

Coledocolitiasis resuelta por laparoscopia. Reporte de un caso

Choledocholithiasis resolved by laparoscopy. Case report

*Pablo E. Schaerer Elizeche

*Marcelo F. Duarte

**Ariel J. Benegas Masi

**Giovanna P. Vera Figueredo

***Giulianna Davoli Benedetti

Instituto de Previsión Social, Hospital de Especialidades Quirúrgicas Ingavi. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

La coledocolitiasis es una patología obstructiva frecuente de las vías biliares, pudiendo llevar a una serie de síntomas y complicaciones. Presentamos una paciente femenina, de 64 años con antecedente de colecistectomía 30 años antes, que acude con dolor epigástrico de 6 días de evolución, ictericia, coluria y acolia. Al ingreso se diagnostica por colangiografía resonancia, ictericia obstructiva de etiología litiasica. El cuadro no pudo resolverse por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y se resuelve por vía laparoscópica.

Palabras clave: coledocolitiasis, coledocotomía videolaparoscópica, CPRE.

ABSTRACT

Choledocholithiasis is a common obstructive pathology of the bile ducts, which can lead to a series of symptoms and complications. We present a 64-year-old female patient, with a history of cholecystectomy 30 years ago, who presented with epigastric pain, jaundice, choloria and acholia for six days. Upon admission obstructive jaundice related to gallstones was diagnosed by MRCP. The condition could not be resolved by ERCP and was resolved with a laparoscopic approach.

Keywords: choledocholithiasis, aparoscopic choledochotomy, ERCP.

INTRODUCCIÓN

La coledocolitiasis es una de las patologías más frecuentes de las vías biliares y consiste en la presencia de cálculos en el conducto colédoco, lo que obstruye el flujo biliar ocasionado complicaciones como: ictericia obstructiva, pancreatitis aguda, colangitis aguda, entre otras¹. Las coledocolitiasis pueden clasificarse

en primarias y residuales, siendo que las primarias se producen en los 24 meses posteriores a una colecistectomía en ausencia de síntomas obstructivos, en cambio las residuales son las que se producen dentro de los 24 meses de la cirugía biliar previa. Para el diagnóstico es necesario realizar una buena anamnesis, diagnóstico laboratorialmente la ictericia y el patrón obstructivo, además de utilizar los estudios de imágenes complementarios, siendo la colangiografía resonancia magnética el *gold standard* para el diagnóstico de coledocolitiasis². El *gold standard* para la terapéutica es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que permite extraer este tipo de cálculos, y si la paciente presenta criterios muy fuertes, la misma podrá realizarse aún sin colangiografía resonancia previa, siendo estos criterios: coledocolitiasis evidenciada por ultrasonografía, bilirrubina total mayor a 4 mg/dl, o signos y síntomas de colangitis ascendente. La CPRE, además de un método terapéutico también podrá utilizarse como método diagnóstico, contando con sensibilidad y especificidad de 95% para la detección de cálculos en la vía biliar^{2,3}. Existen ocasiones en las cuales la extracción de cálculos no puede ser resuelta por vía endoscópica: cuando se presentan cálculos de gran tamaño, desproporcionados al diámetro del colédoco, o cuando no se logra la identificación de la papila duodenal. Cuando la CPRE terapéutica no es posible, se debe plantear la resolución quirúrgica, siendo el abordaje videolaparoscópico el de elección, con coledocotomía y extracción de cálculos, y colocación de drenaje trans Kehr para descompresión de la vía biliar.

* Médico especialista en cirugía general

** Médico cirujano

*** Estudiante universitaria

Autor correspondiente: Dr. Pablo Schaerer

Correo electrónico: psher2025@hotmail.com - Dirección: Capellanes del ejército en campaña N° 554. Asunción, Paraguay

Fecha de recepción: 08/01/2023 - Fecha de aprobación: 27/11/2023

Editor responsable: Dr. Helmut A. Segovia Lohse

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 64 años consulta por cuadro de 6 días de evolución de dolor epigástrico, de inicio insidioso, tipo cólico, intensidad moderada, que irradia a zona interescapular y cede parcialmente con la ingesta de analgésicos comunes. Dos días antes del ingreso se agrega al cuadro náuseas y vómitos de contenido alimentario en dos oportunidades y a las 24 horas previas al ingreso se agrega cambio de coloración de piel y mucosas que adquieren tinte amarillento, además y se acompaña de coluria y acolia. Como antecedentes patológicos, la paciente refiere hipertensión arterial en tratamiento regular con losartan de 50 mg/día y niega otras patologías de base. Como antecedentes quirúrgicos refiere colecistectomía hace 30 años por incisión de Kocher. En la ecografía se evidenciaba vías biliares intrahepáticas no dilatadas, y un colédoco de 10,2mm en su porción proximal, no visualizándose la porción distal. El laboratorio al ingreso informaba glóbulos blancos de 17.600/ μ L, neutrófilos de 76%, hemoglobina de 12,3g/dL, bilirrubina total de 2,66 mg/dL y bilirrubina directa de 1,41 mg/dL, fosfatasa alcalina de 171 U/L, GOT de 51 U/L y GPT de 71 U/L. Debido a los hallazgos laboratoriales se somete la paciente a una colangiografía magnética que informa conducto hepático común y conducto colédoco

