



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“COLEDOCOLITIASIS CON CÁNCER DE HÍGADO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Santamaría Correa Mayra Alexandra

Tutor: Dr. Esp Chicaiza Tayupanta Jesús Onorato

Ambato – Ecuador

Junio 2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“COLEDOCOLITIASIS CON CÁNCER DE HÍGADO REPORTE DE UN CASO”, de Santamaría Correa Mayra Alexandra, estudiante de la Carrera de Medicina; según las consideraciones el caso clínico presente reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, junio de 2021.

EL TUTOR

.....

Dr. Esp. Chicaiza Tayupanta Jesús Onorato

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios mencionados en el presente trabajo de investigación, **“COLEDOCOLITIASIS CON CÁNCER DE HÍGADO”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, junio del 2021

LA AUTORA



.....
Santamaría Correa Mayra Alexandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, junio del 2021

EL AUTORA



.....
Santamaría Correa Mayra Alexandra

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“COLEDOCOLITIASIS CON CÁNCER DE HÍGADO, REPORTE DE UN CASO”** de Santamaría Correa Mayra Alexandra, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, junio del 2021

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1ER VOCAL

.....

2DO VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo es una pequeña muestra de agradecimiento a mi madre Eva Correa la persona que ha estado conmigo luchando, esforzándose, enseñándome la gran fuerza que tiene una madre cuando ama a sus hijos, demostrándome que el amor es incondicional y que si hay algo que realmente importa es el tiempo que compartimos con las personas que amamos, lo único que puedo decir es mil gracias por creer en mí, tenerme paciencia y por siempre estar a mi lado y vamos por mucho más.

A mi novio Gonzalo Medina que ha estado desde el inicio a mi lado acompañándome, cuidándome siempre en cada etapa de la carrera y a nuestro hijo Tayron Emilio que a pesar de aun estar pequeño me hace muy feliz poder compartir estos logros con él, ya que es esa pequeña luz que alumbra mis días nublados y es lo que más amo.

Además quiero agradecer a la Universidad Técnica de Ambato por abrirme sus puertas y a la Facultad de Ciencias de Salud por bríndame un ambiente confortable para poder formarme como profesional en la carrera de Medicina, a mis maestros por brindarme sus conocimientos, paciencia y por ayudarme a forjar m mi carácter como profesional insistiendo en la importancia de ser una profesional con valores que preocupe por el bienestar de sus pacientes, de manera especial al Doctor Jesús Chicaiza quién accedió a ser mi tutor de este trabajo investigativo brindando su apoyo incondicional y paciencia para desarrollar el proyecto

Santamaría Correa Mayra Alexandra

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Contenido	
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	ix
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	x
RESUMEN:	xii
ABSTRACT	xiii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS	3
2.1. Objetivo general	3
2.2. Objetivos específicos	3
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	4
3.1. Descripción de las fuentes de información utilizadas	4
3.1.1. Fuentes de recolección:	4
3.1.2. Instrumentos y recursos:	5
4. DESARROLLO	6
4.1. Descripción Del Caso	6
4.1.1. Datos De Filiación	6
4.1.2. Antecedentes	6
4.1.3. Resumen de evolución clínica.....	8
4.1.3.1. Anamnesis	8
4.1.3.2. Examen físico	9
5. ANÁLISIS DEL CASO Y MARCO TEÓRICO	26
5.1. Análisis del caso	26

5.2 Marco teórico	28
5.2.1. COLEDOCOLITIASIS	28
5.2.1.1. Definición	28
5.2.1.2. Epidemiología	28
5.2.1.3. Fisiopatología	28
5.2.1.4. Etiología y factores de riesgo	30
5.2.1.5. Presentación Clínica	31
5.2.1.6. Diagnóstico Diferencial	32
5.2.1.7. Diagnóstico	32
5.2.1.8. Tratamiento	35
5.2.2. CÁNCER DE HÍGADO	37
5.2.2.1. Definición	37
5.2.2.2. Epidemiología	37
5.2.2.3. Etiología y factores de riesgo	37
5.2.2.4. Fisiopatología	38
5.2.2.5. Clasificación	38
5.2.2.6. Presentación Clínica	39
5.2.2.7. Diagnóstico	39
5.2.2.9. Diagnóstico diferencial	41
5.2.2.10. Tratamiento	42
5.2.2.11. Pronóstico	43
6. CONCLUSIONES	44
7. RECOMENDACIONES	45
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
LINKOGRAFÍA	47

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Datos de Filiación.....	6
Tabla 2. Exámenes de laboratorio (30 de marzo del 2017)	9
Tabla 3: Exámenes de laboratorio (04 de abril del 2017).....	12
Tabla 4: Exámenes de laboratorio (12/05/2017)	20
Tabla 5: Factores de riesgo	30
Tabla 6: Criterios ASGE para coledolitiasis.....	34
Tabla 7: Intervenciones.....	34
Tabla 8: Sintomatología característica en CC.....	39
Tabla 9: Cirugía según su localización.....	42

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- ☐ **APP:** antecedentes patológicos personales
- ☐ **BUN:** Nitrógeno ureico en sangres
- ☐ **CBC:** Cálculo de vía biliar
- ☐ **CEA:** antígeno carcino embrionario
- ☐ **CHC:** concentración de hemoglobina corpuscular
- ☐ **CK –MB:** Creatina Cinasa MB
- ☐ **CL:** Cloro
- ☐ **CM:** Centímetro
- ☐ **CPK:** Creatina Fosfoquinasa
- ☐ **CPRE:** Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica
- ☐ **CVBC:** Cálculo vía biliar comùn
- ☐ **EDA:** Exàmen digestivo alto
- ☐ **FC:** Frecuencia Cardíaca
- ☐ **FR:** Frecuencia respiratoria
- ☐ **FUM:** fecha de última menstruación
- ☐ **GGT:** Glutamil transpeptidasa
- ☐ **GR:** Gramo
- ☐ **HCM:** Hemoglobina corpuscular media
- ☐ **HGB:** Hemoglobina
- ☐ **HTA:** Hipertensiòn arterial
- ☐ **HTO:** Hematocrito
- ☐ **IHQ:** Inmunohistoquímica
- ☐ **IMC:** Índice de masa corporal
- ☐ **INR:** Ratio Internacional normalizado
- ☐ **ITS:** Infecciòn de transmissiòn sexual
- ☐ **K:** Potasio

- ☐ **LDH:** Lactato deshidrogenasa
- ☐ **MDRD:** Ecuación MDRD para detectar insuficiencia renal oculta (Modification of Diet in Renal Disease Study Equation for Estimating Glomerular Filtration Rate)
- ☐ **MG:** Magnesio
- ☐ **mmHG:** Milímetro de Mercurio
- ☐ **NA:** Sodio
- ☐ **PAP – TEST:** citología cervical
- ☐ **PCO2:** Presión Parcial de dióxido de carbono
- ☐ **QD:** cada día
- ☐ **RM:** resonancia magnética
- ☐ **SATO2:** Saturación de oxígeno
- ☐ **TGO:** Transaminasa Glutàmico Oxalacètica
- ☐ **TGP:** Transaminasa Glutàmico piruvato
- ☐ **TP:** Tiempo de protrombina
- ☐ **TTP:** Tiempo de tromboplastina
- ☐ **UCI:** Unidad de cuidados intensivos
- ☐ **VCM:** Volumen Corpuscular Medio
- ☐ **VO:** vía oral

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“COLEDOCOLITIASIS CON CÁNCER DE HÍGADO, REPORTE DE UN CASO”

Autora: Santamaría Correa Mayra Alexandra

Tutor: Dr. Esp Chicaiza Tayupanta Jesùs Onorato

Fecha: Junio 2021

RESUMEN:

Objetivo: Analizar las manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis en una paciente con hallazgo incidental de cáncer de hígado para un diagnóstico oportuno y manejo adecuado.

Discusión: Se presenta el caso de una paciente femenina de 52 años de edad, que presenta un cuadro clínico de dolor abdominal, localizado en epigastrio de leve a moderada intensidad que se irradia a hipocondrio derecho, tipo cólico, acompañada de coluria, se realiza exámenes de laboratorio e imagen llegando al diagnóstico de coledocolitiasis que siguiendo los criterios ASGE se encuentran 2 criterios muy fuertes que indican realización de CPRE, durante procedimiento paciente presenta paro cardiorrespiratorio por lo que ingresa a UCI en donde presenta múltiples complicaciones y se realiza varios estudios de laboratorio e imagen obteniendo el diagnóstico de Colangiocarcinoma en etapa metastásica razón por lo que presenta falla multiorgánica motivo por el que fallece.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal basado en el análisis de un caso clínico.

Conclusiones: Luego del análisis del caso clínico y la bibliografía se concluye los criterios ASGE para coledocolitiasis no son totalmente eficaces para el diagnóstico y manejo de esta patología ya que como en el presente caso existía una patología de base que era el colangiocarcinoma que pudo haber sido detectado mediante otros métodos diagnósticos de imagen ya que esta patología generalmente presenta sintomatología en etapas tardías, por lo que actualmente se están estudiando otros métodos para que se pueda diagnosticar esta patología de manera temprana.

PALABRAS CLAVE: COLEDOCOLITIASIS, COLANGIOCARCINOM,
KLATSKIN

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER
"COLEDOCOLITHIASIS WITH LIVER CANCER, A CASE REPORT"

Author: Santamaría Correa Mayra Alexandra

Tutor: Dr. Esp Chicaiza Tayupanta Jesùs Onorato

Date: June 2021

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical manifestations, diagnosis and treatment of choledocholithiasis in a patient with an incidental finding of liver cancer for a timely diagnosis and proper management.

Discussion: The case of a 52-year-old female patient is presented, who presents a clinical picture of abdominal pain, located in the epigastrium of mild to moderate intensity that radiates to the right hypochondrium, colic type, accompanied by choloria, laboratory tests are performed and image reaching the diagnosis of choledocholithiasis that following the ASGE criteria there are 2 very strong criteria that indicate the performance of ERCP, during the procedure the patient presents cardiorespiratory arrest so he is admitted to the ICU where he presents multiple complications and several laboratory and imaging studies are performed obtaining the diagnosis of cholangiocarcinoma in metastatic stage, reason for which he presents multiorgan failure, reason for which he dies.

