

Ictericia colestásica tras colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda

Cholestatic jaundice after laparoscopic cholecystectomy due to acute cholecystitis

La ictericia colestásica postcolecistectomía es un cuadro muy temido, donde lo más común es que se deba a una obstrucción del drenaje biliar por cualquiera de las siguientes causas por orden de frecuencia: espasmo papilar, litiasis coledociana impactada y lesión de la vía biliar principal¹. Sobre todo cuando la colecistectomía laparoscópica se realiza de urgencias dentro de un cuadro de colecistitis aguda.

Presentamos el caso de un varón de 32 años, que acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho de 72 h de evolución tipo cólico y vómitos tras la ingesta que no calman con analgesia convencional y antieméticos. Se le diagnosticó colecistitis aguda 10 días antes que se resolvió con tratamiento quirúrgico de urgencias (colecistectomía laparoscópica) siendo dado de alta a las 48 h. Sin antecedentes médicos. No Sd constitucional. Ictericia cutánea y mucosa evidente sin prurito asociado. No fiebre.

Hemodinámicamente estable. T_a 36,8 °C. Abdomen blando, depresible, doloroso en hipocondrio derecho, sin masas ni megalias. No peritonismo. Cicatrices de colecistectomía laparoscópica en buen estado. Ictericia mucocutánea. La analítica muestra 10,9 10E3/ μ l leucocitos y discreta eosinofilia (0,7 10E3/ μ l). Bilirrubina total de 7,9 mg/dl, con bilirrubina conjugada de 5,2 mg/dl y un patrón colestásico con aumento de fosfatasa alcalina de 853 y ALT de 268. Lipasa de 346.

Se realizaron pruebas de imagen al ingreso (Rx serie abdominal y ecografía de abdomen) sin evidenciar lesión de la vía biliar, con un colédoco dilatado de 10 mm. No se aprecian cálculos en su interior. El paciente ingresó en la planta con el diagnóstico de ictericia colestásica a filiar y la sospecha diagnóstica de que algún cálculo o barro biliar remanente en el colédoco habría impactado en la papila duodenal y habría provocado la colestasis.

Se instauró tratamiento conservador con dieta absoluta, sueroterapia, tratamiento antiálgico y protección gástrica con IBP. Se realizaron seriaciones de los niveles de transaminasas, lipasa, y bilirrubina. Al segundo día de ingreso se apreció un descenso leve de los niveles de bilirrubina (5,6) y persistencia de la elevación de transaminasas y lipasa. Se hizo colangiografía RM al 2.º día que no visualizó cálculos biliares, ni lesión de la vía biliar, pero que continuaba determinando un colédoco de 10 mm. Se propuso al paciente la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) ante la sospecha de odditis (papilitis) para la realización de esfinterotomía endoscópica.

Al 5.º día comenzó la disminución de los niveles de transaminasas y lipasa, coincidiendo con el comienzo de la tolerancia el día previo. Al 7.º día el paciente tenía una bilirrubina de 1,9, con ALT de 125, fosfatasa alcalina de 248 y lipasa de 95, con muy buen estado general, sin ictericia

y sin dolor, por lo que se suspendió la CPRE y fue dado de alta con el diagnóstico definitivo de pancreatitis leve biliar y odditis transitoria. Se propuso control analítico y ecográfico al mes y reevaluación en consultas externas de cirugía general.

Desde hace varios años existen numerosas revisiones y metaanálisis que indican que los pacientes con colecistitis aguda se benefician de la colecistectomía laparoscópica o abierta en las primeras 72-96 h, disminuyendo la estancia hospitalaria, previniendo los cuadros de sepsis abdominal, en especial los pacientes diabéticos, y mejorando la situación aguda del paciente. Además la colecistectomía laparoscópica es una técnica fiable, segura y rentable para el tratamiento de la colecistitis aguda. No hay estudios que demuestren que son más frecuentes las lesiones de la vía biliar cuando se realizan por laparoscopia².

