

Hepatitis a propósito de un caso

¹Dra. Anabel Garzón, ²Md. Santiago Rodríguez, ³Dr. Ivan Caceres

¹Médico Postgradista B5 de Gastroenterología | USFQ – HCAM

²Alumno do Programa de Pós-Graduação em: Hepatologia | UFCSPA – RS – Brasil - HCAM

³Médico tratante del Servicio de Gastroenterología

Enviado: 16-06-15 | Aceptado: 15-01-2016

Resumen

Introducción: La hepatitis es endémica de las regiones del sudeste asiático con una prevalencia que puede llegar hasta el 50%, pero es rara en el mundo occidental. El diagnóstico temprano y una detallada investigación son imprescindibles para el manejo adecuado, que es todo un reto debido a la alta tasa de recurrencia y complicaciones.

Caso: Paciente femenina de 24 años de edad sin antecedentes patológicos personales que ingresa a por un cuadro de ictericia de siete meses de evolución. Dolor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, intermitente. Siete días antes del ingreso inicia un cuadro de coluria y luego cefalea holocraneana. Los exámenes de laboratorio muestran hiperbilirrubinemia a expensas de las dos bilirrubinas (Directa 8.82 mg/dl y BI: 6.16 mg/dl), enzimas hepáticas elevadas (AST (SGOT) 138 mg/dl y ALT (SGPT): 116 mg/dl; Fosfatasa-Alkalina: 997 y GGT: 226 mg/dl).

Discusión: Las opciones terapéuticas están encaminadas a erradicar o disminuir los factores predisponentes para el desarrollo de colangiocarcinoma incluyéndose en este la recurrencia de la hepatitis. Pese a que el enfoque no quirúrgico es una herramienta diagnóstica y terapéutica no ha demostrado ventajas de su aplicación.

Palabras claves: Hepatitis, ictericia obstructiva, hepatectomía.

Abstract

Introduction: Hepatolithiasis is endemic in regions like Southeast Asia with a prevalence that may reach 50%, but in the Western world it is rare. The proper management requires a precise research and early diagnosis. This is a real challenge due to the high rate of recurrence and complications.

Case report: A twenty-four year-old female patient, was admitted with a six months history of jaundice. She complained of epigastric and upper right quadrant intermittent pain. A week before admission she presented coluria and headache. Lab-tests were the following: Conjugated bilirubin 8.82 mg/dl, unconjugated bilirubin 6.16 mg/dl, AST 138mg/dl, ALT 116 mg/dl, alkaline phosphatase 997mg/dl and GGT 226 mg/dl.

Discussion: Therapeutic alternatives are focused to eradicate predisposing risk factors of liver carcinoma, one of the is recurrent hepatitis. Though, the surgical approach is a diagnostic and therapeutic tool, there is no evidence of its advantages.

Keywords: hepatolithiasis, obstructive jaundice, hepatectomy.

Introducción

La Hepatitis es una entidad endémica en los países del sudeste asiático, donde su prevalencia puede alcanzar el 50%^{1,2}. Sin embargo, la globalización y la migración intercontinental han permitido la presencia de esta entidad en el mundo occidental. Se estima que su prevalencia puede ser de hasta el 1.3%^{1,3}.

La hepatitis se define como la presencia de cálculos en las vías biliares intrahepáticas, la misma que puede coexistir con la presencia de cálculos en el conducto biliar común (CBC) o en la vesícula biliar¹. La etiología no es muy clara pero factores mediambientales, nutricionales y genéticos contribuyen a su desarrollo. El objetivo del tratamiento es la extracción de los cálculos, prevenir la recurrencia de colangitis, descomprimir el árbol biliar y prevenir la disfunción hepática progresiva y el desarrollo de colangiocarcinoma^{1,4}.

Descripción del caso

Paciente femenina de 24 años de edad sin antecedentes patológicos personales que ingresa al hospital por un cuadro de ictericia en piel y mucosas de siete meses de evolución, con periodos fluctuantes de la intensidad del tinte icterico. Fue tratada con vitaminas antes de su ingreso. Refiere dolor tipo cólico a nivel del epigastrio e hipocondrio derecho que aparece en forma intermitente, con una intensidad 7/10, se irradia a región escapular. Una semana antes del ingreso presentó coluria y luego cefalea holocraneana, motivo por el cual acude al hospital. Al examen físico es notoria la ictericia, pero no hay otros hallazgos de importancia que señalar.