Conclusions:

Materials and methods: After the analysis of the clinical case and the bibliography it is concluded, the ASGE criteria for choledocholithiasis are not totally effective for the diagnosis and management of this pathology since, as in the present case, there was a basic pathology that was cholangiocarcinoma that could have been detected by means of other diagnostic imaging methods since this pathology generally presents symptoms in late stages, for which other methods are currently being studied so that this pathology can be diagnosed early.

KEYWORDS: CHOLEDOCOLITHIASIS, CHOLANGIOCARCINOMA, KLATSKIN

1. INTRODUCCIÓN

Los cálculos biliares es una de las principales patologías en nuestro medio tienen una incidencia en los países occidentales entre el 5% y 15% de la población (1) y es más frecuente en mujeres con un 20% y en los hombres con un 10%. Puede originar cuadros clínicos muy severos y dolorosos, pero entre un 65% y un 80% de las litiasis no producen síntomas (2).

La coledocolitiasis se presenta entre el 5 y 10% de los pacientes con colecistitis litiásica y hasta un 18% de pacientes con pancreatitis biliar, entre el 1 a 2% de todos los pacientes que se someten a colecistectomía presentan litiasis residual en el conducto biliar común, es la segunda causa de ingresos hospitalarios en el Ecuador y la primera causa de morbilidad para el género femenino, la colangitis por coledocolitiasis representa un 85% (4).

La coledocolitiasis es más frecuente en personas de edad avanzada, género femenino, pacientes con sobrepeso y obesidad que se encuentra entre los principales factores de riesgo, los cálculos están estructurados principalmente por colesterol. La mayoría de los cálculos están formados por colesterol y se crean en el interior de la vesícula, desde donde pueden migrar a la vía biliar, causando eventualmente cuadros obstructivos y otras complicaciones.

El diagnóstico de la enfermedad litiásica biliar se basa en datos clínicos, analíticos y de imagen. La primera prueba diagnóstica es la ecografía abdominal, muy sensible para el diagnóstico de colelitiasis. En la mayoría de las ocasiones, la colelitiasis es asintomática y no requiere ningún tratamiento específico. Cuando da lugar a síntomas o complicaciones, está indicada la realización de una colecistectomía. Se recomienda la extracción de cualquier coledocolitiasis diagnosticada, aunque sea asintomática, dada la gravedad de sus potenciales complicaciones (colangitis y pancreatitis aguda), siendo el método de elección la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) (1).

Por otra parte, el colangiocarcinoma es una neoplasia de crecimiento lento y muy agresivo, que se presenta con manifestaciones clínicas variables en dependencia de su localización, generalmente se lo diagnostica de forma incidental y en muchos

casos cuando el paciente presenta síntomas se encuentra en una etapa muy avanzada.

Su diagnóstico incluye función hepática alterada en la cual se encuentran elevadas las bilirrubinas a expensas de la directa y fosfatasa alcalina, marcadores tumorales como CEA y Ca 19 -9, los estudios de imágenes como ecografía abdominal, tomografía abdominal, colangioresonancia y colangiografía transparietohepática resultan muy útiles además cuando existen dudas se confirmar diagnóstico con coloraciones inmunohistoquímicas de las biopsias que incluye citoqueratina 7 positivo y citoqueratina 20 negativo. Actualmente, el único tratamiento curativo es la cirugía temprana, la quimioterapia es utilizada como coadyuvante en algunos casos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar las manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis en una paciente con hallazgo incidental de cáncer de hígado para un diagnóstico oportuno y manejo adecuado.

2.2. Objetivos específicos

1. Determinar el proceso de diagnóstico de coledocolitiasis.
2. Identificar las complicaciones que se presentaron en el presente caso clínico.
3. Describir el manejo utilizado frente a las complicaciones presentadas.
4. Revisar la probable relación entre la coledocolitiasis y el colangiocarcinoma.
5. Analizar los métodos de diagnóstico del colangiocarcinoma.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

3.1. Descripción de las fuentes de información utilizadas

El análisis de caso clínico fue realizado con fundamentos de varias fuentes de información.

3.1.1. Fuentes de recolección:

Se evaluó distintas bibliografías, a partir de preguntas clínicas formuladas en las siguientes bases de datos seleccionadas: Fistera, Guidelines International Network, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network. También realizó un proceso específico de búsqueda en Pubmed, Tripdatabase y Cochrane Library.

Se seleccionó como material de caso las bibliografías con los siguientes criterios:

- ☐ En idiomas inglés y español.
- ☐ Metodología de medicina basada en evidencia.
- ☐ Consistencia y claridad en las recomendaciones.
- ☐ Publicación y actualización reciente.

Además de:

- ☐ Entrevista e interrogatorio a familiares de la paciente.
- ☐ Entrevista con el médico especialista Gastroenterólogo, quien abordó el caso del paciente y médicos residentes que colaboraron en su seguimiento.
- ☐ Historia clínica de la paciente del Hospital del IESS de Ambato, donde se recopilaron la gran cantidad de información del caso clínico, entre ellos la nota de ingreso, resultados de exámenes complementarios,

tratamientos, evoluciones.

- ☐ Historia clínica de la paciente del Northospital de la cual se toma información sobre procedimientos que se le realiza y su evolución clínica.

Documentos revisados:

Historia Clínica Única, nota de ingreso, notas de evolución, resultados de exámenes complementarios de laboratorio e imagen, epicrisis.

Personas clave a contactar:

Médicos tratantes del área de Gastroenterología, médicos del área de Imagenología y médicos residentes del Hospital del IESS de Ambato, médico tratantes, médicos del área de Imagenología, médico especializado en oncología del Northospital.

3.1.2. Instrumentos y recursos:

Humanos:

- ☐ Autor del análisis de caso/Investigador
- ☐ Tutor del caso clínico
- ☐ Personal de salud que estuvo en contacto con la paciente como médicos especialistas, médicos residentes, enfermeros, auxiliares de enfermería, laboratoristas e imagenología.
- ☐ Paciente y familiares cercanos de la misma

Materiales:

- ☐ Instalaciones del Hospital del IESS de Ambato y Northospital
- ☐ Historia Clínica
- ☐ Revisiones bibliográficas, guías de práctica clínica, presentaciones de casos

Financieros:

- ☐ Autofinanciado por el autor

4. DESARROLLO

4.1. Descripción Del Caso

4.1.1. Datos De Filiación

Tabla 1: Datos de Filiación

Sexo	Femenino
Edad	52 años
Grupo cultural	Mestiza
Estado Civil	Soltera
Instrucción	Básica
Ocupación	Empleada privada costurera
Lugar de Nacimiento	Ambato
Lugar de Residencia	Ambato
Grupo Sanguíneo	Desconoce
Religión	Católica
Lateralidad	Diestra
Fecha de ingreso	30 de Marzo del 2017
<i>Fuente: Historia clínica</i>	<i>Elaborado por: Mayra Santamaría</i>

4.1.2. Antecedentes

Antecedentes patológicos Familiares:

- ☐ Tía paterna diabética

Antecedentes patológicos Personales:

- ☐ Hipertensión arterial desde hace 5 años en tratamiento con enaltem
- ☐ Hipotiroidismo desde hace 2 años en tratamiento con levotiroxina

Antecedentes patológicos Quirúrgicos:

- ☐ No refiere

Alergias:

- ☐ No refiere

Antecedentes Ginecológicos:

- ☐ Menarquia: 14 años de edad
- ☐ Ciclos: 3/28
- ☐ Dismenorrea: no
- ☐ FUM: no refiere
- ☐ PAP-test: no refiere
- ☐ ITS: no refiere
- ☐ Método de planificación familiar: no refiere
- ☐ Inicio de vida sexual activa: 18
- ☐ Parejas sexuales: 1

Antecedentes obstétricos:

- ☐ Gestas previas: 3
- ☐ Partos: 3
- ☐ Abortos: 0
- ☐ Cesáreas: 0
- ☐ Hijos vivos: 3

Hábitos:

- ☐ Alimentación: 4 veces al día
- ☐ Micción: 5 veces al día
- ☐ Deposición: 1 vez al día
- ☐ Tabaco: No refiere

- ☐ Alcohol: No refiere
- ☐ Drogas: No refiere
- ☐ Ejercicio Físico: No refiere
- ☐ Sueño: 7 horas
- ☐ Medicación habitual: Levotiroxina 100mcg VO QD, enalapril 10 mg VO QD, paracetamol (analgan) e ibuprofeno ocasionalmente.

Antecedentes Socioeconómicos:

- Vive en casa propia de hormigón, cuenta con todos los servicios básicos, mantiene una buena relación intrafamiliares, tiene 2 mascotas 1 perro y 1 gato que vive fuera de casa.

4.1.3. Resumen de evolución clínica

4.1.3.1. Anamnesis

Paciente acude por presentar cuadro de 15 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho, tipo cólico, de leve a moderada intensidad que se acompaña de nauseas que llegan al vómito para lo cual se auto médica Propinox/Clonixinato de lisina (Sertal compuesto) con lo cual no presenta mejoría por lo que acude a facultativo quien evidencia ictericia en la piel, escleras y coluria por lo que solicita exámenes complementarios los mismos que reportan el 28/03/2017 Bilirrubina total: 5.6, Bilirrubina directa: 4.1, TGO: 114.7, TGP: 140.2, Biometría: normal, además ecografía abdominal (29/03/2017): leve dilatación de la vía intrahepática, colédoco de diámetro ligeramente incrementado a

6.5 mm y se observa hacia su tercio distal un lito de 7.1 mm, vesícula de paredes delgadas alitiásica.

La paciente presenta dolor abdominal localizado en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho, piel y escleras ictericas, coluria, transaminasas elevadas, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, ecografía que reporta coledocolitiasis

por lo que se decide su ingreso en Hospital del IESS de Ambato.

