

Litiasis Intrahepática

Hernando Torres-Zevallos¹, Sergio Sánchez-Gambetta², Rolando Mendivil Zapata³,
María Valcárcel Saldaña³

RESUMEN

La presencia de cálculos en las vías biliares intrahepáticas, es una entidad que se presenta prevalentemente en países del sudeste asiático. A continuación presentamos dos casos encontrados en nuestro hospital simultáneamente. El primero corresponde a un hombre de 67 años de edad, cuya historia nos revela, a lo largo de varios años, una serie de cuadros de ictericia obstructiva, siendo intervenido en múltiples ocasiones; el otro caso es de una mujer de 26 años que nos muestra, igualmente, recidivas y complicaciones serias. Un diagnóstico temprano y una detallada evaluación del caso, es imprescindible para un buen manejo, que es todo un reto debido a la alta tasa de recurrencia y complicaciones.

PALABRAS CLAVE: litiasis intrahepática, ictericia obstructiva, resección hepática.

Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 65-69

ABSTRACT

Presence of stones in the intrahepatic bile ducts is a common problem especially in East Asia. We report two cases: the first is a man who through several years had repeated episodes of obstructive jaundice. He underwent multiple procedures due to the recurrences. The second case is a woman who had recurrences and serious complications. A detailed evaluation and early diagnosis of each case are essential for a good treatment, which is challenging due to the high rate of recurrence and complications.

KEYWORDS: hepatolithiasis, obstructive jaundice, liver resection.

¹ Medicina Interna. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-Perú.

² Médico Jefe, Servicio de Cirugía 2 del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-Perú.

³ Médico Asistente Servicio de Cirugía 2 Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-Perú.

INTRODUCCIÓN

La litiasis intrahepática o hepatolitiasis es definida como la presencia de cálculos en las vías biliares intrahepáticas, es de muy alta prevalencia en el sudeste asiático,(1) sin embargo, no es rara la presentación en otras partes del mundo. Esta entidad tiene especial importancia en cuanto al manejo, se ha descrito un gran porcentaje de recidivas y complicaciones, como colangitis aguda, abscesos hepáticos, cirrosis biliar secundaria, hipertensión portal, e incluso, muerte por sepsis o falla hepática.

El diagnóstico temprano y la evaluación precisa de cada caso permitirán un manejo adecuado evaluando las diferentes opciones terapéuticas.

Los principios para el tratamiento de la litiasis intrahepática, son hasta ahora básicamente quirúrgicos y la mayor parte de ellos se concentran en la extracción de cálculos, resección de estrecheces biliares o hepáticas anómalas y la reconstrucción de las vías del drenaje biliar. La pancreatocolangiografía retrograda endoscópica (PCRE) representa otra alternativa de tratamiento para casos no complicados.

En el presente artículo presentamos dos casos que se presentaron de manera simultánea en el servicio de cirugía de nuestro hospital.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Paciente varón de 67 años de edad, ingresó al hospital, por un cuadro de ictericia obstructiva.

Historia: en junio del 1985, se le practicó una colecistectomía convencional por litiasis vesicular y fue dado de alta sin complicaciones; en enero del 2001 presentó un cuadro de ictericia obstructiva, por lo cual fue sometido a una PCRE, donde se evidenció litiasis intrahepática múltiple con dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, se decidió no extraerle los cálculos por esta vía, dado el número y el tamaño de estos, por lo que días después fue sometido a cirugía extrayéndole todos los cálculos, se realizó colangiografía intraoperatoria; en febrero del mismo año, tan solo a un mes de la intervención anterior, presenta otro cuadro de ictericia obstructiva, se sometió a una segunda PCRE, donde se evidencia litiasis en la vía biliar principal, deformación de las vías biliares y orificio fistuloso suprapapilar, en esta ocasión, se retiraron los cálculos vía endoscópica; en mayo de 2001, presentó un nuevo cuadro clínico de ictericia obstructiva, se realizó nuevamente una PCRE (Figura 1), donde se evidenció presencia de cálculos múltiples en las vías biliares intra y extra hepáticas, fue intervenido quirúrgicamente, con una exploración de vías biliares, extracción de cálculos, derivación colédoco-duodenal, colocación de dren flexible laminar, se realizó colangiografía intraoperatoria dando evidencia de que la vía biliar se encontraba limpia de cálculos; tres meses más tarde, en octubre del 2001, el paciente pre-

sentó nuevamente un cuadro de ictericia obstructiva, se le realizó otra PCRE, en donde se evidencia nuevamente litiasis intrahepática múltiple y fístula suprapapilar, se logra extraer los cálculos endoscópicamente.



