

## Manejo Endoscopico Exitoso de Coledocolitiasis Residual En el Embarazo: Reporte de Caso

### Successful Endoscopic Management of Residual Choledocolithiasis in Pregnancy: A Case Report

**Fecha de recibido:** 05-Jul-2022, Manuscript No. ipadm-22-12863; **Fecha del Editor asignado:** 07-Jul-2022, PreQC No. ipadm-22-12863(PQ); **Fecha de Revisados:** 21-Jul-2022, QC No. ipadm-22-12863; **Fecha de Revisado:** 25-Jul-2022, Manuscript No. ipadm-22-12863(R); **Fecha de Publicación:** 28-Jul-2022, DOI:10.36648/1698-9465.22.18.1550

**Maria Raad-Sarabia<sup>1</sup>, Pedro Imbeth-Acosta<sup>2</sup>, Jorge Urrutia-Osorio<sup>3</sup>, S Erick Licona Vera<sup>4\*</sup>, Nehomar Pajaro-Galvis<sup>5</sup>, Sandra Cardona-Moica<sup>3</sup>**

- <sup>1</sup> Departamento Medicina Interna, Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia
- <sup>2</sup> Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Clínica Crecer, Cartagena, Colombia
- <sup>3</sup> Departamento de Neurología, Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia
- <sup>4</sup> Departamento de Medicina Interna, Clinica Las Vegas, Medellin, Antioquia, Colombia
- <sup>5</sup> Departamento de Medicina Interna, Clinica Las Vegas, Medellin, Antioquia, Colombia

### Resumen

El estado de gestación genera una serie de cambios fisiológicos que aumentan el riesgo de patologías respecto a la mujer no gestante. A nivel de la vía biliar se produce estasis de sales biliares por lo que se aumenta la capacidad de generar litos. Sin embargo, la mayoría de pacientes son asintomáticas y responden de manera adecuada al manejo expectante y la terapia médica. La tasa de complicaciones es baja, siendo la colangitis aguda, la coledocolitiasis y la pancreatitis aguda la indicación de manejo invasivo en la paciente obstétrica.

Se presenta un caso clínico de una paciente obstétrica con antecedente de colecistectomía que presento coledocolitiasis residual con posterior episodio de colangitis aguda e ictericia obstructiva que requirió manejo con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

**Palabras clave:** Coledocolitiasis; Embarazo; Colangitis; Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica

**\*Correspondencia:**  
Erick Licona-Vera

**Tel:** +573013677023

 [erickliconamedicinainterna@gmail.com](mailto:erickliconamedicinainterna@gmail.com)

### Abstract

Pregnancy generates a series of physiological changes that increase the risk of pathologies compared to non-pregnant women. At the level of the bile duct, stasis of bile salts occurs, thus increasing the capacity to generate stones. However, most patients are asymptomatic and respond adequately to expectant management and medical therapy. The complication rate is low, with acute cholangitis, choledocholithiasis, and acute pancreatitis being the indication for invasive management in obstetric patients.

We present a clinical case of an obstetric patient with a history of cholecystectomy who presented residual choledocholithiasis with a subsequent episode of acute cholangitis and obstructive jaundice that required management with endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

**Keywords:** Choledocholithiasis; Pregnancy; Cholangitis; Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

## Introducción

La litiasis coledociana o de *vía* biliar principal se define como la presencia de cálculos en el conducto colédoco como consecuencia de su formación in situ en la *vía* biliar (coledocolitiasis primaria) o secundaria a la migración de litos desde la vesicular biliar (coledocolitiasis secundaria) [1]. La coledocolitiasis residual, una variedad de coledocolitiasis secundaria, se documentan en menos del 2% de los pacientes postcolectomizados y se define como la presencia de litos en el conducto colédoco antes de los dos años tras la colecistectomía [2].

El embarazo se asocia a una incidencia mayor de cálculos en la *vía* biliar, siendo la colelitiasis y sus complicaciones la segunda causa de cirugía no obstétrica en las embarazadas, con una incidencia de alrededor un 4% [3].

El tratamiento médico suele ser la elección en pacientes asintomáticas o sin complicaciones, sin embargo, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o la cirugía por laparoscopia es la terapia de elección en caso de aparición de complicaciones que comprometan el bienestar materno-fetal.

