

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

**Actualización en el manejo de la colecistitis en el
embarazo: una revisión crítica**

Update on the management of cholecystitis in pregnancy: a
critical review

Lizbeth Carolina Segovia Cañar

lizbethsegovia96@outlook.es

<https://orcid.org/0000-0002-2920-0458>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Carlos Andrés Carrera Lovato

andres7carrera@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5127-6141>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Laura Elizabeth Granja Murillo

lgranja1998@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-2957-9562>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Ana Gabriela Esparza Redrobán

gaby.esparza3003@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8347-5420>

Universidad de las Américas

Quito – Ecuador

Zulma Katherine Sancho Mejía

kzulmish_93@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2718-6365>

Universidad Regional Autónoma de Los

Andes “Uniandes”

Quito – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4371>

Artículo recibido: 24 de junio de 2025

Aceptado para publicación: 21 de agosto
de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4371>

Actualización en el manejo de la colecistitis en el embarazo: una revisión crítica

Update on the management of cholecystitis in pregnancy: a critical review

Lizbeth Carolina Segovia Cañar

lizbethsegovia96@outlook.es
<https://orcid.org/0000-0002-2920-0458>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Laura Elizabeth Granja Murillo

lgranja1998@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-2957-9562>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Ana Gabriela Esparza Redrobán

gaby.esparza3003@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8347-5420>
Universidad de las Américas
Quito – Ecuador

Zulma Katherine Sancho Mejía

kzulmish_93@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-2718-6365>
Universidad Regional Autónoma de Los Andes “Uniandes”
Quito – Ecuador

Carlos Andrés Carrera Lovato

andres7carrera@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5127-6141>
Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Artículo recibido: 24 de junio de 2025. Aceptado para publicación: 21 de agosto de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La colecistitis aguda en el embarazo es una complicación que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos debido a los cambios hormonales y anatómicos gestacionales. Un enfoque individualizado y el uso de técnicas seguras como la laparoscopia son clave para proteger la salud materno-fetal. El objetivo principal es actualizar conocimientos sobre el tratamiento de colecistitis en el embarazo. En junio del 2025, se realizó un artículo de revisión acerca del manejo de colecistitis en gestantes, este está basado en estudios de los últimos 5 años encontrados en base de datos como PubMed, MEDLINE, EMBASE y Google Académico. Se identificaron 20 estudios que cumplen con los criterios de inclusión e incluyen definición, epidemiología, factores de riesgo, diagnósticos, manejo quirúrgico y complicaciones del tema descrito. La colecistitis en el embarazo requiere un manejo oportuno, preferiblemente cirugía laparoscópica en el segundo trimestre. El tratamiento activo mejora resultados maternos y fetales, y el embarazo no contraindica la intervención quirúrgica.

Palabras clave: colecistitis aguda, gestación, laparoscopia

Abstract

Acute cholecystitis in pregnancy is a complication that requires timely diagnosis and treatment due to hormonal and anatomical changes during pregnancy. An individualized approach and the use of safe techniques such as laparoscopy are key to protecting maternal and fetal health. The main objective is to update knowledge on the treatment of cholecystitis in pregnancy. In June 2025, a review article was published on the management of cholecystitis in pregnant women. This article is based on studies from the last 5 years found in databases such as PubMed, MEDLINE, EMBASE, and Google Scholar. Twenty studies were identified that met the inclusion criteria and included definition, epidemiology, risk factors, diagnoses, surgical management, and complications of the topic described. Cholecystitis in pregnancy requires timely management, preferably laparoscopic surgery in the second trimester. Active treatment improves maternal and fetal outcomes, and pregnancy is not a contraindication to surgical intervention.

Keywords: acute cholecystitis, pregnancy, laparoscopy

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Segovia Cañar, L. C., Granja Murillo, L. E., Esparza Redrobán, A. G., Sancho Mejía, Z. K., & Carrera Lovato, C. A. (2025). Actualización en el manejo de la colecistitis en el embarazo: una revisión crítica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (4), 1413 – 1426.
<https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4371>

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es una patología inflamatoria de la vesícula biliar que se caracteriza por la obstrucción del conducto cístico, provocando una inflamación y, en algunos casos, infecciones graves. Aunque la colecistitis puede afectar a cualquier persona, su incidencia y complejidad aumentan durante el embarazo debido a los cambios fisiológicos específicos que afectan el tracto biliar. La colecistitis aguda durante el embarazo representa un desafío diagnóstico y terapéutico, ya que la alteración en la motilidad biliar y la mayor prevalencia de cálculos biliares en gestantes requieren un enfoque especializado para asegurar tanto la salud de la madre como la del feto (Chacon, 2023).

