

Coledocolitiasis: resolución video-laparoscópica. A propósito de un caso

Coledocolithiasis: video-laparoscopic resolution. About a case.

Julio Ramírez Sotomayor* José Berdejo**, Dr. Marcelo Ramírez Romero***, Víctor Velázquez****

Hospital Nacional de Itauguá, Servicio de Cirugía General. Itauguá, Paraguay

RESUMEN

La coledocolitiasis o presencia de litos en la vía biliar principal extra hepática en la mayoría de los casos es de resolución endoscópica mediante la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE); pero en ciertos casos la, la resolución quirúrgica es la indicada debido a las desproporciones entre cálculo/luz coledociana y otros factores que hacen difícil o imposible la resolución endoscópica. El objetivo de este trabajo es presentar la resolución video laparoscópica de una paciente con diagnóstico de colédoco-litiasis de gran tamaño, con antecedente de colecistectomía 12 años antes. Se trata de una paciente femenina, de 69 años con clínica de dolor en epigastrio, de 30 días de evolución, acompañado de náuseas, vómitos, ictericia y coluria. Al ingreso hospitalario presentaba una colangitis aguda moderada, y una litiasis en el colédoco de gran tamaño, corroborado con una CPRE, por desproporción del tamaño del cálculo y el colédoco, se realizó la extracción por vía quirúrgica video laparoscópica.

Palabras clave: Coledocolitiasis, coledocotomía video laparoscópica, litiasis coledociana de resolución quirúrgica.

ABSTRACT

Choledocholithiasis or presence of calculus in the extra hepatic main bile duct in the majority of cases is endoscopic resolution by endoscopic retrograde cholangiography (ERCP); but in certain cases, the surgical resolution is indicated due to the disproportion between the calculus/cholecho and other factors that make endoscopic resolution difficult or impossible. The objective of this work is to present the laparoscopic video resolution of a patient with a diagnosis of bile duct stones, with a history of cholecystectomy 12 years earlier. This is a 69-year-old female patient with epigastric pain, 30 days of evolution, accompanied by nausea, vomiting, jaundice and choloria. At hospital admission, she presented moderate acute cholangitis and a large bile duct stone, corroborated with ERCP, due to disproportion of the size of the calculus and common bile duct. Surgical laparoscopic treatment was performed.

Key words: Coledocolithiasis, choledochotomy, cholelithiasis lithiasis surgical resolution.

INTRODUCCIÓN

El término litiasis coledociana se refiere a todo cálculo alojado en la vía biliar extra hepática, desde el inicio del conducto hepático común hasta la papila de Váter. Según su fisiopatología, se puede clasificar en litiasis coledociana primaria o secundaria, de acuerdo al origen del cálculo. La litiasis coledociana secundaria, la más frecuente, se debe a una migración de cálculos de la vesícula biliar a la vía biliar principal. Si la litiasis se detecta en los primeros 2 años luego de una colecistectomía se considera que se trata de una LITIASIS RESIDUAL en donde los cálculos migraron desde la vesícula pero no fueron detectados durante la cirugía y por la tanto no se trataron. En general, el colesterol es el componente principal de los mismos y son de aspecto blanquecino. En cambio, en la litiasis coledociana primaria se considera que los cálculos se han generado de nova en la vía biliar. Para hacer el diagnóstico de litiasis primaria es necesario que el paciente se encuentre colecistectomizado hace más de 2 años. Estos cálculos se producen generalmente por una disfunción del esfínter que condiciona estasis biliar con la consiguiente formación de cálculos. Para realizar el diagnóstico de litiasis primaria es necesario que hayan transcurrido 24 meses libres de síntomas desde la cirugía biliar previa^(1,2).

El Gold estándar en diagnóstico es la colangio resonancia. En cuanto a resolución, la CPRE es mandatorio ya que es diagnóstica y terapéutica en gran parte de los casos; pero en otros, en casos en que existiera una desproporción del calibre del colédoco distal y el tamaño del cálculo está indicada la resolución quirúrgica⁽³⁾.

