ERCP en el Curso de una Colecistectomía Laparoscópica

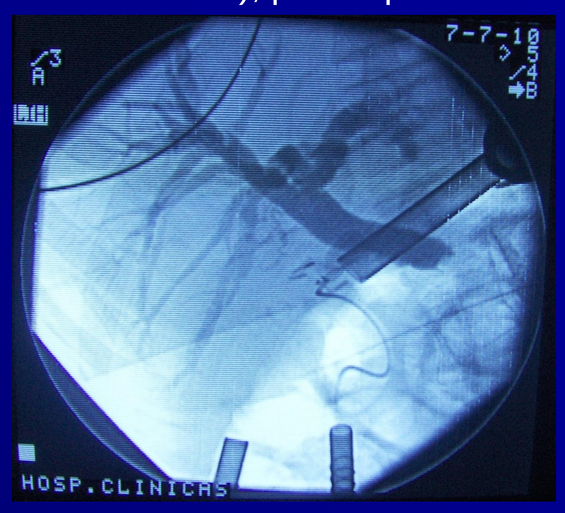
Dr. Marcelo Viola Malet, Dr. Fernando Bonilla, Dr. Nicolás Martínez Fita, Dr. Nicolás Muniz, Dr. Dr. Manuel Sanguinetti, Dr. Alberto Sanguinetti, Dr. Nicolás González.

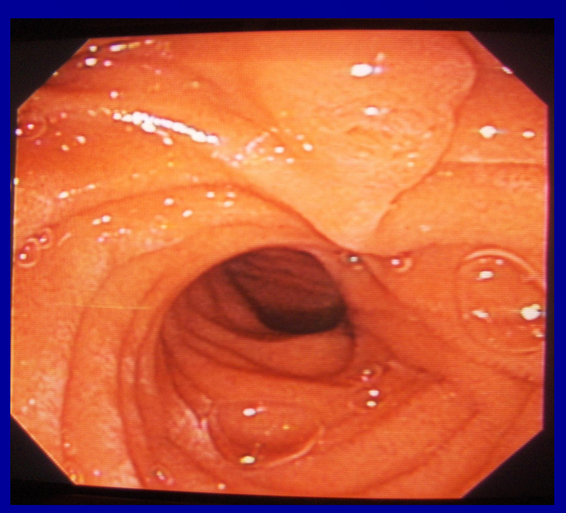
Clínica Quirúrgica "B",Prof. Agdo. Dr. César Canessa. Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay
Servicio de Cirugía, Hospital Regional Copiapó, San José del Carmen. Copiapó-Chile

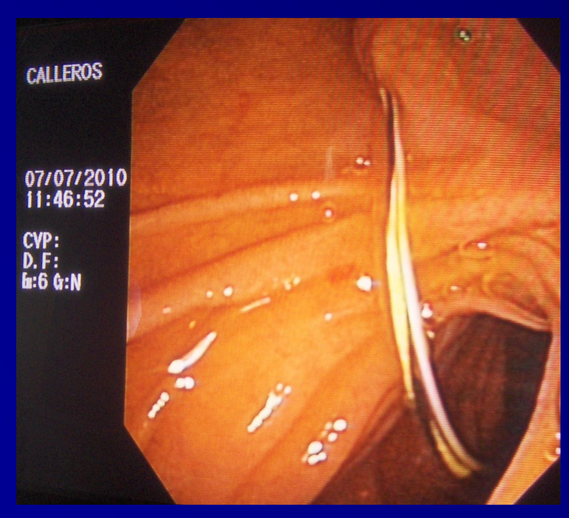
INTRODUCCIÓN: En los países occidentales, la litiasis coledociana se encuentra en 10 a 20% de los pacientes con litiasis vesicular sintomática y su coexistencia se correlaciona con la edad. Existen diferentes estrategias para el abordaje diagnóstico y terapéutico de la litiasis coledociana. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) se realizó por primera vez en 1968 para diagnosticar la coledocolitiasis: realizandose la primera papilotomía en 1973. Hoy en día la ERCP es considerada un procedimiento exclusivamente terapéutico. La resolución de la litiasis coledociana mediante este método ronda el 80%;
Si bien el procedimiento no está exento de morbimortalidad propia ; la decisión del abordaje terapéutico dependerá de la infraestructura, de la experiencia local y de la tecnología disponible para manejar esta patología y sus complicaciones.
Los predictores de coledocolitiasis, clínicos, bioquímicos o radiológicos tienen valor limitado en su uso clínico.

CASO CLÍNICO:
Hombre 41 años, con antecedentes de cólicos biliares. Ingresa por una colangitis aguda simple. Se inicia tratamiento médico en base a ampicilina sulbactam 1,5g I/V cada 6hs, vitamian K 1amp/día, dipirona 1g I/V cada 6hs. Destacándose durante la internación la persistencia de la ictericia y en el hepatograma patrón obstructivo en ascenso (BT 8,54 BD 6,37 FA 680 GGT 532), por lo que se decide realizar tratamiento quirúrgico.

