



CASO CLÍNICO

Coledocolitiasis en el embarazo. Reporte de caso

A.M. González Zúñiga



Medicina general, Ejército Nacional de Colombia, Ibagué, Tolima, Colombia

Recibido el 31 de octubre de 2018; aceptado el 16 de enero de 2019

Disponible en Internet el 6 de abril de 2019

PALABRAS CLAVE

Coledocolitiasis;
Colelitiasis;
Colangiopancreatografía
retrógrada
endoscópica;
Embarazo (DeCS)

KEYWORDS

Cholelithiasis;
Cholelithiasis;
Cholangio
pancreatography
endoscopic
retrograde;
Pregnancy (MeSH)

Resumen El embarazo es un estado donde se aumenta la litogenicidad y la estasis biliar, generando mayor incidencia en la formación de cálculos biliares. Aunque la colelitiasis por sí sola no es una urgencia quirúrgica en la paciente obstétrica, puede requerir de intervención si se presentan complicaciones, las cuales se dan hasta en un 10% de las pacientes obstétricas con colelitiasis sintomática.

En este artículo se presentará un caso clínico de una paciente obstétrica que presentó colelitiasis con coledocolitiasis de alto riesgo que requirió manejo con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cholelithiasis in pregnancy. Case report

Abstract Lithogenesis and biliary stasis increases during pregnancy. This generates a high incidence in the production of gallstones. Cholelithiasis is not usually a surgical emergency in pregnancy, but when there are complications, which can be in up to 10% of obstetric patients, these complications can require intervention.

A case report is presented on an obstetric patient with cholelithiasis, and high risk of cholelithiasis, that required intervention using endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El embarazo se relaciona con un aumento de la estasis biliar, dado por reducción de la contractilidad de la vesícula biliar y la disminución de la secreción de bilis por efecto de la

progesterona. Al mismo tiempo, un aumento de la litogenicidad inducido por la elevación de los estrógenos¹, los cuales aumentan la secreción de colesterol el cual se descompone en bilis². Asociado a esto, desde el primer trimestre se duplica el volumen de la vesícula. Todo lo anterior, genera un aumento de la incidencia de la formación de cálculos biliares, los cuales se forman hasta en un 11% de las pacientes embarazadas^{1,3–5}.

Correo electrónico: anama.gonzu@outlook.com

<https://doi.org/10.1016/j.gine.2019.01.001>

0210-573X/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 Perfil hepático que muestra elevación de amilasa, sin alteración de transaminasas ni de las bilirrubinas

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Amilasa	135	U/l	0-100
Bilirrubina directa	0,47	mg/dl	0-0,3
DHL	342	U/l	0-480
Fosfatasa alcalina	254	U/l	34-258
Proteína C reactiva, cuantitativo de alta precisión	13,96	mg/l	0-5
TGO-AST	32,50	U/l	13-39
TGP-ALT	21,70	U/l	7-52
Bilirrubina total	0,80	mg/dl	0,3-1
Bilirrubina indirecta	0,33	mg/dl	0,0-1,1
Proteínas en orina muestra aislada de orina	3,00	mg/dl	0,0-30,0

DHL: deshidrogenasa láctica; TGO-AST: transaminasa glutámica-oxalacética o aspartato aminotransferasa; TGP-ALT: transaminasa glutámico pirúvica o alanina aminotransferasa.

La coledocolitiasis puede presentar complicaciones como son la colangitis, la colecistitis, la pancreatitis aguda y la coledocolitiasis, las cuales se pueden presentar en un 10% de las pacientes que presentan síntomas y se consideran la segunda causa de intervención quirúrgica no obstétrica en la paciente embarazada⁵.

La coledocolitiasis tiene una incidencia baja en el embarazo y se han reportado un caso por cada 1.200 embarazos⁶. Su manejo dependerá del cumplimiento de predictores clínicos, los cuales nos dan una probabilidad de riesgo para coledocolitiasis en pacientes con coledocolitiasis sintomática.

Cuando el paciente presenta alto riesgo para coledocolitiasis (más del 50% de probabilidad), requiere evaluación de la vía biliar⁴. Dentro de los métodos que se usan, se encuentra la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), la colangiografía intraoperatoria (CIO), la colangio resonancia magnética (CRM) y el ultrasonido endoscópico (USE), entre otros⁷.

