

Artículo original

Colédocolitiasis y embarazo: presentación de cuatro casos **Choledocholithiasis and pregnancy: presentation of four cases**

Dra. Cecilia Vázquez

Residente de Clínica de Gastroenterología. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina UdelaR. Montevideo.

Dra. Rosario Morán

Residentes de Clínica de Ginecología. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina UdelaR. Montevideo.

Dra. Paula Oholeguy

Residentes de Clínica de Ginecología. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina UdelaR. Montevideo.

Dr. Daniel Labandera

Postgrado de Clínica de Gastroenterología. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina UdelaR. Montevideo.

Dr. Nicolás González

Asistente de Clínica de Gastroenterología. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina UdelaR. Montevideo.

RESUMEN: Arch Med Interna 2010 - XXXII (2-3):27-30

Introducción: En el transcurso del embarazo se producen algunos cambios hormonales que aumentan el riesgo para la formación de litiasis biliar, si bien es poco frecuentes que se produzcan síntomas o complicaciones relacionados con esta eventualidad. **Objetivos:** Describir la forma de presentación, tratamiento, evolución y resultado obstétrico de cuatro pacientes que presentaron colédocolitiasis durante la gestación. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de cuatro pacientes embarazadas con clínica de colestasis y ecografía de abdomen que informaba colédocolitiasis y/o dilatación del colédoco que se atendieron entre octubre y noviembre del 2009 en el servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas. **Resultados:** La edad media de las pacientes fue 25 años y la edad gestacional media fue 29 semanas. Todas las pacientes presentaron buena evolución clínica y paraclínica con el tratamiento médico indicado requiriendo solamente una paciente tratamiento quirúrgico. Ninguna de las pacientes presentó complicaciones durante el embarazo y no se observaron complicaciones obstétricas. **Conclusiones:** Si bien la colédocolitiasis sintomática durante el embarazo es una patología poco frecuente trae dificultades en el manejo de esta patología debido a la poca experiencia existente con las distintas opciones terapéuticas disponibles. Según lo observado en este trabajo una opción terapéutica válida lo constituye el tratamiento médico conservador, con seguimiento estricto clínico y paraclínico de las pacientes y posteriormente en el post-parto la resolución de la patología.

Palabras clave: Embarazo, Colédocolitiasis, Colangiografía endoscópica retrógrada.

SUMMARY: Arch Med Interna 2010 - XXXII (2-3):27-30

Introduction: The hormone changes seen during pregnancy increase the risk of the occurrence of biliary stones; however, it is rare for lithiasis to cause any symptoms or complications. **Objectives:** To describe the mode of onset, therapy, course and obstetric outcome of four patients that presented with choledocholithiasis during pregnancy. **Patients and methods:** This is a descriptive study on four pregnant patients with clinical cholestasis and abdominal ultrasounds reported as choledocholithiasis and/or dilation of the common bile duct, seen from October to November 2009 at the Gynecology Department of the Clinicas Hospital. **Results:** The patients' mean age was 25 years, and the mean gestational age was 29 weeks. All the patients had a good clinical and laboratory course with the medical treatment prescribed, and only one patient required surgery. None of the patients had any complications during pregnancy and they did not experience any obstetric complications. **Conclusions:** Although symptomatic choledocholithiasis during pregnancy is rare, the fact that it occurs during pregnancy hinders the management of this condition, given the staff's scarce experience with the different therapeutic options available. The study shows that conservative medical therapy is a valid choice; however, it requires a strict clinical and laboratory monitoring of the patients, as well as follow-up after childbirth, to check resolution of the ailment.

Keywords: Pregnancy, Choledocholithiasis, Endoscopic Retrograde Cholangiography.

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo ocurren cambios hormonales fisiológicos que favorecen la formación de litiasis biliar: aumento de progesterona que produce estasis biliar, e incremento de estrógenos circulantes que producen un aumento en la secreción de colesterol hacia la bilis. La ingesta de anticonceptivos orales en mujeres jóvenes, la edad, la obesidad y la multiparidad (más de 4 embarazos) son también predisponentes⁽¹⁾.