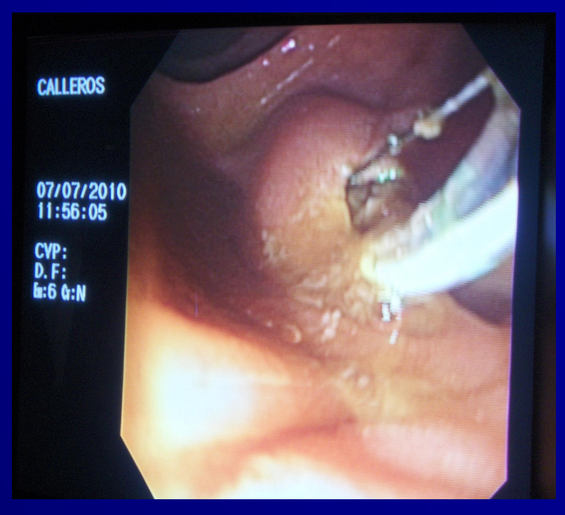
PARACLÍNICA:
Ecografía abdominal: Hígado de forma, tamaño y ecoestructura habitual. Dilatación de la vía biliar intrahepática. Vasícula biliar distendida, de paredes engrosadas con múltiples litiasis ´pequeñas y medianas móviles en su interior. Hepatocolédoco de 12mm, no se visualizan litiasis en su interiror.

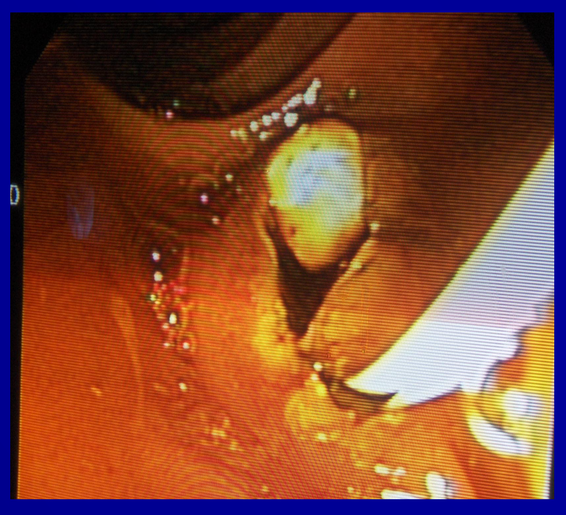






TRATAMIENTO:
Se decide realizar la colecistectomía laparoscópica (CVL) y eventualmente ERCP con pailotomía intraoperatoria. Se procede con la CVL en posición americana; disección del triánguo de Calot, clipado y sección de la arteria Cística. La colangiografía i/o muestra la vía biliar dilatada, con una litiasis en la papila que no se moviliza, sin pasaje del contraste al duodeno.
El equipo de endoscopía se posiciona a la izquierda del paciente.
Se pasa una guía hidrofílica transcística que es recuperada por los endoscopista a través de la papila, y que guiará el pasaje del papilotomo a través de ésta. Se identifica la primer asa yeyunal donde realizamos el clampeo de la misma para evitar el pasaje del aire al resto del intestino delgado , lo que dificultaría la visión durante la CVL.
Los endoscopistas realizan la papilotomía y extracción de la litiasis , logrando una vía biliar libre y expedita.
Se completa la CVL sin incidentes.





EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA:
El paciente tuvo una buena evolución postoperatoria, otorgándose el alta a las 48hs del procedimiento.

DISCUSIÓN:la colecistectomía laparoscópica es el método de elección para tratar la litiasis biliar. Cuando existe una litiasis coledociana puede ser manejada con CPRE pre, intra o postoperatoria o por exploración laparoscópica de la vía biliar. No existe consenso sobre cuándo debe ser realizada la CPRE y la decisión dependerá de la disponibilidad de los recursos y de la experiencia local de cada institución.
El trauma de la papila y la papilotomía del ducto pancreático son factores de riesgo para desarrollar una pancreatitis aguda; contrario a lo que se pensaba inicialmente, la esfinterotomía del conducto biliar no lo es. La papilotomía con precorte para acceder al conducto biliar común se asocia a un mayor riesgo de pancreatitis, siendo un factor operador dependiente.
La CPRE intraoperatoria requiere de disponibilidad en salas de cirugía del equipo de endoscopistas expertos.
La importancia de la papilotomía intraoperatoria radica fundamentalmente en que sólo se va a realizar cuando el diagnóstico de litiasis coledociana ha sido confi rmado por colangio transcística, lo cual evita la realización de una CPRE en pacientes con vía biliar normal y sospecha de coledocolitiasis.