La CPRE se considera una técnica de referencia ya que es diagnóstica y a la vez terapéutica, en donde se realiza la extracción de cálculos de manera endoscópica. Dentro de los riesgos que se presentan durante la realización de la CPRE en el embarazo, se encuentran la sedación, la radiación, la electrocauterización al feto ya que el líquido amniótico es un líquido conductor, la perforación, la hemorragia, la infección y la pancreatitis post-CPRE².

Sin embargo, el manejo conservador de las complicaciones de la coledocolitiasis se ha relacionado con un aumento de síntomas, aumento de consultas en el servicio de urgencias y aumento en el número de hospitalizaciones durante el embarazo y las cesáreas².

En cuanto al tiempo indicado para la realización de la CPRE durante el embarazo, la evidencia es muy escasa. Se ha visto que cuando se realiza la CPRE durante el primer trimestre, ha habido mayor riesgo de malformaciones, aborto espontáneo⁶, alto riesgo de parto pretérmino y de bajo peso al nacer.

Sin embargo, muchos autores recomiendan que se debe intervenir lo más temprano posible, a partir del diagnóstico, ya que no se debe diferir la realización de la CPRE en caso de presentar complicaciones de la coledocolitiasis, como lo es la coledocolitiasis. Así mismo, se debe discutir el procedimiento con el especialista en ginecología y obstetricia sobre

todo en el primer trimestre y el tercer trimestre si se debe realizar durante este o durante el periodo de posparto².

Caso clínico

Paciente de 26 años, procedente de Bogotá, con embarazo de 33,4 semanas por eco de primer trimestre quien consulta al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia por presentar cuadro clínico de 7 h de evolución consistente en dolor en epigastrio tipo ardor que se irradia a dorso derecho e izquierdo de gran intensidad y que aumenta en decúbito. La paciente refiere consumo de hidróxido de aluminio sin mejoría de los síntomas. Niega otra sintomatología asociada. Refiere que presentó hace 15 días cuadro similar el cual fue tratado con ranitidina.

Como antecedentes de importancia refiere familiares: padre con cardiopatía. G/O: menarquía a los 15 años, ciclos 30*4, planificación implante subdérmico, FUR no recuerda, ITS niega, G3P2A0V2M0E0, G2: julio del 2013 pretérmino, no recuerda de cuántas semanas ni peso. CPN # 8. Resto de antecedentes negativos. En la revisión por sistemas refiere movimientos fetales presentes, niega sangrado vaginal, al igual que amniorrea y actividad uterina.

Al examen físico se encuentra paciente en buenas condiciones generales, hidratada, con signos vitales de TA: 118/89, FC: 81 lpm, FR: 18 rpm, temperatura: 36,8, saturación del 99%, peso: 61 kg, cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen: globoso por útero grávido, AU: 32 cm, dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Feto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso izquierdo, FCF: 140 lpm. Genitales externos: normoconfigurados. Especuloscopia: no se realiza. Tacto vaginal: vagina normotérmica, normoelástica, cuello largo, central, blando, dilatación 2 cm, borramiento del 50%, membranas integras y pelvis ginecoide. Extremidades sin edema.

Se considera que la paciente cursa con enfermedad ácido péptica, amenaza de parto pretérmino, antecedente de parto pretérmino y embarazo de 33,4 semanas por eco de primer trimestre, por lo cual se deja en observación para toma de monitoria fetal y paraclínicos. Se coloca analgesia con acetaminofén. Por cambios cervicales se inicia maduración pulmonar con betametasona 12 mg/IM día 1.