Ante un cuadro de colestasis debe valorarse la presencia o la ausencia de dilatación de la vía biliar por medio de ecografía y/o TC^{3,4}. Si existe dilatación de la vía biliar, se realizarán ecoendoscopia o colangiografía RM en función de la sospecha diagnóstica y los medios disponibles⁵. Si se sospecha patología tumoral, la ecoendoscopia permite una estadificación local de la enfermedad tumoral y la punción de la lesión para su diagnóstico anatomopatológico. Si se sospecha patología litiasica, la colangiografía RM puede confirmarla de forma no invasiva⁶. Las técnicas invasivas (CPRE o CPTH) quedan reservadas para los casos en que permitan realizar un tratamiento de la obstrucción biliar (papiotomía, extracción de cálculos, colocación de prótesis o drenajes biliares). La esfinterotomía para el trastorno biliar del esfínter de Oddi parece ser efectiva en aquellos pacientes con presión basal del esfínter de Oddi elevada (mayor a 40 mmHg). Si la presión es menor tiene la misma efectividad que un tratamiento con placebo⁷. Algunos autores recomiendan realizar una CPRE cuando la probabilidad de coledocolitiasis sea alta^{8,9}.

La papilitis estenosante es de gran importancia práctica, su omisión en la cirugía conlleva la aparición de cólicos e ictericia postoperatorias y una causa importante del síndrome postcolecistectomía. Además la estenosis de la papila puede ejercer también sus efectos sobre el conducto del Wirsung y convertirse en una causa de la pancreatopatía crónica recidivante¹⁰. En este caso clínico el paciente obtuvo el diagnóstico definitivo de pancreatitis leve biliar tras paso de cálculo de colédoco a duodeno que provocó una papilitis transitoria que aumentó los niveles de bilirrubina y transaminasas y lipasa y que volvieron a límites normales con mejoría clínica, cuando se comenzó a resolver el cuadro de pancreatitis aguda leve de forma conservadora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayol J, Amurrio R, Álvarez J. Problemas clínicos tras la cirugía de la vesícula y de vías biliares. *Revis Gastroenterol.* 2000;2:87-96.
2. Borzellino G, Sauerland S, Minicozzi AM, Verlatto G, Di Pietrantonj C, de Manzoni G, et al. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. *Surg Endosc.* 2008;22:8-15.
3. Cronan JJ. US diagnosis of choledocolithiasis: a reappraisal. *Radiology.* 1986;161:133-4.
4. Mitchell SE, Clark RA. A comparison of computed tomography and sonography in choledocolithiasis. *Am J Roent.* 1984;142:729-33.
5. Barish MA, Yucel EK, Ferrucci JT. Magnetic resonance cholangiopancreatography. *New Engl J Med.* 1999;341:258-64.
6. Romagnuolo J, Bardou M, Rahme E, Joseph L, Reinhold C, Barkun AN. Magnetic Resonance Cholangiopancreatography: a meta-analysis of test performance in suspected biliary disease. *Ann Internal Med.* 2003;139:547-57.
7. Craig AG, Toouli J. Esfinterotomía para la disfunción biliar del esfínter de Oddi (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.
8. Brugge WR, Van Dam J. Pancreatic and biliary endoscopy. *New Engl J Med.* 1999;341:1808-16.
9. Calvo MM, Bujanda L, Calderón A, Heras I, Cabriada JL, Bernal A, et al. Role of magnetic resonance cholangiography in patients with suspected choledocolithiasis. *Mayo Clinic Proceedings.* 2002;77:422-8.
10. Castillo R, Sandoval E, González MA, Rosique JR, Wilson G. Papilitis estenosante primaria. *Salud Tab.* 2001; 7:404-7.

Fernando Fernandez Bueno*, Ángel Serrano del Moral,
Cristina López Muñoz, Lucía Carrión Álvarez
y Fernando Pereira Pérez

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo,
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ffernandezb.hflr@salud.madrid.org
(F. Fernandez Bueno).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.01.025