Figura 1. PCRE, que muestra la presencia de cálculos en la vía biliar principal, además de una dilatación importante de los conductos.

En mayo del 2002, por un nuevo cuadro de ictericia obstructiva, se realizó una nueva PCRE, donde se encontró litiasis intrahepática múltiple, fístula bilio-digestiva, y se logra extraer los cálculos vía PCRE por el método de la canastilla (Figura 2).



Figura 2. PCRE, donde muestra la presencia de cálculos en las vías biliares principales, y su extracción por canastilla.

En agosto del 2002 el paciente presentó otro cuadro de ictericia obstructiva por lo que se le realiza una PCRE, donde se evidenció litiasis intrahepática además de una fístula biliodigestiva, mediante este procedimiento se le coloca una endoprótesis (stent), el cuadro se complicó a sepsis por colangitis, pasando a la unidad de cuidados intensivos, una vez estabilizado el paciente, se realizó una hepatoyeyuno

anastomosis término lateral en Y de Roux, lavado profuso y extracción de múltiples cálculos en las vías biliares.

Dos años después, en el 2004 (último cuadro) el paciente ingresó nuevamente por un cuadro de ictericia obstructiva, según lo encontrado en los exámenes bioquímicos no se encontró alteraciones de la función hepática. Ante la sospecha de un nuevo cuadro de litiasis en las vías biliares, se solicita una colangiografía (Figura 3), donde se evidencia la presencia de múltiples imágenes compatibles con cálculos en las vías biliares intra y extrahepáticas.

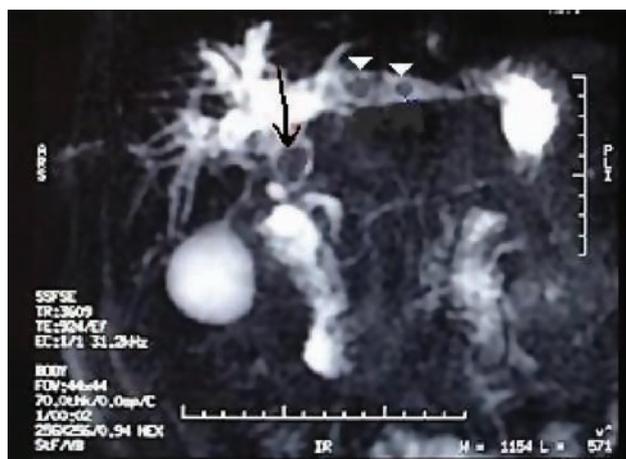


Figura 3. Colangiografía donde se aprecia un gran cálculo en la vía biliar principal (flecha) además se puede observar la rama biliar intrahepática izquierda con una gran cantidad de cálculos en su interior (cabezas de flecha).

Inmediatamente, el paciente fue programado a una nueva intervención quirúrgica, se le practicó una laparotomía con exploración de vías biliares, se abordó por la cara anterior de la anastomosis del hepático común con el yeyuno, por donde se empezó a explorar las vías en busca de cálculos, luego se procedió a realizar lavado profuso con ClNa 0.9% a alta presión utilizándose una jeringa de 100cc. El lavado se efectuó por un largo periodo, hasta que ya no se evidenció la salida de más cálculos. Los cálculos extraídos sumaron aproximadamente 130, el de mayor tamaño media 1.5 cm de diámetro y el de menor tamaño de 2 a 3 milímetros, todos de colesterol según se aspecto. Luego se procedió a ampliar la boca anastomótica, a expensas del conducto hepático izquierdo. Después de una semana en postquirúrgico fue dado de alta en condiciones favorables.

Caso 2

Paciente mujer de 27, ingresó al hospital por un cuadro de ictericia obstructiva.

Historia: en el año 1997 fue intervenida quirúrgicamente por litiasis vesicular, con colecistectomía convencional; en noviembre de 2003 fue internada por un cuadro de sepsis por colangitis y pancreatitis, una vez resuelto el problema de la sepsis, se programó para una intervención quirúrgica

donde se le practicó una laparotomía con exploración de las vías biliares, se le extraen varios cálculos intrahepáticos y se coloca un dren Kerh.

En febrero de 2004 se presentó un nuevo cuadro de ictericia obstructiva. Se realiza una PCRE en donde se evidencia litiasis intrahepática izquierda, se intentan extraer los cálculos mediante esta vía, pero no fue posible, luego del procedimiento la paciente presentó colangitis y pancreatitis por lo que fue internada en el servicio de cuidados intensivos donde evolucionó favorablemente; en mayo de 2004 (último cuadro) fue intervenida quirúrgicamente, realizándose una nueva laparotomía con exploración de las vías biliares y remoción de cálculos intrahepáticos.

