

**Caso clínico****CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**

Vol. 13 No. 4 Oct.-Dic. 2012

# Manejo laparoscópico de la coledocolitiasis residual. Reporte de un caso

Gainsborough Gonzalo Cutipa Flores,\* Castañeda RA,\* Galicia GT,\* Vargas AA,\* Grado LC,\* Quintero CA\*

**Resumen**

**Antecedentes:** Con el advenimiento de la laparoscopia, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la resonancia magnética, han cambiado drásticamente el manejo de pacientes con coledocolitiasis. No hay consenso sobre cuál es el algoritmo de diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar y el manejo de esta enfermedad depende de la experiencia actual y potencial de la disponibilidad tecnológica. **Métodos:** Se describió un caso clínico de una paciente de 73 años con múltiples comorbilidades, además de un diagnóstico de coledocolitiasis no resuelta mediante endoscopia. **Resultados:** Se realizó una colecistectomía más exploración de las vías biliares, con extracción de dos litos mediante coledocotomía y con colocación posterior de sonda trancística, coledocorrrafia y colangiografía transoperatoria sin defectos de llenado. **Conclusiones:** El tratamiento laparoscópico de la coledocolitiasis ha demostrado eficacia y seguridad en los centros con experiencia en cirugía laparoscópica, siendo una buena opción para el manejo de los pacientes con coledocolitiasis residual.

**Palabras clave:** Coledocolitiasis, laparoscopia, vía biliar.

**Abstract**

**Background:** With the advent of laparoscopy, endoscopy retrograde cholangiopancreatography and magnetic resonance imaging, the management of patients with choledocholithiasis has dramatically changed. There is no consensus on what is the algorithm for diagnosis and treatment of gallstones and the management of this disease depends on the current experience and potential of technological availability. **Methods:** We describe a case of a female patient aged 73 with multiple comorbidities and a diagnosis of choledocholithiasis not resolved by endoscopy. **Results:** We performed cholecystectomy and bile duct exploration, with removal of two lithos by choledochotomy and subsequent placement of a transcystic probe, intraoperative cholangiography choledochorrhaphy and without filling defects. **Conclusions:** The laparoscopic treatment of choledocholithiasis has demonstrated efficacy and safety in centers with experience in laparoscopic surgery, being a good option for the management of patients with residual choledocholithiasis.

**Key words:** Choledocholithiasis, laparoscopy, biliary tract.

## INTRODUCCIÓN

Carl Langenbuch, el 15 de julio de 1882, realizó la primera colecistectomía en el Hospital San Lázaro de Berlín.<sup>3</sup> Siete años después, el 9 de mayo de 1889, el Dr. Knowsley efectuó

tuó la primera coledocotomía con éxito en el ser humano, extrayendo 188 cálculos del coléodo y estableciendo así, la exploración de las vías biliares como complemento natural de la colecistectomía; un año después Ludwing G. Courvoisier la realizó en Riehen. Cinco años más tarde, Ludwing Rehn en Edimburgo, realizó por primera vez el procedimiento combinado de colecistectomía y exploración de las vías biliares.<sup>1</sup>

La coledocolitiasis se define como la presencia de litos en el coléodo, se clasifica como coledocolitiasis primaria y secundaria.<sup>2</sup>

La coledocolitiasis residual se define como la presencia de litos dentro de la vía biliar en los primeros dos años posteriores a la colecistectomía y se calcula entre 5 a 12%.<sup>2</sup>

La CPRE ha contribuido de una manera eficaz al tratamiento de la coledocolitiasis de forma combinada con la colecistectomía laparoscópica; sin embargo, en ocasiones la terapéutica endoscópica no resuelve la coledocolitiasis de forma definitiva ya sea por alteraciones anatómicas de la papila,

\* Servicio de Cirugía General, Hospital Regional General «Ignacio Zaragoza» ISSSTE.