La prevalencia de colecistitis en el embarazo ha sido reportada entre un 0.5% y un 3% de las mujeres gestantes, con un aumento de casos en los segundos y terceros trimestres. Los factores hormonales juegan un papel clave en el desarrollo de esta enfermedad; por ejemplo, la progesterona, que se incrementa significativamente durante la gestación, produce una relajación de la musculatura lisa de los conductos biliares, lo que favorece la formación de cálculos y, en consecuencia, la colecistitis. Adicionalmente, el útero en crecimiento ejerce presión sobre la vesícula biliar, lo que puede alterar el drenaje biliar y contribuir al desarrollo de esta afección (Barbosa, 2023).

El diagnóstico temprano y el manejo adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones graves como la perforación de la vesícula, la sepsis y el parto prematuro, que pueden poner en riesgo la vida de la madre y del bebé. El tratamiento de la colecistitis en el embarazo debe ser cuidadosamente considerado, dado que las opciones terapéuticas pueden tener implicaciones importantes tanto para la salud materna como fetal. Las estrategias médicas y quirúrgicas deben estar basadas en un análisis integral de la situación clínica de la gestante, el trimestre de embarazo y los riesgos asociados con cada opción de tratamiento (Cheng, 2021).

El enfoque de este artículo es proporcionar una revisión crítica de las últimas actualizaciones en el manejo de la colecistitis en el embarazo, haciendo especial énfasis en las recomendaciones actuales sobre diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico, y las consideraciones especiales que se deben tener en cuenta debido a los cambios fisiológicos y hormonales de la gestación. Asimismo, se analizarán los avances en técnicas de imagen, como la ecografía y la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), que permiten un diagnóstico preciso y seguro, minimizando el riesgo de exposición fetal a radiación (Chávez, 2023).

Este artículo también discutirá las opciones de tratamiento no quirúrgico, como el uso de antibióticos y analgésicos que son seguros durante el embarazo, y las pautas para la cirugía, con un enfoque en la colecistectomía laparoscópica como tratamiento de elección en la mayoría de los casos. Además, se abordarán las complicaciones asociadas con la colecistitis en el embarazo y la importancia de un manejo individualizado de cada caso para optimizar los resultados para la madre y el feto (Hanks, 2021).

En resumen, la colecistitis en el embarazo es una condición clínica significativa que requiere una evaluación y tratamiento oportunos. La actualización en el manejo de esta patología es esencial para reducir la morbilidad materna y fetal, y para proporcionar una atención de calidad a las mujeres embarazadas que presentan esta complicación (Hanks, 2021).

METODOLOGÍA

En junio del 2025 realizamos un artículo de acerca del manejo de la colecistitis en el embarazo, la búsqueda se realizó en las bases de datos de PubMed, MEDLINE, EMBASE y Google Académico de los últimos 5 años, en su mayoría trabajos a partir del año 2020. Se identificaron estudios relacionados

con la definición, epidemiología, factores de riesgo, diagnósticos, manejo quirúrgico y complicaciones del tema descrito. Entre 2020 y 2025 se encontró un total de veinte artículos que cumplieran con los criterios de inclusión, básicamente que sean basadas en pacientes embarazada con manifestaciones clínicas, factores de riesgo o síntomas de colecistitis, métodos diagnósticos por imagen y técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas para el tratamiento y complicaciones asociadas. Se excluyeron los estudios que no cumplieron con los criterios anteriores.

Colecistitis en el Embarazo

La colecistitis es una inflamación de la vesícula biliar, generalmente causada por la obstrucción de su conducto cístico por cálculos biliares. La obstrucción provoca la acumulación de bilis, lo que genera inflamación, infección y, en casos más graves, la perforación de la vesícula biliar. La colecistitis puede clasificarse como aguda o crónica, siendo la forma aguda la que se presenta con mayor frecuencia en el contexto del embarazo (Hantouli, 2024) (Hassanesfahani, 2025).

Durante la gestación, la colecistitis representa un desafío único debido a los cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo de la mujer. La progesterona, una hormona clave durante el embarazo, provoca un aumento en la relajación de la musculatura lisa de los conductos biliares, lo que retrasa el vaciamiento de la vesícula y favorece la formación de cálculos biliares. Adicionalmente, el aumento del tamaño del útero ejerce presión sobre la vesícula biliar, lo que compromete aún más su drenaje y contribuye a la aparición de esta patología (Hassanesfahani, 2025).