La dilatación de la vía biliar por sobre 9 mm a la ultrasono-

* Jefe del servicio de cirugía


** Jefe de sala de cirugía

*** Residente del tercer año

**** Residente de segundo año

Recibido: 15 julio de 2019 - Aceptado: 22 de julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Marcelo Sebastián Ramírez Romero. Email: marceloramirez89@gmail.com

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

grafía aparece como el predictor más sensible de coledocolitiasis, especialmente si se combina con los exámenes de laboratorio alterados. En estos casos está indicado practicar una Colangiografía por Resonancia Magnética (CMR) en el preoperatorio, y de resultar positiva se intentará la remoción de los cálculos mediante una Papilotomía Endoscópica (PE). La visualización de cálculos en el colédoco mediante la ecografía es sólo de un 50% en la coledocolitiasis. La Colangiografía por Resonancia Magnética permite la visualización de cálculos de hasta 2 mm y tiene un valor predictivo (+) de entre 82 y 100 %, siendo aún mejor el valor predictivo (-) que alcanza entre 94 y 100 %^(5,6).

En la actualidad podríamos decir que la discusión se centra en dos estrategias: el tratamiento totalmente laparoscópico y el tratamiento combinado. Tratamiento totalmente laparoscópico: se realiza la colecistectomía laparoscópica y la exploración de la vía biliar en el mismo acto operatorio. Se emplean básicamente dos técnicas que son el abordaje transcístico y la coledocotomía laparoscópica. Una proporción importante de los casos se resuelven con la primera y los casos más complejos generalmente por coledocotomía. Tratamiento combinado: consiste en realizar la colecistectomía laparoscópica y una papilotomía endoscópica para la extracción de los cálculos coledocianos. En general se emplea en forma postoperatoria inmediata o diferida. Su realización intraoperatoria resulta ideal ya que permite el tratamiento en un tiempo bajo la misma anestesia, pero cuenta con una limitación como es la disponibilidad de una endoscopia en ese momento. La aplicación preoperatoria es la menos costo-eficiente debido al elevado índice de colangiografía endoscópicas normales con ausencia de litiasis coledociana, hecho que se asocia a las limitaciones propias de los factores predictivos de litiasis coledociana. Existen varias publicaciones internacionales de series prospectivas y aleatorizadas (nivel de evidencia I) que comparan las estrategias enunciadas previamente. Algunas son de la década de los 90 y tres de ellas son de los últimos dos años. Todas ellas concluyen que ambas posibilidades terapéutica tienen una morbimortalidad y efectividad equivalentes. Sin embargo el tiempo de hospitalización y los costes son menores en el abordaje totalmente laparoscópico, lo que lo constituye la estrategia más costo-eficiente. Evaluando la técnica laparoscópica ideal, se considera como tal al abordaje transcístico debido a un curso postoperatorio similar al de una colecistectomía laparoscópica, ausencia de suturas en la vía biliar principal y ausencia de drenajes biliares.

En la actualidad luego de una coledocotomía laparoscópica, si se cumplen criterios de seguridad ya definidos por Mirizzi en 1942 (ausencia de litiasis residual y de pancreatitis, buena evacuación papilar, sutura del colédoco técnicamente satisfactoria) puede realizarse un cierre primario del colédoco sin drenaje biliar. Una reciente serie prospectiva y aleatorizada apoya esta política. Si fuera necesario descomprimir la vía biliar, una alternativa creciente en su aceptación es la colocación de una prótesis endoscópica plástica transpapilar y cierre del colédoco sin drenaje. En el postoperatorio el endoscopista realizará los procedimientos necesarios con una efectividad del 100 % para canular la papila por estar con un stent colocado^(3,4).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 69 años de edad, sexo femenino, que consulta por dolor en epigastrio de 1 mes de evolución, de inicio insidioso, de

moderada intensidad, tipo puntada, que irradia a hipocondrio derecho y que se acompaña de náuseas y vómitos en varias oportunidades de contenido alimentario en pequeña cantidad, además de coloración amarillenta de piel, mucosas y escleróticas, además coluria. Niega acolia y fiebre. Como antecedentes quirúrgicos la misma se sometió a una colecistectomía por incisión de Koser 12 años antes. En ecografía se evidencia vías biliares intrahepáticas dilatadas. Colédoco dilatado, mide 23 mm, con al menos una imagen de litiasis de 26 mm de diámetro en su tercio proximal. Laboratorio: Hemograma HB: 10,1 g/dl, HTO: 32 %, GB: 19.500/L, N: 89 %. Química BT 12,80 mg/dl, BD11, 66 mg/dl, BI 1,14 mg/dl, GOT: 141 U/L, GPT: 100 U/L, FA: 1.238 UI/L, Amilase: 67 U/L, Lipasa: 35 U/L. Con estos datos se indica realizar una CPRE, en la cual se constata; colédoco de 30 mm de diámetro, a nivel del tercio medio se observa imagen de falta de relleno de aproximadamente 24 mm de diámetro, colédoco distal de 20 mm de diámetro, vías biliares intrahepáticas dilatadas, Wirsung no canulado, páncreas no contrastado, papilotomía guiada sin complicaciones, colocación de endo prótesis biliar de 10 Fr x 10 cm y un buen drenaje de contraste. Por dichos hallazgos se sugiere resolución quirúrgica.