Se presenta el caso de una paciente embarazada con antecedente de colecistectomía quien presenta como complicación coledocolitiasis residual y posterior colangitis aguda por lo que se indica manejo invasivo con CPRE que fue tolerada de forma exitosa.

## Caso Clínico

Paciente femenina de 23 años de edad, procedente de Cartagena-Bolívar, de ocupación ama de casa, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis hace 7 meses, cursa con embarazo de 22.1 semanas de gestación por ecografía de primer trimestre quien consulta al servicio de urgencia por cuadro clínico de cuatro días de evolución, consistente en dolor de inicio insidioso, tipo cólico, en hipocondrio derecho de intensidad 6/10 en escala análoga del dolor, irradiado a región dorsal, que se exacerba con las comidas y se atenúa durante la noche, refiere además que desde hace 24 horas presenta coloración ictericia en escleras y palmas de las manos asociado a orina oscura.

Al examen físico encontramos signos vitales normales, TA: 118/68 FC 78 lpm, FR 18 rpm, T 37.4° saturación de 99% a aire ambiente, con tinte icterico en escleras y manos, al examen abdominal se evidencia abdomen globoso por útero grávido, AU 21 cts, feto único vivo, frecuencia cardíaca fetal en 143 latidos por minuto, no se percibió dinámica uterina, con dolor a la palpación profunda del hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal, genitales externos normo configurados, tacto vaginal con vagina normotérmica, cuello largo, central, blando, orificio cervical interno cerrado.

Se realizan paraclínicos de ingreso donde se aprecia perfil mixto (Hepatoceular y colestásico). Los paraclínicos se resumen en la tabla número 1. Se realiza ecografía abdominal más colangiorresonancia, evidenciando ausencia de vesícula biliar por antecedente quirúrgico y presencia de cálculo residual en el colédoco; una vez es valorada por servicio de gastroenterología

se considera como posibilidad diagnostica litiasis biliar a nivel del colédoco e indican manejo medico conservador debido a estado grávido Tabla 1.

Durante la estancia hospitalaria paciente evoluciona de forma tórpida, con malestar general, aparición de picos febriles con temperatura corporal en 38.6 grados centígrados, aumento en la intensidad de dolor en hipocondrio derecho y episodios eméticos recurrentes por lo que se indican nuevos paraclínicos que resultan en elevación de bilirrubinas respecto a datos de ingreso, con fosfatasa alcalina y transaminasas elevadas compatible con patrón colestásico. Los paraclínicos se de control se resumen en la tabla número 2. Por parte de servicio de gastroenterología se considera paciente con alta sospecha de colangitis aguda secundario a coledocolitiasis residual por lo que se inicia antibioticoterapia empírica con ampicilina sulbactam y por alto riesgo de traslocación bacteriana se considera traslado inmediato a sala de cirugía para realización de CPRE y protección fetal con chaleco plomado a nivel del útero por alto riesgo de morbimortalidad del binomio materno-fetal Tabla 2.

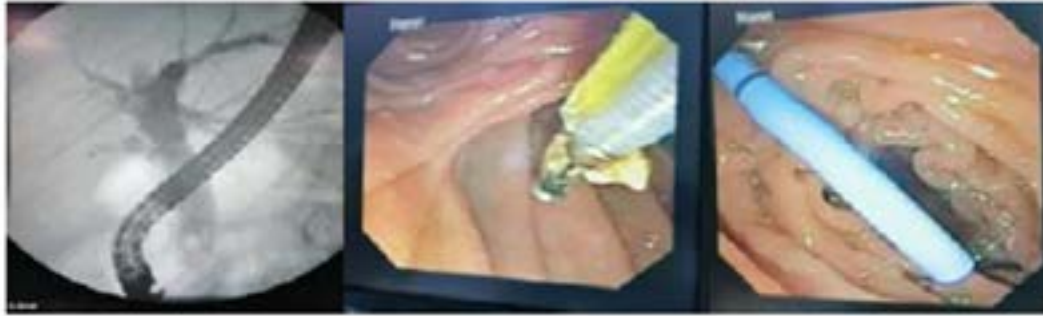
El procedimiento se realiza sin ninguna complicación, confirmando el diagnóstico de coledocolitiasis. Los hallazgos intraoperatorios fueron los siguientes: evidencia *vía* biliar intra y extrahepática dilatada con colédoco de 18 mm, se evidencia

Tabla 1: Paraclínicos de ingreso.