Epidemiología de la Colecistitis en el Embarazo

La incidencia de colecistitis en el embarazo varía dependiendo de la población estudiada, pero se estima que afecta entre 1 a 8 de cada 10 000 embarazos; en otros estudios se registran el 0.5% y el 3% de las mujeres gestantes, lo que la convierte en uno de los motivos de ingreso hospitalario e intervención quirúrgica, siendo la segunda causa de cirugía no obstétrica en el embarazo. Esta cifra refleja la prevalencia de colecistitis en general, aunque el riesgo aumenta significativamente en ciertas circunstancias, como en mujeres con antecedentes de cálculos biliares o en embarazos múltiples (Ibarra, 2022).

La incidencia de colecistitis en el embarazo se distribuye de manera desigual a lo largo de los trimestres de la gestación. Los segundos y terceros trimestres son los períodos en los que se observan más casos, debido a los efectos fisiológicos del embarazo, como la relajación de los conductos biliares mediada por la progesterona y la compresión de la vesícula por el útero en expansión. Es menos común en el primer trimestre, aunque no está excluida (Kothari, 2024).

En cuanto a la edad, las mujeres de entre 20 y 40 años son las más afectadas por la colecistitis durante el embarazo. Además, la presencia de factores de riesgo preexistentes, como la obesidad, la diabetes gestacional y la historia de cálculos biliares, aumenta significativamente el riesgo de desarrollar colecistitis durante la gestación (Kumar, 2024).

Factores de riesgo

Existen algunos factores de riesgo que predisponen a las mujeres gestantes, se los presenta a continuación (Lallemant, 2022):

Obesidad: Las mujeres obesas tienen una mayor probabilidad de desarrollar cálculos biliares, lo que aumenta el riesgo de colecistitis en el embarazo.

Edad materna avanzada: Las mujeres mayores de 35 años tienen una mayor incidencia de colecistitis durante el embarazo debido a los cambios fisiológicos asociados con la edad.

Multiparidad: Las mujeres que han tenido múltiples embarazos pueden tener un mayor riesgo de desarrollar esta afección.

Historia previa de colecistitis: Las mujeres con antecedentes de cálculos biliares o episodios previos de colecistitis son más propensas a sufrir una recurrencia durante el embarazo.

Diabetes gestacional: La diabetes puede alterar la motilidad biliar, favoreciendo la formación de cálculos y aumentando el riesgo de colecistitis.

Cambios fisiológicos durante el embarazo que predisponen a la colecistitis

Durante el embarazo, varios cambios hormonales y fisiológicos predisponen a la mujer a desarrollar colecistitis (Mahjoubi, 2023):

Progesterona: Aumenta la relajación de los músculos lisos de los conductos biliares, lo que reduce la motilidad biliar y favorece la retención de bilis. Esto puede facilitar la formación de cálculos biliares y la inflamación de la vesícula.

Compresión uterina: A medida que el embarazo progresa, el útero en expansión puede ejercer presión sobre la vesícula biliar, lo que altera el drenaje normal de la bilis y aumenta la probabilidad de colecistitis.

Alteraciones en la bilis: Los cambios hormonales también afectan la composición de la bilis, volviéndola más propensa a formar cálculos, particularmente en mujeres con antecedentes de trastornos metabólicos.

Impacto de la Colecistitis en el Embarazo

La colecistitis en el embarazo puede tener consecuencias graves tanto para la madre como para el feto. Las complicaciones de la colecistitis incluyen (Martins, 2025):

Perforación de la vesícula biliar: Esta es una complicación peligrosa que puede llevar a una peritonitis, sepsis y riesgo de parto prematuro.

Parto prematuro: La infección grave asociada con la colecistitis puede inducir un parto prematuro, especialmente en casos complicados.

Mortalidad materna: Aunque es rara, la perforación de la vesícula biliar no tratada a tiempo puede llevar a una mortalidad materna.

Efectos fetales: La sepsis y las infecciones graves pueden afectar al feto, provocando restricción del crecimiento intrauterino o incluso pérdida fetal.

El manejo adecuado de la colecistitis durante el embarazo es fundamental para minimizar estos riesgos, asegurando un tratamiento seguro y efectivo tanto para la madre como para el bebé (Pisano, 2020).

Diagnóstico

El diagnóstico de colecistitis en el embarazo es complejo debido a la superposición de síntomas con otras patologías comunes durante la gestación, como la preeclampsia, la úlcera gástrica o el dolor

abdominal fisiológico. A pesar de estos desafíos, un diagnóstico temprano y preciso es crucial para evitar complicaciones graves tanto para la madre como para el feto. El diagnóstico se basa en una combinación de evaluación clínica, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen, siempre teniendo en cuenta la seguridad materna y fetal (Rios-Díaz, 2020).

