
COLEDOCOLITIASIS DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. REPORTE DE UN CASO.**DIAGNOSTIC AND TREATMENT CHOLEDOCOLYTIASIS. REPORT OF A CASE.**

Salinas Velastegui, Verónica Gabriela¹; García Gancino, Deisy Dayana²; Ulpo Pilamunga, Tania Carolina³; Solís Serrano, María Augusta⁴.

¹Médico General, Estudiante de postgrado en Dirección y Gestión Sanitaria en Universidad Internacional de la Rioja. Email: gabysalinasvelastegui@hotmail.com

²Médico General, Centro de Salud Tipo B Juan Benigno Vela. Email: deisy.dayagg@gmail.com

³Médico General, Centro de Salud San Juan de Llullundongo. Email: taniaulpo12@gmail.com

⁴Médico General, Médico Residente Hospital General Ambato, Servicio de Terapia Intensiva. Email: Magus_649@hotmail.com

Salinas Velastegui Verónica Gabriela; García Gancino Deisy Dayana; Ulpo Pilamunga Tania Carolina; Solís Serrano María Augusta. COLEDOCOLITIASIS DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. REPORTE DE UN CASO. Rev UNIANDES Ciencias de la Salud 2020 sept-dic; 3(3): 528-535

RESUMEN

Coledocolitiasis: patología en la cual existe uno o más cálculos en el interior del conducto biliar principal, pueden ser únicos, múltiples, pequeños o grandes, pueden estar formados por pigmentos biliares o sales de calcio y colesterol, se clasifican en primarios si se forman en el interior del conducto y secundarios cuando se forman en la vesícula y

migran al conducto, el cuadro clínico es: dolor abdominal en cuadrante superior derecho e ictericia, su diagnóstico es realizar una ecosonografía en donde se observan cálculos o dilatación del conducto colédoco.

Objetivo: Estimar el éxito de resolver la coledocolitiasis con CPRE en una paciente joven y sin comorbilidades.

Se trabajó con el caso de una paciente de 18 años con dolor abdominal intenso en cuadrante superior derecho, ictericia y alza térmica secundaria a obstrucción del conducto biliar común, se realizó una CPRE + papilotomía para la extracción del cálculo.

Conclusiones: al evidenciar a paciente con cuadro clínico característico, ecosonografía y exámenes de función hepática alterada, se decidió el tratamiento con CPRE más esfinterotomía obteniendo buenos resultados. Se aconseja el manejo por este medio en pacientes jóvenes y sin comorbilidades, se recomienda cirugía posterior para realización de colecistectomía en caso de existir cálculos en la vesícula.

Palabras clave: coledocolitiasis, Colangiopancreatografía, litiasis, colédoco, biliar, papilotomía.

ABSTRACT

Choledocholithiasis: pathology in which there is one or more stones inside the main bile duct, they can be unique, multiple, small or large, they can be made up of bile pigments or calcium and cholesterol salts, they are classified as primary if they are formed in the interior of the duct and secondary when they form in the gallbladder and migrate to the duct, the clinical picture is: abdominal pain in the upper right

quadrant and jaundice, its diagnosis is to perform an echo-sonogram where stones or dilation of the common bile duct are observed.

Objective: To estimate the success of resolving choledocholithiasis with ERCP in a young patient without comorbidities.

The case of an 18-year-old patient with severe abdominal pain in the right upper quadrant, jaundice, and thermal rise secondary to obstruction of the common bile duct was studied. ERCP + papillotomy was performed to remove the stone.

Conclusions: when evidencing a patient with a characteristic clinical picture, sonography and examinations of altered liver function, treatment with ERCP plus sphincterotomy was decided, obtaining good results. Management by this means is recommended in young patients and without comorbidities, subsequent surgery is recommended for cholecystectomy in the event of gallstones.

Key words: choledocholithiasis, Cholangiopancreatography, lithiasis, common bile duct, biliary, papillotomy.

