

CASO CLÍNICO

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, esfinterotomía endoscópica y colecistectomía laparoscópica en un paciente con coledocolitiasis y colelitiasis

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic esphinterotomy and laparoscopic cholecystectomy in a patient with choledocolitiasis and cholelitiasis

MsC. Kelly Riverón Quevedo,^I MsC. Vladimir Irsula Ballaga,^I Dra. Lianne González Ulloa^{II} y MsC. Armando Deborah LLorca^{III}

^I Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Docente "Josué País García", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Hospital General Docente "Emilio Bárcenas Pier", II Frente, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 30 años de edad, presumiblemente saludable, quien acudió a la consulta de Gastroenterología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba por presentar cólico biliar, íctero, coluria, náuseas, vómitos e inapetencia. Los exámenes complementarios efectuados confirmaron el diagnóstico de coledocolitiasis y colelitiasis, por lo cual fue preciso realizarle colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, esfinterotomía endoscópica y colecistectomía laparoscópica en un tiempo anestésico. La evolución posoperatoria resultó favorable y fue dada de alta sin complicaciones antes de las 24 horas de haber sido intervenida.

Palabras clave: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, esfinterotomía endoscópica, colecistectomía laparoscópica, coledocolitiasis, colelitiasis.

ABSTRACT

The case report of a 30 year-old presumably healthy patient, who attended the Gastroenterology Department from "Dr Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba, and suffering from biliary cholic, ictero, choluria, nausea, vomit and inappetence is presented. The complementary examinations confirmed the choledocolitiasis and cholelitiasis diagnosis, reason why it was necessary to carry out a endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic esphinterotomy and ambulatory laparoscopic cholecystectomy, in a single anesthetic injection. The posoperative clinical course was favorable and she was discharged without complications 24 hours before the intervention.

Key words: endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic sphincterotomy, laparoscopic cholecystectomy, choledocolitiasis, cholelithiasis.

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar es una entidad clínica frecuente, su prevalencia en este territorio es de 10-15 %. Hasta en 50 % de los casos permanece asintomática, con un riesgo anual de inicio de los síntomas del 1-4 %. En pacientes sintomáticos la probabilidad de recurrencia clínica en los 2 primeros años es de 65 % y la incidencia anual de complicaciones de 1-2 %.¹

Aproximadamente 15 % de los pacientes con colelitiasis presentan cálculos asociados en el conducto biliar principal (coledocolitiasis). Estos pueden pasar al duodeno a través de la papila, pero habitualmente quedan retenidos en dicho conducto.²⁻³

Los cálculos coledocianos proceden mayormente de la vesícula biliar (cálculos secundarios), pero un pequeño porcentaje de estos se forman en la vía biliar principal (cálculos ductales primarios); ambos difieren en su composición, epidemiología y curso clínico. En el mundo occidental, de 55-70 % de los cálculos de la vía biliar principal son secundarios y están compuestos de colesterol.¹⁻³

Tanto los cálculos primarios como los secundarios, pueden permanecer temporalmente en la vía biliar principal, sin ocasionar síntomas o producir una obstrucción al flujo de bilis al duodeno, con la consecuente aparición de diferentes cuadros clínicos.³

Cuando se conoce la existencia de coledocolitiasis en pacientes con vesícula litiásica *in situ* (colelitiasis) antes de la cirugía, las opciones terapéuticas disponibles son:

- Colectomía laparotómica y coledocotomía con exploración del colédoco.
- Colectomía laparoscópica (CL) con exploración del colédoco por vía transcística o transcoledociana.
- CL seguida de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y esfinterotomía endoscópica (EE) o esfinteroplastia en 2 tiempos quirúrgicos.
- CPRE y EE o esfinteroplastia previa, seguida de CL en 2 tiempos quirúrgicos.
- CPRE, EE o esfinteroplastia y CL en un solo tiempo quirúrgico.

La elección ante estas opciones depende de la disponibilidad de equipos, de endoscopistas entrenados y de las posibilidades del cirujano para acceder a la vía biliar por laparoscopia.