4.1.3.2. Examen físico

Signos vitales:

Tensión Arterial: 128/78 mmHg, frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 13 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno al aire ambiente: 93%, temperatura: 37 °C, talla 1.54 cm, peso: 87.9 kg, IMC: 37.1

Paciente consciente, orientada en las tres esferas, afebril, hidratada, Glasgow 15/15, facie álgica, piel icterica, ojos: pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación, reflejo consensuado presente, escleras ictericas; boca: mucosa oral húmeda, orofaringe: normal, cuello: simétrico, no adenopatías, no ingurgitación yugular. Tórax: simétrico, expansibilidad conservada, corazón: ruidos cardiacos rítmicos y sincrónicos con el pulso, pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, timpánico, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, Murphy positivo. Evaluación neurológica responde a comandos verbales, orientada en tiempo, espacio y persona. No se evidencia déficit sensitivo motor aparente. Extremidades: tono y fuerza conservadas, normorreflexia osteotendinosa, no edema, llenado capilar menos de 3 segundos.

Impresión diagnóstica:

Cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis + Hipotiroidismo + Hipertensión arterial + obesidad grado II.

Se realizan exámenes complementarios en donde se evidencia:

Ecografía abdominal: Reporta leve dilatación de la vía biliar intrahepática, colédoco ligeramente incrementado a 6.5 mm hacia su tercio distal se observa un lito 7,1 mm

- CONCLUSIÓN: COLEDOCOLITIASIS

Tabla 2. Exámenes de laboratorio (30 de marzo del 2017)

BIOMETRÍA HEMÁTICA			
ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
LEUCOCITOS	7.100	4.800 – 10.800	K/ul
HGB	15.8	12.10 – 16.20	g/dl
HTO	46.5	38.0 – 48.0	%
VCM	89	80.0 – 100.0	Fl
HCM	33.9	27.0 – 31.0	Pg
PLAQUETAS	259	150 - 450	k/ul
NEUTRÓFILOS	36.7	43.0 – 65.0	%
LINFOCITOS	53.6	20.50 – 45.50	%
MONOCITOS	8.2	1.9 – 9.0	%
EOSINÓFILOS	1.3	1.0 – 5.0	%
BASÓFILOS	0.2	0.1 – 1.0	%
COAGULACIÓN			

ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
TP	9.8	10.90 – 14.20	Seg
TTP	20.3	20.0 – 35.0	Seg
INR	0.91		
QUÍMICA SANGUÍNEA			
ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
GLUCOSA	127	70.0 – 100.0	mg/dl
CREATININA	0.6	0.7 – 1.30	mg/dl
BILIRRUBINA TOTAL	6.48	0.0 – 1.10	mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	4.64	0 – 0.30	mg/dl

BILIRRUBINA INDIRECTA	1.84	0.20 – 0.60	mg/dl
TGO	130	0 – 38	U/l
TGP	148	5 – 42	U/l
GAMMA GT	804	5.0 – 36.0	U/l
FOSFATASA ALCALINA	418	35 – 104	U/l
AMILASA	38	28 – 100	U/l
ENDOCRINOLOGÍA			
ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
TSH NA TIROESTIMULANTE) (HORMO	4.99	0.5-5	Micro Unidades / mL

Fuente: Historia clínica.

Elaborado por: Mayra Santamaría

Paciente ingresa a Gastroenterología consciente, afebril, álgica, piel con tinte icterico, abdomen doloroso a nivel de hipocondrio derecho, TA 130/80, FC 80, FR 20, SatO2 95%, T: 36.5 Glasgow 15/15.

Rp.

1. Ingreso a Gastroenterología
2. Dieta hipograsa
3. Control de signos vitales
4. Curva térmica
5. Solución salina 0.9% 1000cc pasar IV a 80 ml/h
6. Paracetamol 1gr IV cada 8 horas
7. Metoclopramida 10mg IV por razones necesarias
8. Tiempos, Biometría, Química sanguínea, Amilasa, lipasa
9. Ecografía Abdominal
10. Radiografía de tórax
11. Electrocardiograma

12. Tramitar CPRE

13. Novedades

Paciente permaneció por 5 días en el Hospital General Ambato hemodinámicamente estable sin presentar complicaciones por lo que el día 04/04/2017 es transferida al Northospital para realizar la CPRE para resolver coledocolitiasis

04/04/2017

Se realiza CPRE durante la cual se evidencia cianosis generalizada, causada por insuficiencia respiratoria que termina en un paro cardio respiratorio, por lo que se inicia reanimación cardio pulmonar avanzada, gracias a lo cual se saca de asistolia a una taquicardia ventricular y posterior taquicardia sinusal de 165 lpm – 170 lpm que se logra controlar con amiodarona. Se coloca vía central y se inicia norepinefrina

Por lo que ingresa a UCI con Glasgow de 4/15 (O1 – V1- M2)

Tabla 3: Exámenes de laboratorio (04 de abril del 2017)

BIOMETRÍA HEMÁTICA			
ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
LEUCOCITOS	10.800	4.800 – 10.800	K/ul
HGB	13.5	12.10 – 16.20	g/dl
HTO	39.8	38.0 – 48.0	%
VCM	86.9	80.0 – 100.0	F1

HCM	29.5	27.0 – 31.0	Pg
PLAQUETAS	276	150 – 450	k/ul

NEUTRÓFILOS	70.7	43.0 – 65.0	%
LINFOCITOS	27.1	20.50 – 45.50	%

COAGULACIÓN

ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
TTP	25.40	20.0 – 35.0	Seg
TP	11.1	10.90 – 14.20	Seg
INR	1.01		

QUÍMICA SANGUÍNEA

ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
GLUCOSA	190	90 – 100	mg/dl
CREATININA	0.70	0.7 – 1.30	mg/dl

UREA	20.1		
BUN	9.4		
BILIRRUBINA TOTAL	7.60	0.0 – 1.10	mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	6.30	0 – 0.30	mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	1.30	0.20 – 0.60	mg/dl
PROTEÍNAS TOTALES	6.5	6.10 – 7.90	g/dl
ALBUMINA	3.10	3.50 – 4.90	g/dl
GLOBULINA	3.40		
TGO	236	0 – 38	U/l
TGP	163	5 – 42	U/l
GAMMA GT	739(1 2N)	5.0 – 36.0	U/l
FOSFATASA ALCALINA	506(4 N)	35 – 104	U/l
AMILASA	98	28 – 100	U/l

LIPASA	269	13.0 – 60.0	U/l
ELECTROLITOS			

ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
NA	140	135 – 145	mEq/l
K	3.3	3.5 – 5	mEq/l
CL	104	96 – 110	mEq/l
CA	1.10		
MG	2.00		
PERFIL TIROIDEO			
T3 LIBRE	1.70		
T4 LIBRE	1.31		
TSH	15.07 0		
PERFIL CARDIACO			

ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
CPK TOTAL	67.0		
CK –MB	21.00		
TROPONINA	0.033		
ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA			
ASPECTOS	Valor	Rangos	Unidades
DENSIDAD	1.030	1.005 – 1.025	
PH	5.0		
LEUCOCITOS	0 -1 XC		Cruces
HEMATÍES	0	0 – 4.0	Por campo
CÉLULA EPITELIAL BAJA	0 – 1	0 – 5.0	Por campo
BACTERIAS	Negat ivo		Cruces
UROCULTIVO			
GERMEN	Enterobacter cloacae >100000 UFC/ML multisensible		

06/04/2017

Paciente que permanece en UCI al exàmen físico se evidencia tinte icterico en piel y escleras que se acompaña de alteración de perfil hepático por lo que se solicita ecografía abdominal.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Vesícula de paredes finas, alitiàsica, el colédoco en las porciones visibles se encuentra libre, presenta un calibre, presenta un calibre de 4,4 mm sin embargo si la clínica lo amerita sugiere Colangio Colangio – RM. Esteatosis hepática leve, Neumobilia leve.

12/04/2017

Se observa elevación significativa de GGT hasta 12 N Y FA hasta 16 N que determinan la posibilidad de afección de la vía biliar solicitando estudio ecográfico nuevo el mismo que reporta.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Hígado de dimensiones normales, morfología conservada, ecogeneidad homogénea, se observa dilatación de vías biliares intrahepáticas a nivel de lóbulo izquierdo, hepático, CHC 4,2 mm, no se identifican lesiones intraluminales en el segmento explorado, vesícula biliar de paredes finas, contenido anecoico habitual, alitiàsica, el páncreas es visible a nivel cuerpo proximal donde conserva sus características ecográficas, bazo no visible, riñones de morfología y topografía habitual, ecogeneidad conservada, adecuada relación cortico- medular, no se observa dilatación del sistema colector o imágenes que sugieran cálculos por este medio diagnóstico

24/04/2017

RMN DE ABDOMEN SUPERIOR SIMPLE

El estudio se realizó con adquisiciones en los planos axial y coronal en secuencias T1, T2 y T2 fiesta. En el segmento IV del hígado se observa un proceso ocupante de espacio de 6,1 x 5 cm en sus diámetros AP y transversal respectivamente, es francamente hipointensa en T1 mientras que en la secuencia T2 presenta ligeramente hiperintensidad, no se puede dilinear adecuadamente sus contornos, se acompaña de dilatación de vías biliares intrahepáticas predominantemente del lóbulo izquierdo. La vesícula distendida por el ayuno de 8,1 x 3,3 cm en sus diámetros mayores, no se evidencian imágenes de tipo litiásico en su interior. No se encontró líquido libre en la cavidad peritoneal. Solamente con fase simple se dificulta establecer etiología de lesión ocupante de espacio hepático.

COLANGIORESONANCIA:

El estudio dirigido a vías biliares se realiza en distintas y también de manera multiplanar con adquisiciones 3D. Sin embargo, las adquisiciones presentan múltiples artefactos ya que la paciente por la traqueostomía esta incapacitada para coordinar movimientos respiratorios con adquisiciones del estudio. Se ratifica la dilatación de las vías biliares intrahepáticas, predominantemente del del lóbulo izquierdo. La vía biliar principal o colédoco tiene calibre y trayecto normal. No hay signos de litiasis a nivel de vía biliar.

