

Fig. 1.



Fig. 2.

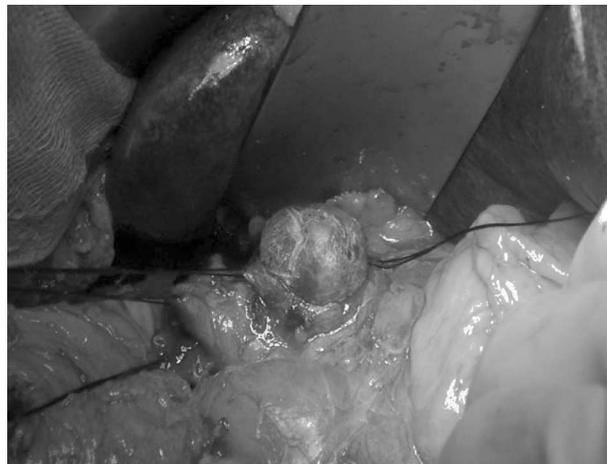


Fig. 3.

Varón de 78 años que acude a urgencias por ictericia progresiva indolora de varias semanas de evolución. No presenta antecedentes de interés, excepto ser fumador y bebedor moderado. No refiere dolor abdominal a la exploración y no presenta signos de peritonismo, y se palpa una hepatomegalia de 2 traveses de dedo. Se practica ecografía abdominal que informa de la existencia de coledocoli-

tiasis múltiple, con varias litiasis en el colédoco, la mayor de aproximadamente 20 mm de diámetro, sin signos de colecistitis aguda. En la analítica destaca un patrón de colestasis con bilirrubina total 12,1 mg/dl, bilirrubina directa de 10,7 mg/dl, GPT de 195 U/l, GOT de 95 U/l, GGT de 799 U/l y fosfatasa alcalina de 505 U/l. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con esfinterotomía y extracción de varias litiasis coledocianas con pinza de Dormia, pero ésta queda enganchada al intentar extraer una gran litiasis de 28 mm (fig. 1), por lo que no es posible su retirada. Se interviene y encontramos una vesícula en porcelana y un conducto cístico y colédoco muy dilatados. Se realiza colecistectomía, posteriormente se consigue retirar la Dormia por el cístico (fig. 2) y se practica

Correspondencia: Dr. G. Gutiérrez Fernández.
Lance, s/n, edificio Emperatriz, portal 4, 5.º A.
18014 Granada. España.
Correo electrónico: zacampoo@hotmail.com

coledocotomía para extraer la litiasis impactada en la zona ampular mediante pinza de Randall (fig. 3). El estudio histológico informa de la existencia de adenocarcinoma de vesícula ($T_3N_xM_x$). Se lleva a cabo una tomografía por emisión de positrones (PET), que descubre la existencia de metástasis en la región sacra y en el pulmón, por lo que se descarta realizar una bisegmentectomía y el paciente declina recibir tratamiento adyuvante.

El tratamiento de elección para la coledocolitiasis es la realización de una esfinterotomía endoscópica y la posterior extracción de los cálculos con la pinza de Dormia. Esta maniobra terapéutica no está exenta de complicaciones, como pancreatitis (5,4%), hemorragia (2,0%), colangitis (1,0%), colecistitis (0,5%) o perforación (0,3%).

El impacto de una pinza de Dormia durante la extracción de cálculos y que su retirada sea imposible es muy infrecuente. Esta situación obliga a una intervención quirúrgica urgente. Aunque ocasionalmente se ha realizado por vía laparoscópica, la cirugía abierta parece más adecuada.

**Gonzalo Gutiérrez, J. Manuel Ramia,
Antonio Palomeque, Patricia Martínez,
Daniel Garrote y Antonio Ferrón**

Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. HMQ.
Granada. España.