

Litiasis coledociana

NORA PERRONE* Y CECILIA HERNÁNDEZ**

Paciente de sexo femenino de 52 años de edad, con antecedente de litiasis vesicular de larga data, que consulta por dolor en flanco derecho e ictericia. Se realiza ecografía abdominal observándose en un corte transversal de epigastrio una imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior en la región anatómicamente correspondiente al colédoco retropancreático. (Figura 1)

En el corte longitudinal se observa dilatación de la vía biliar intrahepática y además, a nivel de la extrahepática se observan dos imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior, ubicadas: la menor (13 mm) en el colédoco retropancreático y la de mayor tamaño (30 mm) en el colédoco supraduodenal. (Figura 2)

Ambas imágenes son compatibles con litiasis coledociana.

La litiasis de la vía biliar principal es una de las complicaciones más frecuentes de la litiasis vesicular, con valores de prevalencia reportados entre 4% y 15%, variando su incidencia en los diferentes grupos étnicos.

La litiasis biliar puede ser primaria o secundaria.

La mayoría de los cálculos coledocianos son secundarios a la migración de los mismos a través del conducto cístico provenientes de la vesícula.

La litiasis primaria corresponde a cálculos que se forman dentro de la vía biliar por la presencia de una bilis litogénica consecuyente a estasis biliar, colangitis crónica u obstrucción distal. Se caracteriza por la presencia de cálculos pigmentarios, de consistencia friable debido a la precipitación de pigmentos biliares y que aparecen más allá de los dos años de efectuada una colecistectomía por litiasis vesicular.

Si bien la litiasis coledociana puede ser asintomática (10%), la mayoría de los pacientes desarrollan síntomas pudiendo llegar a presentar un cuadro de colangitis grave con fiebre, dolor e ictericia (tríada de Charcot).

El síntoma más común es el dolor cólico localizado en hipocondrio derecho y epigastrio con irradiación al dorso.

La presencia de fiebre suele coexistir con escalofríos producto de bacteriemias a consecuencia de la

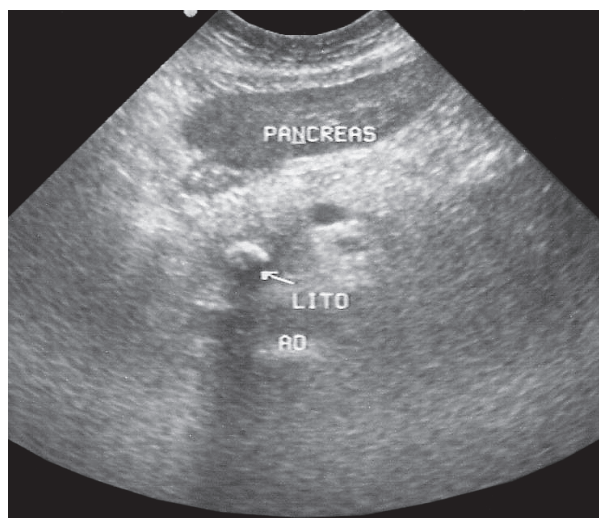


Figura 1

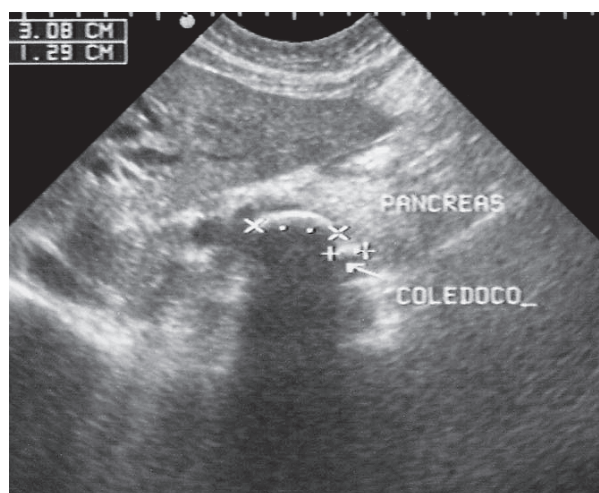


Figura 2

colangitis. Aproximadamente el 90% de los pacientes portadores de litiasis coledociana presentan desarrollo bacteriano en los cultivos de bilis siendo los microorganismos aerobios más frecuentes *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterococo*, *Proteus*, *Estafilococos* y *Streptococo*, y dentro de los anaerobios *Bacteroides* y *Clostridios*.

