Online].; 2019. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30913200/>.
34. Ávila-Silva MR, Zavala-Castillo JC, Coronel-Cruz FM. Ginecología y Obstetricia de México. [Online].; 2014. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51836>.
35. Sedaghat N, Cao AM, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic versus open cholecystectomy in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. [Online].; 2017. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27324332/>.

El artículo que se publica es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Anatomía Digital**.



El artículo queda en propiedad de la revista y, por tanto, su publicación parcial y/o total en otro medio tiene que ser autorizado por el director de la **Revista Anatomía Digital**.



#### Indexaciones