Evaluación clínica

El síntoma más común que se presenta en la mayoría de las mujeres con colecistitis es el dolor abdominal en el cuadrante superior derecho (CUAD). El dolor es típicamente de tipo cólico, pero puede volverse constante a medida que la inflamación progresa. En algunos casos, el dolor puede irradiar hacia la parte superior de la espalda o el hombro derecho (Rios-Díaz, 2020).

Son comunes las náuseas y vómitos en los episodios de colecistitis, y pueden estar acompañados por pérdida del apetito. La fiebre, aunque no siempre está presente, la fiebre es un signo de infección que sugiere que la colecistitis es infecciosa (colecistitis empírica). La presencia de ictericia puede ocurrir en casos de colecistitis complicada por coledocolitiasis (cálculos en el conducto biliar común) o colestasis (Xin Koh, 2024).

Durante la exploración física, en la palpación del cuadrante superior derecho, se realiza la maniobra del signo de Murphy, en donde la paciente experimenta dolor y detención respiratoria debido a la presión sobre la vesícula biliar, siendo positivo, lo que es indicativo de colecistitis (Kumar, 2024).

Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio ayudan a corroborar el diagnóstico y a evaluar la gravedad de la afección (Pisano, 2020) (Mahjoubi, 2023):

Pruebas hepáticas: Las alteraciones en las pruebas hepáticas son frecuentes en la colecistitis, y pueden incluir:

Elevación de las transaminasas (ALT y AST): En general, las transaminasas se elevan en las primeras etapas de la enfermedad.

Elevación de la bilirrubina total y directa: Esto puede indicar obstrucción biliar o inflamación de los conductos biliares.

Fosfatasa alcalina (ALP): Puede estar elevada, particularmente si existe colestasis o coledocolitiasis asociada.

Leucocitosis: Un aumento en el número de leucocitos, especialmente con neutrofilia, es indicativo de infección.

Proteína C-reactiva (PCR): La PCR puede estar elevada en casos de inflamación severa, aunque no es específica para la colecistitis.

Técnicas de imagen

Las técnicas de imagen juegan un papel crucial en el diagnóstico de colecistitis, ya que permiten visualizar la vesícula biliar, los cálculos y la inflamación. Dado que la seguridad fetal es una prioridad en el embarazo, se deben elegir métodos que minimicen el riesgo para el feto (Sedaghat, 2022).

La ecografía es el método de imagen de elección para el diagnóstico de colecistitis durante el embarazo, ya que no implica radiación y tiene una alta sensibilidad y especificidad. En la ecografía, los hallazgos más comunes incluyen (Pisano, 2020) (Mahjoubi, 2023):

Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar: Es uno de los signos más importantes de colecistitis aguda.

Presencia de cálculos biliares: Se pueden observar en la vesícula biliar y son responsables de la obstrucción del conducto cístico.

Líquido pericolecístico: La presencia de líquido en la zona alrededor de la vesícula biliar indica inflamación y es un signo característico de colecistitis.

Signo de la vesícula biliar distendida: Una vesícula biliar con un diámetro mayor de 4 cm en ausencia de una obstrucción grave es sugestiva de colecistitis.

Otro examen de imagen utilizado es la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) es una excelente herramienta para la visualización de los conductos biliares y la vesícula biliar. Esta técnica no utiliza radiación, lo que la hace segura durante el embarazo. Es particularmente útil cuando existe sospecha de coledocolitiasis (cálculos en el conducto biliar común) o complicaciones de la colecistitis; la CPRM permite una evaluación detallada sin poner en riesgo al feto. También se la realizará en mujeres con dolor persistente o resultados ecográficos no concluyentes: Si la ecografía no proporciona una imagen clara o se necesita mayor detalle, la CPRM ofrece una alternativa no invasiva para estudiar los conductos biliares (Rios-Diaz, 2020).

Las siguientes técnicas de imagen son generalmente evitadas durante el embarazo debido a la exposición a radiación; pueden ser necesarias en situaciones excepcionales (Hassanesfahani, 2025) (Lallemant, 2022):

Tomografía computarizada (TC): Se utiliza en casos de colecistitis complicada o cuando hay una alta sospecha de complicaciones graves como perforación de la vesícula biliar o absceso hepático. Sin embargo, la TC debe ser utilizada con extrema cautela y solo cuando otras opciones menos invasivas no sean viables.

Radiografía abdominal: Generalmente no se recomienda, pero puede ser útil si se sospecha de otras complicaciones, como la presencia de aire libre debido a una perforación.

