



Diagnóstico diferencial de la ictericia obstructiva

M. Tejedor Bravo^a y A. Albillos Martínez^{a,b}

^aServicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS). Madrid. España.

^bDepartamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares. Madrid. España. Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Ictericia obstructiva
- Coledocolitiasis
- Colestasis
- Cáncer periampular

Keywords:

- Obstructive jaundice
- Common duct stones
- Cholestasis
- Periampullary carcinoma

Resumen

La ictericia obstructiva se produce como consecuencia de la interrupción o la dificultad al flujo de bilis en cualquier punto entre el canalículo biliar y el duodeno. Se caracteriza por hiperbilirrubinemia directa y elevación de enzimas de colestasis. Las etiologías más frecuentes son la coledocolitiasis, el adenocarcinoma de páncreas o de la ampolla de Váter, las estenosis postquirúrgicas de la vía biliar, la colangitis esclerosante primaria y el colangiocarcinoma. La primera prueba diagnóstica debe ser la ecografía abdominal, para determinar la presencia o no de dilatación de la vía biliar. Los siguientes escalones diagnósticos dependerán de los datos clínicos. En concreto, se realizará una colangio-resonancia o una ecoendoscopia si existe alta sospecha de obstrucción de la vía biliar sin que la ecografía identifique la causa. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) debe evitarse como método únicamente diagnóstico, dados los riesgos que entraña. Si la vía biliar no es accesible por vía endoscópica, puede requerirse un abordaje percutáneo.

Abstract

Differential diagnosis of obstructive jaundice

Obstructive jaundice is a consequence of the slowdown or interruption of bilirubin flow at any point between the canalicular membrane of the hepatocyte and the duodenum. It is characterized by direct hyperbilirubinemia and elevation of cholestasis enzymes. The most common etiology is the presence of bile duct stones, periampullary carcinoma, postsurgical strictures, primary sclerosing cholangitis and cholangiocarcinoma. The first diagnostic approach should be abdominal ultrasonography, in order to establish the presence of a dilated biliary duct. The following diagnostic steps will depend on clinical features. Particularly, an endoscopic ultrasonography or a magnetic resonance cholangiopancreatography will be required when abdominal ultrasonography is unable to identify the cause of the obstruction. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography should be avoided as an initial diagnostic method, given the risks it entails. If the biliary tree is not accessible through an endoscopic approach, a percutaneous one may be required.

Introducción

Se define la *ictericia* como la coloración amarillenta de la esclera, las mucosas y la piel causada por niveles elevados de bilirrubina (mayores de 2,5-3 mg/dl). La bilirrubina es un producto del metabolismo del grupo *hemo*, insoluble inicialmente en agua (bilirrubina indirecta), que se conjuga en el

hígado dando lugar a su forma soluble, la bilirrubina directa. Ésta es excretada al árbol biliar a través de la membrana basocelular del hepatocito, y finalmente alcanza el duodeno a través de la ampolla de Váter.

Se define la *colestasis* como el enlentecimiento del flujo biliar con disminución de la llegada de bilis al intestino. Esto puede deberse a una disminución en la secreción canalicular

de bilis, a enfermedades de los conductos biliares o a una obstrucción física de la vía biliar (*ictericia obstructiva*), que puede localizarse a cualquier nivel entre el polo biliar del hepatocito y la ampolla de Váter¹.

Diagnóstico de la ictericia obstructiva

Pruebas analíticas

Se han de realizar determinaciones séricas de bilirrubina total y fraccionada. La bilirrubina directa es soluble en agua, y se detecta en la orina. Las enzimas de colestasis, fosfatasa alcalina (FA) y gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) se elevan progresivamente cuando se obstruye la vía biliar; generalmente con valores de FA por encima de 3 veces el límite superior de la normalidad en ausencia de enfermedad ósea. Los valores de aminotransferasas, aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT) son muy variables, dependiendo de la etiología de la obstrucción, aunque generalmente serán menores que los de las enzimas de colestasis. Un cociente FA/ALT superior a 3 orienta hacia un cuadro de predominio colestásico¹.

Pruebas de imagen

Clásicamente se han considerado como patrón oro para la visualización de la vía biliar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la colangiografía transparietohepática (CTPH). Sin embargo, dadas sus tasas de complicaciones (5-10% y < 5% respectivamente) y de mortalidad (0,02-0,5% y 0,1%, respectivamente), no se utilizan como primer escalón diagnóstico y se reservan para aquellos casos en los que esté indicada una intervención terapéutica. La CTPH ofrece ventajas sobre la CPRE en aquellos casos en los que el abordaje de la vía biliar o el nivel de la estenosis no sean accesibles endoscópicamente.

