



Cartas al Editor

En este espacio publicamos las cartas o e-mails que los lectores envíen a nuestro Comité editorial. Pueden hacernos llegar sus cartas al e-mail: mpaejournal@idefiperu.org

Abordaje Diagnóstico del Paciente Adulto con Ictericia Colestásica.

Diagnosis Approach in the Cholestatic Jaundice Patient

Sr Editor:

En la presente carta queremos expresar algunos conceptos importantes sobre el enfoque diagnóstico en los pacientes con ictericia colestásica atendidos en el primer nivel de atención.

La ictericia es una manifestación clínica que resulta de la acumulación anormal de bilirrubina en los tejidos. Su presentación plantea un reto diagnóstico en la práctica clínica. La hiperbilirrubinemia es la concentración de bilirrubinas superior a 1,5 mg/dl. Sin embargo, para que se aprecie clínicamente la ictericia los niveles de bilirrubina deben ser iguales o mayores a 2.5 mg/dl [1,2].

El árbol de decisiones que presentamos en esta carta se refiere específicamente a la ictericia colestásica, incluyendo a la colestasis intrahepática y extrahepática en pacientes adultos. La ictericia colestásica puede sospecharse en pacientes con ictericia habitualmente moderada a intensa, coluria, acolia y prurito. En la hiperbilirrubinemia dependiente de bilirrubina directa, la fosfatasa alcalina suele ser mayor a 3 veces su valor y hay una discreta elevación de aminotransferasas (TGO y TGP), menor a 3 veces los valores normales. El tiempo de protrombina puede estar alargado [1]. Cuando un paciente con estas características acude a la consulta en el primer nivel de atención el principal objetivo es diferenciar entre los 3 grupos principales de ictericia según la clasificación de la ictericia

de Mc Nee: Prehepática (hemolítica), Hepática y Posthepática (obstructiva) [1]. Para ello es importante recoger información de las siguientes áreas buscando darle un sentido adecuado.

1. Síntomas y signos físicos:

-La obstrucción de la vía biliar por una patología benigna puede sospecharse en pacientes con ictericia del patrón descrito previamente, asociado a dolor intenso y episódico en el cuadrante superior derecho. La etiología más frecuente es la litiasis biliar. En este caso la ecografía abdominal podría identificar cálculos en la vía biliar.

-La patología maligna, principalmente de la cabeza del páncreas, se puede sospechar en pacientes con afección al estado general y una vesícula palpable, distendida no dolorosa. La ecografía abdominal no siempre puede detectar las neoplasias, depende del tamaño del tumor. El adenocarcinoma pancreático, de localización en la cabeza del páncreas, suele manifestarse tempranamente por ictericia obstructiva. La palpación de una masa abdominal pancreática o ascitis al momento del diagnóstico ocurre en el 20% de los casos pero en forma tardía. La vesícula biliar palpable no dolorosa —signo de Courvoisier— es infrecuente (20%) y se palpa sólo en pacientes delgados [1,3].

-Se conocen múltiples medicamentos capaces de producir colestasis intra-



hepática, y debe ser indagado su uso en la anamnesis. Se han identificado dos mecanismos principales para este efecto: a) Canalicular (Estrógenos y esteroides anabólicos) o b) Hepato-canalicular (Fenotiazinas, Metimazol, Eritromicina, Estreptomina, Metformina, Omeprazol y Ranitidina) [4].

2. Pruebas Serológicas.

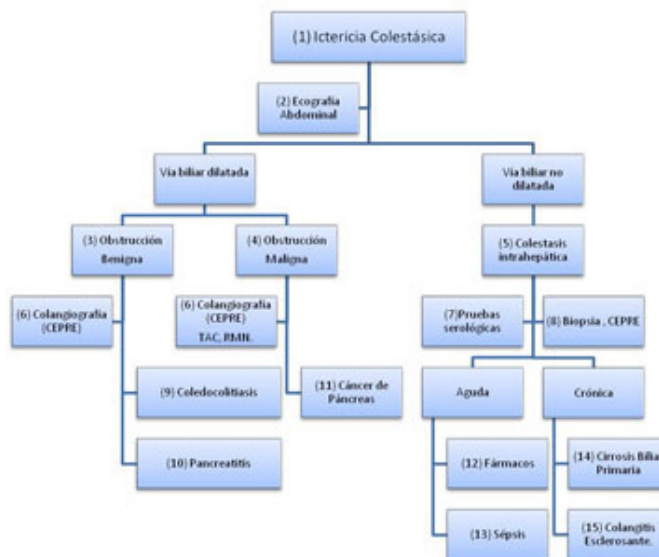
La colestasis intrahepática tiene etiologías múltiples, siendo algunas de tipo inflamatorio y autoinmune del hígado o de los conductos biliares pequeños, que pueden diagnosticarse con marcadores inmunológicos, como la Cirrosis Biliar Primaria (CBP), Colangitis Esclerosante, Hepatitis Viral, etc [5].

-La Cirrosis Biliar Primaria es una enfermedad hepática autoinmune que se caracteriza por la destrucción inflamatoria persistente de los conductos biliares interlobulillares y septales que conduce a colestasis crónica y termina en cirrosis biliar. Para el diagnóstico se requiere documentar la presencia de anticuerpos antimitocondriales (90-95% de los casos), otros autoanticuerpos (Antimúsculo Liso, Factor Reumatoide, Anticuerpos Antinucleares, etc.) menos prevalentes y una imagen histológica característica. Se ha encontrado que los Anticuerpos Antimitocondriales (AAM) están presentes en más del 95 % de pacientes con CBP.