26/04/2017

Ca 19 – 9 7N, la sospecha clínica de lesión tumoral está presente justificando la interconsulta con facultativo radiólogo intervencionista para programar biopsia hepática, procedimiento que se realiza el día 26/04/2017 sin complicaciones.

27/04/2017

Histopatológico de biopsia hepática: tumor pobremente diferenciado

Nota: indispensable realizar IHQ para determinar estirpe.

Inmunohistoquímica: pancitoqueratina positivo intenso en células neoplásicas, HEPAR I negativo, CK7 negativo, CK20 negativo, conclusión diagnóstica: adenocarcinoma pobremente diferenciado, “Nota: haciendo una análisis de la Inmunohistoquímica, se debe considerar el diagnóstico de colangiocarcinoma, a pesar de ser CK7 negativo, ya que existen algunos con esa característica (realizar CK19). En el diferencial están los tumores los tumores de origen metastásico, con probable primario renal (CD10, Vimentina, EMA)”

05/05/2017

Se toma muestras para estudio rutinario analítico y se evidencia discordancia franca entre el Hcto, Hb así como en sus índices hematimétricos y perfil tiroideo cuya causa está relacionada con la presencia de anticuerpos fríos (20 grados) pues a temperatura normal de 37 grados el conteo de hematocrito y hemoglobina y constantes corpusculares son concordantes, se sospecha de síndrome paraneoplásico por anticuerpos fríos probablemente IGM con hipergammaglobulinemia policlonal según estudios analíticos y criterio de facultativo hematólogo, quien adiciona a su terapéutica ácido fólico y soporte transfusional para mantener hemoglobina mayor de 7 gr/dl.

09/05/2017

En su perfil existe incremento de bilirrubinas y marcadores colestásicos de forma importante (BT: 7,2; BD: 5,6;GGT: 85N; FA: 20N) con prurito en extremidades inferiores y persistencia de dilatación de vías intrahepáticas izquierdas para lo cual se decide iniciar en su terapéutica ácido ursodexosólico calculado a 10mg/kg/día. Azoados de ingreso normales (urea: 20.1; BUN: 9.4; Cr: 0.70; MDRD: 93. 5 ml/min) con gastos urinarios adecuados sin apoyo de diuréticos, sin embargo, en días posteriores se muestra elevación de niveles de creatinina llegando a 2.3 mg/dl pero aporte hídrico generoso pautado permite mejoría de función renal.g.

09/05/2017

ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR

Hígado de tamaño y ecogenecidad normales, presenta una dilatación de las vías

intrahepáticas izquierdas el mayor de ellos mide 5 mm, hacia el segmento IV se aprecia una imagen tenue ecogénica de 78 x 65 mm sugerente de masa. Vesícula contraída no valorable. Bazo y riñones sin alteraciones. Páncreas no valorable por interposición gaseosa

24/05/2017

COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA

Que informa: Neoplasia de vías biliares confirmando el diagnóstico de tumor de Klatskin

Tabla 4: Exámenes de laboratorio (12/05/2017)

BIOMETRÍA HEMÁTICA			
	Valores	Valores Normales	
LEUCOS	11570	4.5 – 10	
HB	7,6	12-16	
HCTO	23,4	37 – 47	
VCM	95,1	81 – 99	
HCM	30,1		
PLAQ	449.000	130 – 400	
SEG	50,3	40 – 65	
LINFOCITOS	24,1	40.5 – 45.5	
EOSINOFILOS	17,3	0.9 – 2.9	
QUÍMICA SANGUÍNEA			
GLUCOSA	101	70 – 100	
UREA	38,4		
BUN	17,9		
CREATININA	1,1	0.5 – 0.9	
PERFİL HEPÀTICO			
TGO	458	0 – 33	

TGP	219	0 – 33	
GGT	2752	8 - 61	
FA	1820	0 – 270	
AMILASA	488		
LIPASA	622		
BT	7,3	0 – 1.1	
BD	6,5		
BI	0,8	0.21 – 0.8	

1. MONITOREO

- Monitorización electrónica: Ekg, Ta, Fc, Sato2, Fr continua.
- Monitorización manual: Pupilas, T°, diuresis horaria
- Hemoglutest C/8H horas anotar y comunicar
- Balance I/E estricto

2. CUIDADOS

- De vías y abordajes
- Medidas antiescaras
- Medidas antiembòlicas
- Cabecera elevada 45°
- Cuidados ostomías estricto
- Sentarla a sillón am y pm
- Aislamiento de contacto estricto: ACINEBACTERBAUMANNII XDR Y ENTEBACTR CLOACAE PDR traqueales.

3. VENTILACIÓN

- O2 por mascarilla a traqueostomía
- Aspirar secreciones traqueales por turno y prn con delicadeza
- Nebulizaciones con solución hipertónica 7% C/8 horas
- Fisioterapia respiratoria TID

4. INFUSIONES

- L/R 500 CC pasar IV A 20 CC CC/H

5. TERAPIA

- Colistin 100 MG IV cada 8 horas 14/14
- Meropenem 2 gramos intravenoso cada 8 horas (14/14) cada dosis administrar en 3 horas
- Enoxaparina sódica 60 MG SC QD
- Omeprazol 40 MG IV QD
- Gluconato de CA 10% 1 ampolla de 10 ML IV QD
- Sulfato de MG 1 AMP 10 ML IV QD no coincidir con el calcio
- Metamizol 1 GR IV PRN
- Levotiroxina (eutorox) 125 ug x gst qd en ayunas
- Levetiracetam 500 mg vo c/12h
- Ácido ursodesoxilico 250 mg c/8 horas

Complicaciones

- ❖ Insuficiencia respiratoria aguda
- ❖ Crisis convulsivas
- ❖ Neumonía nosocomial tardía
- ❖ Infección de vías urinarias nosocomial por enterobacter cloacae
- ❖ Choque hipovolémico por sangrado digestivo bajo por lesión hemorrágica en ciego
- ❖ Traqueo bronquitis purulenta por Eschericha Coli productora de Blee – Acinetobacter Buamanni XDR
- ❖ Derrame pleural

Manejo

Insuficiencia respiratoria y parada cardíaca

Durante procedimiento endoscópico se presenta insuficiencia respiratoria con posterior parada cardíaca por lo que amerita reanimación básica y avanzada con administración de epinefrina, a los 8 minutos ocurre parada por lo cual se colabora en la reanimación y se logra rescate de asistolia a taquicardia ventricular que se transforma en taquicardia sinusal de 165 – 170 lpm que se logra controlar con amiodarona, se coloca vía central y se inicia norepinefrina.

❖ Neumonía nosocomial tardía

❖ Infección de vías urinarias nosocomial por enterobacter cloacae

❖ Traqueo bronquitis purulenta

Se recibe cultivo de secreción traqueal con determinación de entebacter aerogenes por lo cual se inicia tratamiento con cefepime sospechando proceso infeccioso nosocomial asociado ventilación tardía, cultivo y ATB de secreción traqueal reporta desarrollo de 2 gérmenes, acinetobacter baumannii y staphylococcus aureus. Se considera paciente colonizada a nivel traqueal por contaje no significativo indicando aislamiento de contacto estricto y la toma de nuevos cultivos que reportan desarrollo de múltiples gérmenes desde Escherichia colia productora de BLEE sensible a carbapenémicos hasta Acinetobacter baumannii sensible a colistina y amikacina y enterobacter cloacae productor de KPC pandrogoresistente. Después se observa presencia de respuesta inflamatoria sistémica con abundantes secreciones traqueales purulentas y retroceso en la parte ventilatoria necesitando nuevamente asistencia ventilatoria mecánica para lo cual se decide iniciar esquema antibiótico muy amplio de forma dirigida considerando la existencia de traqueo bronquitis purulenta con colistin, amikacina y meropenem valorando respuesta, se completa esquema antibiótico de 14 días con triple terapia antibiótica y se suspende una vez terminado esquema antibiótico con mejoría clínica.

❖ **Choque hipovolémico por sangrado digestivo bajo por lesión hemorrágica en ciego**

Se observan deposiciones con coágulos en varias ocasiones con caída de hematocrito a 21,5% y Hb 6,8 g/dl, lo cual sugiere la posibilidad de sangrado digestivo a determinar localización posterior a lo que presenta choque hipovolémico que amerita transfundir concentrados de glóbulos rojos hasta 6 unidades por lo que se inicia norepinefrina y tratamiento con ácido tranexámico por lo que se realiza EDA que no reporta lesiones de vía digestiva alta posterior a lo que realiza colonoscopia el que presenta gran cantidad de restos sanguinolentos digeridos y coágulos adherido, se intenta tomar biopsia pero la superficie es muy friable y sangra con mucha facilidad tres días después por superación de cuadro clínico se retira vasopresor y se realiza nuevo estudio colonoscópico que permite tomar biopsia y este reporta existencia a nivel de ciego de manera no circunferencial de lesión deprimida irregular de bordes sobreelevados con características macroscópicas de malignidad y se toma muestra para biopsia.

❖ **Derrame pleural**

Paciente presenta deterioro del estado general presenta dificultad respiratoria con desaturación, por lo que se realiza angio tac y eco de miembros inferiores con los que se descarta embolia pulmonar, se realiza RX de tórax en donde se evidencia derrame pleural severo derecho por lo que se le coloca tubo torácico pudiendo retirar luego sin complicaciones debido a escasa producción de líquido pleural, paciente en malas condiciones generales dependiente de oxígeno, taquicárdica, febril, normotensa, posterior presenta de forma súbita insuficiencia respiratoria, acompañada de somnolencia, evidenciándose gasometría arterial que presenta acidosis respiratoria provocando un deterioro de conciencia con Glasgow de 4/15, Apache 19 puntos, 12 horas después se evidencia ausencia de signos vitales, se realiza RCP sin éxito y luego de 10 minutos sin obtener éxito se determina su muerte.