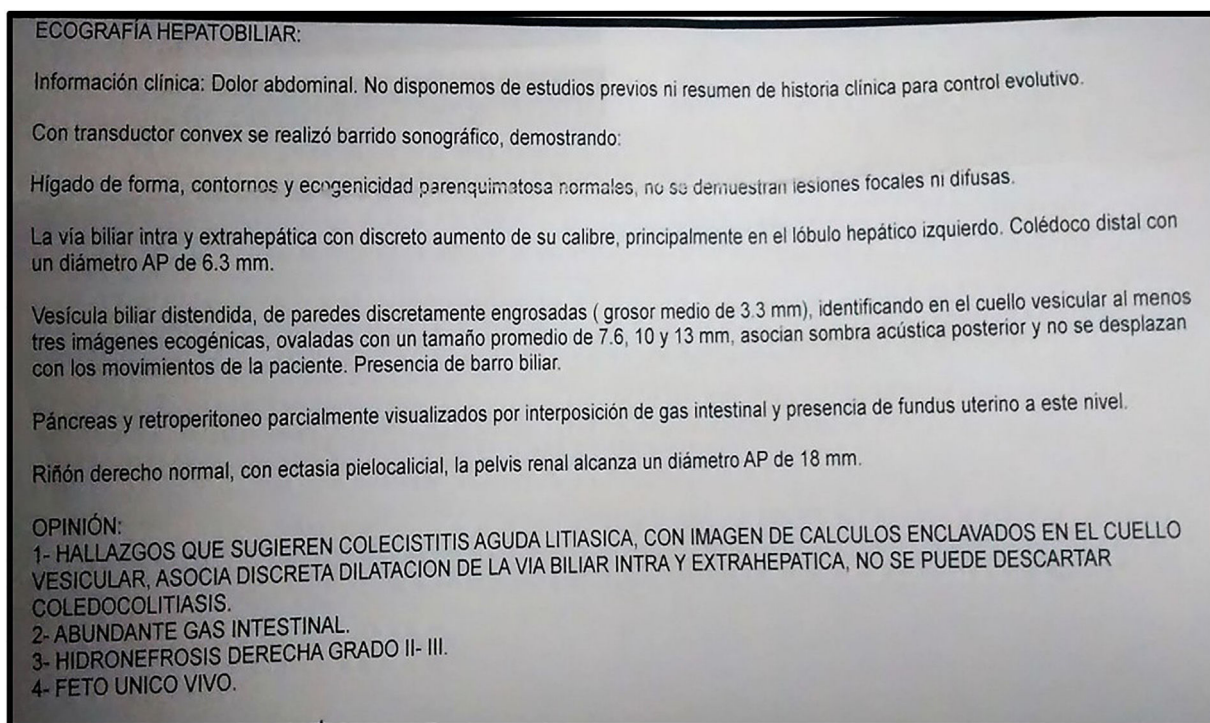


Figura 1 Ecografía hepatobiliar que reporta dilatación de vía biliar intrahepática y extrahepática, distensión de la vesícula biliar con presencia de cálculos biliares.

Tabla 2 Nuevo perfil hepático que muestra hiperbilirrubinemia a expensas de la directa con elevación de transaminasas y de la fosfatasa alcalina

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Amilasa	113	U/l	0-100
Bilirrubina directa	4,18	mg/dl	0-0,3
Creatinina en suero	0,57	mg/dl	0,7-1,2
Fosfatasa alcalina	338	U/l	34-258
TGO-AST	61,50	U/l	13-39
TGP-ALT	52,70	U/l	7-52
Bilirrubina total	5,39	mg/dl	0,3-1
Bilirrubina indirecta	1,21	mg/dl	0,0-1,1

TGO-AST: transaminasa glutámica-oxalacética o aspartato aminotransferasa; TGP-ALT: transaminasa glutámico pirúvica o alanina aminotransferasa.

Paciente con persistencia de sintomatología, con reporte de paraclínicos que muestran hemograma sin leucocitosis, resto de parámetros en rango de normalidad. Uroanálisis no sugestivo de infección, Gram de orina negativo para microorganismos. Perfil hepático con elevación de amilasa, PCR positiva no significativa, sin elevación de transaminasas ni de bilirrubinas. Proteinuria aislada en orina negativa (tabla 1). Se le toma una ecografía hepatobiliar la cual reporta vesícula distendida, engrosada con 3 imágenes ecogénicas en cuello vesicular y discreta dilatación de la vía intrahepática y extrahepática sin descartar coledocolitiasis (fig. 1).

Por persistencia de sintomatología, hallazgos ecográficos y en los laboratorios, se interconsulta al servicio de cirugía general los cuales al examen físico encuentran paciente algica, afebril, hidratada, con signos vitales dentro de

rangos de normalidad, con abdomen globoso por útero grávido, blando, doloroso en hipocondrio derecho y en epigastrio con signo de Murphy positivo.