Criterios diagnósticos de colecistitis en el embarazo

No existe un conjunto de criterios diagnósticos exclusivos para la colecistitis en el embarazo; los criterios más utilizados son los de Terkawi et al. (2020) para la colecistitis aguda. La combinación de estos hallazgos clínicos y de imagen aumenta significativamente la probabilidad de un diagnóstico certero, incluyen (Pisano, 2020):

- Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.
- Signo de Murphy positivo.
- Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar en la ecografía.
- Presencia de cálculos en la vesícula biliar.
- Leucocitosis con neutrofilia.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de colecistitis en el embarazo incluye otras causas de dolor abdominal, como (Hedström, 2024):

Preeclampsia: Puede causar dolor en el cuadrante superior derecho debido a la hepatopatía asociada.

Úlcera péptica perforada: Puede presentar dolor abdominal similar, pero está asociada a otros signos como la peritonitis.

Pancreatitis aguda: Aunque más rara en el embarazo, puede presentarse con dolor en el epigastrio que se irradia al cuadrante superior derecho.

Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn: Pueden causar dolor abdominal que se puede confundir con la colecistitis.

Tratamiento conservador

Tradicionalmente, el manejo de la enfermedad litiasica biliar durante el embarazo ha sido conservador, basándose en medidas de soporte como hidratación intravenosa, control sintomático con analgésicos y antieméticos, así como la restricción de alimentos con alto contenido graso. No obstante, estudios recientes han reportado que hasta el 60 % de las gestantes con colelitiasis sintomática tratadas de forma conservadora desarrollan recurrencias de los síntomas biliares, lo cual se traduce en un mayor número de visitas a los servicios de emergencia y hospitalizaciones repetidas. Además, se ha observado que estas pacientes presentan una mayor probabilidad de finalizar el embarazo mediante cesárea (Kothari, 2024) (Weaver, 2025).

Tratamiento Quirúrgico

Colecistectomía

La colecistectomía laparoscópica ayuda a reducir el riesgo de complicaciones maternas y obstétricas, porque ha demostrado ser superior al tratamiento conservador, especialmente durante el primer y segundo trimestre, en mujeres con colelitiasis sintomática. En casos de pancreatitis biliar aguda, la realización de colecistectomía durante el mismo ingreso hospitalario se ha asociado con una reducción del 85 % en la tasa de readmisión temprana. Si el cuadro de dolor biliar ocurre en etapas avanzadas del tercer trimestre, puede considerarse razonable diferir la intervención quirúrgica hasta después del parto, siempre que ello no represente un riesgo para la salud materna o fetal (Kothari, 2024).

En un análisis que incluyó a 20 885 pacientes sometidas a colecistectomía, se identificó que 291 de ellas se encontraban embarazadas al momento de la intervención quirúrgica. Las características basales evidenciaron que las pacientes gestantes eran, en promedio, de menor edad en comparación con las no embarazadas. Asimismo, se observó una mayor proporción de gestantes clasificadas con un puntaje ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status) superior a 1. Es un sistema de clasificación utilizado para evaluar el estado físico general de un paciente antes de una cirugía y predecir el riesgo perioperatorio, lo que indica una mayor carga de comorbilidades o condiciones clínicas relevantes (Hedström, 2024).

Cabe destacar que la mayoría de las colecistectomías realizadas en este grupo se llevaron a cabo bajo carácter de emergencia. Las indicaciones quirúrgicas también difirieron significativamente: las embarazadas presentaron con mayor frecuencia cuadros de colecistitis aguda, pancreatitis e ictericia, además de un historial más común de pancreatitis previa. En términos de manejo perioperatorio, se

registró un mayor uso de profilaxis antibiótica y antitrombótica en las pacientes gestantes, además de que se utilizó la colecistectomía abierta y estancia hospitalaria más larga, lo cual refleja un abordaje clínico más cauteloso en este subgrupo poblacional (Hedström, 2024) (Hantouli, 2024).

La técnica laparoscópica fue el abordaje quirúrgico predominante en ambos grupos; sin embargo, su utilización fue menos frecuente en las pacientes embarazadas en comparación con las no embarazadas. No obstante, las tasas de conversión de colecistectomía laparoscópica a cirugía abierta no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos (Hedström, 2024) (Ibarra, 2022).

Diversos estudios han evaluado los efectos de realizar la cirugía durante el tercer trimestre de gestación, reportando una estancia hospitalaria prolongada y una mayor frecuencia de parto prematuro en comparación con intervenciones realizadas en etapas gestacionales anteriores. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las variables de resultado compuestas cuando se comparó la colecistectomía realizada en el tercer trimestre con la efectuada en el primer o segundo trimestre (Hedström, 2024) (Xin Koh, 2024).

