

REPORTE DE CASO

Medicina

Ictericia obstructiva de origen litiásico con coledocolitiasis múltiple resuelta mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Caroline Hidalgo Marán¹, Zara Escobar Benítez¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 26 de junio de 2024

Publicado: 14 de marzo de 2025

DOI: [10.5281/zenodo.21920989](https://doi.org/10.5281/zenodo.21920989)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso de ictericia obstructiva litiásica con antecedente de dolor biliar prolongado, resuelto mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). **Métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 63 años, hipertensa, con un cuadro de aproximadamente 2 años de evolución de dolor cólico en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio y dorso, controlado parcialmente con analgésicos de venta libre, que 12 días antes del ingreso desarrolló ictericia, coluria y acidez. **Resultados:** La ecografía abdominal mostró un colédoco dilatado de 10 mm y microlitiasis vesicular múltiple. El control laboratorio evidenció elevación del perfil hepático, hiperbilirrubinemia de predominio directo y marcador tumoral CA 19-9 por encima del rango. Tras la evaluación quirúrgica, la paciente ingresó con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico e hipertensión arterial grado 2, presentó una infección urinaria intercurrente en el segundo día de internación, y en el tercer día se realizó una CPRE con precorte, papilotomía, dilatación con balón y extracción de múltiples cálculos mediante canastilla de Dormia, sin complicaciones, con buen drenaje del contraste al finalizar el procedimiento. La paciente evolucionó favorablemente, sin contraindicación para la colecistectomía posterior. **Conclusión:** Este caso ilustra la presentación clásica de la coledocolitiasis con dolor

Autor corresponsal: Zara Escobar Benítez. Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay
Correo electrónico: zara.escobar.105@docentes.uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-040-PJC-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

biliar prolongado y automedicación previa a la aparición de ictericia, y confirma la utilidad de la CPRE como método diagnóstico y terapéutico de primera línea para la extracción de cálculos de la vía biliar principal.

Palabras clave: ictericia obstructiva, coledocolitiasis, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, litiasis biliar, papilotomía, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La ictericia obstructiva se produce por la interrupción del flujo biliar normal hacia el duodeno, y puede originarse en causas benignas —como la coledocolitiasis— o malignas, incluidas la estenosis de la vía biliar, los tumores pancreáticos y la enfermedad metastásica. Con frecuencia se acompaña de manifestaciones bioquímicas de colestasis, como hiperbilirrubinemia y elevación de la fosfatasa alcalina y la gamma-glutamilttransferasa, junto con signos clínicos que incluyen coloración amarillenta de piel y mucosas, prurito, acolia, coluria y, en ocasiones, dolor (1).

El diagnóstico definitivo de la coledocolitiasis se apoya en estudios de imagen, entre los que la ecografía abdominal constituye la primera línea, mientras que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica combina la capacidad diagnóstica con la posibilidad terapéutica de extracción de los cálculos mediante esfinterotomía o papilotomía, dilatación de la vía biliar y exploración con canastilla; su papel en el manejo de los cálculos de la vía biliar principal está ampliamente documentado como estrategia de primera línea, particularmente cuando se combina con una adecuada selección de la técnica de canulación (2,3).

La litiasis biliar es una condición prevalente en la población general, con una asociación consistente con el exceso de masa grasa corporal y con otros factores metabólicos y dietéticos, lo que explica en parte su alta frecuencia en estudios poblacionales de distintas regiones (4,5). Se presenta el caso de una mujer de mediana edad con coledocolitiasis sintomática de larga evolución, con el objetivo de ilustrar su presentación clínica, el proceso diagnóstico y la resolución mediante CPRE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe el caso de una mujer de 63 años, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento regular con atenolol 50 mg/día, que refería un cuadro de aproximadamente 2 años de evolución de dolor en hipocon-

drio derecho, irradiado a epigastrio y al dorso, de tipo cólico e intenso, que se exacerbaba con la ingesta de alimentos copiosos y cedía parcialmente con un analgésico combinado de dipirone e ibuprofeno de venta libre. Aproximadamente 12 días antes del ingreso, la paciente percibió tinte icterico en piel, mucosas y esclerótica, acompañado de acidez y coluria; negaba acolia y otros síntomas asociados.

RESULTADOS

Al examen físico se constató coloración icterica de piel y esclerótica, tendencia a la hipertensión, y un abdomen globuloso a expensas de tejido celular subcutáneo, blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio.