5. ANÁLISIS DEL CASO Y MARCO TEÓRICO

5.1. Análisis del caso

Se describe a paciente femenina de 52 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, hipotiroidismo y obesidad, no alergias medicamentosas. Acude a consulta por presentar un cuadro clínico caracterizado por: dolor abdominal desde hace 15 días, localizado en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho de leve a moderada intensidad, ictericia y coluria. Al examen físico paciente consciente, afebril, Glasgow 15/15, álgica, piel icterica, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy positivo. Se realizan pruebas de laboratorio que reporta transaminasas elevadas, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, ecografía reporta leve dilatación de la vía intrahepática, colédoco de diámetro ligeramente incrementado a 6.5 mm y se observa hacia su tercio distal un lito de 7.1 mm, vesícula de paredes delgadas alitiásica.

Según el caso presentado la sospecha diagnóstica inicial es coledocolitiasis, debido a la obstrucción al flujo biliar se refleja en forma de elevación de las enzimas de hepáticas: GGT, FA que se acompaña de síntomas y signos característicos de patología biliar. Se identifican predictores de coledocolitiasis según ASGE: en donde se encuentran 2 predictores muy fuertes que son: Ecografía donde se evidencia cálculo en el colédoco, bilirrubina total: 6.48, que revela un riesgo de padecer coledocolitiasis mayor del 50% que es indicativo de CPRE, por lo que se derivada al North hospital para realización de la misma, para confirmar diagnóstico y resolución de patología, y durante procedimiento la paciente presenta paro cardiorrespiratorio por lo que hay que considerar que la CPRE es un método diagnóstico y a la vez terapéutico que presenta una alta sensibilidad y especificidad pero en su defecto existe probabilidad entre el 4 – 16% de presentar complicaciones, además de ser un método invasivo requiere sedación la misma que si no se realiza de manera adecuada puede conllevar complicaciones como paro cardiorrespiratorio motivo por el que paciente ingresa a Unidad de cuidados intensivos en donde continuó presentando clínica y paraclínica de patología biliar por lo que se realiza ecografía abdominal en donde no se evidencia presencia de cálculos y se considera

que la paciente presentó un cálculo en el colédoco de origen biliar el mismo que de acuerdo a la evolución pudo haber migrado, razón por la que posteriormente en los exámenes de imagen ya no se evidenció la presencia del cálculo.

Durante permanencia en Unidad de cuidados intensivos paciente presenta múltiples complicaciones y persistencia de clínica y paraclínica de patología biliar alterada además último eco reporta dilatación de vías biliares intrahepáticas por lo que se solicita marcadores tumorales obteniendo resultados de CEA normal y Ca 19 – 9 (7N) ya que este marcador presenta una sensibilidad 79% y especificidad del 98%, también se realiza resonancia magnética de abdomen superior simple la que reporta proceso ocupante de espacio de 6,1 x 5 cm que se acompaña de dilatación de la vía biliar intrahepática predominantemente del lóbulo izquierdo razón por la que solicita colangiografía en la que se dificulta su realización por presencia de traqueostomía ya que está incapacitada para coordinar movimientos respiratorios, informe de estudio confirma dilatación de vías biliares intrahepáticas, colédoco normal y ausencia de cálculos.

Se realizó una colangiografía transparietohepática que informó neoplasia de vías biliares confirmando el diagnóstico de tumor de klatskin que se encontraba en etapa de metástasis por lo que la paciente presentó complicaciones como hemorragia digestiva baja, derrame pleural, insuficiencia respiratoria y falla multiorgánica. Esta paciente presentó gran similitud en la clínica y paraclínica entre colangiocarcinoma y coledocolitiasis en la clínica presentó ictericia, coluria, dolor en cuadrante superior derecho y también en la paraclínica presentó elevación del perfil hepático y transaminasas aunque hay que destacar que la presencia de elevaciones muy altas de GGT y bilirrubinas se relaciona con presencia de cáncer aunque este no fue el caso ya que existía 2 patologías con gran similitud en su presentación clínica por lo que hubiera sido ideal otro examen de imagen para confirmar el diagnóstico ideal. El manejo en pacientes con metástasis que se encuentran localmente avanzados es decir se consideran irresecables tienen un pronóstico de vida de 3,9 meses por lo que en estos pacientes se realiza manejo paliativo.

5.2 Marco teórico

5.2.1. COLEDOCOLITIASIS

5.2.1.1. Definición

Es la presencia de cálculos en el conducto colédoco y árbol biliar, es una complicación relativamente frecuente de la colelitiasis por ello se la conoce como litiasis secundaria, del 7 al 20% de los casos de colelitiasis corresponden a casos de coledocolitiasis, puede generar afecciones graves como colangitis y pancreatitis aguda. (4) (14).

5.2.1.2. Epidemiología

La incidencia incrementa conforme avanza la edad y 1/10 pacientes con colelitiasis es portador de coledocolitiasis, más frecuente en mujeres con un 20% y en los hombres con un 10% .Puede originar cuadros clínicos muy severos y dolorosos, pero entre un 65% y un 80% de las litiasis no producen síntomas (2). La coledocolitiasis se presenta entre el 5 y 10% de los pacientes con colecistitis litiásica y hasta un 18% de pacientes con pancreatitis biliar, entre el 1 a 2% de todos los pacientes que se someten a colecistectomía presentan litiasis residual en el conducto biliar común, es la segunda causa de ingresos hospitalarios en el Ecuador y la primera causa de morbilidad para el género femenino, la colangitis por coledocolitiasis representa un 85%.

5.2.1.3. Fisiopatología

La bilis hepática es un líquido isotónico cuya composición electrolítica es similar a la del plasma los principales solutos que componen la bilis son: sales biliares (Colato y quenonodesoxicolato) 80%, lecitina y fosfolípidos 16%, colesterol no esterificado 4%, pigmentos biliares (diglucorònido de bilirrubina), agua y electrolitos (Na, Ca, Cl y K).

Las condiciones para la formación de cálculos biliares son: bilis litogénica, estasis biliar por vaciamiento insuficiente de la vesícula biliar y presencia de bacterias, Esto permite que los cristales de monohidrato de colesterol se adhieran entre sí con un núcleo central que provienen de células descamadas de la mucosa de la vesícula, cuerpos extraños, bacterias, moco, cálculos preformados. Su formación se divide

en las siguientes etapas: etapa de saturación, etapa de cristalización y etapa de crecimiento. La composición de los cálculos biliares varia en dependencia de la proporción de sus constituyentes químicos de la bilis, cálculos de colesterol 70 - 80%, cálculos pigmentados negros que se dan por problemas cirróticos o hemolisis, cálculos de pigmento marrón son más frecuentes en Asia oriental y se asocia principalmente a infección del árbol biliar(14)(30). La formación del cálculo se da cuando existe un desequilibrio entre las sales biliares, colesterol y la lecitina descrito en el triángulo de admiral Small.

Triángulo de Admiral Small



Gráfico 1. Triángulo de Admiral Small

Además, existe otro factor de predisposición para la formación de cálculos de colesterol y es la cristalización acelerada dada por factores promotores e inhibidores. Los factores promotores se encuentran las glicoproteínas de mucina producidas en la vesícula y las glicoproteínas diferentes a la mucina de origen hepático, siendo así que la hipersecreción por parte de la vesícula suele preceder el primer paso en la cascada lito génica, el resultado de la unión de este gel viscoso de mucina con cristales de colesterol se le denomina barro biliar. (31)

Los cálculos de la vía biliar una vez formados migran y ya en el conducto biliar pueden llegar al duodeno pero por el menor diámetro de la papila de váter, algunos permanecen en el colédoco donde pueden ser asintomáticos o causar variedad de problemas de flujo biliar que incluyen obstrucción completa e ictericia que puede ser responsable de infección biliar y provocando una colangitis ascendente además

puede ocasionar problemas de flujo biliar en la unión del colédoco y con el conducto pancreático principal (Wirsung) y provocar pancreatitis. (16)

5.2.1.4. Etiología y factores de riesgo

Los principales factores de riesgo guardan relación con el metabolismo del colesterol, alteración de la solubilidad de las sales biliares y del colesterol. El colesterol influye de manera notoria en la motilidad de la vesícula y altera su vaciamiento, favoreciendo la cristalización.

Tabla 5: Factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO	
Edad > 70 años	Progesterona
Obesidad	Ceftriaxona
Pérdida de peso	Antecedentes familiares
Embarazo	Femenino
Múltipara	Nutrición parenteral total
Fibratos	Ayuno prolongado
Estrógenos	Enfermedad ileal
Resección o bypass	Infección biliar
Hipertrigliceridemia	Cirrosis alcohólica
Diabetes mellitus	Hiperparatiroidismo
Hemólisis crónica	Bajo nivel de lipoproteínas
Cirrosis alcohólica	

Elaborado por: Mayra Santamaria 18

Clasificación:

Coledocolitiasis Primaria

- ☐ Parasitismo hepatobiliar
- ☐ Colangitis recurrente crónica
- ☐ Anormalidades congénitas de los conductos biliares (Enfermedad de Caroli)
- ☐ Dilatación, esclerosis, estenosis de los conductos

- ☐ Defecto del gen MDR3 que disminuye la secreción de fosfolípidos por la bilis
- ☐ Tumores
- ☐ Otros cálculos (secundarios)

Coledocolitiasis Pos colecistectomía

Migración de los cálculos de la vesícula biliar después de atravesar el cístico, por lo que el tamaño de los cálculos son de gran importancia ya que los cálculos pequeños migrarán con mayor facilidad que los grandes (12).

1 – 5% de los pacientes Posoperatorios

- 1) **Residuales:** Litiasis en vía biliar en un paciente con antecedentes de colecistectomía menor a dos años.
- 2) **Recurrentes (de novo):** Litiasis en vía biliar en un paciente con antecedentes de colecistectomía mayor o igual a dos años.
- 3) Endoscopia

5.2.1.5. Presentación Clínica

Pacientes con ictericia clínica o colangitis, o bien con dilatación de la vía biliar en ultrasonido representa un riesgo del 50% de ser portador de coledocolitiasis (14).

Asintomáticos: 1 de 4 pacientes con coledocolitiasis es asintomático, descubiertos de manera incidental, presentan gran riesgo porque el primer ataque que presenten puede ser resultado de una complicación. Se considera que un 10% de estos pacientes se vuelve sintomático en menos de 5 años a partir del diagnóstico y llega hasta un 20% en los pacientes con seguimiento hasta 20 años (12).