INTRODUCCIÒN

Se define como coledocolitiasis a todo cálculo alojado en la vía biliar extrahepática, desde el conducto hepático común hasta la ampolla de

Vater; que según la naturaleza del cálculo puede clasificarse en primaria o secundaria.^{6,9,10}

Existen factores de riesgo para el desarrollo de cálculos biliares entre ellos tenemos:^{11,13}

- Edad: Bilis más litogénica.
- Sexo femenino
- Obesidad.

Dentro de los factores protectores se encuentran el ácido ascórbico, consumo moderado de café y consumo de proteínas vegetales.^{8,14}

Así entonces una litiasis coledociana primaria es aquella en donde los cálculos generalmente de pigmento marrón se forman en la vía biliar produciéndose por una disfunción del esfínter que genera una estasis biliar.^{1,3}

En la litiasis coledociana secundaria los cálculos se producen en la vesícula biliar, generalmente de colesterol y estos migran a los conductos biliares.^{4,5,7}

La prevalencia es cercana al 15% en pacientes con colelitiasis y hasta 10% en pacientes sometidos a colecistectomía posterior a 24 meses sin síntomas.^{5,12,15}

La clínica generalmente es ictericia, dolor abdominal, acolia y fiebre ocasional, estos acompañados en la paraclínica de alteración de las pruebas de función hepática^{1,2,6}. Se ha descrito

que el 10% de los pacientes puede permanecer asintomáticos durante años.^{3,7}

El Gold estándar en diagnóstico es la colangiorresonancia (CPRE); los estudios como la ecografía, resonancia magnética son de gran apoyo.

En el 2010 la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) presento en sus guías parámetros básicos a evaluar par el riesgo de coledocolitiasis donde se menciona: ^{2,6}

Predictores muy fuertes:

- Datos clínicos de colangitis ascendente.
- Bilirrubina mayor a 4mg/dl
- Lito en la vía biliar observado en la ecografía.

Predictores fuertes:

- Vía biliar extrahepática dilatada mayor a 6mm.
- Bilirrubina total 1.8 a 4.0 mg/dl.

Predictores moderados:

- Edad mayor a 55 años.
- Cuadro clínico de pancreatitis biliar.
- Alteración de la función hepática.

En relación a lo anterior pueden existir pacientes en alto riesgo con un predictor muy fuerte y dos predictores fuertes.

Pacientes en riesgo intermedio con un predictor fuerte y al menos uno

moderado y bajo riesgo sin factores predictivos.⁶

En cuanto a su resolución el realizar una CPRE es casi obligatorio pues a más de ser diagnóstico es terapéutico, en los casos que no puede ser resuelto por este método está indicada la cirugía.^{5,9,15}

En casos con una vía biliar dilatada mayor a 9 mm y paraclínica alterada es indicador realizar una Colangiografía por Resonancia Magnética (CMR) y de ser positivo el hallazgo se procederá a la remoción de los cálculos. La CMR permite visualizar cálculos de 2 mm y tiene un valor predictivo positivo de entre 82 -100 %, y un valor predictivo negativo entre 94 -100 %.^{5,6}

Dentro de sus complicaciones encontramos a la colangitis aguda como la más frecuente y para que esta se produzca es necesario que exista una infección biliar y un incremento de la presión intraductal de la vía.⁴

Su tratamiento se basa en la resolución de la obstrucción con drenaje biliar y antibioticoterapia.^{4,11}

Las complicaciones menos usuales son: fístula colecistoentérica, Íleo biliar, Síndrome de Mirizzi, Vesícula en porcelana.¹¹

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Paciente femenina, de 18 años, sin antecedentes de salud, que no presentó hábitos tóxicos. Acudió a consulta

refiriendo dolor abdominal difuso intenso, de 8 días de evolución, náuseas y vómitos por 5 ocasiones de contenido ligeramente verdoso además alza térmica en los últimos 3 días, cuadro empeora presentado además dificultad respiratoria e ictericia generalizada de 24 horas de evolución.