La ecografía abdominal mostró un colédoco dilatado de 10 mm de calibre y una vesícula biliar distendida, de pared fina, con múltiples imágenes de microlitiasis en su interior. El control laboratorio evidenció elevación del perfil hepático, bilirrubinas elevadas de predominio directo y marcador tumoral CA 19-9 por encima del rango. Tras la evaluación por el servicio de cirugía, se decidió el ingreso hospitalario en clínica quirúrgica con los diagnósticos de hipertensión arterial grado 2 y abdomen agudo quirúrgico, iniciándose tratamiento médico y estudios complementarios. En el segundo día de internación, la paciente presentó una infección de vías urinarias, que se manejó con control laboratorio y tratamiento antibiótico.

En el tercer día de internación se realizó una CPRE, con el siguiente hallazgo: canulación selectiva de la vía biliar con guía hidrofílica previo precorte, sin complicaciones; papila tónica recubierta por mucosa de aspecto normal. Tras la administración de contraste se observó un colédoco de 12 mm de diámetro con varias imágenes de falta de relleno compatibles con litiasis, vías biliares intrahepáticas no dilatadas, y el conducto de Wirsung no canulado. Se realizó papilotomía bajo guía hidrofílica con buen control de la hemostasia, dilatación de la vía biliar con balón de 10 mm, y exploración con canastilla

de Dormia con extracción de varios cálculos, con buen drenaje posterior del contraste, sin complicaciones. La conclusión del procedimiento fue pancoledocolitiasis con colédoco dilatado, vías biliares intrahepáticas no dilatadas, papilotomía y dilatación de la vía biliar principal sin complicaciones, y exploración con canastilla positiva para múltiples cálculos, sin defecto de relleno residual en el control final. Se indicó control evolutivo, sin contraindicación para colecistectomía posterior.

DISCUSIÓN

El curso clínico de esta paciente —dolor biliar cólico recurrente durante 2 años, controlado parcialmente con analgésicos de venta libre hasta la aparición de ictericia— es consistente con la evolución habitual de la litiasis biliar sintomática no resuelta, una condición cuya prevalencia se asocia de forma consistente con el exceso de masa grasa corporal y otros factores metabólicos en estudios poblacionales de distintas regiones (4,5).

El hallazgo ecográfico de un colédoco dilatado con microlitiasis vesicular múltiple orientó adecuadamente hacia el diagnóstico de coledocolitiasis, confirmado posteriormente mediante colangiografía directa durante la CPRE. La combinación de esfinterotomía endoscópica, dilatación con balón y exploración con canastilla de Dormia empleada en este caso es concordante con el abordaje terapéutico de primera línea descrito para los cálculos de la vía biliar principal, cuya elección de técnica depende de las características de los cálculos y de la anatomía peripapilar (2,3).

En pacientes con ictericia obstructiva de etiología incierta, la evaluación bioquímica puede incluir marcadores tumorales como el CA 19-9; sin embargo, su interpretación exige cautela, dado que su elevación no es específica de malignidad y puede observarse también en el contexto de obstrucción biliar benigna con colestasis, por lo que su utilidad diagnóstica debe considerarse siempre en conjunto con los hallazgos de imagen y el contexto clínico, y no como criterio aislado (6). En el caso presentado, el CA 19-9 se encontró por encima del rango, hallazgo que se interpretó en el contexto de la obstrucción litiasica documentada por imagen y no como criterio diagnóstico de malignidad.

La infección urinaria intercurrente documentada durante la internación no debe interpretarse de forma aislada del cuadro biliar de base: la obstrucción de la vía biliar por cálculos predispone a la colonización bacteriana ascen-

dente y a la colangitis aguda, cuya identificación temprana mediante marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva y el índice neutrófilo-linfocito resulta relevante para anticipar un curso clínico más grave, y cuyo espectro bacteriano predominante —enterobacterias entéricas— coincide con el habitualmente implicado en las infecciones urinarias complicadas, lo que subraya la importancia de la vigilancia clínica activa en pacientes con obstrucción biliar documentada (7,8).

El manejo endoscópico realizado en este caso —incluida la necesidad de precorte para lograr la canulación selectiva de la vía biliar— es coherente con las recomendaciones vigentes para el manejo de la patología biliopancreática de origen litiasico, que enfatizan la importancia de una estrategia de canulación adecuada ante casos de canulación difícil, así como con la evidencia sobre la esfinterotomía profiláctica en pacientes con alto riesgo de eventos biliares recurrentes cuando la colecistectomía no es inmediatamente factible (9,10,11).

Si bien el procedimiento se completó sin complicaciones en este caso, la CPRE con esfinterotomía no está exenta de riesgos, y se han descrito complicaciones infrecuentes pero clínicamente relevantes, como el absceso hepático posterior al procedimiento o la colecistitis complicada con compromiso vascular asociado, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento clínico atento incluso después de un procedimiento técnicamente exitoso (12,13).