Los exámenes de laboratorio muestran alteración de las enzimas hepáticas: Bilirrubina Directa 8.82mg/dl, Bilirrubina Indirecta 6.16 mg/dl, AST (SGOT) 138 mg/dl y ALT (SGPT):116 mg/dl), Fosfatasa-Alkalina 997 mg/dl y GGT 226 mg/dl.

El ultrasonido de abdomen superior reporta un hígado de forma, ecogenicidad y tamaño conservado, con calcificaciones intrahepáticas. Vesícula de paredes delgadas, distendida, con pequeños cálculos en su interior. Vías biliares de calibre normal, colédoco mide 0.2 cm. Bazo de ecogenicidad homogénea, aumentado de tamaño, mide. 16.1cm x 6.1 cm.

La Colangiografía (Fig. 1,2) muestra un colédoco distal de 9 mm de diámetro. Presencia de imagen con vacío de señal en la convergencia de los conductos hepáticos en relación a cálculo. Dilatación a partir de este punto de las vías biliares intrahepáticas con múltiples imágenes con vacío de señal sugestivas de litiasis intrahepáticas.

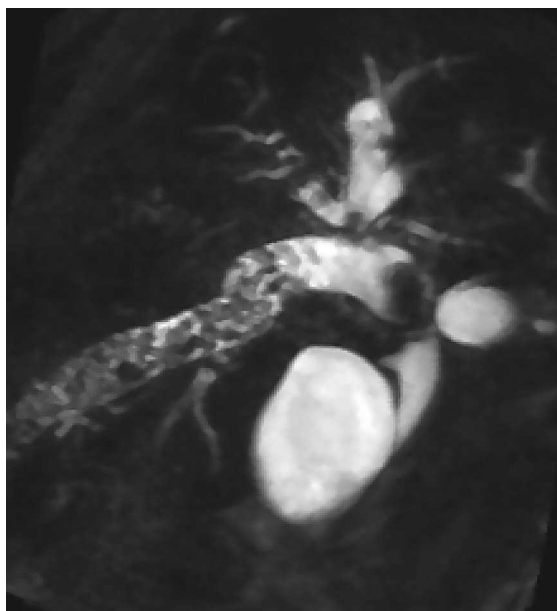


Figura 1A. Multicrolitiasis especialmente en CHD

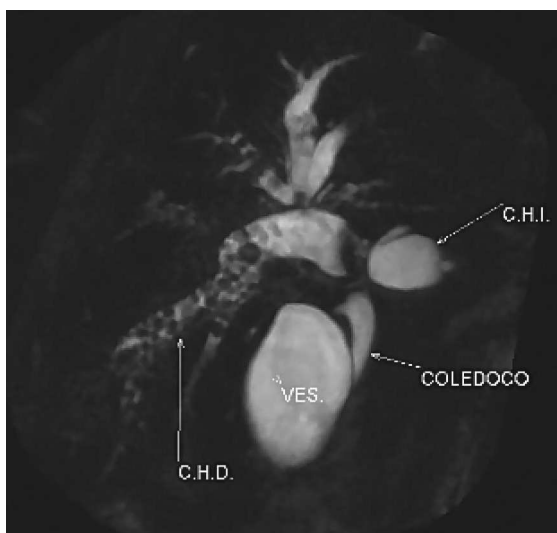


Figura 1B. Cálculo en conducto hepático común



Figura 2A. Colédoco moderadamente dilatado (9mm)