Se considera que la paciente cursa con colecistitis aguda más colelitiasis por lo que se hospitaliza, se deja sin vía oral, líquidos endovenosos, se inicia analgesia con butilbromuro de hioscina y tramadol por horario y se toman nuevos paraclínicos.

Se comprueba bienestar fetal dado por movimientos fetales, monitoria fetal NST reactiva. En el momento paciente en manejo por el servicio de ginecología/obstetricia y de cirugía general, en día 2 de maduración pulmonar con beta-metasona.

Durante la hospitalización empieza a presentar tinte icterico en escleras y en región palmar. Nuevo reporte de paraclínicos muestra hemograma sin alteración y perfil

hepático que muestra persistencia de elevación de amilasa y nuevo hallazgo de hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, elevación de transaminasas y de fosfatasa alcalina (tabla 2), cumpliendo criterios muy fuertes para coledocolitiasis, por lo que se considera paciente con colecistitis aguda por colelitiasis y coledocolitiasis de probabilidad alta.

Se toma conducta de realización de CPRE en la cual se canaliza vía biliar con guía hidrofílica y protección de útero con chaleco plomado encontrando vía biliar dilatada con gran cálculo por lo que se realiza esfinterotomía y extracción de cálculo con canastilla y balón (fig. 2).

El procedimiento se realiza sin ninguna complicación, confirmando el diagnóstico de coledocolitiasis. Paciente pre-

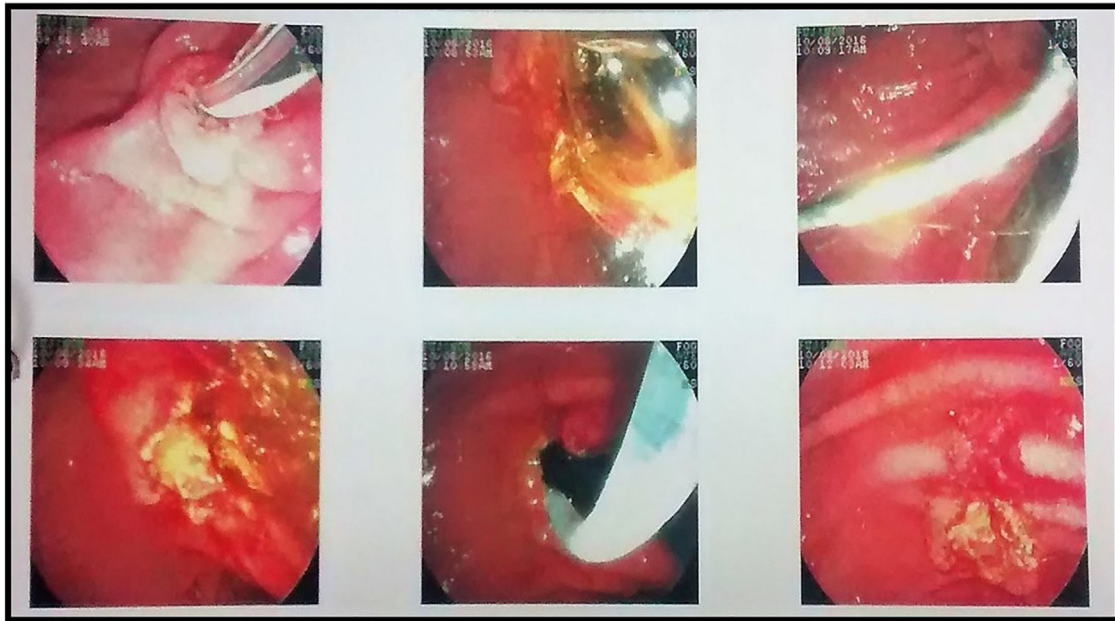


Figura 2 CPRE que muestra la canalización de la vía biliar, esfinterotomía y la extracción del cálculo.

