



CARTA CIENTÍFICA

Colelitiasis y colecistectomía en pacientes con insuficiencia renal crónica

Cholelithiasis and cholecystectomy in patients with chronic renal failure

Aunque algunos estudios sugieren que la prevalencia de colelitiasis (del 22 al 30%) es mayor en los pacientes que se encuentran en terapia sustitutiva renal, sea hemodiálisis (HD)¹ o diálisis peritoneal (DP)²; comparado contra población sana, algunos estudios refieren que es similar (3.8% en pacientes con fallo renal y 1.5% en sujetos sanos). En México, la prevalencia cruda de colelitiasis es menor del 20%³ y no existen estudios sobre la prevalencia de cálculos biliares en pacientes con fallo renal. Las manifestaciones clínicas de estos pacientes pueden variar desde el dolor abdominal y la peritonitis hasta cuadros clínicos aparatosos, como la colecistitis perforada con líquido dializante francamente purulento.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que requieren HD o DP usualmente están inmunodeprimidos y tienen diferentes grados de coagulopatía⁴; lo que aumenta el riesgo de sangrado e infecciones. Además, existen otros riesgos intrínsecos de estos pacientes, tales como las adherencias por peritonitis, el engrosamiento peritoneal secundario a la DP, la violación del peritoneo en los procedimientos abdominales abiertos y la suspensión temporal de la diálisis.

El objetivo de esta comunicación estudio fue revisar de forma retrospectiva los resultados de los pacientes con IRC en HD o DP sometidos a colecistectomía por colelitiasis en 2 hospitales de tercer nivel de la ciudad de Veracruz. Entre enero del 2005 y diciembre del 2008, 9 pacientes fueron sometidos a colecistectomía por colelitiasis sintomática (cuadros repetitivos de dolor en el hipocondrio derecho, alteración de pruebas funcionales hepáticas y/o evidencia ultrasonográfica de colecistitis aguda). Dos pacientes fueron sometidos a cirugía de urgencia (tabla 1).

Siete de los 9 pacientes eran masculinos y la edad promedio \pm desviación estándar de todos los pacientes fue de 51.8 ± 18.1 (23-74) años. El peso promedio fue de 71.4 ± 11.4 (51-90) kg y el índice de masa corporal de 26.4 ± 3.3 (22-36). La diabetes mellitus fue la causa de insuficiencia renal en el 55.5% de los casos (n = 5). La hemoglobina preoperatoria promedio fue de 9.64 ± 1.36 (7.3-11.5) g/dl. El nitrógeno ureico en sangre y la creatinina sérica promedio fueron de 61 ± 23

(33-97) mg/dl y 8.3 ± 4 (3.4-14.9) mg/dl, respectivamente, con una albúmina sérica de 3.14 ± 0.76 (1.8-4.1) g/dl. La tabla 1 muestra los resultados pertinentes al método dialítico, el tipo de cirugía y la evolución postoperatoria. La creación del neumoperitoneo en todos los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica fue mediante técnica abierta. Dos pacientes tuvieron un procedimiento quirúrgico adicional a la colecistectomía (paciente 2: hernia umbilical y paciente 6: plastia inguinal derecha). La morbilidad se presentó en 2 casos, una hernia postincisional, que también ocurrió en un paciente operado de forma electiva (1/6, 16%) y una infección de herida quirúrgica en uno de los pacientes operados de forma urgente (1/2, 50%). No hubo mortalidad y la evolución fue favorable en todos los casos.

La presente serie de casos apoya la evidencia de que, ante la presencia de colelitiasis en pacientes con IRC, el tratamiento quirúrgico mediante colecistectomía, de preferencia laparoscópica, es un procedimiento seguro y efectivo, con una baja morbilidad. Existen muy pocos estudios en pacientes con IRC sometidos a colecistectomía en la literatura, en su gran mayoría reporte de casos aislados los cuales mencionan la factibilidad de colecistectomía laparoscópica en pacientes en DP⁵⁻⁸. Además de las ventajas conocidas de la colecistectomía laparoscópica en la población en general, evitar la violación del peritoneo en procedimientos abiertos, evitando la fuga de líquido dializante; la utilización del catéter de DP como método no invasivo de neumoperitoneo^{5,6} y el restablecimiento temprano de la DP favorecen aun más la colecistectomía laparoscópica en pacientes con IRC. En algunos casos, puede combinarse la colecistectomía laparoscópica con otros procedimientos sin alterar su morbilidad, como en plastias de la pared abdominal⁸, de forma similar como se realizó en alguno de nuestros pacientes.

Dentro de la evolución postoperatoria del paciente colecistectomizado en DP, se deberá considerar el reinicio de la diálisis de forma temprana, sea intermitente o en bajos volúmenes. Holley et al.⁹ propusieron un régimen de DP intermitente durante 3 días seguido de DP en volúmenes bajos. Nuestro equipo tiene un régimen de DP postoperatorio de bajo volumen previamente descrito iniciando en las primeras 48 h postoperatorias¹⁰. Aunque algunos autores consideran que los pacientes con DP deben de tener un periodo de HD posterior a la colecistectomía laparoscópica⁵, solamente 2 de nuestros pacientes cambiaron de método dialítico después de la cirugía y fueron pacientes sometidos a colecistectomía convencional, hallazgos similares a los encontrados por Nelson et al.².