PARACLÍNICOS	RESULTADO
Hemoglobina	12.40 g/dL
Hematocrito	35.80%
Recuento de Leucocitos	8.49 x10 <sup>3</sup> /μL
Recuento de Plaquetas	423.00 x10 <sup>3</sup> /μL
Tiempo de Protrombina PT	12.8 seg
Tiempo de Tromboplastina Parcial	28.10 seg
Bilirrubina Total	2.78 mg/dl
Bilirrubina Directa	2.08 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	0.7 mg/dl
Fosfatasa alcalina	589.83 U/L
Gamma Glutamil Transferasa GGT	203.3 U/L
Alanino Amino Transferasa GPT	241.38 U/L
Aspartato Amino Transferasas GOT	295.22 U/L
Proteína C Reactiva	9 mg/dl

Tabla 2: Paraclínicos de control.

PARACLÍNICOS	RESULTADO
Hemoglobina	11.20 g/dL
Hematocrito	32.60%
Recuento de Leucocitos	9.85 x10 <sup>3</sup> /μL
Recuento de Plaquetas	420.00 x10 <sup>3</sup> /μL
Tiempo de Protrombina PT	12.8 seg
Tiempo de Tromboplastina Parcial	30 seg
Bilirrubina Total	3.67 mg/dl
Bilirrubina Directa	3.06 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	0.61mg/dl
Fosfatasa alcalina	489.30 U/L
Alanino Amino Transferasa GPT	304.6 U/L
Aspartato Amino Transferasas GOT	251.87 U/L
Proteína C Reactiva	12.5 mg/dl



**Figura 1** Hallazgos intraoperatorios en *vía* biliar.

defecto de llenado en tercio distal del colédoco, que corresponde a cálculo biliar de 12 mm, se realiza esfinterotomía amplia, se introduce canastilla de Dormia y se realiza extracción cálculo, se introduce balón de Fogarty, se extrae barro biliar y se coloca stent en *vía* biliar [Figura 1].

En su posquirúrgico inmediato la paciente se encuentra estable, con evolución favorable de cuadro clínico, afebril, sin dolor abdominal, con paraclínicos de control que evidencian disminución de la bilirrubina y descenso progresivo de fosfatasa alcalina y transaminasas. Se confirma bienestar fetal con ecografía obstétrica por lo que se decide dar de alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por gastroenterología y obstetricia.

## Discusion

La tendencia a la formación de cálculos en el embarazo es elevada debido a los cambios en la fisiología de la *vía* biliar; el embarazo modifica la composición de la bilis y produce sobresaturación del colesterol con aumento del ácido cólico y de la reserva de otros ácidos biliares; adicionalmente el cambio hormonal causa una inhibición de la contracción de la musculatura de la *vía* biliar potenciando la precipitación de cristales de colesterol y la formación de cálculos [4].

La colelitiasis y sus complicaciones posteriores constituyen la segunda causa de cirugía no obstétrica en la mujer embarazada, justo después de la apendicitis aguda. La prevalencia de cálculos asintomáticos en la gestante oscila entre 2.5% a 12%, sin embargo, la presencia de complicaciones como colecistitis aguda, coledocolitiasis y pancreatitis aguda son infrecuentes, siendo aún menos común la presencia de coledocolitiasis residual en una mujer embarazada con un antecedente de colecistectomía reciente como es el caso de nuestra paciente [5].

Los síntomas de la enfermedad de la vesícula biliar durante el embarazo se asemejan a los que se presentan en la mujer no gestante; el dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio o en el cuadrante superior derecho que se propaga a región escapular, flanco derecho y hombro es el síntoma mas frecuente y se suele asociar a hiporexia, náuseas, vómitos, síntomas dispépticos y en ocasiones intolerancia a los alimentos grasos; no obstante, muchas de las gestantes son asintomáticas durante el embarazo y el posparto realizándose el diagnóstico de forma incidental con ecografía prenatal realizada por otras causas [6]. Una vez se documenta la presencia de cálculos en *vía*

biliar se debe realizar un seguimiento regular para determinar la progresión de la enfermedad siendo la ecografía abdominal la primera prueba a realizar con utilidad diagnóstica llegando a detectar cálculos en la *vía* biliar tan pequeños como 2 mm con una sensibilidad alrededor de 95% y con la ventaja de no causar radiaciones ionizantes que ponga en riesgo el bienestar fetal [7,8].