Sintomáticos: Por lo general empieza por dolor similar al cólico biliar que se localiza en hipocondrio derecho y también puede presentarse en epigastrio que puede acompañarse de náuseas y vómito, la sintomatología puede ser intermitente, hay menos resistencia y dolor a la palpación abdominal comparado con pacientes con colecistitis aguda el signo de Murphy está ausente, signo de Courvoisier.

Un tercer grupo pertenece a los casos poco comunes que corresponden a la obstrucción del conducto biliar, en el cual las manifestaciones clínicas se presentan con ictericia, acolia, prurito, coluria con o sin dolor y la fiebre es un indicador que proceso se asocia a infección. En este grupo suele presentarse generalmente las complicaciones asociadas a la coledocolitiasis como son Colangitis, pancreatitis etc.

5.2.1.6. Diagnóstico Diferencial

- ☐ Ampuloma
- ☐ Angiocarcinoma
- ☐ Adenocarcinoma del duodeno
- ☐ Cáncer de cabeza de páncreas

5.2.1.7. Diagnóstico

Diagnóstico de laboratorio

Pruebas de función hepática de rutina, segura, económica, se analizan varias enzimas como: ALT, AST, FA, GGT, BD, BI, la relación AST/ALT está asociado con el grado de fibrosis – enfermedad hepática alcohólica pero también se elevan en pacientes con cálculos de CBC. La ALT, AST Y GGT tienen baja sensibilidad y alta sensibilidad por lo que son buenos marcadores que corroboran el diagnóstico (4). Puede haber alteraciones en el TP Y TTP. Una tercera parte de los enfermos tienen pruebas normales. La FA y Bilirrubina pueden elevarse por fenómenos que no estén en relación con CVBC como pueden ser disfunción del esfínter Oddi, microlitiasis entre otros (16).

Diagnóstico por imágenes

Ecografía transabdominal: herramienta confiable e inicial para predecir la dilatación de conducto intrahepático, para identificar el número y ubicación de los cálculos en el árbol biliar. Además, la Sociedad Americana de Gastroenterología reconoce la detección ecográfica de cálculos como predictor muy fuerte y un conducto biliar dilatado como un predictor fuerte en la coledocolitiasis (7).

Es el estudio de imagen inicial que se debe realizar y sus beneficios son: rápido, económico y no necesita radiación tiene una sensibilidad del 25% al 75% y una especificidad del 88,8% para coledocolitiasis (2), la desventaja es que es operador dependiente con poca precisión para identificar cálculos en vía biliar común, ya que la observación del conducto biliar es a menudo interrumpida por estructuras superpuestas que contengan gas. (16)

Ecografía endoscópica: Es un estudio diagnóstico para cálculos en la vía biliar común, con sensibilidad del 89 – 94% y especificidad del 94 – 95%. Es menos invasiva que la CPRE, presenta limitación en pacientes con divertículos periampulares o úlcera duodenal, además, permite identificar estadificación tumoral. (16)

Tomografía computarizada: es un buen método para diferenciar entre colelitiasis y coledocolitiasis ya que nos permite visualizar el sistema intra y extra hepático presenta sensibilidad del 75 – 90%, especificidad 84% - 98% y permite observar la zona de obstrucción del conducto biliar, estenosis, tumores y explorar el páncreas en la identificación de cálculos en vía biliar común sus desventajas son el costo y la exposición a la radiación.

Resonancia magnética nuclear: método no invasivo con 97% de sensibilidad y 100% de especificidad, su desventaja es un costo elevado y limitación en pacientes con marcapasos y prótesis metálicas. Por lo que la colangiografía se considera altamente confiable, no invasivo y se recomienda incluir la colangiografía antes de realizar la CPRE para disminuir la tasa de CPRE negativas (14).

Criterios ASGE para coledolitiasis

Tabla 6: Criterios ASGE para coledolitiasis

Clasificación	Predictor
Muy fuertes	Paciente que tenga clínica de colangitis. Ecografía que confirma coledocolitiasis Bilirrubina > 4
Fuertes	Dilatación de la vía biliar Bilirrubina entre 1,8 a 4
Moderado	Alteración de pruebas hepáticas distintas a la bilirrubina. Mayor a 55 años. Que presente clínica de pancreatitis aguda.

Fuente; Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) 15-

Estos criterios tienen una precisión del 70% una vez obtenido la categorización se realiza las siguientes intervenciones.

Tabla 7: Intervenciones

Predictores	Probabilidad	Tratamiento
1 criterio muy fuerte o 2 fuertes	50%	CPRE
1 criterio fuerte 2 moderados 3 moderados	10 – 50%	Probabilidad de coledocolitiasis Requiere otro examen que permita mapear la vía biliar y son la Colangiografía o ecografía endoscópica

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Es una prueba diagnóstica y a la vez terapéutica, se puede realizar antes, durante o después de la cirugía, se considera el estándar de oro para esta patología, se realiza mediante un endoscopia con cámara con visión lateral para poder visualizar la apertura del conducto biliar común del duodeno, se inyecta material de contraste en el conducto biliar común y se toman gran cantidad de radiografías para observar defectos de llenado que indiquen la presencia de cálculos, estos cálculos pueden ser extraídos con cestas o trituradas por litotripsia mecánica y posteriormente extraídas (16). Tiene una sensibilidad del 83% y especificidad del 99%, es un método invasivo que necesita de sedación y contraste y puede presentar complicaciones como sangrado, infección del trato biliar, pancreatitis aguda, perforación, estas complicaciones representa una tasa morbimortalidad del 5 – 6% .La principal es la pancreatitis se considera factores de riesgo los siguientes: edad joven, sexo femenino, sospecha de disfunción del esfínter de oddi por lo que hay tomar precauciones en estos casos (14) (16).

Ultrasonografía laparoscópica

Es el estudio más reciente para diagnosticar CBVC intraoperatorio, esta técnica requiere de habilidades específicas se puede llevar a cabo con éxito entre el 88 al 100% y se puede tratar entre 4 a 10 minutos, tiene una sensibilidad del 71 al 100% y una especificidad del 96 al 100%, además el paciente no corre riesgo de sufrir lesión en las vías biliares. Se considera un buen método ya que se puede realizar en pacientes embarazadas (16).

5.2.1.8. Tratamiento

Se divide en tratamiento quirúrgico y no quirúrgico y está en dependencia de varios factores como son:

- ☐ Disponibilidad y costo
- ☐ Edad del paciente
- ☐ Tamaño de cálculos y sitio de localización
- ☐ hallazgos anatómicos

Tratamiento quirúrgico

Colecistectomía

La gran mayoría requiere colecistectomía ya con frecuencia los cálculos provienen de la vesícula y el método de elección es la cirugía laparoscópica, ya que se obtiene mejores resultados cosméticos, rápido retorno laboral, menor costo, baja morbilidad, menos dolor y menos daño tisular, menos estancia hospitalaria.

Contraindicaciones Absolutas

Se encuentra (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en etapas avanzadas, cirrosis en etapas avanzadas, cirugía abdominal superior)

Contraindicaciones relativas

Son (colecistitis agudas, edad avanzada y obesidad).

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

En el tratamiento mediante CPRE en pacientes con ictericia sin colangitis ni pancreatitis y sin coagulopatía secundaria, se practicará la papilotomía, se realiza mediante colangiografía de control y se realiza la exploración, que incluye ultrasonido intraluminal o endoscópico y se obtiene mejores resultados con cálculos menores de 10 mm, los problemas se presentan con cálculos de mayor tamaño (16).

Coledocotomía

Se realiza una incisión longitudinal en la cara anterior del colédoco de 10 – 25 mm, tras lo que se inicia la exploración, que incluye el uso de instrumental especial entre los que están los dilatadores y pinzas Randall, canastillas y catéteres de globo de baja tensión, este procedimiento presenta una mortalidad que se encuentra aproximadamente en el 4% (14).

Tratamiento no quirúrgico

Depende de la clínica y el estado del paciente, las sales biliares es una de las más utilizadas, el ácido quenodesoxicòlico presenta efectividad con cálculos menores a 5 mm conformados por colesterol con lo que se obtiene resultados de hasta 90% de éxito. Con cálculos entre 6 – 12 mm se obtiene resultados de hasta 60% y se obtiene mejores resultados en pacientes en pacientes jóvenes sin obesidad. La litoptrisia extracorpórea tiene mayor fiabilidad con cálculos mayores de 20 mm y con cálculos de mayor tamaño su éxito disminuye a un 60% y este se asocia al uso de ácido quenodexoxicòlico para disolver los cálculos fragmentados, entre las complicaciones que pueden presentarse esta la colangitis que es la más frecuente (14).

5.2.2. CÁNCER DE HÍGADO

5.2.2.1. Definición

El colangiocarcinoma se define como una neoplasia del conducto biliar intra o extrahepático que cuando se localiza en la bifurcación de los conductos hepáticos se denomina tumor de klatskin, se considera un tumor raro y es el segundo tumor maligno de hígado más frecuente después de carcinoma hepatocelular.(19) (20)

5.2.2.2. Epidemiología

Quinto cáncer más común en hombres y noveno en mujeres, mal pronóstico por lo que representa la segunda causa más común de mortalidad por cáncer a nivel mundial. 5 El colangiocarcinoma es un adenocarcinoma de la vía biliar poco frecuente pero muy agresivo, representa el 3% de todos los cánceres gastrointestinales y el 15% de todos los cánceres de hígado, con una incidencia anual de 2 – 3 por 100.000 habitantes a nivel mundial, la edad de presentación más frecuente es la séptima década, en países occidentales como Australia una incidencia en hombres de 0.2/100000 a mujeres 0.1/100000 y en Latinoamérica 2.8 – 3.3/100000.(6) (12).

