

Tratamiento endoscópico ambulatorio en un paciente con coledocolitiasis de gran tamaño
Outpatient endoscopic treatment in a patient with choledocholithiasis of great size

MsC. Kelly Riverón Quevedo,¹ Dra. Lianne González Ulloa¹¹ y Dr. Alexis Pérez Martínez¹¹

¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Policlínico Integral Comunitario "Josué País García", Santiago de Cuba, Cuba

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un anciano de 75 años de edad, operado desde hacía 18 meses por presentar colelitiasis sintomática, quien acudió al cuerpo de guardia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba con dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico biliar, intenso y con aparición posprandial tardía, acompañado de náuseas, vómitos, ictero verdínico, coluria, hipocolia e inapetencia. Los exámenes complementarios efectuados confirmaron el diagnóstico de coledocolitiasis de gran tamaño, por lo cual se le realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, esfinterotomía endoscópica y litotricia mecánica dentro del lumen coledociano. Se extrajeron con éxito todos los fragmentos resultantes del cálculo y la evolución posoperatoria resultó favorable. El paciente egresó antes de las 24 horas de haber sido intervenido, fue reevaluado a los 5 días y se le dio el alta definitiva, totalmente asintomático.

Palabras clave: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, esfinterotomía endoscópica, litotricia mecánica, coledocolitiasis.

ABSTRACT

The case report of a 75 year-old man, surgically treated for 18 months due to a symptomatic cholelithiasis who attended the emergency room from "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba, with pain in the right hypochondrium of intense biliary-colic type and with late postprandial occurrence, accompanied by nausea, vomits, green jaundice, brown urine, hipocolia and inappetence is presented. Additional tests confirmed the diagnosis of choledocholithiasis of a great size, reason why he was surgically treated with endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic sphincterotomy and mechanical lithotripsy inside the choledochal lumen. All the resulting fragments of the stones were successfully extracted and the postoperative clinical course was favorable. The patient was discharged before the 24 hours of the surgery, he was re-examined after 5 days and he was definitively discharged completely asymptomatic.

Key words: endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic, sphincterotomy, mechanical lithotripsy, choledocholithiasis.

INTRODUCCIÓN

La colelitiasis es una enfermedad caracterizada por la presencia o formación de cálculos en la vesícula biliar. Su prevalencia es variable según el país y la población estudiada. Aumenta con la edad y es mayor en mujeres que en hombres, aunque tal diferencia disminuye con la longevidad. Esta elevada prevalencia condiciona un notable consumo de recursos sanitarios.^{1, 2}

Los cálculos difieren en su composición, lo cual condiciona la mayor o menor posibilidad de eliminarlos por disolución o trituración. Son fundamentalmente de "colesterol" y de bilirrubinato cálcico (llamados pigmentarios), y a su vez hay 2 variedades: los "pardos" y los "negros". Por sus diferentes origen y patogenia, los cálculos de colesterol y los pigmentarios negros no aparecen en la vía biliar principal (VBP) y cuando lo hacen han emigrado desde la vesícula, a través del cístico, por lo que necesariamente son pequeños. Una única circunstancia (la fístula biliobiliar, conocida como síndrome de Mirizzi) puede alojar un cálculo grande de aquellos tipos en la VBP, es decir, los grandes cálculos en dicha vía prácticamente siempre son pigmentarios pardos y en ellos se destaca su fragilidad, de modo que pueden disgregarse mecánicamente.³

Alrededor de 5 a 12 % de los pacientes colecistectomizados, presentan coledocolitiasis en los primeros 2 años después de la colecistectomía; pero es infrecuente que estas últimas alcancen grandes dimensiones, como ocurrió en este caso.⁴

En las provincias orientales, hasta la fecha (noviembre de 2012), el tratamiento de estos grandes litos ha sido quirúrgico, con la consecuente recuperación y estadía hospitalaria, por lo cual es necesario que se conozca también las ventajas del tratamiento endoscópico actual y se haga extensivo al resto de los servicios del territorio.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un anciano de 75 años de edad, a quien se le había realizado colecistectomía laparoscópica, desde hacía 18 meses, por presentar colelitiasis sintomática, atendido en el cuerpo de guardia del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba con cuadros recurrentes de dolor intenso en hipocondrio derecho (que aparecía alrededor de 2 horas después de la ingestión de alimentos y, en ocasiones, lo despertaba en horas de la noche), con irradiación al epigastrio y a la región interescapulovertebral derecha, de tipo cólico, acompañado muchas veces de vómitos no biliosos, precedidos de náuseas, íctero verdínico, prurito, coluria e hipocolia.

• Examen físico

Piel y mucosas: Húmedas e ictéricas (íctero verdínico).

Abdomen: Plano, simétrico, que sigue los movimientos respiratorios. Se observan cicatrices pequeñas correspondientes a los puertos de entrada de la colecistectomía laparoscópica practicada. Ruidos hidroaéreos presentes (8 por minuto). Dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, epigastrio sin reacción peritoneo y percusión dolorosa a este nivel.

• Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina: 12,8 g/L; leucocitos: $6,3 \times 10^9/L$
- Coagulograma completo: valores normales
- Transaminasa glutámico pirúvica: 132 U/L
- Transaminasa glutámico oxalacética: 115 U/L
- Bilirrubina total: 25 mmol/L
- Bilirrubina directa: 17 mmol/L
- Gammaglutamiltranspeptidasa: 479 U/L
- Ag_s VHB: negativo
- Fosfatasa alcalina: 832 U/L
- Anti-VHC: negativo
- Colesterol: 4,4 mmol/L
- Ecografía: Se observó hígado discretamente aumentado de tamaño, con 1 cm por debajo del borde costal y con ligero aumento de su ecogenicidad. Paciente colecistectomizado, con vías biliares intrahepáticas dilatadas. El colédoco medía 27 mm en su tercio medio, con presencia en su luz de varias imágenes de litiasis. Páncreas de tamaño, bordes y ecogenicidad conservados (figura).