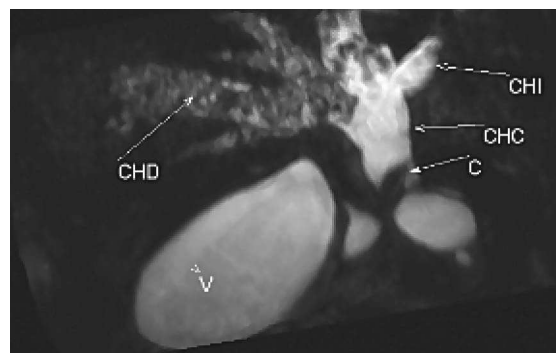


Figura 2B. Cálculo enclavado en conducto hepático común

La Colangiografía Retrograda Endoscópica (ERCP) reporta una papila desfleada, restos de bilis verde. Al contrastar el colédoco, hay un bloqueo en el sitio de la confluencia, donde el cálculo, a manera de medialuna, ocupa toda la luz e impide el paso de contraste hacia las vías intrahepáticas. Al pasar la canastilla de extracción el cálculo proximal se desvía hacia una pequeña rama izquierda. Con el contraste, el conducto de Wirsung lucía normal.

Con estos resultados, el staff gastro-quirúrgico recomienda tratamiento quirúrgico, por lo que la paciente fue sometida a cirugía de vías biliares. Los hallazgos operatorios fueron: hígado de aspecto cirrótico, vesícula biliar de paredes delgadas con cálculos en su interior, cístico fino y largo, colédoco dilatado de aproximadamente 1.5 cm, estenosis de conducto hepático derecho a nivel de confluencia, múltiples y abundantes cálculos pigmentarios en conducto hepático derecho y lodo biliar, vía biliar distal permeable, bazo aumentado de tamaño aproximadamente 20 x 15 x 15 cm.

El procedimiento realizado fue colecistectomía más exploración de la vía biliar y colocación de sonda Kehr más esplenectomía. La paciente egresó del hospital en buenas condiciones y sujeta a controles posteriores.

Discusión

La hepatitis es una entidad nosológica que se empieza a presentar en los países occidentales debido

a una alteración en la dinámica de las enfermedades a través del globo. Los cálculos en la hepatolitiasis son de dos tipos: de bilirubinato de calcio y de colesterol. Los casos presentados en países occidentales presentan cálculos compuestos predominantemente de colesterol. Pese a que su patogénesis no está bien definida, se cree que existe un metabolismo alterado del colesterol así como las estenosis de la vía biliar y las infecciones por bacterias productoras de β -glucuronidasas juegan un papel clave en la precipitación de la bilirrubina y formación de los cálculos⁵.

La hepatolitiasis es más frecuente en el lóbulo izquierdo debido a que el conducto hepático izquierdo coalesce con el CBC formando un ángulo agudo que ocasiona estasis biliar cuando se asocia a estenosis del árbol biliar⁶. La formación de cálculos intrahepáticos es multifactorial no se ha determinado un agente causal. Se asocia con el estasis biliar causada por estenosis postoperatorias, colangitis esclerosante o enfermedad de Caroli. El factor genético participa en este proceso y se cree que el gen "ob" tiene un rol en la modulación del metabolismo lipídico, así como niveles séricos relativamente bajos de leptina, colecistoquinina (CCK), lípidos y lipoproteínas reportados en el estudio de de Lei et al, tiene un rol en la formación^{1,7,8}.

Algunos pacientes cursan asintomáticos y la hepatolitiasis es un hallazgo incidental en los estudios de imagen, otros pacientes debutan con cuadros de dolor abdominal localizados en epigastrio o hipocondrio derecho, fiebre e ictericia obstructiva, que en su conjunto forman la triada de Charcot's, o con síntomas típicos de colangitis¹.

La morbilidad está relacionada con el desarrollo de colangitis a repetición, colangitis esclerosante secundaria, estenosis biliar, atrofia del parénquima, abscesos hepáticos y sepsis¹. Se ha sugerido que las infecciones crónicas, el estasis biliar y la irritación mecánica, causada por los litos, desarrollan hiperplasia de la mucosa y colangitis esclerosante crónica que trae consigo el desarrollo de colangiocarcinoma^{9,10}.

El sistema de Clasificación de Tsunoda basado en los hallazgos anatómicos intrahepáticos y el sistema

basado en los síntomas propuesto por el grupo de búsqueda de Hepatolitiasis puede ser usado para determinar el grado de severidad de esta entidad nosológica¹. Los test diagnósticos deben estar enfocados en localizar con precisión los cálculos, las estenosis del árbol biliar y los segmentos involucrados, así como excluir el desarrollo de colangiocarcinoma concomitante. El ultrasonido (US) es el test diagnóstico inicial, su utilidad radica en demostrar la presencia de cálculos intrahepáticos y la dilatación de la vía biliar.