Abreviaturas:

CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica  
EE: Esfinterotomía endoscópica

Correspondencia:

**Gainsborough Gonzalo Cutipa Flores**  
Av. General Ignacio Zaragoza Núm. 1711,  
Col: Ejército Constitucionalista, 09220, México, D.F.  
Tel: 57165200  
E-mail: hospitalzaragoza@yahoo.com.mx

por imposibilidad de arrastre de cálculos o por una cirugía previa gastroduodenal. En estos casos, planteamos el abordaje laparoscópico de la vía biliar como opción terapéutica.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente femenino de 73 años de edad, con los siguientes antecedentes de importancia: diabetes mellitus 2 con tratamiento a base de hipoglucemiantes orales, con antecedentes quirúrgicos de dos cesáreas previas y enfermedad vascular periférica sin tratamiento.

Inició en julio de 2011 con dolor en cuadrante superior derecho y epigastrio de moderada intensidad, evacuaciones diarreicas, fatiga y pérdida de peso no cuantificada, ictericia en escleras y piel +++. Ingresó al servicio de urgencias en agosto de 2011 y se inicia protocolo para paciente con síndrome icterico.

El ultrasonido de hígado y vías biliares reportan vesícula biliar con pared de 4 mm, dimensiones de 147 x 51 mm, contenido heterogéneo, a expensas de nivel líquido-líquido. La colangioresonancia reporta vía biliar intrahepática dilatada, coléodo de 16 mm, dos imágenes hiporresonantes en la región periampular, laboratorios con presencia de hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa de 10.4 con una total de 14.3 marcadores tumorales normales.

Se realizó CPRE el día 14 de agosto, la cual evidenció la presencia de dos defectos de llenado y dilatación de la vía biliar; sin embargo, no es posible la extracción de dichos

litos por este método, por lo que el manejo quirúrgico toma vital importancia en este caso.

Se programó para colecistectomía con exploración laparoscópica de vías biliares, mediante cirugía electiva, con la colocación de cuatro puertos; se realizó colangiografía a través de sonda transcística, la cual se fija mediante puntos extracorpóreos con prolene, coledocotomía, extracción de dos litos de aproximadamente 15 mm mediante catéter de Fogarty y coledocorraxia. Se realizó colangiografía a través de sonda transcística sin la presencia de defectos de llenado, evolucionando de forma satisfactoria y egresándose al cuarto día por mejoría.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En 1973 ocurrió, sin duda, uno de los hechos más importantes que ha modificado la conducta terapéutica en la coledocolitiasis, la introducción de la CPRE y la EE. A partir de este trascendental avance su utilidad ha ido en aumento en todos los centros quirúrgicos del mundo para la patología de la vía biliar. Sin embargo, un 1% de los casos de coledocolitiasis no son resueltos por los diferentes métodos de extracción mediante CPRE y requieren de manejo quirúrgico.<sup>1</sup>

El manejo laparoscópico de la coledocolitiasis residual posterior a CPRE puede ser realizado en centros con una adecuada experiencia laparoscópica en vía biliar, otorgando seguridad, efectividad y éxito en la evolución de nuestros pacientes.<sup>1</sup>

## REFERENCIAS

1. Dávila AF, Dávila AM, Dávila AU, Montero PJ, Lemus AJ, Gómez de AA et al. Colecistectomía y exploración laparoscópica de la vía biliar con un puerto. Rev Mex Cir End. 2010; 11: 176-185.
2. Gómez CX, Pérez BB, Rendón CE, López AM, González-Angulo RA, Rodríguez VG et al. Tratamiento endoscópi- co de coledocolitiasis residual. Rev Mex Cir End. 2003; 4: 178-183.
3. Watson MJ, Hamilton EC, Jones DB. Laparoscopic common bile duct exploration. Oper Tec Gen Surg. 2005; 23-28
4. Ferguson CM. Laparoscopic common bile duct exploration. Arch Surg. 1998; 133: 448-451.