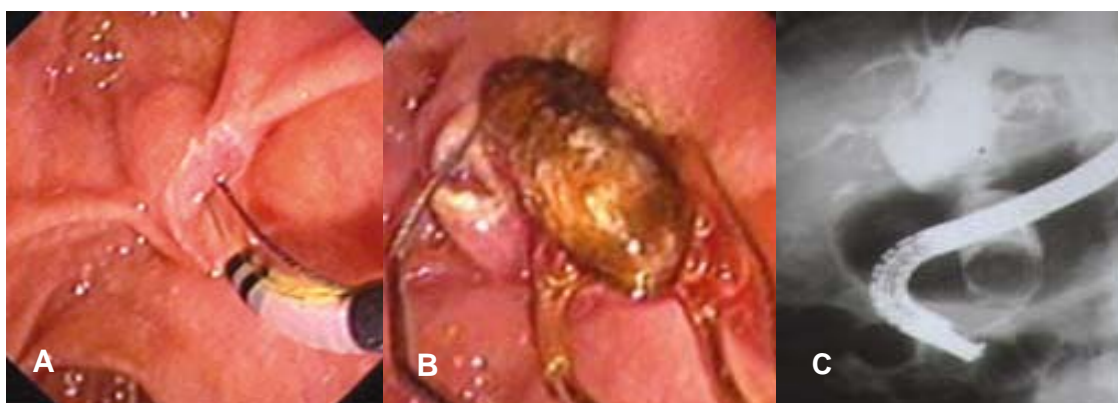


Fig. A) Papila canulada con esfinterótomo, B) Fragmento de cálculo extraído con canastilla de Dormia, previa esfinterotomía endoscópica, C) Coledocolitiasis de gran tamaño.

Diagnóstico definitivo: coledocolitiasis de gran tamaño.

A este paciente se le realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la cual corroboró el diagnóstico preoperatorio de coledocolitiasis múltiple. El mayor de estos cálculos medía 27 mm y presentaba forma de pistón o cilindro; también se efectuó la esfinterotomía endoscópica (EE) y se procedió a fragmentar el cálculo anteriormente descrito, a través de litotrictor mecánico. Posteriormente se extrajeron todos los fragmentos resultantes y los cálculos del lumen coledociano mediante la canastilla de Dormia.

La evolución fue satisfactoria y sin complicaciones, por lo cual egresó antes de las 24 horas de haber sido intervenido. Fue reevaluado a los 5 días y se le dio el alta definitiva, totalmente asintomático.

COMENTARIOS

La EE permite extraer cálculos íntegros, cuyos diámetros varían entre 15 a 20 mm y la posibilidad de extracción disminuye con el incremento del tamaño del lito. En general, los de mayores diámetros requieren ser fragmentados previo a su remoción y con ello reducir el riesgo de impactación. Las diferentes modalidades para litotricia incluyen la mecánica (LM), la electrohidráulica, con láser y con ondas de choque extracorpóreas.^{5, 6}

Se estima que la tasa de depuración de la LM oscila entre 51 y 100 % y entre los factores que influyen en el éxito o fracaso de esta se incluyen el tamaño y número de cálculos, las características morfológicas de la vía biliar, la presencia de lito impactado, el diámetro de la vía biliar, el tipo de litotriptor y la consistencia de los cálculos.⁶⁻⁹

En aquellos casos donde fracase esta técnica o en centros donde no se cuente con equipos e instrumentales necesarios para llevar a cabo la trituration intraductal del cálculo, constituye una alternativa colocar (mediante CPRE) endoprótesis biliar combinada con la ingestión de ácido ursodesoxicólico o sin este, hasta que se realice la intervención quirúrgica para extraer el lito.¹⁰

Estas técnicas, al ser mínimamente invasivas, reducen los días de recuperación, de incapacidad y la estadía hospitalaria del enfermo, respecto a la cirugía convencional.

Si bien en las provincias orientales nunca se había realizado este tipo de intervención, menos aun había sido egresado un paciente con este tratamiento endoscópico con menos de 24 horas de seguimiento. Esta opción terapéutica implica varias ventajas sobre las demás, de manera que se sugiere hacerla extensiva a otros servicios del territorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Pérez Miranda Castillo M, Vázquez Sequeiros E. Terapéutica endoscópica de las enfermedades biliopancreáticas. En: Ponce Martínez J. Manual de Tratamiento de enfermedades gastroenterológicas. 3 ed. Madrid: Elsevier Doyma; 2011.p. 511-21.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

6. Gutiérrez Bermúdez JA, Adalid Martínez R, Cantú Guitrón A. Litotricia mecánica vía endoscópica en el manejo de coledocolitiasis de difícil extracción. Rev Gastroenterol Mex. 2006; 71(1):16-21.
7. Riemann JF, Seuberth K, Demling L. Clinical application of a new mechanical lithotripter for smashing common bile duct stone. Endoscopy. 1982; 14: 226-30.
8. Cantú Guitrón A, Adalid Martínez R, Gutiérrez Bermúdez JA. Esfinterotomía endoscópica como procedimiento ambulatorio: ¿es seguro? Rev Gastroenterol Mex. 2003; 68(3): 178-84.
9. 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.
10. 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.

Recibido: 31 de Julio de 2012.

Aprobado: 6 de septiembre 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.sdl.cu