Los síntomas de colédocolitiasis son poco frecuentes durante el embarazo (1 en 1.200 embarazos)⁽²⁾. El manejo de estas pacientes es complejo, por la escasa experiencia que la mayoría de los centros tienen en las diferentes opciones terapéuticas. Una de las opciones es adoptar una conducta expectante y si la evolución lo permite realizar la extracción de la colédocolitiasis en el postparto. Otros autores plantean que la colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPER) es el tratamiento de elección en estos casos⁽³⁾ (primer caso reportado en 1990)⁽⁴⁾, dado que es un procedimiento mínimamente invasivo, que permite solucionar la patología en forma definitiva o utilizarse como temporizador para realizar luego la colecistectomía con exploración quirúrgica de la vía biliar principal en el posparto. El mayor inconveniente de realizar una CPER terapéutica durante el embarazo es la exposición del feto a radiaciones ionizantes, aunque no es una contraindicación absoluta si el procedimiento se encuentra correctamente indicado. Varios estudios demostraron que la CPER es efectiva y segura durante el embarazo⁽⁵⁻⁹⁾.

Otra posibilidad es la realización de tratamiento quirúrgico pero esta conducta es preferible evitarla durante el embarazo para disminuir el riesgo de complicaciones como amenaza de parto pretérmino o aborto espontáneo⁽³⁾.

OBJETIVOS

Describir la forma de presentación, tratamiento, evolución y resultado obstétrico de 4 pacientes que presentaron colédocolitiasis durante el embarazo en el Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de cuatro pacientes embarazadas con clínica de colestasis que fueron vistas entre octubre y noviembre del 2009 en el servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas. En todos los casos se contó con ecografía de abdomen evidenciando la presencia de colédocolitiasis. Tres pacientes se cursaban el segundo trimestre de gestación y una el tercero. Todas fueron evaluadas con hepatograma, hemograma y amilaseamia. En todos los casos se le inició tratamiento médico conservador basado en reposo

digestivo, sueroterapia, antibióticos, analgesia intravenosa. Se realizó maduración fetal con corticoides a dos de ellas. Fueron valoradas por un equipo multidisciplinario formado por ginecólogo, cirujano y gastroenterólogo.

RESULTADOS

La edad media de las pacientes fue 25 años (rango entre 17 y 29 años). La edad gestacional media fue 29 semanas (rango 17 a 37). Los datos demográficos y de laboratorio se muestran en la Tabla I, los hallazgos ecográficos en la Tabla II y el tratamiento, evolución y resultado obstétrico en la Tabla III.

Todas las pacientes presentaron buena evolución clínica y paraclínica (retroceso de sintomatología y de valores de colestasis) con el tratamiento médico indicado. En ningún caso se realizó CPER y sólo a una paciente se le indicó tratamiento quirúrgico (colecistectomía laparoscópica con exploración de la vía biliar principal) durante el embarazo por encontrarse en una etapa temprana de la gestación (semana 17) para evitar o disminuir la probabilidad de que ocurriera una complicación durante el embarazo.

Sólo una paciente se presentó con un síndrome colédociano completo (dolor, ictericia y fiebre) acompañado de leucocitosis.

En el resto de las pacientes se decidió una conducta expectante con estricto control clínico y paraclínico hasta el parto, luego del cual dos recibieron tratamiento quirúrgico para resolución de la patología biliar, estando la tercera en valoración prequirúrgica. Es de destacar que ninguna de las pacientes presentó complicaciones durante este tiempo que tuvo una media de duración de 2,5 semanas (rango de 0 a 5 semanas).

No se observaron complicaciones obstétricas, todos los casos ingresaron espontáneamente en trabajo de parto. Dos de las pacientes tuvieron un parto pretérmino que en ambos casos fue leve (semanas 35 y 36) y uno ocurrió en un embarazo gemelar.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La colédocolitiasis durante el embarazo es una patología que produce síntomas con poca frecuencia, pero que

Tabla II. Resultados ecográficos.

Pte	Vesícula	Colédoco
1	Múltiples litiasis móviles	10 mm, litiasis de 6 mm
2	Múltiples litiasis	11 mm, impresiona litiasis
3	Múltiples litiasis móviles	11 mm, distal oculto por gases
4	Imagen polipoidea 6 mm, ¿barro biliar?	25 mm, litiasis 19 mm

Tabla I. Datos demográficos y de laboratorio.

Pte	Edad	EG	Síntomas			BT/BD (mg/dl)	FA/GGT (UI/l)	AST/ALT (UI/l)	GB (/mm ³)	Amilasa (UI/l)
			Dolor	SP	Fiebre					
1	26	17	Sí	Sí	No	3.3/2.3	213/88	164/231	6.940	40
2	29	37	Sí	Sí	Sí	4.5/4.3	910/25	69/148	21.000	674
3	17	30	Sí	Sí	No	4.6/3.2	255/137	301/307	8.000	37
4	27	33	Sí	Sí	No	5.3/4.5	1.346/116	43/64	5.540	42

EG: edad gestacional. SP: síndrome pigmentario.

