



CARTAS CIENTÍFICAS

Litiasis biliar complicada tratada satisfactoriamente mediante colangiografía percutánea y drenaje biliar en lactante de 2 meses



Complicated bile duct stones successfully treated by percutaneous cholangiography and biliary drainage catheter in a 2-month-old infant

La coledocolitiasis es una patología poco descrita en pediatría pero que puede aparecer a cualquier edad y casi siempre cursa de forma sintomática. La eliminación espontánea del cálculo es posible, sin embargo, cuando esto no ocurre, existe indicación de tratamiento ya sea quirúrgico o intervencionista.

Presentamos a una lactante remitida desde otro centro a la edad de 2 meses por cuadro clínico y analítico de colestasis. Nació a las 40 semanas de edad gestacional por parto eutócico fruto de un embarazo normal, con un peso de 3.280 g. La madre presentaba talasemia menor y la abuela materna beta talasemia, sin registrarse otros antecedentes de interés. Comenzó con deposiciones hipocólicas a las 2 semanas de vida, progresando a acolia franca, ictericia mucocutánea y coluria a la edad de un mes. No referían fiebre ni otros signos de infección. En la exploración se objetivó ictericia de piel y mucosas con un hígado de consistencia normal palpable a 3 cm del reborde costal derecho. La ecografía abdominal mostró imágenes hiperecogénicas en la vesícula compatibles con litiasis, así como una vía biliar dilatada identificándose un cálculo enclavado en colédoco distal. La colangio-RM confirmó los hallazgos previos. Inicialmente se optó por tratamiento médico conservador con ácido ursodeoxicólico, profilaxis antibiótica, dieta absoluta, sueroterapia y vitaminas liposolubles, sin objetivarse mejoría, presentando una bilirrubina máxima de 8 mg/dl con aumento de GGT hasta 1.040 UI/L. Se decidió entonces realizar una colangiografía percutánea con abordaje transhepático. Sin embargo, los radicales intrahepáticos se encontraban escasamente dilatados por lo que finalmente se optó por un abordaje directo de la vesícula empleándose un set de micropunción tipo Accustic. Desde

este acceso se consiguió cateterizar el conducto cístico y el colédoco, notablemente dilatado, observándose obstrucción completa del mismo en su porción distal coincidiendo con un defecto de repleción (fig. 1). La progresión del catéter hasta duodeno y, fundamentalmente, la colocación de un drenaje interno-externo, supuso la mejoría clínica y analítica de la paciente. El catéter (6 F multiperforado), tanto por el drenaje obtenido como por su propio calibre, consiguió dilatar la papila favoreciendo el drenaje espontáneo posterior. El procedimiento se llevó a cabo bajo sedación intravenosa y antibioterapia profiláctica. El catéter se mantuvo durante 6 días hasta la salida accidental del mismo. A las 48 horas de su colocación la paciente presentaba deposiciones coloreadas y disminución de la ictericia, evidenciándose la eliminación del cálculo por las heces. Durante el ingreso se realizó un estudio completo descartando otras causas de colestasis neonatal y de patologías predisponentes de litiasis biliar incluyéndose despistaje de hemoglobinopatías. Evolutivamente ha permanecido asintomática y anictérica. En controles ecográficos seriados se ha comprobado la resolución de la dilatación de la vía biliar persistiendo mínima cantidad de barro en la vesícula.

Hasta hace unos años la litiasis biliar se consideraba una patología infrecuente en pediatría. Sin embargo se describe un aumento de su prevalencia explicado en parte

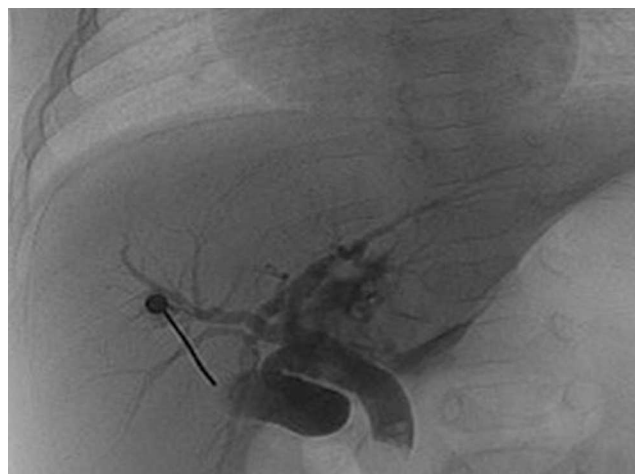


Figura 1 Dilatación del colédoco en toda su extensión con defecto de repleción en su porción distal.

