Shock séptico por coledocolitiasis primaria en paciente colecistectomizada

María Ignacia de Lourdes Oyarzún Tapia interna de medicina [1], Alejandra Gabriela Paredes Valenzuela interna de medicina [1], Javiera Andrea Sazo Muñoz interna de medicina [1], Bastían Elías Oyarce Rodríguez interna de medicina [1]

1. Universidad Autónoma de Chile

INTRODUCCIÓN La colelitiasis es una de las patologías quirúrgicas más comunes en Chile, afectando al 13.2% de la población, una de las tasas más altas a nivel mundial. Su incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en mujeres. Los principales factores de riesgo incluyen obesidad, diabetes mellitus y etnias como los mapuches. Entre el 5% y 10% de los casos presentan coledocolitiasis, que puede ser primaria, con cálculos formados in situ en el colédoco (10% de los casos), o secundaria, con cálculos migrados desde la vesícula biliar (90%). PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO Paciente femenina de 63 años con artritis reumatoide en tratamiento con terapia biológica e inmunosupresores. Colecistectomizada en 2010 y coledocolitiasis tratada endoscópicamente en 2021. Consultó en dos ocasiones en hospital de Cauquenes por dolor abdominal cólico en hipocondrio derecho, sin respuesta a analgesia, y fue manejada ambulatoriamente. Dos días después, desarrolló vómitos, ictericia, fiebre y disnea. Reingresó con hipotensión, taquicardia y mala perfusión, se administraron antibióticos empíricos, volemización y noradrenalina 0.2 ug/kg/min. Se diagnosticó shock séptico y fue derivada al hospital de Linares para manejo. Los exámenes de laboratorio destacan bilirrubina total 6.9 mg/dl, bilirrubina directa 5.8 mg/dl, fosfatasa alcalina 389 U/L y gama glutamil transpeptidasa 468 U/L, lactato 51 mg/dl y leucocitos 24.200 x mm3. La TAC de tórax, abdomen y pelvis informó neumonía bibasal y coledocolitiasis asociada a dilatación de vía biliar común. Ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se estabilizó para luego realizar una laparotomía exploradora, observándose colédoco dilatado de 28-30 milímetros, se realizó coledocotomía drenando abundante pus y salida de cálculo único de 20 milímetros. Se instala sonda T. Actualmente se encuentra estable en UCI. DISCUSIÓN En el caso reportado, la paciente se sometió a una colecistectomía 14 años antes del episodio actual. Pese a que la mayoría de los cálculos del colédoco provienen de la vesícula biliar, esta paciente tuvo coledocolitiasis 11 años después de extirpar la vesícula y, tres años después, presentó una coledocolitiasis primaria, con un cálculo gigante que causó obstrucción del colédoco y shock séptico. Dado lo inusual del caso, se decide su presentación CONCLUSIONES Es importante que el médico tenga presente la coledocolitiasis primaria como una opción diagnóstica cuando un paciente presenta síntomas biliares, ya que, como en este caso, puede evolucionar a un shock séptico, siendo una complicación muy grave. Por ello, se enfatiza la importancia de realizar una evaluación exhaustiva en pacientes con antecedentes de colelitiasis, especialmente aquellos que utilizan inmunosupresores, debido a su sistema inmune comprometido. Cada caso debe ser abordado de manera individualizada considerando los antecedentes del paciente y no limitándose solo al tratamiento de la patología en sí.