5.2.2.3. Etiología y factores de riesgo

La mayoría de los colangiocarcinoma no tienen etiología o factor de riesgo conocido sin embargo se han identificado factores que predisponen a su desarrollo entre los que

se encuentran, infección por virus de la hepatitis B y C, alcohol, tabaco, aflatoxinas, cirrosis hepática y diabetes, esteatosis hepática y síndrome metabólico. Existe la hipótesis de que cálculos biliares y colecistectomía aumentan el riesgo de padecer diferentes cánceres: hepático, rectal, pancreático, colo-rectal 5. La etiología de CCA sigue en investigación, se ha vinculado con la inflamación crónica del epitelio biliar, y se lo relaciona con la colangitis esclerosante primaria, coledocolitiasis, Enfermedad de Calori, hepatolitiasis e infecciones parasitarias: *opisthorchis viverrini* y menos frecuente *clonorchis sinensis* (sur de Asia y Tailandia), otros factores de riesgo son: obesidad, tabaquismo, alcoholismo y pleomorfismos propios del hospedador (mutaciones en los genes p53 y kras) (12)(20).

5.2.2.4. Fisiopatología

Los cálculos biliares producen inflamación biliar que resulta en inflamación crónica, también puede producir la acumulación de bilis y ácidos biliares secundarios, en especial el ácido desoxicólico que pueden ejercer acción cancerígena. 5 Esta inflamación crónica logra estimular la liberación de citocinas, quimiocinas, factores de crecimiento, especies reactivas de oxígeno y reactivos intermediarios de nitrógeno, las respuestas inflamatorias incluida la iniciación, promoción, invasión y metástasis son elementos importantes en el desarrollo del cáncer (5).

5.2.2.5. Clasificación

El colangiocarcinoma se puede originar en cualquier porción del epitelio del ducto, desde los ductos terminales hasta la ampolla de váter y también en las glándulas perihiliares. 20

La Asociación Europea para el Estudio de Hígado, clasifican la CC según su ubicación (1) (12):

- ☐ **Colangiocarcinoma intrahepático (CCI)** 20 – 25%, Estos se originan periféricamente a los ductos biliares de segundo orden
- ☐ **Colangiocarcinoma peri hiliar (CCp)** 60 – 70%, se originan en uno de los ductos hepáticos principales que puede ser desde el conducto hepático común o desde la bifurcación (Tumor de Klatskin).

- ▣ **Colangiocarcinoma distal (CCe) 20- 25%.** Se originan en el ducto biliar desde la inserción del conducto cístico hasta la ampolla de váter. (20)

5.2.2.6. Presentación Clínica

El colangiocarcinoma es un tumor de crecimiento lento y de sintomatología muy variable según la localización, pueden presentar síntomas obstructivos por efecto de masa, en muchos casos la sintomatología es inespecífica por lo que la sospecha clínica es un reto y debe apoyarse en estudios complementarios. El inicio es asintomático, y cuando presenta sintomatología es en la etapa avanzada y de mal pronóstico (12).

La sintomatología más frecuente en CC, por lo general es de inicio insidioso y se manifiesta en un promedio de 162 a 226 días previo al diagnóstico (12)

En estadios avanzados los síntomas principales son ictericia prurito, pérdida de peso y colangitis (19).

Tabla 8: Sintomatología característica en CC

Sintomatología	Frecuencia de presentación %	Localización más frecuente
Ictericia precedida de prurito	71	CCd
Dolor en cuadrante superior derecho	40 – 50	
Pérdida de peso	40	CCI
Fatiga	32	CCI
Fiebre	20	
Acolia y coluria	< 20	CCd
Fuente: (12)	Elaborado por: Mayra Santamaría	

5.2.2.7. Diagnóstico

Ante la sospecha de CC, en primer lugar se realiza exámenes de laboratorio, en los cuales suelen estar elevados: las bilirrubinas, a expensas de bilirrubina directa y la fosfatasa alcalina y la gamma glutamil transferasa (GGT) aunque en casos de obstrucción parcial (22)(12).

Debido a que es una patología neoplásica se debe evaluar marcadores tumorales, el CA – 19-9 (Antígeno Carcino embrionario) y CA 125 es baja pero resulta útil al unirse con otros estudios diagnósticos en caso de existir duda. El Antígeno Carcino embrionario en el 20% de los casos, CA 19 – 9 valores como 129 U/ml proporcionan una especificidad del 98%, y sensibilidad del 79%, > 1000 U/ml se debe investigar una patología metastásica, estos marcadores tumorales no son específicos además la desventaja del CA 19-9 es que en el 7% de la población es negativo al antígeno de Lewis. En ciertos casos donde es necesario confirmar el diagnóstico, se puede realizar marcadores tumorales de la toma de la biopsia: citoqueratina 7 positivo y citoqueratina 20 negativo. En la actualidad se encuentran en estudio los suptipos A y C de la mucina humana que se podrían utilizar en el futuro con sensibilidad del 71% y especificidad del 90% (22)(12).

5.2.2.8. Diagnóstico por imágenes

Ultrasonido abdominal: sensibilidad de 94%, prueba inicial que se realiza en pacientes con sospecha de patología hepática, ayuda a inferir la ubicación del tumor de acuerdo al patrón de dilatación biliar ya que si la dilatación biliar es extrahepática se dilatan los conductos intrahepáticos como extrahepáticos y si se encuentra a nivel intrahepático solo hay dilatación de vía intrahepática (24).

Tomografía Computarizada: sensibilidad de 54% ofrece mayor información en cuanto a la diseminación local, invasión vascular afectación ganglionar y también es útil para valorar las metástasis a distancias.

La colangiopancreatografía con sensibilidad de 52% usada para valorar el árbol biliar en preoperatorio. La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica permite acceder a tumores extrahepáticos distales y la toma de biopsias, permitiendo un posterior estudio histológico, que tienen aproximadamente una sensibilidad del 60%; además permite la colocación de prótesis biliar por vía endoscópica resolviendo los problemas de obstrucción (6)(12).

Colangiografía Por Resonancia Magnética: Se considera el estudio de elección para el diagnóstico de colangiocarcinoma ya que determina el compromiso biliar y vascular, linfadenopatías locales, extensión intrahepática y metástasis a distancia, con una sensibilidad y especificidad del 90%. Sus ventajas son el no ser invasiva y no requiere instrumentación. Facilita la valoración total de la anatomía biliar y extensión del colangiocarcinoma (CCA) (22)(24).

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y colangiografía transhepática percutánea: Brindan imágenes dinámicas del sistema biliar e incluso pueden determinar la localización y extensión del colangiocarcinoma extrahepático, con una sensibilidad y especificidad del 75 – 85% y del 70 – 75% y además brinda la ventaja de obtener una citología por cepillado o biopsia que confirme el diagnóstico (22).

Diagnóstico por Inmunohistoquímica

Tiene utilidad si a pesar de biopsia existe duda si la neoplasia es CC o metástasis hígado, por lo que se puede realizar coloraciones de Inmunohistoquímica citoqueratina 7 y citoqueratina 20. Las citoqueratinas son proteínas fibrosas cuya función es en la estructura de la célula a nivel nuclear, estas están ligadas en parejas, hay que evaluar su resultado ya sea negativo o positivo, donde cabe recalcar que la citoqueratina 7 se encuentra en cánceres ajenos al sistema gastrointestinal bajo, mientras que la citoqueratina 20 es propia de cánceres del sistema gastrointestinal bajo (12). Actualmente para una detección oportuna se ha propuesto el análisis de proteoma de bilis y orina (péptidos), el mismo que tiene un porcentaje de detección del 92% y un valor predictivo negativo del 96% (6).

Es importante que se le estadifique de acuerdo a los criterios de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) (12).

5.2.2.9. Diagnóstico diferencial

En casos de colangiocarcinoma su diagnóstico sigue siendo un desafío en especial en pacientes con colangitis esclerosante primaria, enfermedad hepática colestásica crónica que incluye inflamación progresiva y fibrosis de los conductos biliares, aunque cabe recalcar que estas patologías pueden desarrollar colangiocarcinoma en

el 30% de todos los casos durante los 10 primeros años de enfermedad (6).

5.2.2.10. Tratamiento

En colangiocarcinoma se ha evidenciado mala respuesta a la quimioterapia, por lo que actualmente la única opción de tratamiento curativo disponible es la cirugía temprana: resección hepática o trasplante hepático ortotópico, con la cual se alcanza una tasa de supervivencia a los 5 años del 20 al 40%. En el 50 -95% de los casos se lo detecta en una etapa demasiado tarde para la resección, en este caso el pronóstico es malo con una supervivencia de 5 meses. 6 la sobrevida en estados tempranos es de 40 meses con cirugía y 12 meses con quimioterapia en estados más avanzados (12).

Tabla 9: Cirugía según su localización

Clasificación de CC	Cirugía	Sobrevida a los 5 años %
CC I	Segmentación	22
	o una lobectomía hepática	-
	completa	44
CCp irresecables pero no diseminados	Trasplante hepático	30
CCd irresecables pero no diseminados	Trasplante hepático	42

Fuente: (12)

Elaborado: **Mayra Santamaría**

Hay una controversia en que después de la resección radical de la neoplasia se añada terapia coadyuvante con quimioterapia o radioterapia, pero se justifica su utilidad debido a que muchos pacientes post operados presentan recidivas del tumor. La FDA en el 2002 aprobó para el CC irresecables la combinación de 5 –flurouracilo más gencitabina, otro es el oxiliplatino y su combinación con la gencitabina, que son fármacos con buena tasa de respuesta. Como se mencionó con anterioridad el CC avanzado no es posible curar a través de quimioterapia, por ello se hace énfasis en el

diagnóstico temprano (12).

5.2.2.11. Pronóstico

El colangiocarcinoma se detecta de manera tardía en la mayoría de casos y las opciones de tratamiento que son muy limitadas provocan que los pacientes tengan bajos pronósticos con una supervivencia a los 5 años sin tratamiento entre el 1% y 11%. En los pacientes con metástasis o que se encuentren localmente avanzados es decir en los que se consideran irresecables el pronóstico de vida es de 3,9 meses (20) (24).

La cirugía es el tratamiento de elección acompañada de la terapia adyuvante y neoadyuvante presenta mayor posibilidad de curación pero está se considera en pacientes con estadios tempranos y la tasa de supervivencia se eleva al 31%.(20) (24).