La ictericia que se presenta adquiere un perfil de laboratorio de tipo colestático con bilirrubina aumentada a expensas de la fracción conjugada o directa acompañada de un incremento simultáneo de la fosfatasa

*Docente del Curso Anual de Ultrasonografía en Medicina Interna de la SAUMB

e-mail: pnorab@ciudad.com.ar

**Codirectora del Curso Anual de Ultrasonografía en Medicina Interna de la SAUMB

e-mail: ceciliahernandez@saumb.org.ar

alcalina –enzima típica de colestasis canalicular– y alteración en los niveles de transaminasas a medida que el cuadro se prolonga en el tiempo sin resolución.

El cuadro de colangitis por obstrucción litiásica suele ser de instalación brusca a diferencia de la causada por patología neoplásica que se va desarrollando en forma gradual y progresiva.

El colédoco supraduodenal es el nivel donde más frecuentemente los cálculos permanecen móviles dentro de la vía biliar permitiendo el libre flujo biliar.

La pancreatitis aguda biliar es otra de las complicaciones que puede derivar del enclavamiento de una litiasis en la papila.

El fenómeno de impacto de un cálculo con cuadro florido de obstrucción completa se produce generalmente por la localización del mismo a nivel de la confluencia hepato-cístico-coledociana, muchas veces coexistiendo con un síndrome de Mirizzi tipo II (fistula colecisto-coledociana), o a nivel papilar donde se aloja en una especie de pseudodivertículo que se proyecta hacia atrás y a la izquierda produciendo una oclusión de tipo valvular.

El diagnóstico de litiasis canalicular se basa en los hallazgos de laboratorio y la ecografía, pudiendo llegar en algunos casos a la evaluación mediante resonancia magnética de la vía biliar (colangioRM).

El estudio ultrasonográfico nos permite determinar con certeza el síndrome colestático obstructivo mediante la patente ecográfica de dilatación de la vía biliar, especialmente a nivel intrahepático donde en condiciones normales no visualizamos los conductos biliares.

Conjuntamente con la patente del “doble carril” o en “caño de escopeta” típica de la dilatación intrahepática podemos visualizar, aunque no en la totalidad de los casos, la litiasis canalicular como una imagen ecogénica en la luz coledociana con la típica sombra acústica posterior. El cálculo enclavado en la papila puede ser detectado con precisión por medio de la ecoendoscopia.

En los casos de ictericia intermitente y en pacientes con antecedentes de colecistectomía, con ecografía que aporta dilatación de la vía biliar pero sin visuali-

zación directa de la litiasis se puede recurrir a la colangioRM que nos permitirá determinar la etiología mediante la evaluación, no solo de la existencia de cálculos sino también de estenosis de la vía biliar en relación con el antecedente quirúrgico mencionado.

El tratamiento de la litiasis de la vía biliar debe ser adecuado a las características de cada caso en particular, a saber:

1. Litiasis canalicular concomitante con litiasis vesicular: el tratamiento es la colecistectomía con exploración de la vía biliar, ya sea por vía laparoscópica o convencional.
2. Litiasis canalicular con antecedente de colecistectomía (litiasis primaria o residual acorde con el tiempo transcurrido después de la cirugía): la primera instancia terapéutica está dada por la resolución endoscópica por medio de la colangiografía retrógrada endoscópica con papilotomía y extracción del cálculo. Ante la imposibilidad de la resolución por esta vía se debe recurrir al abordaje quirúrgico de la patología.
3. Panlitiasis coledociana: requiere la resolución quirúrgica debiendo en muchas oportunidades realizarse una anastomosis biliodigestiva.

Referencias

1. Aubé C, Delorme B, Yzet T et al. “MR Cholangiopancreatography vs. Endoscopic Sonography in suspected common bile duct lithiasis: a prospective, comparative study”. *AJR* 2005;184:55-62.
2. Gallix BP, Régent D, Bruel JM. “Use of magnetic resonance cholangiography in the diagnosis of choledocholithiasis”. *Abdom Imaging* 2001;26:21-7.
3. Hermann R, Walsh R.: Operations for stones in the extrahepatic and intrahepatic bile ducts. En: Braasch J, Tompkins R. *Surgical disease of the biliary tract and pancreas. Multidisciplinary management*. St. Louis. Editorial Mosby, 1994;12:167-83.
4. Scheiman JM, Carlos RC, Barnett JL, et al. “Can endoscopic ultrasound or magnetic resonance cholangiopancreatography replace ERCP in patients with suspected biliary disease? A prospective trial and cost analysis”. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2900-04.