La primera prueba diagnóstica debe ser la ecografía abdominal. Ésta tiene una precisión diagnóstica del 78-98% para detectar obstrucción biliar extrahepática, del 27-95% y del 23-88% para identificar el nivel y la causa de la obstrucción respectivamente, y una sensibilidad para detectar dilatación de la vía biliar del 77-88%. Los siguientes escalones diagnósticos dependerán de los datos clínicos. En concreto, se realizará una colangiorresonancia magnética (colangio-RM) o una ecoendoscopia si existe alta sospecha de obstrucción de la vía biliar sin que la ecografía identifique la causa. La *colangio-RM* ofrece una sensibilidad del 95% y una especificidad del 97% para detectar la presencia y el nivel de la obstrucción biliar, pero presenta una sensibilidad menor (88%) para revelar malignidad. La *ecoendoscopia* determina la presencia de obstrucción extrahepática con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 88%. La *tomografía computadorizada* (TC) es capaz de detectar la presencia, el nivel y la causa de la obstrucción con una precisión del 81-94%, el 88-92% y el 70-94%, respectivamente. Si el cuadro clínico orienta hacia un origen parenquimatoso de la colestasis, una biopsia hepática puede ser necesaria (fig. 1)²⁻⁴.

Diagnóstico diferencial de la ictericia obstructiva

La obstrucción al flujo biliar puede deberse a causas intraluminales o extraluminales que compriman extrínsecamente la vía biliar (fig. 2).

Causas intraluminales

Benignas

Coledocolitiasis. *Es la causa más frecuente de ictericia obstructiva.* El 15% de los pacientes con colelitiasis también presenta coledocolitiasis. La litiasis en el colédoco puede ser asintomática, cursar como cólico biliar o complicarse con colangitis o pancreatitis aguda biliar. Varios estudios demuestran que el valor predictivo negativo (VPN) de un perfil hepático normal supera el 97%. Si bien el valor predictivo positivo (VPP) de las alteraciones analíticas es menor, la probabilidad de coledocolitiasis aumenta cuanto mayor es la elevación enzimática. Los niveles medios de bilirrubina total en pacientes con coledocolitiasis oscilan entre 1,5 y 1,9 mg/dl, y en menos del 30% de los casos superan los 4 mg/dl. La sensibilidad de la ecografía abdominal para detectar coledocolitiasis es del 22-55%, pero alcanza el 77-88% para detectar dilatación de la vía biliar (más de 8 mm de calibre en pacientes no colecistectomizados). A su vez, la ausencia de dilatación de la vía biliar posee un VPN del 95-96% para excluir coledocolitiasis. A partir de estos resultados se ha propuesto una estrategia de clasificación de los pacientes en función de su riesgo de coledocolitiasis (fig. 3). La probabilidad de coledocolitiasis es mayor del 50% en los pacientes con coledocolitiasis visible en la ecografía, colangitis o bilirrubina superior a 4 mg/dl, y en aquellos con dilatación de la vía biliar y elevación de bilirrubina inferior a 4 mg/dl. Estos pacientes de alto riesgo deben ser sometidos a CPRE previa a la colecistectomía para la extracción de cálculos. Los pacientes con un riesgo intermedio (10-50%) de presentar coledocolitiasis deben ser estudiados con colangio-RM para confirmar el diagnóstico de sospecha antes de proceder a la CPRE. La sensibilidad de la ecoendoscopia es mayor que la de la colangio-RM para detectar litiasis menores de 5 mm. La TC es poco empleada en el diagnóstico de coledocolitiasis, y su utilidad radica en excluir otras causas de ictericia obstructiva^{2,5,6}.

Estenosis postquirúrgicas. Se produce un daño en la vía biliar en el 0,4-0,6% de las colecistectomías, incluyendo fístulas o fugas biliares y estenosis completas o parciales. Las estenosis completas se manifiestan en el postoperatorio inmediato, mientras que las parciales lo hacen como colestasis progresiva y dolor abdominal en los primeros meses después de la cirugía, siendo sintomáticas el 80% al cabo del primer año. El diagnóstico se realiza por pruebas de imagen, ecografía y TC, y el tratamiento dependerá del nivel y el grado de la estenosis. En el trasplante hepático se producen complicaciones biliares en el 6-34% de los casos, e incluyen estenosis

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809649>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809649>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)