6. CONCLUSIONES

- ❖ La coledocolitiasis se presenta con manifestaciones clínicas características de patología biliar por lo que se evalúan criterios clínicos de laboratorio y de imagen que determinan su manejo adecuado como en el presente caso el cuál presento 2 criterios ASGE muy fuertes por lo que estaba indicado una CPRE en la cual la paciente presento múltiples complicaciones que retrasaron el diagnóstico de cáncer de hígado el que se pudo haber identificado con marcadores tumorales y otros exámenes de imagen menos invasivos así como poder brindar un manejo en el mejor de los casos oportuno mediante cirugía o cuidados paliativos adecuados a la paciente.
- ❖ Se debe evaluar la clínica y paraclínica de patología biliar y confirmar con estudios de imagen como en el presente caso se debía realizar una colangiografía previa a la realización de CPRE ya que este no es un método invasivo además de tener una alta sensibilidad y especificidad para el estudio de vías biliares e hígado por lo contrario de la CPRE que es un método invasivo que puede desencadenar complicaciones.
- ❖ La paciente presento múltiples complicaciones como para cardiorrespiratorio durante la realización de CPRE por lo que tuvo que permanecer en unidad de cuidados intensivos durante 1 mes en donde presento neumonía, choque hipovolémico por hemorragia digestiva baja y derrame pleural y la mayoría de complicaciones presentadas fueron resultado de la metástasis de hígado.
- ❖ La CPRE es un método diagnóstico y terapéutico invasivo que requiere de sedación, siendo esta última un causante de complicaciones en pacientes con factores de riesgo como en el presente caso, en el cual se constató un paro cardiorrespiratorio, que se manejó con reanimación básica y avanzada, con apoyo de vasoactivos y ventilación mecánica, en unidad de cuidados intensivos, presento neumonía asociada a ventilación mecánica que se manejó con antibióticoterapia. Además presento hemorragia digestiva baja con choque hipovolémico por lo que se transfundió paquetes globulares hasta estabilizar a la paciente con posterior derrame pleural por metástasis a órganos cercanos por

lo se realizó cuidados paliativos de la paciente.

- ❖ La coledocolitiasis y colangiocarcinoma presentan gran similitud como en sus manifestaciones clínicas, elevación de perfil hepático y transaminasas aunque en gran mayoría de casos se evidencia valores muy elevados de GGT y Bilirrubinas en los tipos de cáncer por lo que representa un verdadero reto diagnóstico sospechar de colangiocarcinoma en pacientes con síndromes colestásicos.
- ❖ El colangiocarcinoma es una neoplasia muy agresiva que no presenta sintomatología en sus etapas tempranas por lo que su diagnóstico es verdaderamente un reto, el perfil hepático y transaminasas se encuentran elevados en la gran mayoría, los marcadores tumorales CEA y C19-9 se utilizan para diagnóstico, exámenes de imágenes entre los que se encuentran la tomografía, colangiografía y colangiografía transparietohepática son de gran ayuda pero su diagnóstico en la gran mayoría de casos son en etapas tardías y cuando hay presencia de metástasis por lo que actualmente aún se están estudiando otros marcadores que nos permitan diagnosticar el colangiocarcinoma en etapas tempranas.

7. RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda hacer una colangiografía previa a la realización de CPRE para disminuir la tasa de complicaciones por CPRE fallidas.
- ❖ Se aconseja evaluar adecuadamente a los pacientes que presentan factores de riesgo y patologías de base antes de realizar cualquier proceso que requiera de anestesia o manejo quirúrgico.
- ❖ Se insiste en trabajar como equipo multidisciplinario para la toma de decisiones en pacientes con múltiples comorbilidades
- ❖ Se sugiere realizar una adecuada anamnesis y examen físico en todos los pacientes ya que ciertos síntomas nos podrían encaminar o hacer sospechar de patologías subyacentes.
- ❖ Se debe estar en constante actualización ya que al momento hay estudios que prometen diagnosticar el colangiocarcinoma de manera temprana y con esto se

podría disminuir la alta tasa de mortalidad en esta patología.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA

18. Aguilar J, Navarro J. Manejo laparoscópico de coledocolitiasis. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR; 2017.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74491>

8. Caraiani C, Department of Medical Imaging, “Iuliu Hatieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania, Yi D, Petresc B, Dietrich C, Department of Ultrasound, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai, China, et al. Indications for abdominal imaging: When and what to choose? J Ultrason. 2020;20(80):e43–54.

Disponible en: <https://doi: 10.15557/JoU.2020.0008>

12. Carias A, Sandoval H, Funes K. Colangiocarcinoma intrahepático con manifestaciones clínicas atípicas: reporte de caso. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Honduras; 2020. pp. 21–28.

Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/345818794>

23. Chicaiza J, Mejía S, Chicaiza A. Colangiocarcinoma extra hepático de colédoco distal: a propósito de un caso. Mediciencias Uta.2018;2 (2)

Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/index>

7. De Silva SL, Pathirana AA, Wijerathne TK, Gamage BD, Dassanayake BK, De Silva MM. Transabdominal ultrasonography in symptomatic choledocholithiasis - usefulness in settings with limited resources. J Clin Imaging Sci. 2019;9(31):31.

Disponible en: <https://doi:10.25259/JCIS-38-2019>

24. D’Alaimo Brenes N, D’Avanzo Zúñiga D, Mora Membreño KV. Abordaje del colangiocarcinoma. Rev Medica Sinerg. 2020;5(6):e515.

Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.51>

13. Dimas G, Posada R, Millan C. Coledocolitiasis: diagnóstico y manejo. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC. Colombia.; 2016. pp. 8–16

Disponible en:

<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/789>

2. Fadahunsi OO, Department of Radiology Obafemi Awolowo University Teaching Hospitals Complex, Ile-Ife, Osun State, Nigeria, Ibitoye BO, Adisa AO, Alatise OI, Adetiloye VA, et al. Diagnostic accuracy of ultrasonography in adults with obstructive jaundice. J Ultrason. 2020;20(81):e100–5.

Disponible en : <https://doi.org/10.15557/JoU.2020.0016>

21. Golse N, Vibert E. Cirugía del colangiocarcinoma intrahepático y perihiliar. EMC - Téc Quir - Apar Dig. 2019;35(1):1–15.

Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1282-9129\(18\)41556-5](https://doi.org/10.1016/S1282-9129(18)41556-5)

19. Guía de Práctica Clínica GPC Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de vías Biliares. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR; 2018

Disponible

en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/438_GPC_Ca_vias_biliares/GER_Cxncer_de_vxas_biliares.pdf

11. Khan ZA. Clinical profile of patients with obstructive jaundice: a surgeon's perspectives. Int Surg J. 2019;6(6):1876.

Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/4396>

17. Lammert F, Acalovschi M, Ercolani G. Guías de práctica clínica de la EASL sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar. European Association for the Study of the Liver; 2016.

Disponible en: https://easl.eu/wp-content/uploads/2016/10/2016-Gallstones_ES.pdf

4. Li G. Diagnostic value of liver function enzymes for choledocholithiasis [Internet]. Ijcem.com. [citado el 16 de mayo de 2021].

Disponible en: <http://www.ijcem.com/files/ijcem0018089.pdf>

5. Liu Y, He Y, Li T, Xie L, Wang J, Qin X, et al. Risk of primary liver cancer associated with gallstones and cholecystectomy: a meta-analysis. PLoS One. 2014;9(10):e109733.

Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0109733>

10. Miño G, Naranjo A. Colangiocarcinoma extrahepático. Dificultades diagnósticas y opciones terapéuticas. Revista de Gastroenterología y Hepatología; 2020. pp. 1–24.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-estadisticas-10337>

16. Martínez H. Factores predictivos de coledocolitiasis en pacientes llevados a cpre, con diagnóstico de colelitiasis. Bogotá D.C, Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina; 2020

Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/75646/10307564.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

22. Pérez Navarro JV, Tello Barba IM, Anaya-Prado R, Castellort Cervantes LF, Schadeegg Peña D, Canton Diaz A, et al. Colangiocarcinoma, una revisión de retos en diagnóstico y manejo. Cir gen. 2014;36(1):48–57.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-articulo-colangiocarcinoma-una-revision-retos-diagnostico-X1405009914552009>

9. Rauff B, Malik A, Bhatti YA, Chudhary SA, Qadri I, Rafiq S. Notch signalling pathway in development of cholangiocarcinoma. World J Gastrointest Oncol. 2020;12(9):957–74.

Disponible en: <https://doi.org/10.4251/wjgo.v12.i9.957>

14. Rodríguez M, Lozano A, Sapien C. Coledocolitiasis. Una revisión. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa; 2017. pp. 1–17.

Disponible en : <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v7.n3.005>

3. Samant H, Manatsathit W, Dies D, Shokouh-Amiri H, Zibari G, Boktor M, et al. Cholestatic liver diseases: An era of emerging therapies. *World J Clin Cases*. 2019;7(13):1571–1581

Disponible en: <https://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v7.i13.1571>

20. Sánchez L, Labra A, Schiappacasse G. Colangiocarcinoma. Evaluación por Tomografía Computada y Resonancia Magnética. *Rev Argent Radiol / Argent J Radiol*. 2019;83(04):151–9.

Disponible

en:

https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2020/1_marzo/arg/rt_colangiocarcinoma.pdf

15. Toro Calle J, Guzmán Arango C, Ramírez Ceballos M, Guzmán Arango N. ¿Son los criterios de la ASGE suficientes para la estratificación del riesgo de coledocolitiasis? *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35(3):304–10.

Disponible en: <https://doi.org/10.22516/25007440.464>

1. Wu Z, Liu R, Miao X, Li D, Zou Q, Yuan Y, et al. Prognostic and clinicopathological significance of Hapto and Gremlin1 expression in extrahepatic cholangiocarcinoma. *J Cancer*. 2020;11(1):199–207

Disponible en: <https://www.jcancer.org/v11p0199.htm>

6. Voigtländer T, Metzger J, Husi H, Kirstein MM, Pejchinovski M, Latosinska A, et al. Bile and urine peptide marker profiles: access keys to molecular pathways and biological processes in cholangiocarcinoma. *J Biomed Sci*. 2020;27(1):13.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12929-019-0599-5>