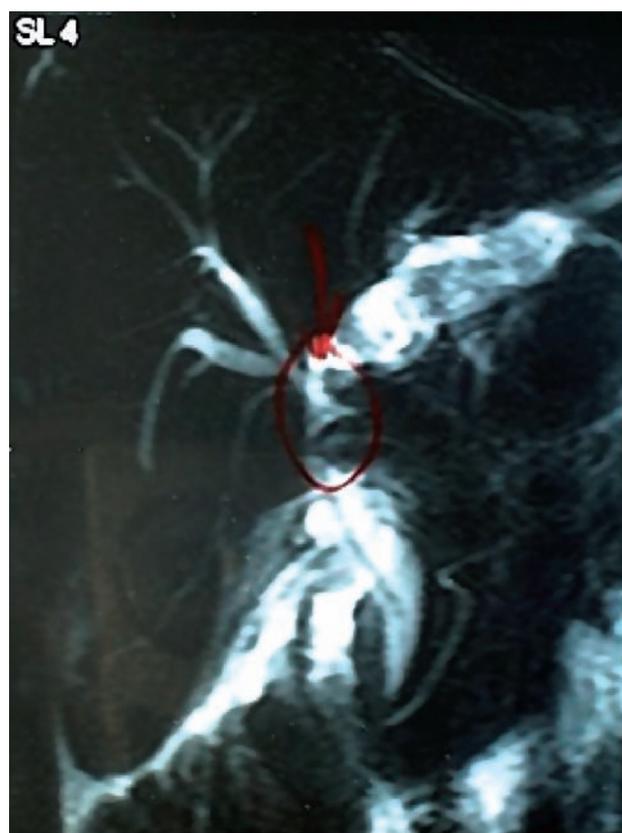


Figura 4. Colangiografía que muestra la presencia de litiasis en la vía biliar principal. Se observa además una dilatación de la rama hepática izquierda.

DISCUSIÓN

La mayor cantidad de reporte de casos sobre litiasis intrahepática, provienen de China, Japón, Taiwan y Korea entre otros, sin embargo no es raro encontrar reportes de esta entidad en otras partes del mundo⁽¹⁾.

La etiología es motivo de discusión, usualmente se asocia a estenosis de las vías biliares, pero se desconoce si esto es una consecuencia o la causa de la enfermedad,⁽²⁾⁽³⁾ se considera como un proceso secundario a estenosis, contaminación bacteriana o parasitaria de la bilis,⁽⁴⁾⁽⁵⁾

algunos postulan que los cálculos pueden formarse primero en las vías intrahepáticas, otros piensan que los cálculos se forman primero en la vesícula biliar, luego migran al colédoco y finalmente a las vías intrahépatas.⁽⁶⁾ Se ha postulado que la etiología es diferente para los países del sudeste asiático que para el mundo occidental, mientras que los últimos las principales causas serían la estasis biliar y enfermedades como la de Caroli,⁽⁷⁾⁽⁸⁾ en los países del sudeste asiático principalmente están las infecciones.

No hay diferencia de prevalencia entre ambos sexos; suele presentarse en mayor proporción en las áreas rurales y en estratos socioeconómicos bajos.

Existe una relación entre la hepatolitiasis y el colangiocarcinoma, se ha encontrado coexistencia en alrededor del 0,36- 13% de los pacientes, con mayor frecuencia asociado a colangitis.⁽⁹⁾

La ecografía abdominal y la tomografía tienen una sensibilidad diagnóstica menor en comparación con la colangiografía que es el método de elección ampliamente utilizado para la exploración de todo el árbol biliar. La tomografía también suele recomendarse, pues muestra además el estado del parénquima hepático, lo cual es necesario para el tipo de manejo a seguir. Los análisis de laboratorio muestran elevación de la bilirrubina, GGT, la fosfatasa alcalina y las transaminasas en la mayoría de los casos.⁽¹⁰⁾

La clínica se basa en una historia de dolor en el hipocóndrio derecho e ictericia, además de antecedentes quirúrgicos por litiasis vesicular y recidivas. Además están los casos en donde la clínica se presenta con complicaciones que, de manera frecuente, necesitan cirugía como son la colangitis supurativa, hemobilia y abscesos hepáticos.

El tratamiento temprano de la litiasis intrahepática es mandatorio, por el riesgo de colangitis o colangitis secundaria esclerosante con subsiguiente riesgo de cirrosis biliar secundaria.⁽²⁾ Las técnicas están orientadas básicamente a la eliminación de los cálculos y al tratamiento de lesiones en las vías biliares para prevenir las recurrencias.