Cada vez más, los grupos quirúrgicos intentan la extracción laparoscópica. Si esta falla o no hay condiciones para llevarla a cabo, se puede diferir para extracción endoscópica, siempre que se cuente con un equipo de endoscopistas expertos, de lo contrario, lo adecuado es hacer una conversión a cirugía abierta.⁴⁻⁸

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente de 30 años de edad, con aparente buen estado de salud, quien acudió a la consulta externa de Gastroenterología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba por presentar cuadros recurrentes de dolor de tipo cólico en hipocondrio derecho, intenso, con

irradiación al epigastrio y a la espalda; posprandial tardío, acompañado de inapetencia, íctero rubínico, coluria, hipocolia y vómitos no biliosos precedidos de náuseas.

- Examen físico

- Piel y mucosas: Húmedas e ictéricas (íctero rubínico).
- Abdomen: Plano, simétrico, que seguía los movimientos respiratorios. Ruidos hidroaéreos presentes (8 por minuto). Dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, sin reacción peritoneal y percusión dolorosa a este nivel.

- Exámenes complementarios

- Hemograma completo: Hemoglobina:12,3 g/L
- Leucocitos:9,0 x 10⁹
- Coagulograma completo: Valores normales
- Transaminasa glutámico pirúvica: 52 U/L
- Transaminasa glutámico oxalacética: 50 U/L
- Bilirrubina total: 24 mmol/L
- Bilirrubina directa: 17 mmol/L
- Ganmaglutamiltranspectidasa:170 UL
- Ag_s VHB: Negativo
- Fosfatasa alcalina: 482 U/L
- Anti-VHC: Negativo
- Colesterol: 4,4 mmol/L
- Ecografía: Hígado discretamente aumentado de tamaño, 1 cm por debajo del borde costal y con poco aumento de su ecogenicidad. Se observó ligera dilatación de las vías biliares intrahepáticas; el colédoco medía 21 mm en su tercio medio, con presencia en su luz de varias imágenes de litiasis, la mayor de 1,7 cm. También se apreciaban múltiples litiasis en el interior de la vesícula biliar y páncreas con tamaño, bordes y ecogenicidad conservados (figura).

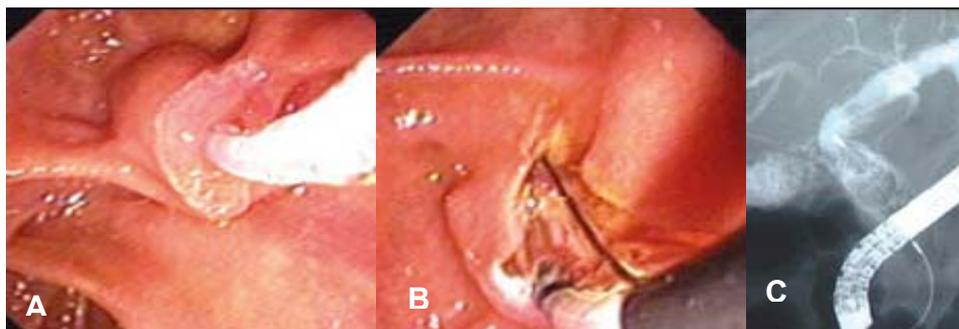


Fig. A) Papila canulada, B) Esfinterotomía endoscópica, C) Colangiografía

Diagnóstico definitivo: Coledocolitiasis y coledocolitiasis sintomáticas.

La paciente fue operada en un tiempo anestésico y quirúrgico. Primero se realizó la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la cual corroboró el diagnóstico preoperatorio de coledocolitiasis y coledocolitiasis; posteriormente, la esfinterotomía endoscópica para extraer los cálculos existentes en el colédoco, a través de canastilla de Dormia⁷ y, por último, la colecistectomía laparoscópica, sin dificultades.

La fémina evolucionó satisfactoriamente y sin complicaciones, de modo que egresó antes de las 24 horas de haber sido intervenida. Fue reevaluada a los 5 días y se le dio el alta definitiva.