Al examen físico se observó: abdomen suave, depresible doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos presentes, Murphy +.

Los exámenes complementarios realizados con datos de interés se obtuvo valores prequirúrgicos: amilasa 70 u/l, lipasa 244 U/l, fosfatasa alcalina 266 U/L, bilirrubina directa 3.30 mg/dl, proteínas totales 7.0 g/dl, albumina 3.3 g/dl.

En la ecografía se evidenció: dilatación de vías biliares extrahepáticas e intrahepáticas especialmente derechas (Figura.1.), conducto hepático común en su extremo medio 15 mm, litiasis de 9 mm, vesícula biliar: de pared delgada con litiasis en su interior de 7 mm (Figura.2.)

Figura 1. Dilatación de las vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas



Fuente: tomada por los autores.

Figura 2. Vesícula biliar con litiasis en su interior de 7 mm.



Fuente: Tomada por los autores.

En la CPRE se observa: vía biliar extra hepática mide +-9 mm de diámetro con un cálculo en su interior, vía biliar intrahepática no dilatada, bilis con grumos purulentos.

Se realizó esfinterotomía endoscópica más extracción de cálculo de la vía biliar (Figura.4.). Se brindó antibioticoterapia con lo cual paciente evolucionó de manera favorable, se realizó alta hospitalaria y controles por consulta externa para programación futura de cirugía por litiasis en vesícula biliar.

Figura 4. Esfinterotomía endoscópica más extracción de cálculo de la vía biliar.



Fuente: Tomada por los autores.

DISCUSIÓN

La coledocolitiasis con complicaciones como la colangitis es una patología que se ha tornado más frecuente en nuestro medio.

Las recomendaciones de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) no son de un alto uso en nuestro medio a pesar de que algunos estudios han valorado su valor predictivo teniendo así un ejemplo Sethi, et al.¹ obtuvieron, el primer estudio prospectivo de la utilidad de la guía ASGE con una sensibilidad del 83.5% y una especificidad 39.8%, un valor predictivo positivo del 75.6%.¹

Considerando los lineamientos terapéuticos se propone que el uso de la CPRE deba ser una intervención exclusivamente terapéutica en relación a los costos, morbilidad y el riesgo de resultados no esperados.²

En el manejo del paciente expuesto las medidas generales fueron encaminadas a evitar posibles complicaciones.

En estos días la discusión se enfoca en dos posibilidades de tratamiento en donde tenemos un abordaje totalmente laparoscópico y otro que es el tratamiento combinado.

En el tratamiento totalmente laparoscópico se realiza la colecistectomía laparoscópica y la exploración de la vía biliar.

Mientras que el tratamiento combinado consiste en realizar una colecistectomía laparoscópica y si es necesario una papilotomía endoscópica para la extracción de los cálculos. 4

Existen muchos casos en los que realizar una CPRE como método diagnóstico y terapéutico resulta favorable en la evolución de la clínica, sin embargo hay que tener presente las complicaciones que puede acarrear este tipo de procedimientos entre ellos: pancreatitis, hemorragia, perforación e infección.

Por ello es importante realizar una evaluación minuciosa del riesgo beneficio del procedimiento y el tipo de paciente al cual nos enfocamos.

En nuestro caso esta patología fue resuelta por CPRE + Esfinterotomía endoscópica + extracción de cálculo de la vía biliar, presentando el paciente una mejoría clínica evidente sin complicaciones posteriores. Esto puede deberse a ciertos factores como son la edad y la ausencia de comorbilidades de la paciente.

CONCLUSIONES

Se comprobó que el cuadro clínico de estas patologías cursa inicialmente con dolor abdominal localizado en cuadrante superior derecho además de ictericia generalizada.

La ecosonografía como método diagnóstico fue de gran ayuda al permitir valorar el tamaño del conducto colédoco y valorar la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar.