El abordaje no quirúrgico está reservado para pacientes con presentación recurrente, enfermedad bilobar con alto riesgo quirúrgico, consta de colangiografía transhepática percutánea con o sin litotricia, abordaje a través de tubo en T, o papilotomía transduodenal asociada o no a litotricia.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

La hepatoyeyunostomía para tratar la hepatolitiasis actualmente se discute debido a la alta tasa de recidivas y colangitis postoperatoria que suele presentar; esta técnica no permite un adecuado drenaje de los cálculos, y se propone en indicaciones muy específicas: hepatolitiasis que complica las vías extrahepáticas o cuando es secundaria a alguna estenosis, que necesiten plástia, en hepatolitiasis asociada a dilatación congénita de las vías biliares cuya dilatación deba ser corregida. Disfunción de la papila de Vater, especialmente en caso de estenosis fibrotica de la misma.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ La coloscopia es fundamental para comprobar si se ha removido todos los cálculos.

Actualmente los estudios con mayor casuística indican que la resección hepática, cuenta con la menor tasa de recidiva en estudios a largo plazo. La resección hepática está indicada en pacientes con litiasis intrahepática de un solo lóbulo, en pacientes con atrofia hepática, abscesos hepáticos múltiples secundarios a colangitis, pacientes con estenosis intrahepáticas múltiples y colangiocarcinoma; en los pacientes con enfermedad bilobar, se recomienda una hepatectomía izquierda y tratamiento percutáneo del lóbulo derecho.⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁷⁾

REFERENCIAS

1. LU S, YAN L, RAO L, et al. Down stream involvement of the bile duct in hepatolithiasis. *Chin Med J* 2002;115:62-64.
2. FAN ST, WONG J. Complications of hepatolithiasis. *J Gastroenterol Hepatol* 1992;7:324-327.
3. MATSUMOTO Y, FUJII H, ITAKURA J, et al. Congenital dilatation and stricture of the bile duct as a cause of primary intrahepatic calculi. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1996;97:611-617.
4. MATTHEWS J, BAER H, SCHWEIZER W. Recurrent cholangitis with and without anastomotic stricture after biliary-enteric bypass. *Arch Surg* 1993;128:269-272.
5. PILANKAR KS, AMARAPURKAR AD, JOSHI RM, et al. Hepatolithiasis with biliary ascariasis a case report. *BMC Gastroenterology* 2003;3:35-38.
6. PAN GD, YAN LN, LI B, LU SC, ZENG Y, WEN TF, et al. Liver transplantation for patients with hepatolithiasis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2005;4:345-349.
7. DI CARLO I, SAUVANET A, BELGHITI J. Intrahepatic lithiasis: a western experience. *Surg Today* 2000;30:319-322.
8. ROS E, NAVORRO S, BRU C, et al. Ursodeoxycholic acid treatment of primary hepatolithiasis in Caroli's syndrome. *Lancet* 1993;342:404-406.
9. CHEN MF, JAN Y, HWANG TL, JENG LB, YEH TS. Impact of concomitant hepatolithiasis on patients with peripheral cholangiocarcinoma. *Dig Dis Sci* 2000;45:312-316.
10. RAMIA JM, PALOMEQUE A, MUFFAK K, VILLAR J, GARROTE D, FERRON JA. Indications and therapeutic options in hepatolithiasis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006;98:597-604.
11. BONNEL D, LIGUORY C, LEFEBVRE JF, et al. Traitement percutané de la lithiase intra-hépatique. *Gastroenterol Clin Biol.* 2001;25:581-588.
12. SHEEN-CHEN SM, CHENG YF, CHEN FC, et al. Ductal dilatation and stenting for residual hepatolithiasis: a promising treatment strategy. *Gut* 1998;42:708-710.
13. MAZZARIELLO RM. A fourteen-year experience with

-
- nonoperative instrument extraction of retained bile duct stones. *World J Surg* 1978;2:447-455.
14. HOCHBERGER J, BAYER J, MAY A, et al. Laser lithotripsy of difficult bile duct stones: results in 60 patients using a rhodamine 6G dye laser with optical stone tissue detection system. *Gut* 1998;43:823-829.
15. YUAN CY, YUAN CC, YUAN TK. A reevaluation of 202 patients after surgical removal of intrahepatic stones: with special emphasis on intrahepatic biliary stricture. *J Formos Med Assoc* 1990;89:373-377.
16. LI SQ, PENG B, LAI JM, LU MD, LI DM. Hepaticojejunostomy for hepatolithiasis: A critical appraisal. *World J Gastroenterol* 2006;12:4170-4174.
17. ANDERSSON R, TRANBERG KG, BENGMARK S. Liver resection for intrahepatic stones. *HPB Surg* 1990;2:145-147.