CON TRANSDUCTOR MULTIFRECUENCIA TRANSABDOMINAL DE DE 3.5 MHZ SE REALIZÓ EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA OBSTÉTRICA CON LOS SIGUIENTES HALLAZGOS:

FETO VIVO FEMENINO , ACTIVO CON MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, EN PRESENTACION CEFALICA, DORSO POSTERIOR DERECHO, CON FCF DE 143 LPM.

PLACENTA FUNDO CORPORAL ANTERIOR, GRADO I-II/III ESPESOR 43 mm

LÍQUIDO AMNIÓTICO DE CANTIDAD NORMAL: 12.8 MM

BIOMETRÍA:

- DBP:	84 mm	34.2 ss.
- HC:	304 mm	33.0 ss.
- DOF	102mm	
- CA:	276 mm	31.5 ss.
- LF:	64mm	32.5 ss.
- TIBIA	56mm	33.2ss
- PERONE:	52mm	32.5ss
- HUMERO	57mm	33.0ss
- RADIO	45 mm	31.3ss
- CUBITO	52 mm	32ss

PEF: 1956 GR

RECuento ANATOMICO AJUSTADO A EG , SE VISUALIZACION CARA FETAL LABIO SUPERIOR Y PALADAR DURO. 4 CAMARAS Y TRACTO DE SALIDAS VENTRICULARES. CAMARA GASTRICA Y VESICAL, CORDON DE 3 VASOS.

Figura 3 Ecografía obstétrica que muestra bienestar fetal.

senta adecuada evolución clínica, con disminución de tinte icterico y bienestar fetal dado por ecografía obstétrica (fig. 3).

Discusión

El embarazo genera un aumento de la litogenicidad en la vesícula biliar, por lo que hay mayor incidencia de presentar coledocolitiasis, sin embargo, en un bajo porcentaje se pueden presentar complicaciones clínicas. Podemos ver que la sintomatología de la coledocolitiasis en una paciente embarazada es inespecífica, por lo que su diagnóstico y evolución hacia alguna complicación se debe apoyar de los laboratorios en sangre y de las imágenes diagnósticas. Es importante hacer un acompañamiento cercano a la paciente que presente coledocolitiasis, ya que sus complicaciones pueden generar un rápido deterioro de la paciente.

La coledocolitiasis en una complicación muy poco frecuente durante el embarazo y si presenta criterios muy fuertes o fuertes, se considera una coledocolitiasis de alto riesgo por lo que es indicativo la realización de CPRE. La CPRE es un procedimiento que puede tener diferentes riesgos que pueden variar de acuerdo al trimestre en que se realice. Una de las complicaciones más relevantes es la exposición del feto a la radiación, la cual ha ido disminuyendo por la variedad de técnicas para realizar CPRE como lo son el uso de esfinterotomía con canulación, fluoroscopia pulsada a dosis bajas, técnica de aspiración biliar, uso de chaleco de plomo en la paciente, colocar al paciente lejos de la fuente de radiación, entre otras técnicas más⁵. En este caso, vemos como se usaron algunas de estas técnicas para disminuir la exposición a la radiación obteniendo así la extracción de cálculo sin ninguna complicación reportada.

Financiación

La autora declara no haber recibido financiación alguna para la realización del trabajo.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Área de Cirugía General, Área de Gastroenterología y Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Simon Bolívar.

Bibliografía

1. Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al., editores. *Hepatic, Biliary, and Pancreatic Disorders*. En: *Williams Obstetrics*. Twenty-Fourth edition New York: McGraw-Hill; 2013.
2. Magno-Pereira V, Moutinho-Ribeiro P, Macedo G. Demystifying endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;219: 35–9.
3. George S, Catalano MF. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in pregnancy. *UpToDate*. 2017.
4. Maple JT, Ben-Menachem T, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Cash BD, et al., ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc*. 2010;71:1–9.
5. Chan CH, Enns RA. ERCP in the management of choledocholithiasis in pregnancy. *Curr Gastroenterol Rep*. 2012;14: 504–10.
6. Ara B, Sahakian, Priya A. *Jamidar ERCP in Pregnancy*. Chapter, 28. Elsevier; 2013. p. 264–9.e1.
7. Angel A, Rosero G, Crispín M, Valencia J, Muñoz A, Cadavid A. *Coledocolitiasis*. Guías de Manejo en Cirugía. 2008.