Durante el embarazo si se sospecha de cálculos en el colédoco, se pueden obtener imágenes radiográficas del conducto biliar siempre que se proteja la pelvis de la madre, se garantice el bienestar fetal y la dosis total de radiación sea inferior a 5 dosis de radiación absorbida, sin embargo, se recomienda que las imágenes radiográficas sean limitadas al segundo y tercer trimestre. La realización de la CPRE como opción diagnóstica y terapéutica es segura con una tasa de parto pretérmino menor al 5%; no obstante, sus indicaciones se limitan a colangitis aguda, ictericia persistente o pancreatitis grave con sospecha de coledocolitiasis y se debe proteger al feto de la radiación y minimizar el tiempo de la fluoroscopia [8].

El tratamiento inicial es de manejo conservador sobre todo en pacientes asintomáticas, con indicación temprana de líquidos endovenosos, manejo analgésico y antibiótico con el fin de reducir la morbilidad materna y fetal asociado a la cirugía. El control del dolor es obligatorio durante el embarazo con hidratación y fármacos que no comprometan la dualidad materno-fetal como el paracetamol o AINES siendo ambos categoría B.

En casos más severos el manejo quirúrgico por abordaje laparoscópico se ha asociado con un mejor pronóstico debido a que la cirugía abierta durante el primer trimestre predispone a aborto y en el tercer trimestre a parto prematuro [9]; no obstante, a la fecha no se cuenta con ensayos clínicos concluyentes que comparen el manejo médico vs manejo quirúrgico con respecto a la colelitiasis, coledocolitiasis y recaída sintomática siendo la decisión de manejo invasivo guiada por el juicio clínico.

## Conclusión

El embarazo constituye un factor de riesgo adicional para la aparición de cálculos en *vía* biliar debido a estasis biliar y precipitación de sales biliares. El manejo de elección de la coledocolitiasis asociada a la gestación es controversial aun debido a la ausencia de ensayos clínicos concluyentes. La recomendación actual para terapia inicial es el manejo médico, sin embargo, ante

la presencia de complicaciones como colangitis aguda, ictericia obstructiva y pancreatitis grave por calculo en *vía* biliar se indica manejo invasivo y se prefiere colecistectomía laparoscópica o CPRE con protección fetal como terapia de primera línea en este tipo de pacientes pues disminuyen el riesgo de complicaciones catastróficas para la madre y el feto.

## Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

## Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado por parte del paciente para publicación

## Referencias

1. Manes G, Paspatis G, Aabakken L, Anderloni A, Arvanitakis M, Ah-Soune P, et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy* 2019; 51:472-91.
2. Kim H, Han IW, Heo JS, Oh MG, Lim CY, Choi YS, et al. Postcholecystectomy syndrome: Symptom clusters after laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg Treat Res* 2018; 95:135-40.
3. De Bari O, Wang TY, Liu M, Paik CN, Portincasa P, Wang DQH. Cholesterol cholelithiasis in pregnant women: Pathogenesis, prevention and treatment. *Ann Hepatol* 2014; 13:728-45.
4. Hess ECF, Thumbadoo RP, Thorne ECP, McNamee K. Gallstones in pregnancy. *Br J Hosp Med* 2021; 82:1-8.
5. González Zúñiga AM. Coledocolitiasis en el embarazo. Reporte de caso. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2019; 46:122-26.
6. Mendez-Sanchez N, Chavez-Tapia NC, Uribe M. Pregnancy and gallbladder disease. *Annals of Hepatology* 2006; 5:227-30.
7. Brown KE, Hirshberg JS, Conner SN. Gallbladder and Biliary Disease in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2020; 63:211-25.
8. Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. *Obstetrics and Gynecology* 2017; 130:e210-16.
9. Sungler P, Heinerman PM, Steiner H, Waclawiczek HW, Holzinger J, Mayer F, et al. Laparoscopic cholecystectomy and interventional endoscopy for gallstone complications during pregnancy. *Surg Endosc* 2000; 14:267-71.