En casos de inestabilidad hemodinámica, falta de respuesta al tratamiento médico o alto riesgo quirúrgico, se puede recurrir a la colocación de un drenaje percutáneo de la vesícula biliar o a la aspiración guiada como estrategia temporal hasta que sea seguro realizar la colecistectomía, ya sea en el segundo trimestre o en el periodo posparto. Las guías de la Sociedad Americana de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos afirman que la laparoscopia puede realizarse de forma segura en cualquier etapa gestacional. Además, se recomienda que, una vez transcurrido el primer trimestre, la paciente debe colocarse en decúbito lateral izquierdo o en una variante de esta posición durante el procedimiento laparoscópico, con el fin de reducir la compresión sobre la vena cava inferior (Kothari, 2024).

Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE)

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha consolidado como una herramienta terapéutica valiosa, utilizada con frecuencia como complemento de la colecistectomía o, en determinados casos, como tratamiento primario en pacientes con colelitiasis y complicaciones asociadas que comprometen las vías biliares. Evidencia reciente respalda la seguridad de su realización durante el embarazo, siempre que el procedimiento sea efectuado por profesionales con experiencia y se adopten medidas estrictas para minimizar la exposición fetal a la radiación. No obstante, hasta la fecha, no se han establecido directrices clínicas específicas que definan la estrategia óptima para la realización de la CPRE en gestantes. Su indicación puede variar, aplicándose como intervención única o en combinación con la colecistectomía, ya sea en el preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio (Hedström, 2024).

Es fundamental implementar estrategias que minimicen la exposición a la radiación ionizante tanto para la madre como para el feto. Se ha establecido que la dosis umbral teratogénica fetal es de aproximadamente 50 mGy, y los efectos adversos significativos suelen observarse con dosis superiores a 100 mGy. Por ello, se deben adoptar medidas estrictas de protección radiológica, incluyendo el uso de blindaje adecuado, reducción del tiempo de fluoroscopia y técnicas guiadas por ecografía cuando sea factible (Kothari, 2024).

En cuanto a la posición de la paciente, durante el primer trimestre puede colocarse en decúbito supino o prono. Sin embargo, a partir del segundo trimestre, se recomienda mantener una inclinación pélvica izquierda o posición lateral izquierda para evitar la compresión del eje aortocava, la cual puede comprometer el retorno venoso y la perfusión uteroplacentaria. Además, se debe considerar la

administración de tromboprofilaxis y profilaxis antibiótica según la indicación clínica, para prevenir complicaciones tromboembólicas o infecciosas asociadas al procedimiento (Kothari, 2024).

La única complicación observada en el grupo de gestantes fue una fuga biliar, manifestada por la filtración del medio de contraste durante el procedimiento realizado. No se documentaron intervenciones adicionales de CPRE ni otros procedimientos complementarios. Durante el seguimiento de 30 días, no se registraron diferencias significativas en las complicaciones; sin embargo, al evaluar complicaciones específicas, los procedimientos de CPRE llevados a cabo durante el embarazo se vincularon con un mayor número de casos de fuga biliar y una menor incidencia de pancreatitis post-CPRE (Hedström, 2024).

Los procedimientos de CPRE realizados durante el primer trimestre del embarazo se han asociado con desenlaces fetales desfavorables. Entre los hallazgos reportados se incluyen una menor proporción de nacimientos a término con un 73,3 %, una elevada incidencia de recién nacidos con bajo peso al nacer en el 21,4 % y un incremento en la tasa de partos prematuros con 20 %. En consecuencia, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal recomienda, siempre que la condición clínica lo permita, diferir la realización de endoscopías al segundo trimestre de gestación, a fin de minimizar los riesgos potenciales para el feto (Kothari, 2024).

En los pacientes que fueron sometidos a CPRE y colecistectomía en el mismo ingreso hospitalario, no se encontraron diferencias relevantes en las complicaciones a los 30 días entre ambos procedimientos. Todos los episodios de fuga biliar se originaron en el conducto cístico, lo que sugiere que dichas complicaciones estuvieron asociadas a la colecistectomía. No se reportaron casos de pancreatitis posoperatoria en las pacientes embarazadas (Hedström, 2024).

Está claramente establecido que la demora en el diagnóstico y tratamiento de patologías abdominales quirúrgicas durante el embarazo, motivada por la preocupación de realizar estudios o intervenciones innecesarias, se asocia a un incremento en la tasa de complicaciones. Para minimizar los riesgos maternos y prevenir pérdidas fetales evitables, es fundamental contar con un adecuado juicio clínico, realizar una evaluación sistemática, mantener un alto índice de sospecha diagnóstica y disponer de la experiencia quirúrgica suficiente (Chávez, 2023).