En pacientes jóvenes y sin comorbilidades y la realización de CPRE es una buena solución para este tipo de patologías.

Además evidenciamos la necesidad de educar a la población sobre la necesidad de acudir inmediatamente ante cualquier sintomatología de este tipo, no solamente para brindar un tratamiento a tiempo sino además para evitar complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sethi S, Wang F, Korson A, Krishnan S, Berzin T, Chuttani R, et al. Prospective assessment of consensus criteria for evaluation of patients with suspected choledocholithiasis. *Dig Endosc.* 2016;28:75-82.
2. Rubin M, Thosani N, Tanikella R, Wolf D, Fallon M, Lukens F. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography for suspected choledocholithiasis: testing the current guidelines. *Dig Liver Dis.* 2013;45:744-9.
3. Adams M, Hosmer A. Predicting the likelihood of a persistent bile duct stone in patients with suspected choledocholithiasis:

- accuracy of existing guidelines and the impact of laboratory trends. *Gastrointest Endosc.* 2015;82:88-93.
4. Zamorano D M, Cárcamo I C, Cares J, Felmer E O, Gabrielli N M. Coledocolitiasis gigante. Manejo actual. *cuad cir*, 2018; 22(1), 18-24.
 5. Alberto De Jesús-Flores, Gustavo A. Guerrero-Martínez, Impacto del protocolo propuesto por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy en pacientes de alto riesgo de coledocolitiasis en el Hospital Regional ISSSTE Puebla en México, *Cir Cir.* 2019;87:423-427
 6. Julio Ramírez Sotomayor, José Berdejo, Marcelo Ramírez Romero, Coledocolitiasis: resolución video-laparoscópica. A propósito de un caso, *Cir. parag.* Vol. 43; N° 3. 2019, 26-28
 7. Cristiano A. Litiasis coledociana. Unidad de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Compleja. *Revista del Hospital El Cruce* 2016(18):30-47.
 8. Copelan. A. and Baljendra. K; Choledocholithiasis: Diagnosis and Management ; *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*, 2015-12-01, Pág 244-255; Disponible en <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S1089251615000645?returnurl=http%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1089251615000645%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
 9. Singhvi G, Ampara R, Baum J, Gumaste V. ASGE guidelines result in cost-saving in the management of choledocholithiasis. *Ann Gastroenterol.* 2016;29:85-90.
 10. Nalankill. K; Kannuthurai. S and Moss. A; A modern approach to ERCP: maintaining efficacy while optimising safety; *Digestive Endoscopy* 2016; 70–76 Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26684277>
 11. Molvar. C. and Glaenger. B. Choledocholithiasis: Evaluation, Treatment, and Outcomes ; *Seminars interventional Radiology* 2016; 33(04): 268-276; Disponible en <http://scihub.bz/10.1055/s-0036-1592329>
 12. March. B.; Burnett D. and Gani. J.; Single-stage laparoscopic cholecystectomy and intraoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography: is this strategy feasible in Australia? ; *ANZ Journal of*

- Surgery; 2016 ; 874–877; Disponible en <http://scihub.bz/10.1111/ans.13676>
13. Ayman El Nakeeb, MD, Helmy Ezzet, MD, Waleed Askar, MD, Ehab El Hanafy, MD, Emad Hamdy Early Versus Late Cholecystectomy After Clearance of Common Bile Duct Stones by Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Prospective Randomized Study Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques; 2016: 26(3):202–207; Disponible en <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27213785>
14. Magalhaes J, Rosa B, Cotter J. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography for suspected choledocholithiasis: from guidelines to clinical practice. World J Gastrointest Endosc. 2015;16:128-4.
15. Chan Sup Shim, Ji Wan Kim, Tae Yoon Lee, and Young Koog Cheon; Is Endoscopic Papillary Large Balloon Dilation Safe for Treating Large CBD Stones?. ;Tha Saudi Journal Gastroenterology; 2016; 22(4): 251–259. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4991195/>