Tabla III. Tratamiento, evolución y resultado obstétrico.

Pte	Tto	Evolución			Resultado obstétrico		
		Clínica	BT/GGT	Q	Vía	Causa	Semana
1	M/Q	Buena	1.1/74	Sem 20 gestación	Continúa gestación sin complicaciones		
2	M	Buena	1.9/56	Pendiente	Cesárea	Polisistolía + fibrosis cérvix	37 (T)
3	M	Buena	0.96/71	Día 20 puerperio	Cesárea	Embarazo gemelar	35 (PT leve)
4	M	Buena	2.5/96	Día 20 puerperio	Parto	Inicio T de P espontáneo	36 (PT leve)

M: médico. Q: quirúrgico. T: término. PT: pretérmino. T de P: trabajo de parto.

potencialmente puede complicarse con aumento de la morbi-mortalidad tanto para la madre como para el feto⁽³⁾. Asimismo se ha visto que la colangitis se asocia a parto pretérmino⁽¹⁰⁾.

Respecto a la resolución de esta patología existen varias opciones terapéuticas: tratamiento conservador, ERCP, cirugía abierta o laparoscópica.

Según lo observado en este trabajo una opción terapéutica válida lo constituye el tratamiento médico conservador, con seguimiento estricto clínico y paraclínico de las pacientes y resolución de la patología litiásica en el posparto.

Otra posibilidad recomendada por varios trabajos es la realización de una CPER con esfinterotomía, previo tratamiento médico basado en reposo digestivo, sueroterapia y antibióticos i/v. Dicha técnica endoscópica es eficaz y segura durante el embarazo^(4-9,11), aunque puede complicarse con pancreatitis post-CPER, hemorragia, colangitis o perforación como también ocurre fuera del mismo⁽¹¹⁾.

La realización de CPER durante el embarazo enfrenta dificultades y riesgos adicionales con respecto al paciente estándar. Dichos riesgos tienen que ver fundamentalmente con la exposición a radiaciones ionizantes y el riesgo anestésico materno fetal.

Las radiaciones ionizantes conllevan el potencial de daño fetal, aumentando los riesgos de muerte intrauterina, teratogénesis, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro y cáncer en la niñez. Dicho riesgo es proporcional a la edad gestacional al momento de la intervención y la dosis de radiación recibida, estableciéndose la dosis teratogénica en 10 RADS, la cual está muy lejos de los 310 mRADS que produce un procedimiento de CPRE con una media de 3,2 minutos de exposición fluoroscópica⁽¹²⁾.

A pesar de la seguridad que brinda la baja dosis de exposición de un procedimiento de CPRE convencional, algunos autores plantean la dificultad de establecer la real magnitud de la radiación recibida en base al tiempo de exposición y la falta de estudios que midan el impacto a largo plazo de dicha exposición sobre el riesgo de desarrollo de cáncer en la niñez⁽³⁾.

Existen diversas series que evalúan la seguridad de la CPRE durante el embarazo, concluyendo que el mismo puede ser llevado a cabo con seguridad si se toman medidas precautorias que minimicen la exposición fetal a radiaciones y el riesgo anestésico^(4,6,13).

Otros autores se inclinan por un abordaje diferente, planteando la realización del procedimiento sin apoyo radioscópico, con la idea de que toda exposición radiante es nociva para el feto siendo este el único abordaje que evita el riesgo teórico de daño fetal, aun con las dosis bajas de radiación de un procedimiento estándar.

Así la CPRE sin radiación plantea la realización del procedimiento sin control radiológico realizando la canulación de la papila y posterior drenaje del colédoco previo pasaje de una guía utilizando la salida de bilis como parámetro de

correcta canulación de la vía biliar y la posterior evolución clínica analítica como parámetro del drenaje biliar. Dicho procedimiento puede complementarse con la realización de ecografía transparietal y/o ecoendoscópica a los efectos de valorar la vía biliar principal y el correcto posicionamiento de stents o prótesis que pudieran ser colocadas⁽³⁾.