Tabla 1 Pacientes sometidos a colecistectomía

PAC.	Edad	Diálisis Preop.	Episodios Peritonitis	Meses Diálisis	Cirugía	Urgencia	DEIH	Diálisis Postop.	Morbilidad
1	46	No	0	0	Lap.	No	2	DP	No
2	31	DP	3	60	Lap.	No	3	DP	No
3	68	DP	0	21	Lap.	No	5	DP	No
4	44	DP	1	26	Lap.	No	2	DP	No
5	61	DP	0	1	Lap.	No	2	DP	Hernia (6 m)
6	72	No	0	0	Lap.	No	2	DP	No
7	74	DP	2	48	Conv. (Piocolecisto)	Sí	3	HD	No
8	23	HD	4	24	Conv. (Adherencias)	No	3	HD	No
9	47	DP	1	36	Conv. (Piocolecisto)	Sí	25	HD	Infección Herida

Conv: convencional; DP: diálisis peritoneal; EI: días de estancia intrahospitalaria; HD: hemodiálisis; Lap: laparoscópica; PAC: paciente; Postop: postoperatoria; Preop: preoperatoria.

Nuestra serie de casos, pese a ser una serie pequeña, demuestra una morbilidad similar a la reportada en otras series. Finalmente, aunque no es el objetivo de esta serie, cabe aclarar que no contamos con una prevalencia real de coleditiasis en nuestra población con IRC con o sin algún tipo de terapia sustitutiva renal. Conocer esta prevalencia pudiera orientarnos hacia la verdadera incidencia de coledititis en este tipo de pacientes para desarrollar una estrategia de vigilancia de esta afección y lograr reducir aun más la morbilidad.

Financiación

No se ha recibido financiación para la realización del manuscrito.

Conflicto de intereses

El Dr. José María Remes-Troche es miembro del Consejo Asesor de Takeda Pharmaceuticals, Alfa-Wasserman y Janssen. Ponente para Nycomed-Takeda, Advance Medical, Astra-Zeneca y Bristol-Myers-Squibb. Apoyo para la investigación por parte de Sanofi-Pasteur.

Bibliografía

1. Tzanakis I, Papadaki A, Kagia S, et al. Prevalence of cholelithiasis in hemodialysis patients. *Clin Nephrol.* 2003;59:483-4.
2. Nelson W, Khanna R, Mathews R, et al. Gallbladder stones, cholecystitis and cholecystectomy in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Perit Dial Int.* 1984;4:245-8.
3. Gonzalez Villalpando C, Rivera Martinez D, Arredondo Perez B, et al. High prevalence of cholelithiasis in a low income Mexican population: an ultrasonographic survey. *Arch Med Res.* 1997;28:543-7.
4. Mailloux LU, Belluci AG, Wikes BM, et al. Mortality in dialysis patients: analysis of the cause of death. *Am J Kidney Dis.* 1991;18:326-35.
5. Magnuson TH, Bender JS, Campbell KA, et al. Cholecystectomy in the peritoneal dialysis patient. Unique advantages to the laparoscopic approach. *Surg Endosc.* 1995;9:908-9.
6. Lale AM, Wheatley TJ, Nicholson ML. Laparoscopic cholecystectomy in a patient receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Br J Surg.* 1996;83:1543.
7. Yeh CN, Chen MF, Jan YY. Laparoscopic cholecystectomy for 58 end stage renal disease patients. *Surg Endosc.* 2005;19:915-8.
8. Kantartzis K, Polychronidis A, Theodoridis M, et al. Laparoscopic cholecystectomy and inguinal hernia repair in a patient on continuous peritoneal dialysis. *Clin Nephrol.* 2005;4:325.
9. Holley JL, Udekwa A, Rault R, et al. The risk of laparoscopic cholecystectomy in CAPD compared with hemodialysis patients: A study of ten patients. *Perit Dial Int.* 1994;14:S1-27.
10. Martínez-Mier G, García-Almazan E, Reyes-Devesa HR, et al. Abdominal wall hernias in end stage renal disease patients on peritoneal dialysis. *Perit Dial Int.* 2008;28:391-6.

G. Martínez-Mier^{a,b,c,d,*}, J. Quintero-Tlamapatl^a, M.T. Méndez-López^b, S.F. Ávila-Pardo^c y J.M. Remes-Troche^{d,e}

^a Departamento de Cirugía General, IMSS UMAE 14 CMN «Adolfo Ruiz Cortines», Veracruz, México

^b Departamento de Nefrología, IMSS UMAE 14 CMN «Adolfo Ruiz Cortines», Veracruz, México

^c Departamentos de Nefrología y Trasplantes, Hospital Regional de Alta Especialidad, Veracruz, México

^d Departamento de Investigación, Escuela de Medicina, Universidad Cristóbal Colón, Veracruz, México

^e Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, México

* Autor para correspondencia: Corporativo San Gabriel. Alacío Pérez 3er. Piso. Col. Veracruz Ver. México. 91700. Teléfono: +(229) 932 7782; fax: +(229) 932 7782. Correo electrónico: gmtzmier@hotmail.com (G. Martínez-Mier).