de hasta 10 mm de calibre, en la luz vacíos de señal compatibles con cálculos de hasta 5mm de diámetro. Con estos hallazgos se decide realizar una CPRE, en la cual no se pudo identificar la papila duodenal, por lo tanto, no fue posible proceder a la extracción de los cálculos coledocianos y se procedió a la terapéutica quirúrgica, realizándose una coledocotomía con extracción de cálculos con sonda de Fogarty, más colangiografía peroperatoria y drenaje biliar con tubo en T de Kehr por vía totalmente videolaparoscópica (*ver Figura 1*). En la colangiografía peroperatoria se constató buen pasaje de contraste a duodeno sin imágenes de defecto de relleno residuales. Posterior a la cirugía la paciente evolucionó de forma favorable, iniciando tolerancia a la vía oral en el primer día post operatorio. En el quinto día de post operatorios se realiza una colangiografía trans Kehr en la cual se constata buen pasaje de contraste al duodeno, sin evidencia de fugas ni señales de vacíos sugerentes de cálculos residuales (*ver Figura 2*). La paciente egresa al sexto día de postoperatorio sin complicaciones, con buena tolerancia vía oral, sin algias espontáneas ni infecciones y con planes de retiro de tubo de Kehr a los 45 días post quirúrgicos. Se realizó el retiro del tubo de Kehr a los 45 años y hasta la fecha la paciente acude a controles anuales sin presentar complicaciones.



Figura 1. Se observa la entrada del tubo T de Kehr al sitio en donde se realizó la coledocotomía, y los puntos de sutura



Figura 2. Colangiografía trans catéter de Kehr en el quinto día postoperatorio, no observándose fugas ni defectos de relleno en la vía biliar.

DISCUSIÓN

La presencia de coledocolitiasis como patología biliar es muy frecuente en nuestro medio, estando indicada la CPRE ante la presencia de esta para la extracción de cálculos y la colecistectomía profiláctica en las 48 horas posteriores a la realización de la CPRE a fin de evitar futuras complicaciones. Cuando la coledocolitiasis no puede ser resuelta por vía endoscópica se procede a la resolución quirúrgica⁴, no existiendo un *gold standard* para tratamiento quirúrgico, pudiendo ser elegido el abordaje convencional o vía videolaparoscopia. Varios estudios, tanto a nivel local como internacional, concluyen que la coledocotomía y extracción de cálculo con o sin colocación de drenaje de tubo en T de Kehr es una opción segura de tratamiento^{2,4-7} y según los hallazgos de Yegros-Ortiz et al⁷ no existen diferencias significativas en la morbi-mortalidad con la colocación o no de drenaje trans Kehr posterior a la coledocotomía. Canullan et al² En su trabajo proponen una supremacía en la eficacia de la extracción por vía transcística antes que por la vía transcoledociana. En

nuestro caso se decidió la coledocotomía con colocación de drenaje trans Kehr debido a la ausencia de papilotomía endoscópica previa, lo que implica la colocación de un drenaje para descompresión de la vía biliar.

Contribuciones de los autores: PESE, MFD, AJBM, GPVF y GDB concibieron la idea, elaboración del trabajo, búsqueda bibliográfica y su revisión final.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Asuntos éticos: Durante este trabajo se han respetado los requisitos éticos referente a la protección del paciente y sus derechos, así como la protección a la privacidad y la garantía de participación libre.

Financiamiento: Este trabajo cuenta con financiamiento propio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barreras González JE, Ruiz Torres J, Torres Peña R, Martínez Alfonso MA, Faife Faife BC, Hernández Gutiérrez JM, et al. Coledocolitiasis: Opciones actuales de tratamiento laparoscópico y endoscópico. Rev haban cienc méd [Internet]. 2010 Sep [citado 2023 Oct 15];9(3): 374-384. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000300012&lng=es.
2. Canullán CM, Petracchi EJ, Baglietto N, Zandalazini HI, Quesada BM, Merchán del Hierro P, et al. Abordaje laparoscópico sistemático de la coledocolitiasis. Rev. argent. cir. [Internet]. 2021 Abr [citado 2023 Oct 15];113(1):62-72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v113.n1.1501.ei>.
3. La-Artifon E, Tchekmedyan AJ, Aguirre PA. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2013 Oct [citado 2023 Oct 15];33(4):321-327. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292013000400006&lng=es.
4. Manterola C, Pineda V, Vial M. Efectividad del tratamiento laparoscópico de la colelitiasis y la coledocolitiasis: Revisión global de la evidencia. Rev Chil Cir [Internet]. 2007 Jun [citado 2023 Oct 15];59(3):198-207. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000300006>.
5. Álvarez-Chica LF, Rico-Juri JM, Carrero-Rivera SA, Castro-Villegas F. Coledocolitiasis y exploración laparoscópica de la vía biliar. Un estudio de cohorte. Rev. Colomb. cir. [Internet]. 2021 June [citado 2023 Oct 15];36(2):301-311. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822021000200301&lng=en.
6. Ramírez P, Samaniego C, Ortiz Villalba JM. Litiasis de la vía biliar principal: resultados del tratamiento quirúrgico y de la papilotomía endoscópica. Rev. Cir. Parag. [Internet]. 2014 June [citado 2023 Oct 15];38(1):8-11. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202014000100002&lng=en.
7. Yegros-Ortiz CD, Acosta-López K, Montiel-Alfonso MA, Ferreira-Bogado M. Manejo videolaparoscópico de la coledocolitiasis en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional - Itauguá. Cir. Parag. [Internet]. 2021 Aug [citado 2023 Oct 15];45(2):25-28. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202021000200025&lng=en.