por la extensión de la ecografía como método diagnóstico y la mayor supervivencia de pacientes con enfermedades graves que suponen un factor de riesgo para su desarrollo¹. Cuando aparece en la primera infancia y cursa en forma de ictericia obstructiva, puede originar un cuadro clínico indistinguible de la atresia de vía biliar extrahepática, patología que resulta fundamental descartar por sus implicaciones pronósticas. En los casos en los que el cálculo no se elimina con tratamiento médico existen varios abordajes posibles que incluyen la cirugía laparoscópica o abierta, así como técnicas endoscópicas y percutáneas, ampliamente experimentadas en población adulta². En la elección del procedimiento deben considerarse tanto la edad del paciente como la experiencia y las capacidades técnicas de cada centro, de forma que hasta el momento actual, la cirugía ha sido el tratamiento más empleado en base a su relación beneficio/riesgo. Sin embargo, en los últimos años, y al igual que en población adulta, en los niños mayores y adolescentes se considera la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía y extracción del cálculo a la luz duodenal, seguida de colecistectomía electiva posterior³, como el tratamiento de elección, dado su alto nivel de eficacia y bajo perfil de riesgo. Esta exploración, aunque ha sido comunicada en la literatura con resultado satisfactorio⁴, es técnicamente difícil en el neonato y lactante pequeño. En estos casos puede resultar eficaz la colangiografía transhepática percutánea⁵. Esta técnica, además de permitir el manejo de la obstrucción, valora la anatomía biliar y descarta otras anomalías subyacentes. El abordaje más frecuentemente empleado es el transhepático para cateterizar un radical biliar intrahepático. El abordaje directo de la vesícula cateterizando posteriormente el conducto cístico se realiza con menor frecuencia ya que por sus características anatómicas es técnicamente más complejo. Aunque se describen varias complicaciones posibles, como colangitis, derrame pleural bilioso o hemobilia⁶, en nuestra experiencia fue una técnica eficaz y bien tolerada, y por tanto, la

consideramos una buena alternativa al abordaje quirúrgico en casos seleccionados sin alteraciones anatómicas de la vía biliar y en centros con probada experiencia en radiología intervencionista en la edad pediátrica.

Bibliografía

1. Svensson J, Makin E. Gallstone disease in children. *Semin Pediatr Surg.* 2012;21:255–65.
2. Ozcan N, Kahrman G, Mavili E. Percutaneous transhepatic removal of bile duct stones: results of 261 patients. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2012;35:890–7.
3. Taj MA, Leghari A, Qureshi S, Ghazanfar S, Niaz SK, Quraishy MS. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a therapeutic modality in children and adolescents. *J Pak Med Assoc.* 2012;62:98–101.
4. Thomas M, Kadiwar K, Domajnko B, Santos MC. Choledocholithiasis in a 4-month-old infant. *J Pediatr Surg.* 2007;42:E19–21.
5. Pariente D, Gauthier F, Myara A, Bernard O. Cholelithiasis in infancy: a study of 40 cases. *J Pediatr.* 1993;122:385–91.
6. Oh HC, Lee SK, Lee TY, Kwon S, Lee SS, Seo DW, et al. Analysis of percutaneous transhepatic cholangioscopy-related complications and the risk factors for those complications. *Endoscopy.* 2007;39:731–6.

Raquel Núñez-Ramos^{a,*}, Teresa Hernández Cabrero^b, Esteban Frauca Remacha^a, Ángela de la Vega Bueno^a y María Carmen Díaz Fernández^a

^a Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nunezramos.raquel@gmail.com (R. Núñez-Ramos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.10.004>

Aplasia medular severa secundaria a triple terapia para virus hepatitis c: a propósito de un caso



Severe bone marrow aplasia due to triple therapy for hepatitis C virus infection: A propos of a case

La aplasia medular es una enfermedad de la célula madre hematopoyética que se caracteriza por el fracaso en la producción de células sanguíneas. Su etiología es múltiple: infecciones, radiaciones ionizantes, carenciales, fármacos e idiopática. Presentamos el caso de un varón de 56 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, peso de 63 kg y con un IMC de 20,8, diagnosticado en 2012 de hepatopatía crónica por VHC genotipo 1, polimorfismo IL28 T/C sin datos de hipertensión portal; adquisición

postransfusional en la juventud. No seguía tratamiento habitual. Analíticamente presentaba una carga viral mayor de 9 millones de copias, hemograma normal: AST 87 U/l, ALT 109 U/l y un grado de fibrosis hepática de 12,5kp por fibroscan (equivalente a un grado 3 de fibrosis sobre un máximo de 4 según la escala METAVIR), por lo que se inició tratamiento con triple terapia con interferón pegilado (peg-IFN) 2-180 µg/semana, ribavirina (RBV) 400 mg/12 h y telaprevir 750 mg/8 h, inicialmente bien tolerado clínica y analíticamente en el seguimiento. En la cuarta semana coincidiendo con epistaxis, el paciente presentaba leucocitos normales, hemoglobina 11,2 g/dl y 6.000 plaquetas, lo que obligó a suspender el tratamiento y transfundir plaquetas. Cinco días después persistía trombocitopenia (17.000 µl) asociando neutrófilos 501 µl y hemoglobina 9,6 g/dl, pautaándose darbopoetina alfa 13 µg/semanal. Dos días después ingresa por astenia, fiebre elevada sin foco (radiografía de tórax, ecografía abdominal, hemocultivos, serología a VHS, parvovirus, VEB y CMV normales/negativos) presentando analíticamente: plaquetas 4.000 µl, neutrófilos 12 µl,