Este reporte tiene las limitaciones inherentes a la descripción de un caso único, que no permite establecer conclusiones generalizables sobre el curso de la coledocolitiasis sintomática de larga evolución. La automedicación con analgésicos durante 2 años, que alivió parcialmente el dolor sin resolver la causa subyacente, es un patrón de conducta relevante para la salud pública, dado que otros factores del estilo de vida —incluidos los patrones de sueño— se han asociado también al riesgo de litiasis biliar y podrían constituir objetivos adicionales de prevención (14). En conclusión, este caso confirma el valor de la CPRE como método diagnóstico y terapéutico de primera línea en la coledocolitiasis sintomática, y subraya la importancia de no subestimar el dolor biliar recurrente controlado únicamente con analgesia sintomática, dado el riesgo de complicaciones obstructivas e infecciosas de la vía biliar que este patrón de conducta puede enmascarar (15).

REFERENCIAS

1. Espinel J, Pinedo E. Coledocolitiasis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103(7):383. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082011000700011>
2. García-Cano J, Bermejo Saiz E. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101(8):580.
3. Wang X, Li Z. Management of common bile duct stones: a comprehensive review. *Front Surg.* 2025;12:1658784. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2025.1658784>
4. Mohite SU, Panse N, Kannan R, Tapkire R, Pradhan S, Gulia A, et al. Prevalence of gallstone disease in India: insights from a community-based cross-sectional study. *BMJ Public Health.* 2026;4(1):e004015. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-004015>
5. Wang Y, Hu G, Zhang S. Association between relative fat mass and increased prevalence of gallstone disease in American adults: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2026. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000047790>
6. Shintakuya R, Uemura K, Sumiyoshi T, Okada K, Harada T, Tazuma S, et al. Prognostic Value of Combined Carbohydrate Antigen 19-9 and Duke Pancreatic Monoclonal Antigen Type 2 Assessment in Biliary Tract Cancer. *Ann Surg Oncol.* 2026. <https://doi.org/10.1245/s10434-026-19488-2>
7. Angelescu C, Cozma MA, Mateescu RB, Bădăraș IA. Comparison of NLR and CRP in Identifying Organ Dysfunction-Based Severe Presentation of Acute Cholangitis in Patients with Choledocholithiasis: A Single-Center Retrospective Study. *Medicina (Kaunas).* 2026;62(5):815. <https://doi.org/10.3390/medicina62050815>
8. Dang QA, Ha TTH, Pham TVA. Acute Calculous Cholangitis: Causative Aerobic Bacteria and Antibiotic Susceptibility Patterns from a Retrospective Multicenter Study in Vietnam. *Life (Basel).* 2026;16(4):599. <https://doi.org/10.3390/life16040599>
9. Cárdenas-Jaén K, Guilabert L, Martínez-Moneo E, Mancilla C, Bispo M, Moutinho-Ribeiro P, et al. AEG-AESPANC-OPGE-SIED-SPG Ibero-Latin American Guidelines on Acute Pancreatitis (iLATAM-AP). *United European Gastroenterol J.* 2026. <https://doi.org/10.1002/ueg2.70190>
10. Tari E, Vincze Á, Czako L, Sandru V, Laursen SB, Cadoni S, et al. Prophylactic endoscopic sphincterotomy in patients unfit for cholecystectomy after an acute biliary pancreatitis episode (PROSECCO): study protocol for an open-label, two-armed, randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2026;16(4):e114897. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-114897>
11. Li QY, Yao WF, Qi Y, Wu YQ, Yao W, Kong L, et al. Superiority of Pancreatic Duct Stent-Assisted Biliary Cannulation for Difficult Biliary Cannulation During Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography After Unintentional Pancreatic Duct Access. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2026. <https://doi.org/10.1097/SLE.0000000000001440>
12. Asenov Y, Jeleve G, Vasilev I, Kunev B, Parunov M, Penkov N, et al. Percutaneous Drainage of a Post-ERCP Liver Abscess: Successful Management of a Rare Complication-A Case Report. *Clin Case Rep.* 2026;14(1):e71814. <https://doi.org/10.1002/ccr3.71814>
13. Meng R, Liu WH, Shi WN, Bai YP, Wang HB. Management of obstructive jaundice secondary to hemorrhagic cholecystitis following a high-altitude fall: A case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2026;14. <https://doi.org/10.1177/2050313X261429634>
14. Zhuang Y, Huang Y, Huang Y, Lin C, Xu B, Zeng Y, et al. Association of sleep disorder with increased risk of gallstone disease in adults in the United States: A cross-sectional study of NHANES (2017-2020). *J Int Med Res.* 2026. <https://doi.org/10.1177/03000605261418359>
15. Wu CH, Wong YC, Lin BC, Kang SC. Computed tomography-detected concurrent emphysematous cholecystitis and cholangitis with surgically proven ischemic bowel: A case report. *J Int Med Res.* 2026. <https://doi.org/10.1177/03000605261452442>