Se procede a realizar coledocotomía longitudinal videolaparoscópica + extracción de cálculo de aproximadamente 3 cm X 2cm. Se realiza rafia primaria del colédoco y Colangiografía per operatoria donde se constata migración del stent a la vía biliar en toda su extensión sin evidencia clara de paso de contraste al duodeno, no se constata otra litiasis residual. **Figura 1**

Colangiografía trans-Kehr post operatoria: A la contrastación del árbol biliar a través del drenaje trans Kehr: No se observa defecto de relleno de la vía biliar principal intra y extra hepáticas. Buen pasaje del contraste al duodeno.

Tras la cirugía la paciente presenta muy buena evolución con buena tolerancia vía oral en el primer día post operatorio, y tras la realización de una colangiografía trans Kehr al cuarto día, la paciente es dada de alta sin problemas ni complicaciones, con movilización activa, tolerancia vía oral, mínimas heridas operatorias, sin algias, sin clínica de ictericia ni infección; laboratorialmente los valores de hemograma y hepatograma en rangos normales. En planes de retiro de tubo T de Kehr a los 45 días.



Figura 1: Prótesis biliar en colédoco. Por lo que se decide la extracción de prótesis biliar, colocación de tubo T de Kehr y coledocorrafia. Se realiza nueva CPO de control. Figura 2



Figura 2.



Figura 3.

DISCUSIÓN

La litiasis coledociana es una condición frecuente en nuestro centro hospitalario, ya que el mismo es centro de referencia nacional para patologías bilio-digestivas, para lo cual tenemos varias herramientas terapéuticas^(7,8,9). La coledocotomía video laparoscópica es una de las opciones tomadas cuando la resolución endoscópica no es posible, en especial cuando el tamaño del cálculo es de gran tamaño en un colédoco dilatado pero de diámetro desproporcional al del lito. Y a pesar de que la vía transcística es la más segura, y la primera opción en ser tomada, la coledocotomía lo desplaza se esa primera opción en cálculos coledocianos de gran tamaño.

La coledocotomía videolaparoscópica en comparación a la vía convencional tiene varias ventajas, siendo la mejor visualización de las vías biliares, disminución de infecciones en sitio quirúrgico, menos probabilidad de eventraciones post operatorias y la más rápida recuperación del paciente uno de los más importantes⁽³⁾.

En conclusión, la coledocotomía video laparoscópica es un procedimiento seguro en manos de cirujanos entrenados, ya que, proporciona mínimas incisiones, muy buena visualización de todo el árbol biliar, menor complicación de herida quirúrgica, menor tiempo de estadía hospitalaria y por sobre todo, la más rápida recuperación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cristiano A. Litiasis coledociana. Unidad de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar Compleja. Revista del Hospital El Cruce 2016(18):30-47.
2. Tazuma S. Gallstone disease: Epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). Best Pract Res Clin Gastroenterol 2006; 20(6): 1075-83.
3. Pekolj J. Tratamiento de la litiasis coledociana por vía laparoscópica. Continúa la controversia. Laparoscopic treatment of common bile duct calculi. Is there still controversy?. Cirugía Española 2012; 90(3): 144-6.
4. Banse E, Cárcamo I, González C. Tratamiento de la coledocolitiasis en la era laparoscópica y rol de la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada. Cuad Cir 1999; 13(1):95- 105.
5. Larach J. Manejo laparoscópico de la litiasis coledociana. 2000; 11(3).
6. Fulcher AD, Turner MA, Capps GW. MR Cholangiography: Technical advances and clinical applications. Radiographics 1999;19: 25-41.
7. 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.
8. Cáceres H, Ortiz A, Orué C, Melgarejo O, Melgarejo L, Morínigo R, et al. Litiasis residual versus litiasis primaria de la vía biliar principal: a propósito de un caso controversial. *Cir parag* 2013; 37(1): 36-7.
9. Ferreira Bogado M, Ramírez Sotomayor J, Cuevas Aquino L. Colangiografía per operatoria: nuestros resultados en 103 pacientes aplicando los criterios de exploración. *Cir parag* 2018; 42(2): 13-16.