-La Colangitis Esclerosante Primaria es una enfermedad asociada a otros procesos inflamatorios sistémicos o del tubo digestivo de causa no conocida, con manifestaciones de autoinmunidad. Se pueden identificar lesiones de esclerosis de la vía biliar secundarias a procesos inflamatorios que terminan en la fibrosis y estenosis del colédoco por trauma, radiaciones, lesiones por quimioterapia etc. [6]. El anticuerpo citoplasmático antineutrofilo perinuclear (pANCA) se encuentra con frecuencia (80%) en la Colangitis Esclerosante Primaria.

-La Pancreatitis Aguda puede acompañarse de ictericia obstructiva, aun la que no se asocia a litiasis biliar. En varones habitualmente se asocia al consumo de alcohol [1]. El marcador serológico para esta patología son las amilasas.

Figura 1. Algoritmo del enfoque diagnóstico en los pacientes con ictericia colestásica manejados en Atención Primaria.



-Las concentraciones de colesterol sérico pueden elevarse de manera considerable en situaciones de colestasis prolongada y se asocia a la presencia clínica de xantomas y xantelasmas como en la CBP.

3. La ecografía

La ecografía es un estudio no invasivo, accesible y útil para diferenciar a los pacientes que tienen dilatación de la vía biliar (colestasis por obstrucción extrahepática) de los que tiene una vía biliar de tamaño normal (colestasis intrahepática). La vía biliar normal, en un adulto, mide 5 mm para el conducto hepático y 6 mm para el colédoco [7]. Adicionalmente, el estudio puede evaluar la morfología de vísceras sólidas y detectar masas abdominales mayores a 1 cm de diámetro. Debe considerarse que la dilatación de la vía biliar requiere de 3 a 5 días después de la instalación de la obstrucción para ser evidente en la ecografía [1].

Es difícil de interpretar la ecografía en pacientes obesos o cuando hay distensión abdominal por meteorismo; es por eso que su sensibilidad varía entre 55 a 91% y su especificidad entre 82 a 95 %.

4, Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CEPRE).



Es el estándar de oro para el diagnóstico de la obstrucción biliar extrahepática, en especial la ocasionada por litiasis del colédoco. El procedimiento no solo muestra la causa de la obstrucción, sino que es capaz de realizar intervenciones como: esfinterotomía, extracción de cálculos, colocación de endoprótesis, toma de muestras para citología, etc., que pueden solucionar la obstrucción biliar. Sin embargo, es una técnica invasiva con riesgos y de efectos secundarios, tiene una morbilidad de 3 % y una mortalidad de 0.2 % [8,9].

5. Biopsia hepática.

Es un procedimiento invasivo que examina una muestra de tejido hepático, cuando menos de más de 6 espacios portales para que sea útil. La técnica más utilizada es a través de punción guiada por ecosonografía. Se deben considerar antes de la realización la actividad de protrombina y la cuenta de plaquetas comúnmente anormales en los pacientes con ictericia. Para

realizar una punción biopsia percutánea, del hígado, es preciso que el tiempo de protrombina no supere en 3 segundos al control y que las plaquetas sean más de 60.000 [10].

Un resumen de lo aquí propuesto, dispuesto a manera de algoritmo, puede encontrarse en la figura 1.

Gilberto López-Hernández
Médico Especialista en Medicina
Interna
Centro Universitario del Sur de la
Universidad de Guadalajara

Carlos Ruelas- Martínez
Estudiante de Medicina
Centro Universitario del Sur de la
Universidad de Guadalajara

Correspondencia para el Autor: Dr.
Gilberto López Hernández. Email:
gilberto.lopez@cusur.udg.mx

REFERENCIAS

- (1) Valdés MJ, Valenzuela E. Protocolo diagnóstico de la ictericia obstructiva. *Medicine*. 2008; 10 (8): 533-5.
- (2) Laso-Guzmán F. *Diagnostico Diferencial en Medicina Interna*. Barcelona: Elseiver; 2004.
- (3) Martínez-Amores B, López-González J, Angulo JM, Alvarez-Mon SM. Cáncer de Páncreas. *Medicine*. 2009; 10 (26): 1737-43.
- (4) Siegenthaler W. *Diagnóstico Diferencial en Medicina Interna: de los síntomas al diagnóstico*. México: Manual Moderno; 2009.
- (5) Solís HJ. Litiasis biliar. *Medicine*. 2004; 9 (10): 615-32.
- (6) Manzano AM. Enfermedades Inflamatorias e Infecciosas de la vía Biliar. *Medicine*. 2004; 9 (10): 633-7.
- (7) Rumack CM. *Ecografía Diagnóstica*. Madrid: Elseiver; 2006.
- (8) Quesada LD, Zamora H, Marten A. El Enfoque del paciente icterico. *Acta Méd Costarric*. 2005; 47 (1): 15-23.
- (9) García A. Indicaciones de pruebas de imagen en patología pancreática e interpretación clínica. *Medicine*. 2008; 10 (8): 527-9.
- (10) Navarrete GE, Gálvez MM, Iborra HJ. Indicaciones de Biopsia Hepática. *Medicine*. 2008; 10 (9): 597-600.