COMENTARIOS

Aunque la EE es segura en manos hábiles y expertas, está considerada como un procedimiento endoscópico peligroso, debido a que la tasa de complicaciones alcanza hasta 10 % y la mortalidad 1 % en algunas series y a que muchas veces la aparición de síntomas y signos que conllevan al agravamiento se retrasa, de manera que es una práctica habitual el ingreso hospitalario de estos pacientes después de la intervención.^{9,10}

En el contexto costo-beneficio esta actitud es cuestionable, pues los resultados obtenidos en estudios recientes demuestran que evolucionan igual los hospitalizados en el período posoperatorio que los egresados poco después de la cirugía; sin embargo, el gasto es mucho mayor en los primeros.¹⁰

Cuando se comparan todas las alternativas terapéuticas posibles, expuestas anteriormente, la combinación en un tiempo quirúrgico de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, esfinterotomía endoscópica y colecistectomía laparoscópica es considerablemente más ventajosa que el resto; en efecto, al ser técnicas mínimamente invasivas, reducen la estadía hospitalaria, la recuperación y los días de incapacidad, con tasas de complicaciones similares.

En las provincias orientales nunca se había realizado este tipo de intervención conjunta con éxito y ningún paciente expuesto a este tratamiento endoscópico combinado había sido egresado con menos de 24 horas de seguimiento. Esta opción terapéutica implica varias ventajas sobre las demás, de manera que se sugiere hacerla extensiva al resto de los servicios del territorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Naranjo A, Rodríguez Ramos C. Litiasis biliar, colangitis aguda y colecistitis aguda. En: Ponce Martínez J. Tratamiento de enfermedades gastroenterológicas. 3 ed. Madrid: Elsevier Doyma; 2011; 35:415-26.
2. Armengol Miró JR, Boix Valverde J, Dot Bach J. Litiasis biliar. En: Albertos Rubio S, Balanzó J, Albillos Martínez A, Arenas Miravé JI, Berenguer Lapuerta J, et al. Aproximación clínica al diagnóstico. 2 ed. Madrid: AztraZeneca; 2009.p. 755-73.
3. Claros N, Laguna R, Ponce R, Feraudy I. ¿Cuál es la prevalencia de la litiasis en la vía biliar en pacientes con colecistolitiasis sintomática? Rev Chilena Cir. 2007; 59(2): 127-31.
4. Paganini A, Guerrieri M, Sarnari J, De Sanctis A, D'Ambrosio G, Lezoche G, et al. Long-term results after laparoscopic transverse choledochotomy for common bile duct stones. Surg Endosc. 2005; 19(5):705-1.

5. Cárdenas Gómez X, Pérez Burguete B, Rendón Castillo E, López Acosta ME, Rodríguez Vanegas G, Fernández Castro E. Tratamiento endoscópico de coledocolitiasis residual. *Asoc Mex Cir End.* 2003; 4(4):178-83.
6. Cantú Guitrón A, Adalid Martínez R, Gutiérrez Bermúdez JA, Segura López FK, García Vázquez A. Colangiopancreatografía endoscópica en la tercera edad: un estudio prospectivo y comparativo en el norte de México. *Rev Gastroenterol Méx.* 2010; 3(75):267-72.
7. García Cano J, Taberna Arana L, Jimeno Ayllón C, Viñuelas Chicano M, Martínez Fernández R, Serrano Sánchez L. Biliary sphincterotomy dilation for the extraction of difficult common bile duct stones. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009; 101(8): 541-5.
8. Tsujino T, Kawabe T, Komatsu Y, Yoshida H, Isayama H, Sasaki T, et al. Endoscopic papillary balloon dilation for bile duct stone: immediate and long-term outcomes in 1000 patients. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007; 5:130-7.
9. Costamagna G, Familiari P, Iacopini F, Shah S, Marchese M. Últimos adelantos en endoscopia biliar terapéutica. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005; 70(1): 63-82.
10. Cantú Guitrón A, Adalid Martínez R, Gutiérrez Bermúdez JA. Esfinterotomía endoscópica como procedimiento ambulatorio: ¿es seguro? *Rev Gastroenterol Mex.* 2003; 68(3): 178-84.

Recibido: 14 de agosto de 2012.

Aprobado: 29 de agosto de 2012.

Kelly Riverón Quevedo. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: kellyr@hospclin.scu.sld.cu