La tomografía computarizada contrastada detecta la dilatación ductal e identifica con precisión el sitio anatómico en el cual se ubican los litos y las estenosis del sistema biliar; la colangiorresonancia contrastada ha demostrado una sensibilidad de hasta 92% en la detección de cálculos intraductales⁵, lastimosamente la inadecuada excreción del medio de contraste por un parénquima poco funcionante ha limitado su uso.

Los resultados del tratamiento se evalúan en términos de la extracción de los cálculos, descompresión del árbol biliar, la necesidad de disminuir la instrumentación de la vía biliar, prevenir el progreso de la disfunción hepática, prevenir el desarrollo del colangiocarcinoma y del control de la colangitis así como su recurrencia^{1,4}.

Para lograr estos objetivos disponemos de terapias tanto quirúrgicas como no quirúrgicas. Las terapias no quirúrgicas como la ERCP, la litotripsia con ondas de choque extracorpórea (ESWL) o la litotomía colangioscópica transhepática percutánea (PTCSL) son procedimientos ampliamente usados para la remoción de los cálculos y la dilatación de las estenosis del árbol biliar, útiles en caso de hepatolitiasis bilobar, sin anastomosis, o en aquellos casos en que el riesgo quirúrgico es muy alto y la expectativa de vida corta¹¹.

Con respecto a la resolución quirúrgica, la mayoría de estudios han demostrado que la resección hepática unilateral es ampliamente usada. Por otro lado, la hepatoyeyunoanastomosis no ha sido la solución ideal por la recurrencia de los síntomas. Todavía no se ha dilucidado cuál es el mejor tratamiento quirúrgico para estos pacientes^{4,12}.

Referencias

1. Sakpal SV, Babel N, Chamberlain RS. *HPB (Oxford)*. 2009 May; 11(3):194-202.
2. Catena M, Aldrighetti L, Finazzi R, Arzu G, Arru M, Pulitanò C et al. (2006) Treatment of non-endemic hepatolithiasis in a Western country. The role of hepatic resection. *Ann R Coll Surg Engl* 88:383-389.
3. Kayhan B, Akdogan M, Parlak E, Ozarslan E, Sahin B. (2007) Hepatolithiasis: a Turkey experience. *Turk J Gastroenterol* 18:28-32.
4. Herman P, Perini MV, Pugliese V, Pereira JC, Machado MA, Saad WA, D'Albuquerque LA, Ceconello Does Bilioenteric anastomosis impair results of liver resection in primary intrahepatic lithiasis? I. *World J Gastroenterol*. 2010 Jul 21; 16(27):3423-6.
5. Mori T, Sugiyama M, Atomi Y. (2006) Gallstone disease: management of intrahepatic stones. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 20:1117-1137.
6. Tazuma S. (2006) Gallstone disease: epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 20:1075-1083.

7. Pockros PJ. (2001) Natural progression of untreated hepatolithiasis. *J Clin Gastroenterol* 33:95–96.
8. Lei ZM, Ye MX, Fu WG, Chen Y, Fang C, Li J. (2008) Levels of serum leptin, cholecystokinin, plasma lipid and lipoprotein differ between patients with gallstone and/or those with hepatolithiasis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 7:65–69.
9. Kawakami H, Kuwatani M, Onodera M, Hirano S, Kondo S, Nakanishi Y et al. (2007) Primary cholesterol hepatolithiasis associated with cholangiocellular carcinoma: a case report and literature review. *Intern Med* 46:1191–1196.
10. Lee TY, Chen YL, Chang HC, Chan CP, Kuo SJ. (2007) Outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis. *World J Surg* 31:479–482.
11. Uchiyama K, Onishi H, Tani M, Kinoshita H, Ueno M, Yamaue H. (2002) Indication and procedure for treatment of hepatolithiasis. *Arch Surg* 137:149–153.
12. Li SQ, Liang LJ, Hua YP, Peng BG, Chen D, Fu SJ. Bilateral liver resection for bilateral intrahepatic stones. *World J Gastroenterol*. 2009 Aug 7;15(29):3660-3.