En conclusión, tanto la colecistectomía como la CPRE, ya sea de manera aislada o combinada, constituyen procedimientos seguros para el manejo de los cálculos biliares y sus complicaciones durante la gestación. Por lo tanto, el embarazo no debe ser considerado como un factor de riesgo adicional para el desarrollo de complicaciones en el seguimiento a los 30 días (Hedström, 2024).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La colecistitis aguda durante el embarazo, si bien no es frecuente, representa una de las principales causas de cirugía no obstétrica en gestantes. Su aparición está relacionada con los cambios fisiológicos del embarazo, particularmente el efecto relajante de la progesterona sobre la musculatura lisa biliar y la compresión progresiva del útero en crecimiento, lo que disminuye el vaciamiento de la vesícula y favorece la formación de cálculos. Estas alteraciones son más evidentes a partir del segundo trimestre, etapa en la que se concentran la mayoría de los casos.

La incidencia estimada varía entre 1 y 8 por cada 10.000 embarazos, aunque algunos estudios la sitúan hasta en un 3 %. Entre los factores de riesgo destacan la obesidad materna, la edad avanzada, la multiparidad, antecedentes de litiasis biliar y la diabetes gestacional. Si bien estos factores son compartidos con la población general, el contexto gestacional potencia sus efectos debido al entorno hormonal y anatómico característico.

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y bioquímica, siendo fundamentales la presencia de dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, fiebre, signo de Murphy positivo y alteraciones en los exámenes de laboratorio como leucocitosis o elevación de enzimas hepáticas. La ecografía abdominal es la herramienta de imagen de primera elección, ya que no implica radiación fetal y permite identificar colelitiasis, engrosamiento de la pared vesicular o líquido pericolecístico. Cuando la ecografía no es concluyente o se sospechan complicaciones, la CPRM constituye una alternativa segura y eficaz. La tomografía computarizada o la radiografía abdominal deben reservarse para situaciones excepcionales, dada la exposición a radiación ionizante.

El tratamiento inicial suele ser conservador, con hidratación, analgesia y restricción oral. Sin embargo, estudios muestran que hasta el 60 % de las pacientes tratadas de este modo presentan recurrencias, generando múltiples reingresos y aumentando la tasa de parto por cesárea. En este contexto, la colecistectomía laparoscópica ha demostrado ser una opción segura y eficaz, particularmente en el segundo trimestre. Su realización durante el mismo episodio hospitalario en casos de pancreatitis biliar reduce significativamente el riesgo de reingreso precoz.

En el tercer trimestre, el abordaje quirúrgico puede diferirse hasta el puerperio si la paciente está estable y sin signos de complicación. En general, las gestantes sometidas a colecistectomía tienden a tener mayor comorbilidad (según puntuación ASA), mayor frecuencia de cirugía de urgencia y estancias hospitalarias más prolongadas, aunque la vía laparoscópica sigue siendo segura y con bajas tasas de conversión a cirugía abierta. Se ha observado un aumento en la tasa de partos prematuros cuando la intervención se realiza en el tercer trimestre, sin impacto clínico significativo en los resultados materno-fetales.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) sigue siendo el procedimiento terapéutico indicado en casos de litiasis con obstrucción de la vía biliar. Su seguridad en el embarazo ha sido respaldada, siempre que se minimice la exposición fetal a la radiación mediante técnicas como el uso de protección plomada, reducción del tiempo de fluoroscopia y posicionamiento adecuado (preferentemente en decúbito lateral izquierdo a partir del segundo trimestre). No obstante, los estudios han mostrado que cuando la CPRE se realiza en el primer trimestre, puede asociarse con resultados fetales adversos: menor tasa de partos a término (73,3 %), mayor incidencia de bajo peso al nacer (21,4 %) y prematuridad (20 %). Por ello, se recomienda diferir el procedimiento al segundo trimestre siempre que la situación clínica lo permita.

Finalmente, la demora en el diagnóstico o tratamiento de cuadros abdominales quirúrgicos en la gestación aumenta el riesgo de complicaciones maternas y perinatales. Por lo tanto, es esencial un abordaje multidisciplinario, con evaluación sistemática y decisiones clínicas individualizadas. Tanto la colecistectomía laparoscópica como la CPRE son procedimientos seguros durante el embarazo cuando se realizan con las precauciones adecuadas y en el momento oportuno.