Otros autores plantean un tratamiento en dos etapas procediendo a la realización de CPRE sin control radioscópico durante el embarazo para proceder luego de la finalización del mismo, a la realización de un procedimiento convencional con colangiografía que certifique una vía biliar libre y expedita⁽¹⁴⁾.

En cuanto al riesgo anestésico se ha comprobado la seguridad de este procedimiento utilizando los agentes habituales de sedación profunda, siempre que se adopten las medidas de seguridad necesarias para evitar el deterioro materno fetal⁽⁵⁾.

CONCLUSIONES

La colédocolitis sintomática durante el embarazo es poco frecuente siendo el manejo de estas pacientes complejo dado que existe poca experiencia con las diferentes opciones terapéuticas disponibles. Según lo observado en este trabajo una opción terapéutica válida es el tratamiento médico conservador, con seguimiento estricto clínico y paraclínico de las pacientes y posteriormente en el post-parto la resolución de la patología litiásica. En caso de que sea necesario realizar un tratamiento intervencionista sobre la vía biliar durante el embarazo la evidencia disponible indica que la realización de CPRE es segura y debe tenerse en cuenta en el algoritmo terapéutico de la colédocolitis.

Ante toda paciente que cursando un embarazo se presente con patrón colestático, se debe pensar en patologías propias de la gestación, como la colestasis gravídica. Por esto, es importante destacar la importancia de la realización de una ecografía abdominal, técnica no invasiva e inocua, a toda paciente embarazada con colestasis, la cual permite establecer si el origen es de causa intra o extrahepática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sleisenger M, Feldman M, Friedman L. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 7ª Edición. 2002. Capítulo 55 Litisias biliar y sus complicaciones 1126-1152.
2. McKay AJ, O'Neill J, Imrie CW. Pancreatitis, pregnancy and gallstones. Br J Obstet Gynaecol 1980; 87: 47-50.
3. Akcakaya A, Veli Ozkan O, Okan I, Kocaman O, Sahin M. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography during pregnancy without radiation. World J Gastroenterol 2009 august 7; 15(29): 3649-3652.
4. Menees S, Elta G. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography during pregnancy. Gastrointest Endosc Clin N Am 2006

- Jan;16(1):41-57.
5. Jamidar PA, Beck GJ, Hoffman BJ, Lehman GA, Hawes RH, Agrawal RM, Ashok PS, Ravi TJ, Cunningham JT, Troiano F. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in pregnancy. *Am J Gastroenterol* 1995; 190: 1263-1267.
 6. Tham TC, Vandervoort J, Wong RC, Montes H, Roston AD, Slivka A, Ferrari AP, Lichtenstein DR, Van Dam J, Nawfel RD, Soetikno R, Carr-Locke DL. Safety of ERCP during pregnancy. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 308-311.
 7. Farca A, Aguilar ME, Rodriguez G, de la Mora G, Arango L. Biliary stents as temporary treatment for choledocholithiasis in pregnant patients. *Gastrointest Endosc* 1997; 46: 99-101.
 8. Kahaleh M, Hartwell GD, Arseneau KO, Pajewski TN, Mullick T, Isin G, Agarwal S, Yeaton P. Safety and efficacy of ERCP in pregnancy. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 287-292.
 9. Sungler P, Heinerman PM, Steiner H, Waclawiczek HW, Holzinger J, Mayer F, Heuberger A, Boeckl O. Laparoscopic cholecystectomy and interventional endoscopy for gallstone complications during pregnancy. *Surg Endosc* 2000; 14: 267-271.
 10. Creasy RK, Resnik R. The gallbladder and biliary tract. *Maternal fetal medicine*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1999; p. 1076-7.
 11. Tang SJ, Mayo MJ, Rodríguez-Frías E, Armstrong L, Tang L, Sreenarasimhaiah J, Lara LF, Jockey DC. Safety and utility of ERCP during pregnancy. *Gastrointest Endosc*. 2009 Mar;69(3pt 1):453-61.
 12. Quan WL, Chia CK, Yim HB. Safety of endoscopic procedures during pregnancy. *Singapore Med J* 2006;476-525.
 13. Gupta R, Tandam M, Lakahtakia S, Santosh D, Rao GV, Reddy DN. Safety of therapeutic ERCP in pregnancy – an Indian experience.
 14. Sharma SS, Maharshi S. Two Stage Endoscopic Approach for Management of Choledocolithiasis during Pregnancy. *J Gastrointestin Liver Disease*. June 2008 Vol.17 No 2, 183-185.