

## Litiasis del hepatocolédoco

### Lithiasis of the hepatocholedochus

**Gilberto Pardo Gómez**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Profesor de Mérito (ISCM-H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán, Especialista de II Grado en Cirugía General, Secretario del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

---

## 1. CLASIFICACIÓN

Según localización de litiasis se clasifican en:

- 1.1. Intrahepáticas.
- 1.2. De conductos hepáticos.
- 1.3. Del Hepatocolédoco.
- 1.4. Del Ámpula de Vates.

## 2. DIAGNÓSTICO

Se tomarán en consideración los antecedentes, así como los síntomas y signos de la enfermedad.

### 2.1. Exámenes de Diagnóstico.

#### 2.1.1. Laboratorio.

- a) Bilirrubina Total y fraccionada.
- b) TGP y TGO.
- c) Fosfata Alcalina.

- d) Tiempo de Protombina.
- e) Gamma glutanyltransferasa.
- f) Dehidrogenasa láctica ácida.
- g) Sales biliares en orina.
- h) Amilasa sérica.

#### 2.2. Imagenológicos:

- a) Abdomen simple. Hipocondrio derecho.
- b) Colecistografía (ya no usada).
- c) Colangiografía endovenosa.
- d) Ultrasonido Abdominal. Sobre todo de Hígado para ver dilatación de V.B Intrahepáticas.
- e) Tomografía Axial Computarizada (TAC) y helicoidal con contraste y de 64 cortes.
- f) Resonancia Magnética Nuclear.
- g) En lugares donde hubiera posibilidades, el uso de radionúclidos.
- h) Colangiopancreatografía retrograda Endoscópica C.P.R.E.
- i) Colangio percutánea transhepática.

### 3. TRATAMIENTO

3.1. Anestesia. Puede ser General endotraqueal o peridural, según criterio anestésico.

#### 3.2. Detalles de Técnica.

3.2.1. Si el paciente no hubiera sido colecistectomizado y hubiera cirujanos laparoscópicos bien adiestrados, se puede hacer Colecistectomía, apertura del colédoco y extracción de los cálculos, previa Colangiografía transoperatoria y dejar tubo en T de Kehr.

3.2.2. Si esto no fuera posible, Colecistectomía por mínimo acceso y previa o posteriormente extraer los cálculos por C.P.R.E. Todo esto depende de los recursos.

3.2.3. Si no hubiera mínimo acceso hacerlo por el método abierto:

Colecistectomía, apertura de colédoco, extracción de cálculos previa Colangiografía transoperatoria y dejar tubo en T de Kehr.

3.2.4. Si al extraer los cálculos se viera que el colédoco tiene 2 cm. o más de diámetro, se debe de hacer una colédoco-duodenostomía.

3.2.5. Si se dejó tubo en T de Kehr, a los 5-7 días se realiza otra Colangiografía y si está normal extraer el tubo en T a los 15 días.

3.2.6. Si en un paciente no se pudiera extraer el cálculo por el colédoco abierto. Entonces se debe abrir el duodeno y hacer una esfinteroplastia para extraer el cálculo; dejando un tubo en T por 15 días y retirarlo previa Colangiografía. Esto también se hará en aquellos casos que fallara la C.P.R.E. para extraer los cálculos después de la esfinterostomía.

3.2.7. En algunos lugares, cuando se encuentra un cálculo en colédoco después de una Coledocotomía y hay una sonda en T puesta; se puede extraer el mismo, retirando el tubo en T y por el trayecto se pasa una pinza especial de Mazarrello o un coledoscopia y se puede extraer el cálculo.

3.2.8. En algunos pacientes que tienen cálculos en segmentos intrahepáticos de las vías biliares; se debe de pasar un catéter por vía oral a las a vías biliares e instilar por un tiempo, algunos de los disolventes conocidos: ter-butyl-éter o mono-octainato, con esto se disminuye su tamaño y se pueden extraer por algunos de los métodos relacionados anteriormente.

---

\* La presente es una reproducción actualizada de los temas que integran el *Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía*, de la autoría del Grupo Nacional de Cirugía del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), el cual fue reimpresso por última vez en 1994. La *Revista Cubana de Cirugía* lo pone a disposición de los cirujanos cubanos y de todos los interesados, para que puedan utilizarlos en su trabajo diario y en beneficio de los pacientes.

Comité Editorial  
*Revista Cubana de Cirugía*