CONCLUSIONES

La colecistitis y otras patologías biliares durante el embarazo representan un desafío clínico relevante que requiere un abordaje oportuno, individualizado y multidisciplinario. Aunque el manejo conservador puede considerarse en casos leves, su alta tasa de recurrencia y complicaciones refuerza la necesidad de valorar intervenciones quirúrgicas tempranas, especialmente durante el segundo trimestre, cuando el riesgo fetal es menor. La colecistectomía laparoscópica ha demostrado ser una opción segura y eficaz, incluso en escenarios urgentes, mientras que la CPRE, realizada con las precauciones necesarias, es una herramienta terapéutica fundamental en casos de obstrucción biliar.

Retrasar diagnósticos o intervenciones puede incrementar la morbilidad materno-fetal, por lo que el embarazo no debe considerarse una contraindicación para el tratamiento quirúrgico si está indicado. En definitiva, la evidencia actual respalda que el tratamiento activo y bien planificado de la patología biliar en gestantes contribuye a mejores desenlaces tanto para la madre como para el feto.

REFERENCIAS

Barbosa, J. A. (2023). Colecistitis aguda asociada con COVID-19 grave en el embarazo. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412023000700010&script=sci_arttext

Chacon, A. J. (2023). Revisión de los protocolos sobre abdomen agudo quirúrgico no obstétrico en el embarazo. Obtenido de <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/615>

Chávez, G. (2023). Gallbladder stones during pregnancy: are we doing the right thing in Mexico? Obtenido de https://www.cirugiaycirujanos.com/frame_esp.php?id=948

Cheng, V. (6 de October de 2021). Surgical trends in the management of acute cholecystitis during pregnancy. 35. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-020-08054-w>

Hanks, L. R. (17 de May de 2021). Nonsurgical Management of Acute Cholecystitis in Pregnancy: A Cautionary Tale. Obtenido de <https://www.facs.org/for-medical-professionals/news-publications/journals/case-reviews/issues/v3n2/olson-chen-acute/>

Hantouli, M. (2024). Operative vs Nonoperative Management of Acute Cholecystitis During the Different Trimesters of Pregnancy. Obtenido de https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2811919?utm_source=openvidence&utm_medium=referral

Hassanesfahani, M. (3 de July de 2025). Between guidelines and reality; the complex decision-making of acute cholecystitis in pregnancy. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00423-025-03768-8>

Hedström, J. (January de 2024). Cholecystectomy and ERCP in pregnancy: a nationwide register-based study. Obtenido de https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/fulltext/2024/01000/cholecystectomy_and_ercp_in_pregnancy__a.35.aspx

Ibarra, E. A. (2022). Colecistitis aguda durante el segundo trimestre del embarazo: reporte de un caso. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2022/gom226g.pdf>

Kothari, S. (October de 2024). AGA Clinical Practice Update on Pregnancy-Related Gastrointestinal and Liver Disease: Expert Review. 167. Obtenido de [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(24\)05118-7/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(24)05118-7/fulltext)

Kumar, S. S. (3 de May de 2024). SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-024-10810-1>

Lallemant, M. (March de 2022). Urgencias quirúrgicas no obstétricas en el embarazo. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X2246053X>

Mahjoubi, M. F. (November de 2023). Acute cholecystitis in pregnant women: A therapeutic challenge in a developing country center. Obtenido de <https://www.ahbps.org/journal/view.html?doi=10.14701/ahbps.23-031>

Martins, M. (July de 2025). Operative versus nonoperative treatment of acute cholecystitis during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-025-11926-8>

Pisano, M. (November de 2020). 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7643471/>

Rios-Diaz, A. (September de 2020). Is It Safe to Manage Acute Cholecystitis Nonoperatively During Pregnancy? A Nationwide Analysis of Morbidity According to Management Strategy. Obtenido de https://journals.lww.com/annalsofsurgery/abstract/2020/09000/is_it_safe_to_manage_acute_cholecystitis.15.aspx

Sarkar, M. (January de 2021). Reproductive Health and Liver Disease: Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. Obtenido de https://journals.lww.com/hep/fulltext/2021/01000/reproductive_health_and_liver_disease__practice.25.aspx

Sedaghat, N. (2022). Laparoscopic versus open cholecystectomy in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-016-5019-2>

Weaver, J. (June de 2025). Non-Operative Management of Cholecystitis in Pregnant Patients Remains Common. Obtenido de https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/sur.2024.209?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

Xin Koh, Y. (December de 2024). Optimal treatment strategies for gallbladder disease in pregnancy: a systematic review with dual network meta-analyses. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-024-11336-2>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .