

# TALLER DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA

**SARA GONZALEZ ZAMORANO**  
(R4- Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva)

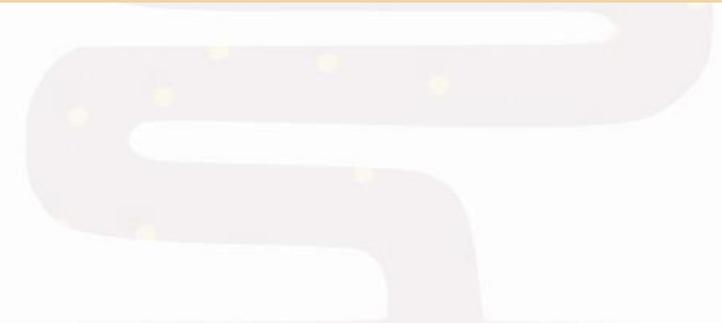
**MARTA MARAVER ZAMORA**  
(TUTORA- Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva)

**II JORNADA DE  
FORMACIÓN CONTINUADA  
EN GASTROENTEROLOGÍA  
Y HEPATOLOGÍA  
PARA RESIDENTES**

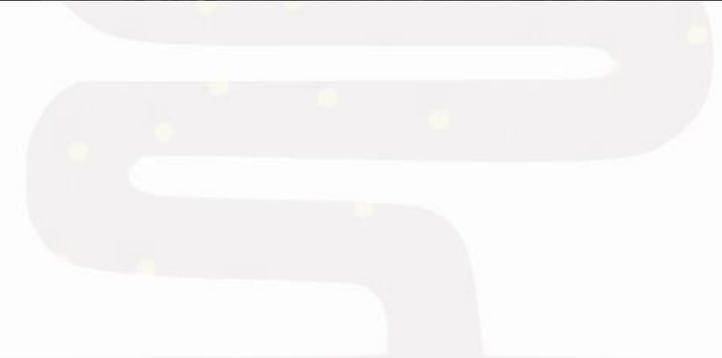
24 y 25 de septiembre de 2021  
Palacio de Congresos y Exposiciones de Ronda

[www.sapd.es](http://www.sapd.es)











**STARK**



**TARGARYEN**



**LANNISTER**



**GREYJOY**



**Make It**





- **Mujer**
- **46 años**
- **Natural de Perú**
- **Casada y con 2 hijos**
- **Cuidadora de 1 niño de 5 años.**

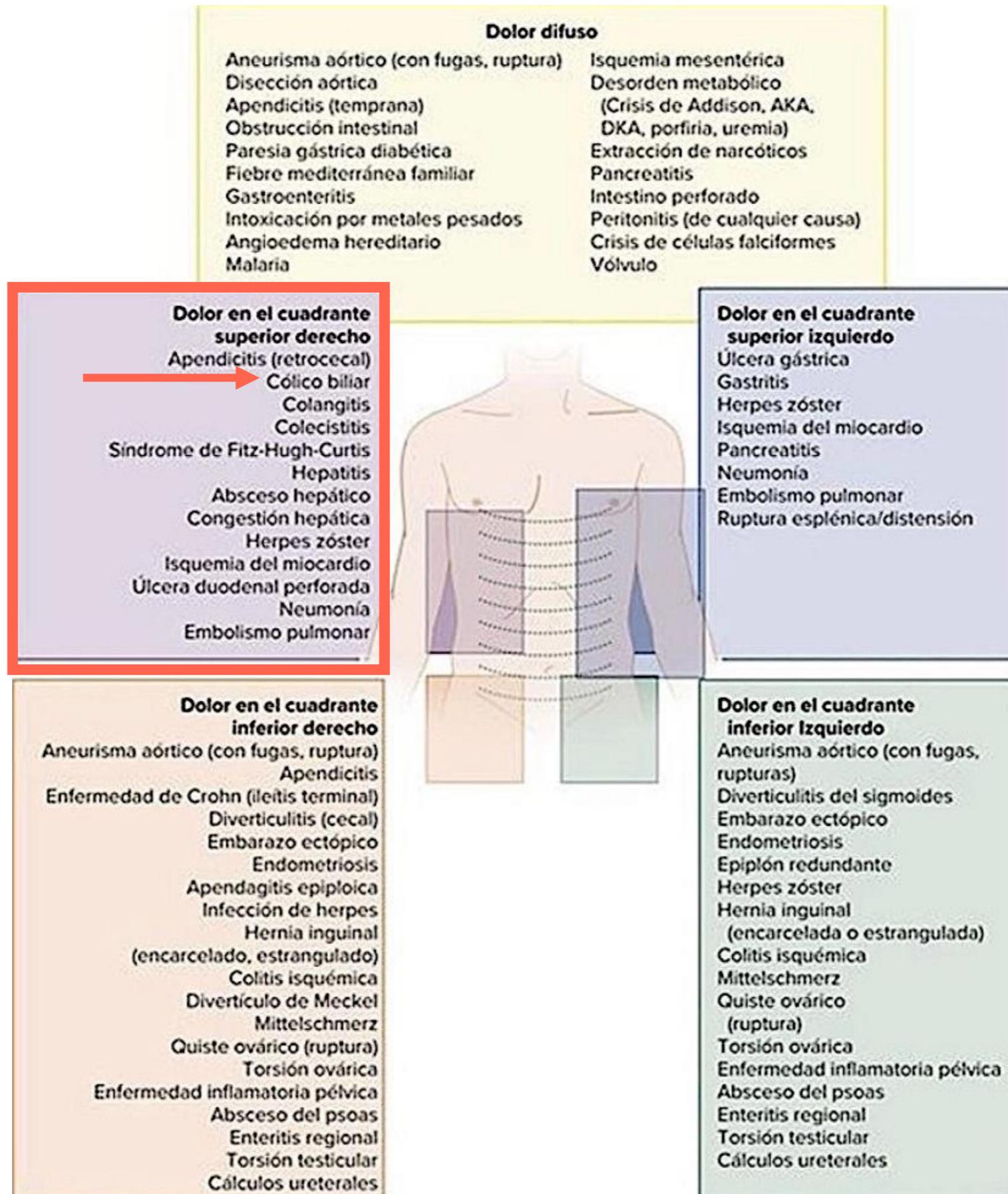
- **No alergias medicamentosas conocidas**
- **No hábitos tóxicos**
- **Hepatitis colestásica 1 año antes en su país de origen, que requirió ingreso hospitalario. Desconoce agente etiológico.**
- **Atopia cutánea que controla con cremas hidratantes**
- **IQ: Amigdalectomizada, Apendicectomizada**

- **Dolor abdominal:**
  - \***Agudo**
  - \***HD>>Epigastrio**
  - \***Opresivo**



- **Analítica:**
  - \***AST 68**
  - \***ALT 72**
  - \***14200 Leucos**
  - \***PMN normales**
  - \***Eosinófilos 5%**
  - \***Hb 11.9g/dL**
  - \***Plaquetas 178000**
  - \***Cr, Urea, K, Na normales**
  - \***Amilasa 183**
  - \***Lipasa 78**

**Alta con Analgesia a domicilio:  
Cólico Biliar**



## **...15 días después...**

- Ha mantenido dolor postprandial. A veces incluso le interrumpe el sueño nocturno.
- El dolor desde 24 horas antes es encinturativo.
- Asocia Vómitos de repetición
- Se intensifica con la ingesta
  
- No fiebre
- No pérdida de peso
- No alteración hábito intestinal

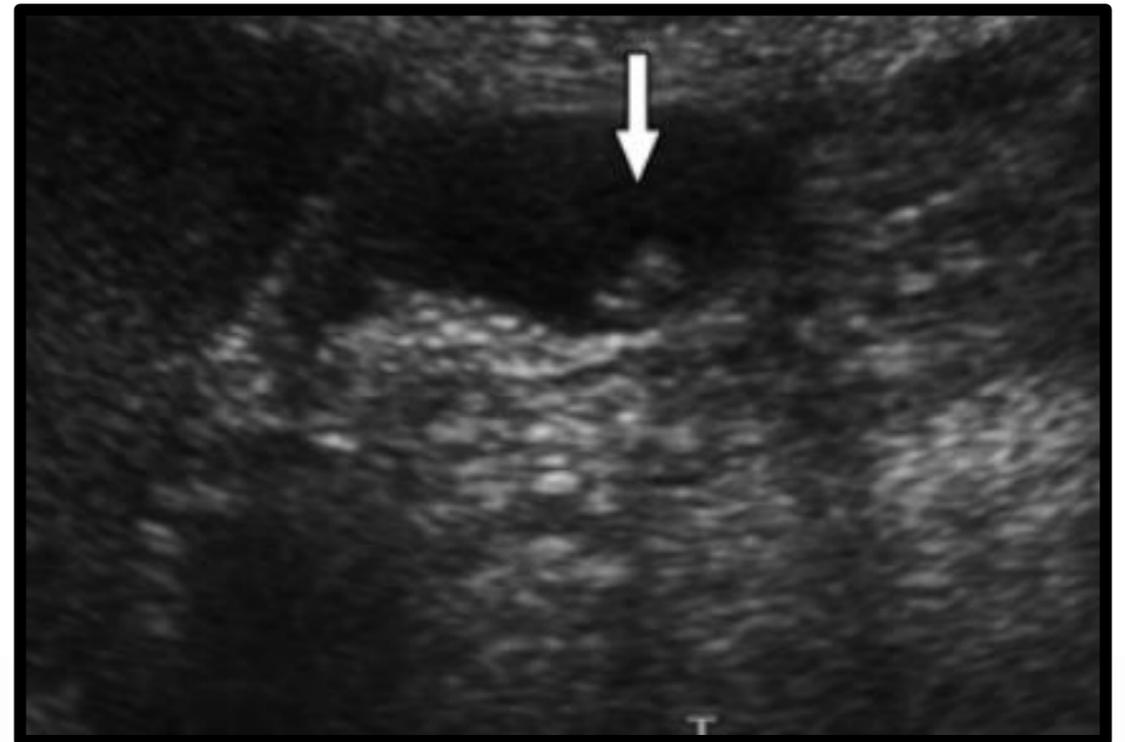
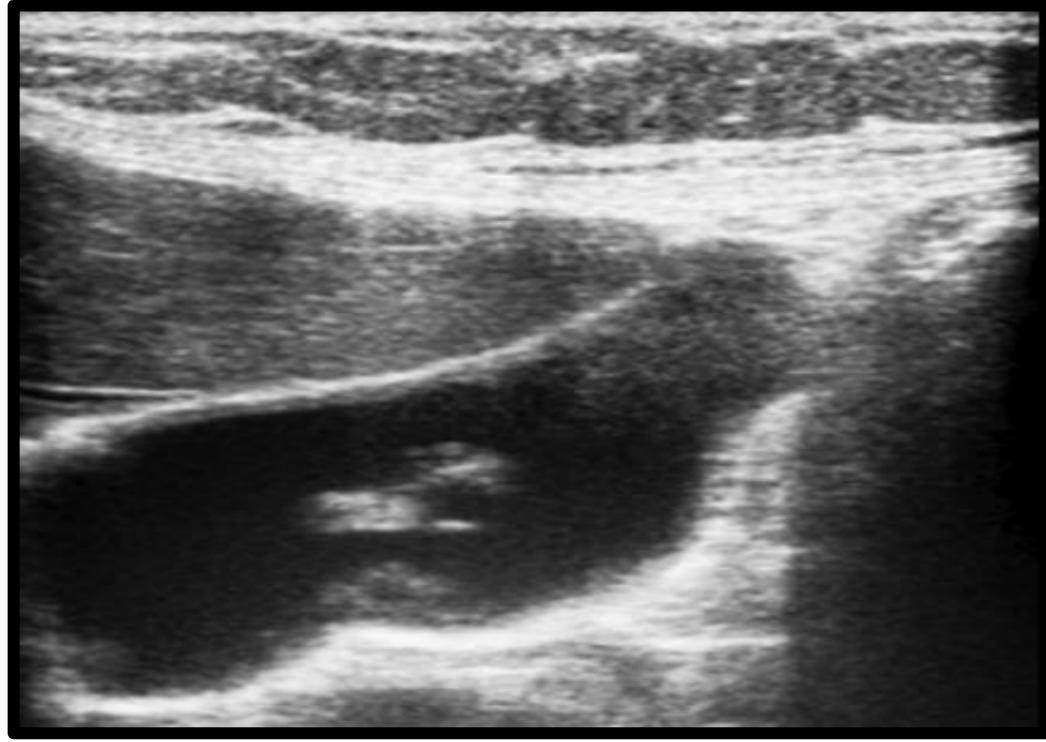


### - Analítica:

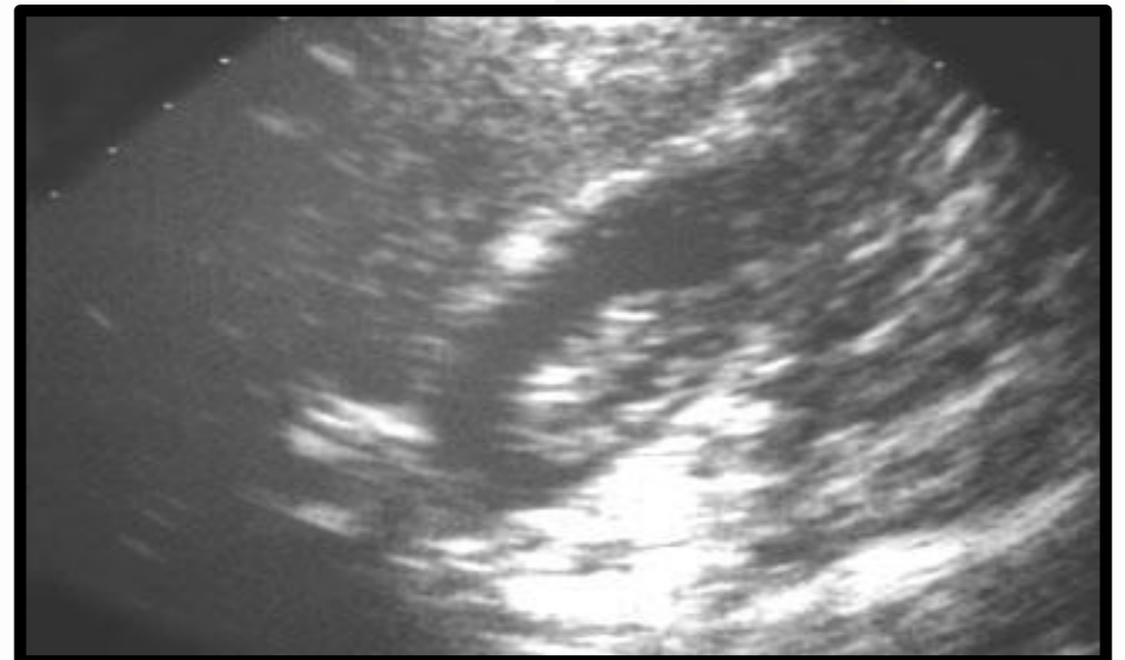
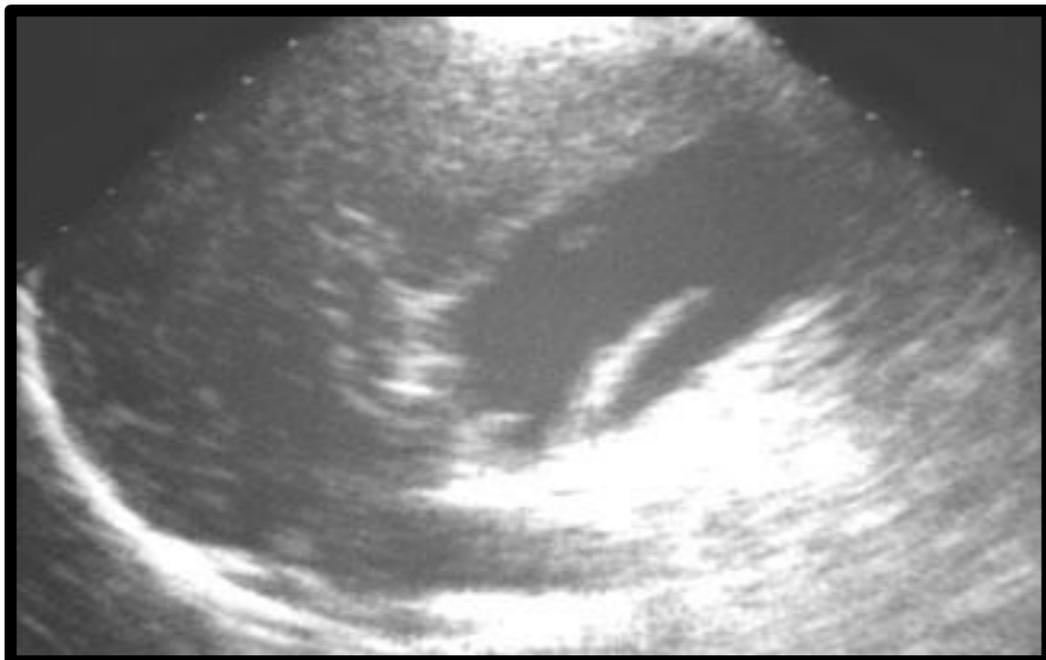
- \*AST 324
- \*ALT 238
- \*18900 Leucos
- \*PMN 87%
- \*Eosinófilos 7%
- \*Hb 10.7g/dL
- \*Plaquetas 210000
- \*Cr, Urea, K, Na normales
- \*Amilasa 2524
- \*Lipasa 1890



**Ingreso: Pancreatitis Aguda  
(Bisap 1)**



- Evolución favorable con ayunas, analgesia y sueroterapia con Ringer lactato
- Reintroducción progresiva de la dieta
- Alta pendiente de colecistectomía





**...30 días después...**

- **Analítica:**

- \*AST 1220
- \*ALT 935
- \*Bb total 8.9 (BbD)
- \*25000 Leucos
- \*PMN 96%
- \*Hb 10.9g/dL
- \*Eosinófilos 7.8%
- \*Plaquetas 195000
- \*Cr 1.82,
- \*Urea 93,
- \*K+ 3.7, Na+ 142
- \*Amilasa 210, Lipasa 83



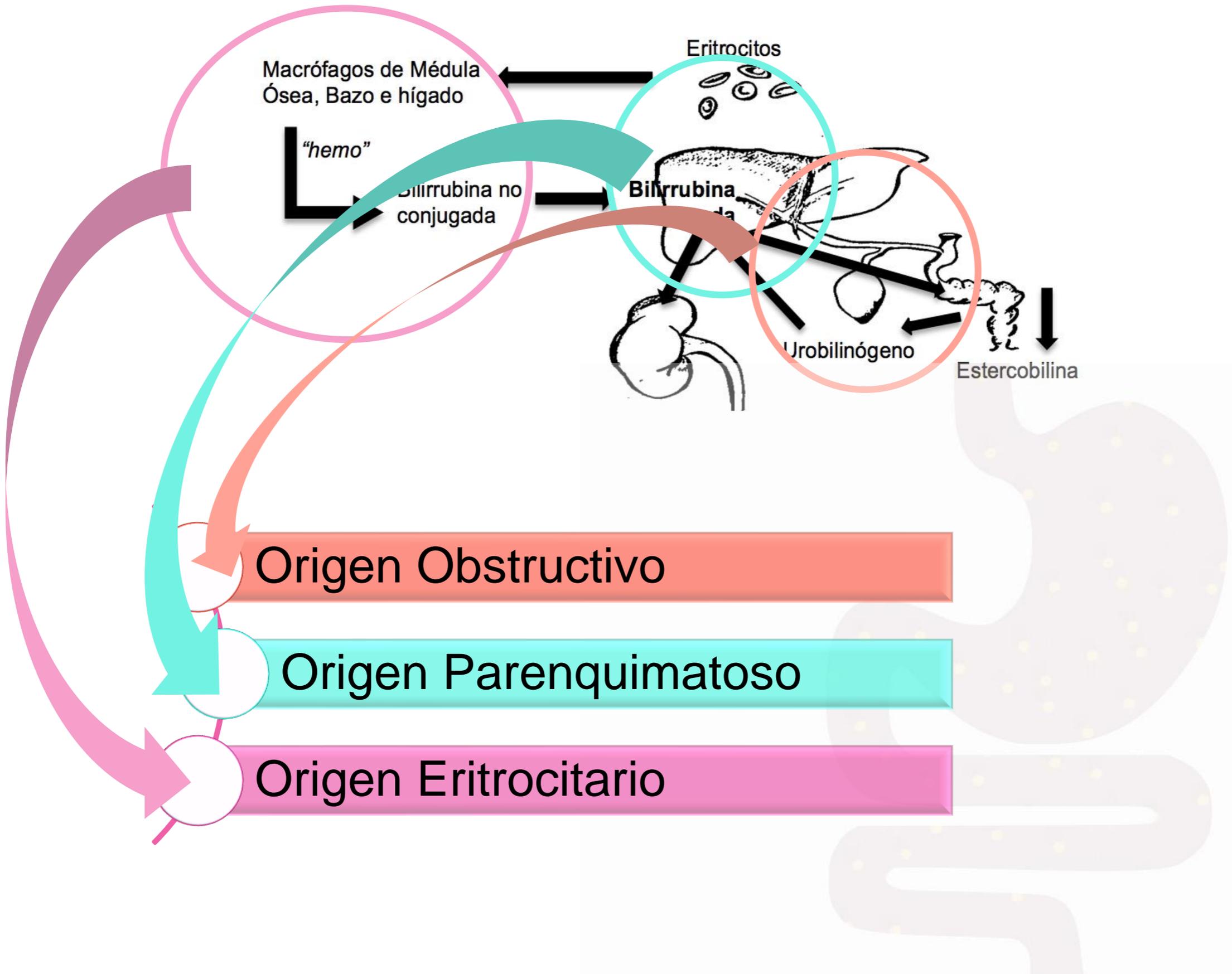
**Ingreso: Hepatitis Aguda**

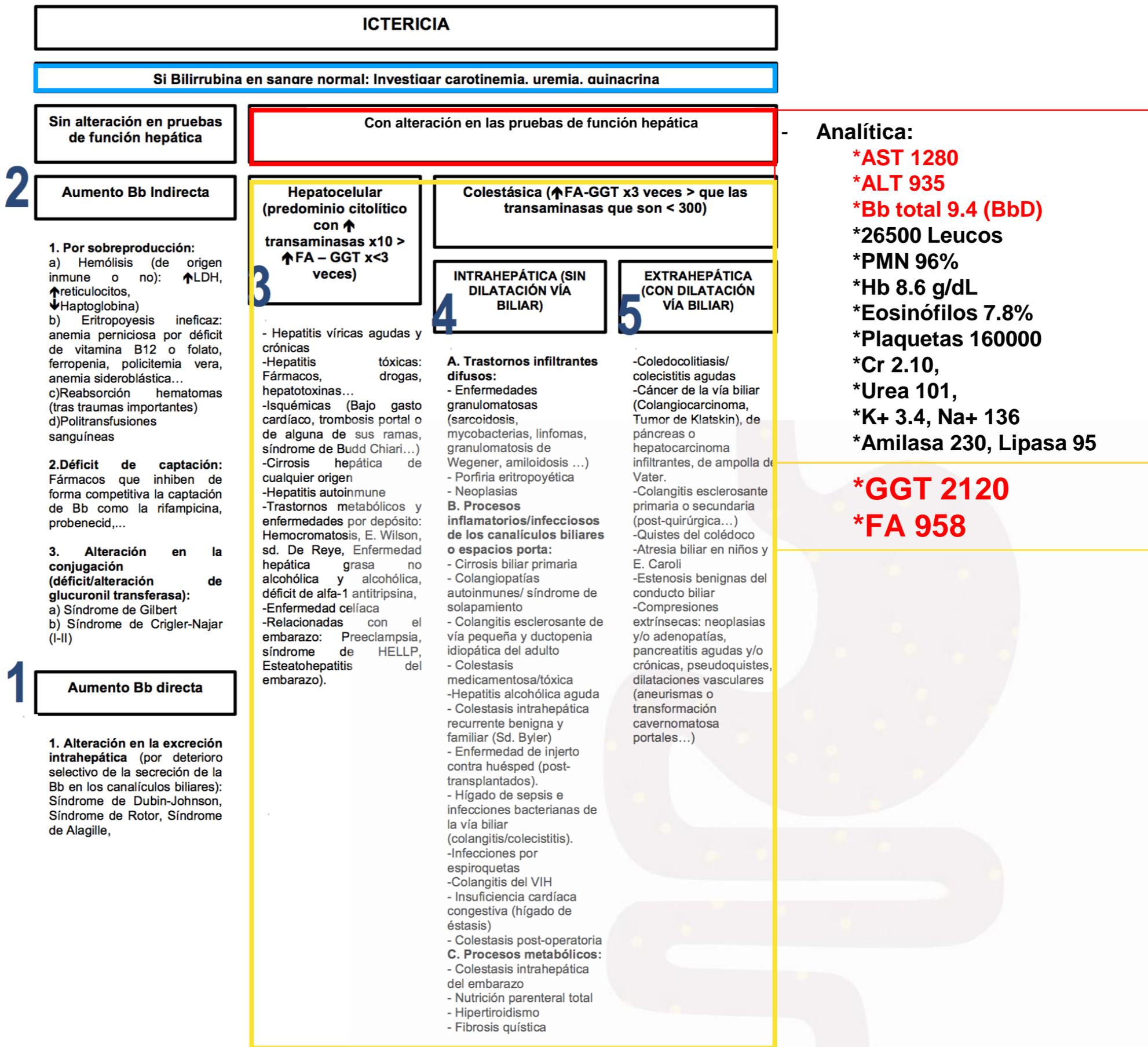
**¿Estás de acuerdo con el diagnóstico de Hepatitis Aguda?**

**SÍ**

**NO**







- Analítica:**
- \*AST 1280
  - \*ALT 935
  - \*Bb total 9.4 (BbD)
  - \*26500 Leucos
  - \*PMN 96%
  - \*Hb 8.6 g/dL
  - \*Eosinófilos 7.8%
  - \*Plaquetas 160000
  - \*Cr 2.10,
  - \*Urea 101,
  - \*K+ 3.4, Na+ 136
  - \*Amilasa 230, Lipasa 95

- \*GGT 2120
- \*FA 958

**¿Haríais alguna prueba adicional?**

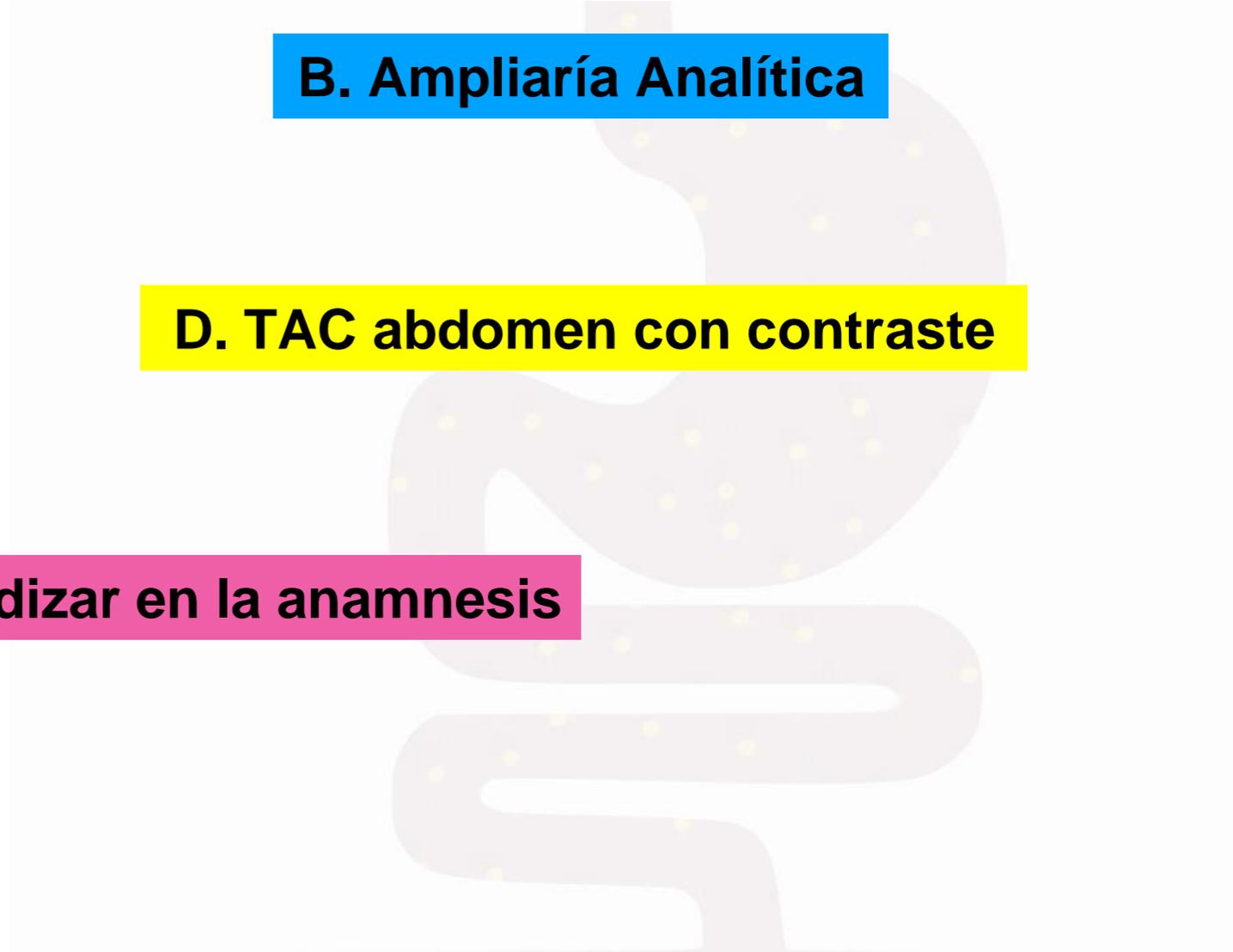
**A. Ecografía de Abdomen**

**B. Ampliaría Analítica**

**C. ColangioRNM**

**D. TAC abdomen con contraste**

**E. Quiero profundizar en la anamnesis**





**¿Qué prueba le haríais?**

**A. Ecografía de Abdomen**

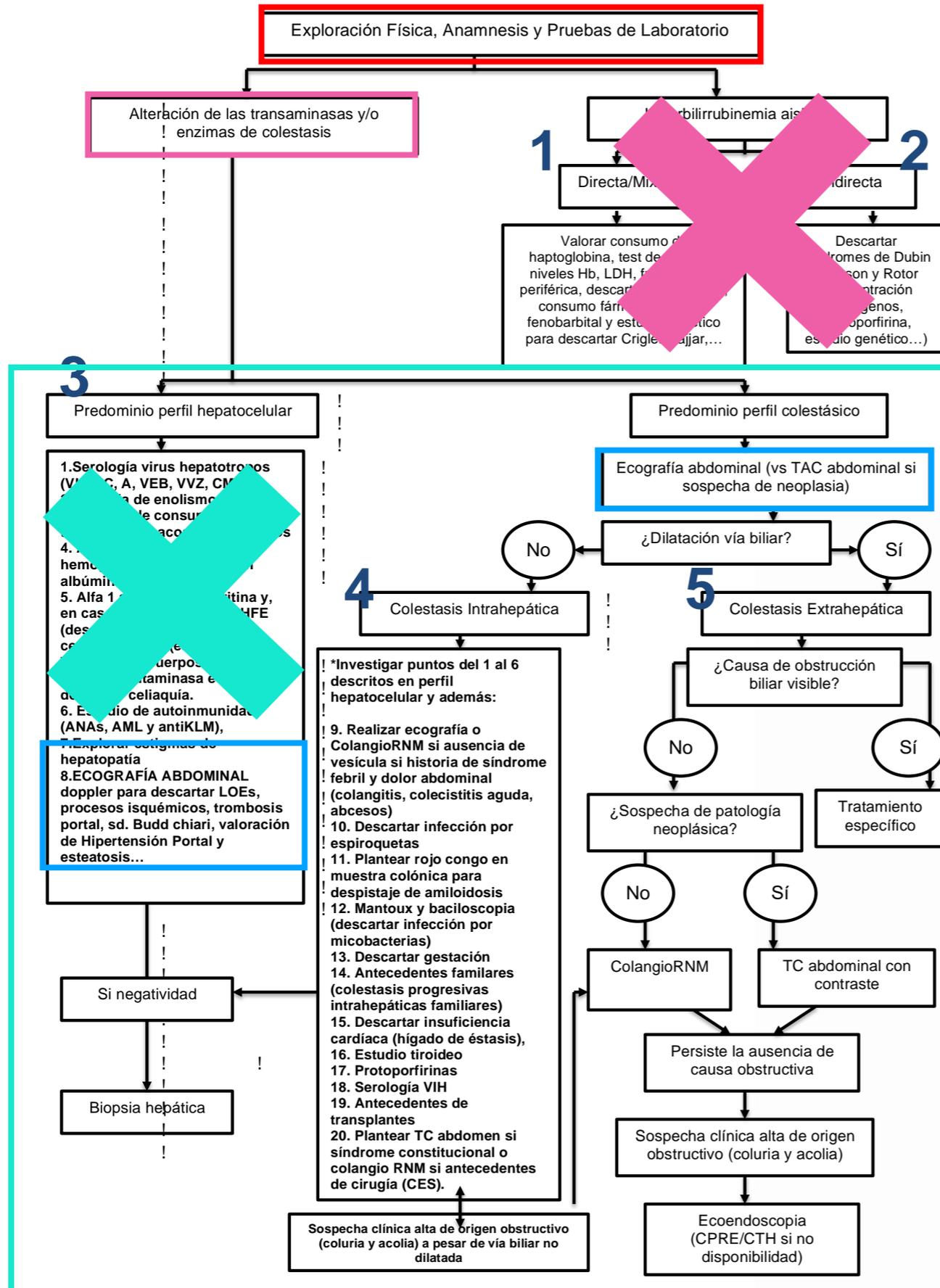
**B. TAC abdomen**

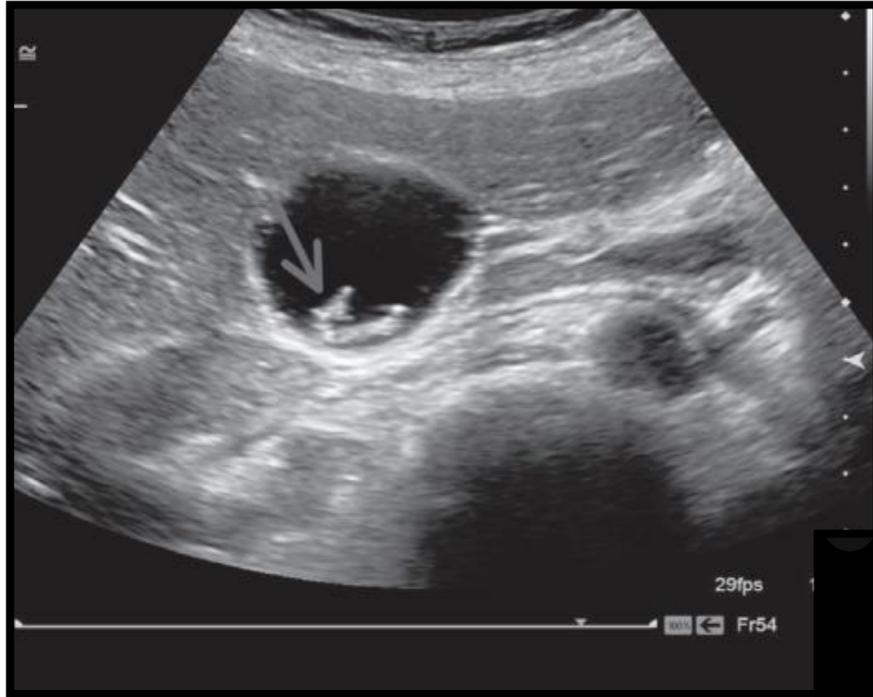
**C. ColangioRNM**

**D. Iniciaría antibioterapia empírica previa extracción hemocultivos**

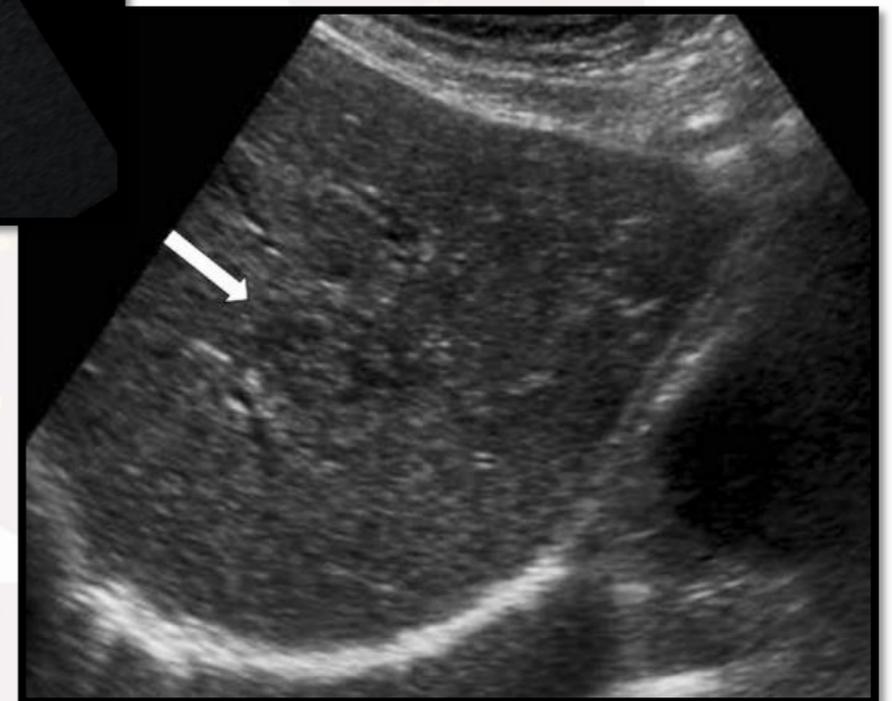
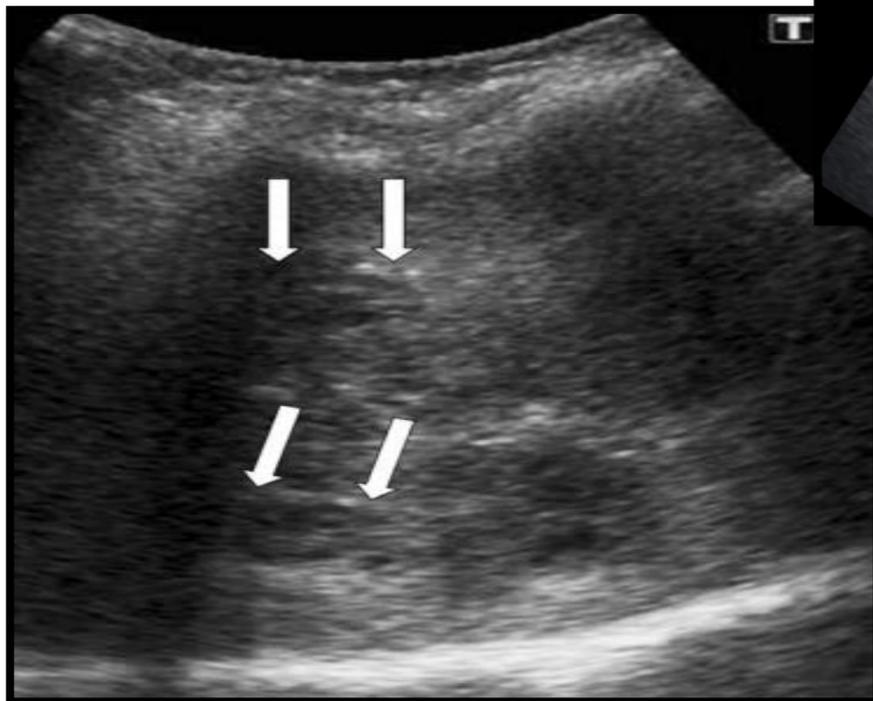
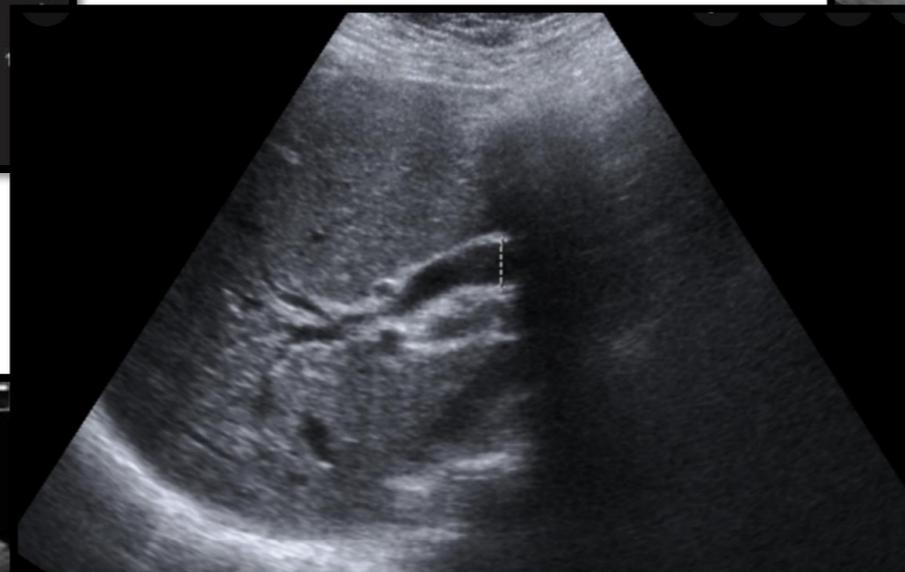
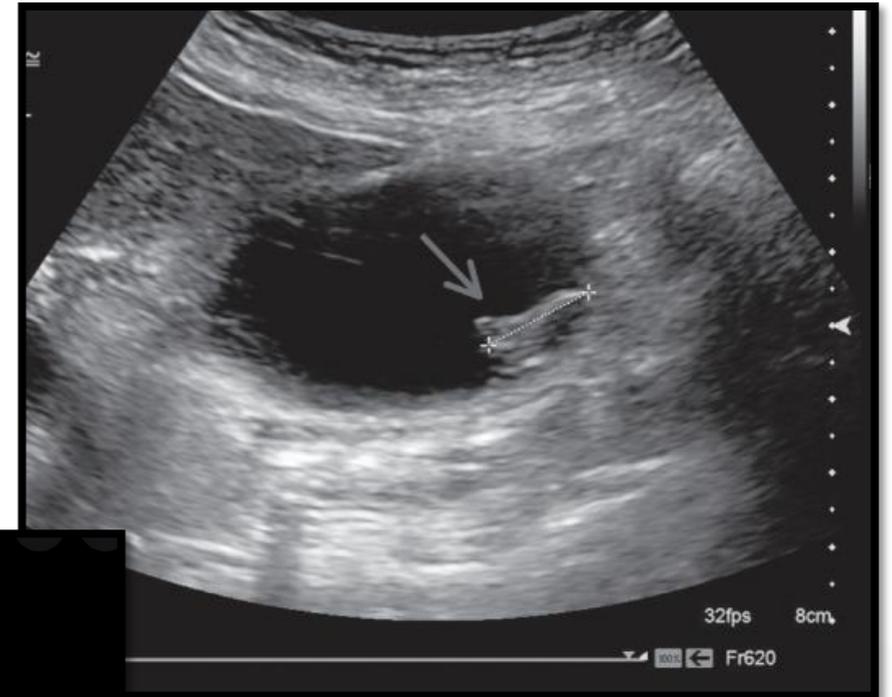
PRUEBAS IMAGEN	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<u>ECOGRAFÍA ABDOMINAL</u>	Fácilmente disponible Económica No ionizante Colelitiasis → > sensibilidad Dilatación vía biliar → 85% S	Dependiente del operador Baja sensibilidad coledocolitiasis (27,3%) Mala calidad en pacientes obesos o abundante gas intestinal
<u>TC ABDOMEN</u>	No es operador dependiente No interfiere con la obesidad o gas intestinal Prueba más sensible para estadificar y detectar neoplasias Coledocolitiasis → 65-93% S Si TC con colangiografía > hasta 95,5% S Dilatación vía biliar → 96% S	Menos disponibilidad Radiación ionizante Uso de contrastes intravenosos yodados
<u>COLANGIORM</u>	No utiliza contrastes intravenosos yodados No usa radiación ionizante No es operador dependiente Coledocolitiasis → 95% S Dilatación de la vía biliar → 97% S	No fácilmente disponible Contraindicada con prótesis, aparatos u objetos metálicos Claustrofóbicos Obesos mórbidos

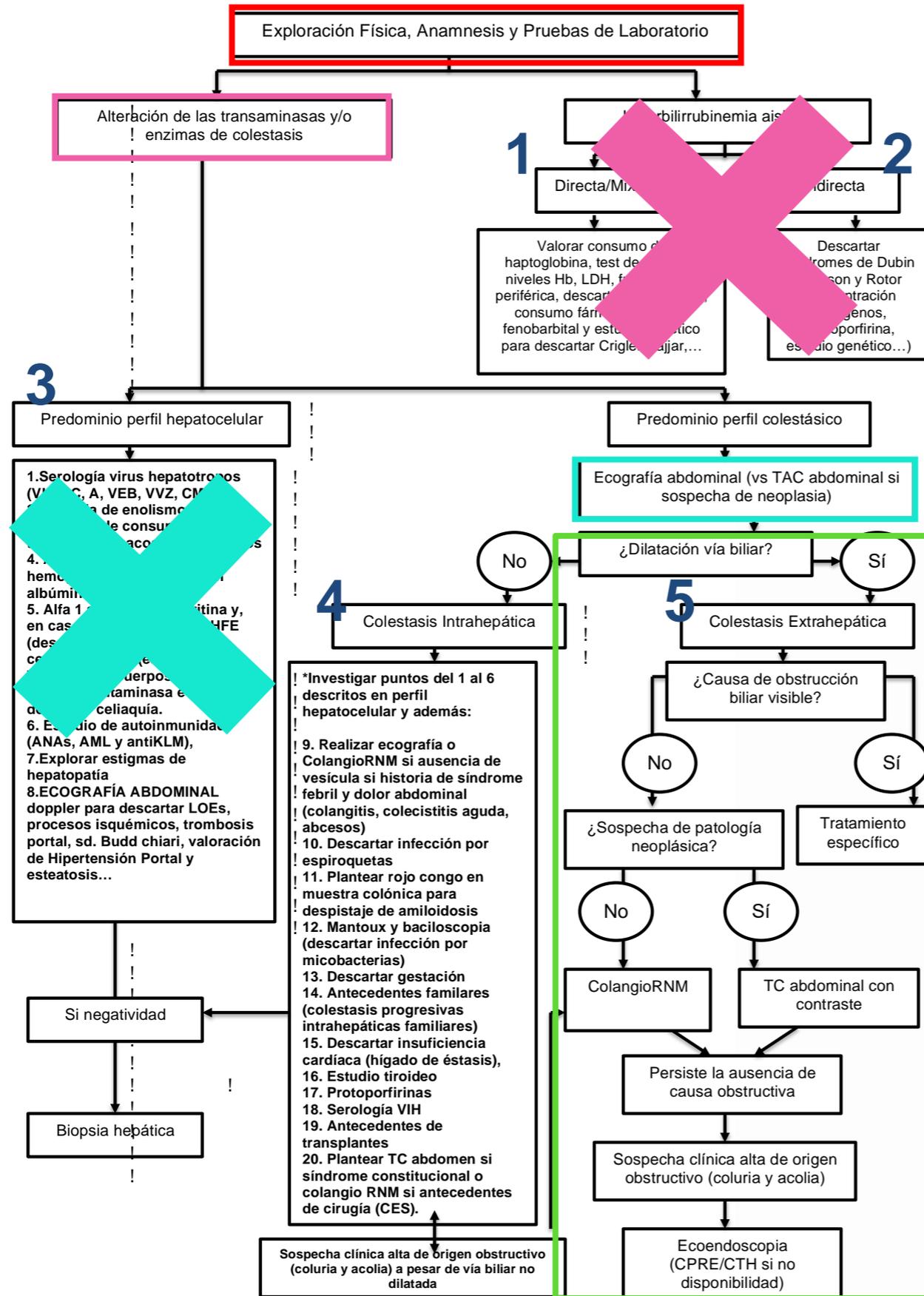
**La ecografía es la primera prueba a realizar ante la sospecha clínica y analítica de ictericia obstructiva con NIVEL A**





## Ecografía de Abdomen





**¿Qué prueba le haríais en este momento?**

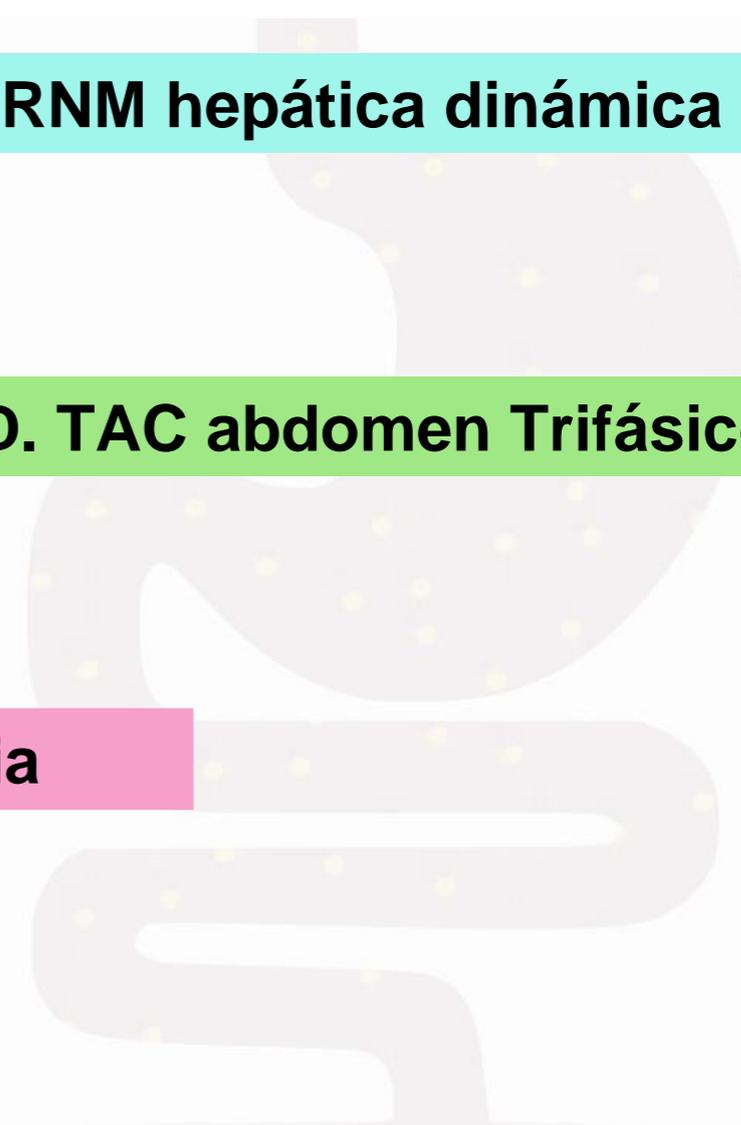
**A. TAC abdomen con contraste**

**B. RNM hepática dinámica**

**C. ColangioRNM**

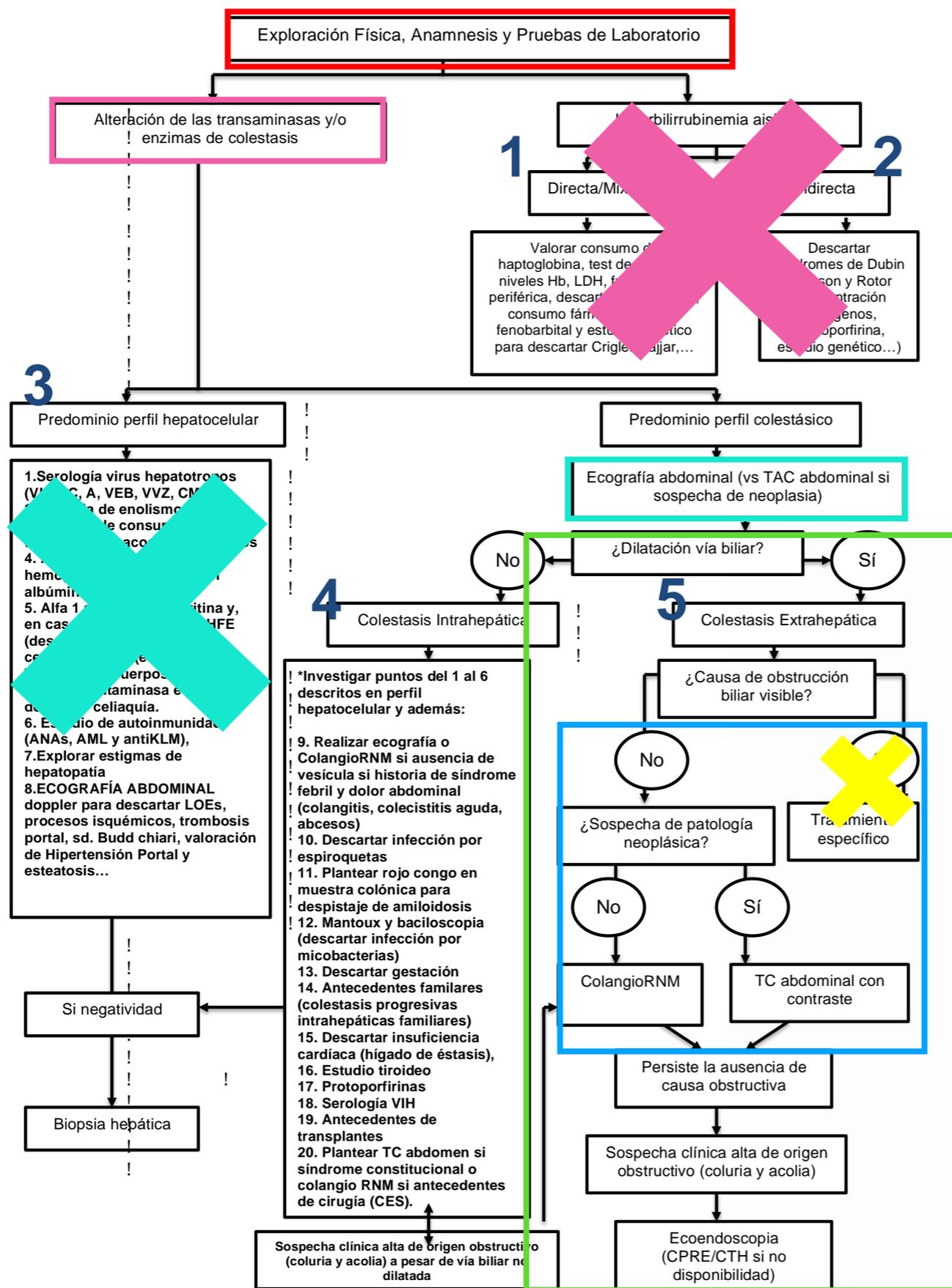
**D. TAC abdomen Trifásico**

**E. Ecoendoscopia**



## En la detección de tumores biliopancreáticos y coledocolitiasis...

PRUEBAS IMAGEN	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<u>TC ABDOMEN</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es operador dependiente</li> <li>- No interfiere con la obesidad o gas intestinal</li> <li>- <b>Más sensible que la RNM para estadificar y detectar malignidad ((86%%S, E98%)</b></li> <li>- <b>Mejor estadificación vascular que USE y RNM</b></li> <li>- <b>Buena S para detectar Dilatación vía biliar → 96% S</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiación ionizante</li> <li>- Uso de contrastes intravenosos yodados (alergias)</li> <li>- <b>Menor S que USE para detectar malignidad (USE S 99%).</b></li> <li>- <b>Para detectar Menos S que RNM y USE. LOEs 70% S. Si son menores de 3 cm, S 53% S</b></li> <li>- <b>Menor S que RNM y USE para detectar Coledocolitiasis → 65-93% S</b></li> </ul>
<u>COLANGIORM</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No utiliza contrastes intravenosos yodados</li> <li>- No usa radiación ionizante</li> <li>- No es operador dependiente</li> <li>- <b>Alta S para Coledocolitiasis → 95% S</b></li> <li>- <b>Alta S Dilatación de la vía biliar → 97% S</b></li> <li>- <b>Mayor S que TAC para detectar LOEs páncreas (96% S, en lesiones menores de 3cm 67%S)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No fácilmente disponible</li> <li>- Contraindicada con prótesis, aparatos u objetos metálicos</li> <li>- Claustrofóbicos</li> <li>- Obesos mórbidos</li> <li>- Menor S que TAC y USE para diferenciar malignidad (50% RNM, 86%TAC,98%USE)</li> </ul>



Si el cuadro clínico, datos de laboratorio y ecografía son sugestivos de patología neoplásica → TC Dinámica con triple fase (NIVEL A)

Si existen parámetros clínicos y bioquímicos de colestasis, sin evidencia de una causa obstructiva biliar evidente pero sospechada, con o sin vesícula biliar → colangioRNM (NIVEL A)

## En la detección y tipificación de LOEs hepáticas

**TABLE 3. Comparison of US, CT, MRI, EUS, and EUS-FNA for the detection of the primary liver tumors**

	N	Sensitivity % (95% CI)	Specificity % (95% CI)	Positive predictive value % (95 CI)	Negative predictive value % (95 CI)	Accuracy % (95 CI)
US	13	50 (23-77)	29 (9-59)	37 (14-67)	40 (16-69)	38 (15-68)
CT	13	71 (41-91)	67 (36-88)	71 (41-91)	67 (36-88)	69 (39-90)
MRI	13	86 (55-98)	100 (71-100)	100 (71-100)	86 (55-98)	92 (62-100)*
EUS	17	100 (77-100)	25 (9-52)	60 (34-81)	100 (77-100)	65 (39-85)
<b>EUS/EUS-FNA</b>	<b>17†</b>	<b>89 (76-100)</b>	<b>100 (77-100)</b>	<b>100 (77-100)</b>	<b>89 (63-98)</b>	<b>94 (69-100)</b>

CI, Confidence interval.

\*Accuracy of the "intention to perform MRI" was 81% (53-95).

†EUS-FNA was not performed in 1 case, with EUS finding of cystic lesion.

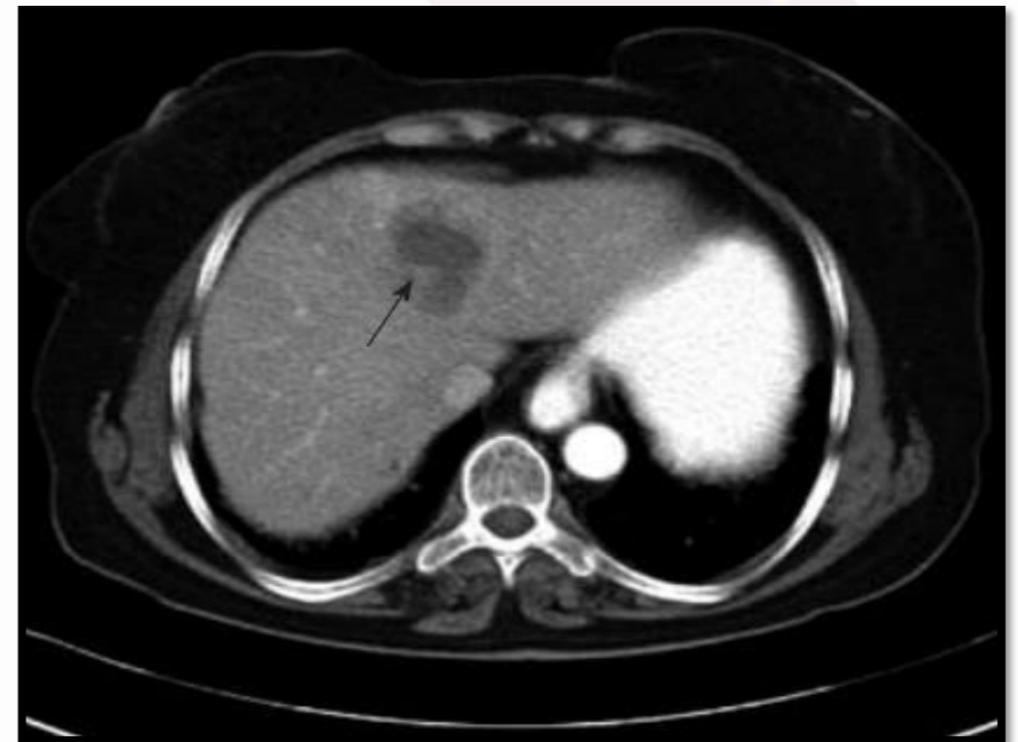
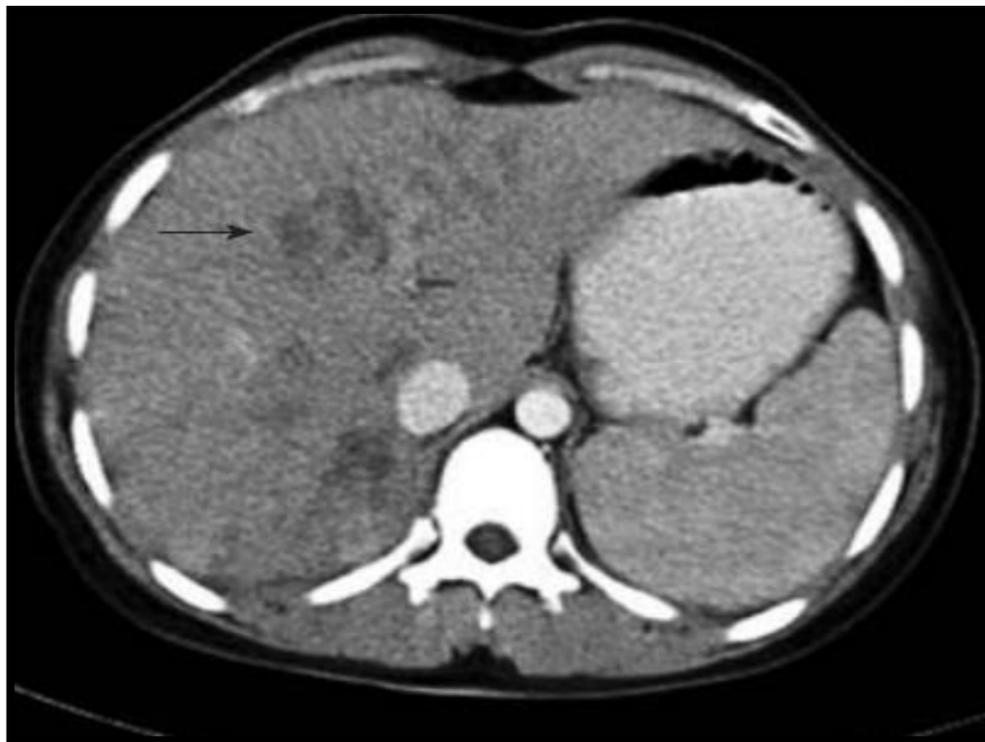
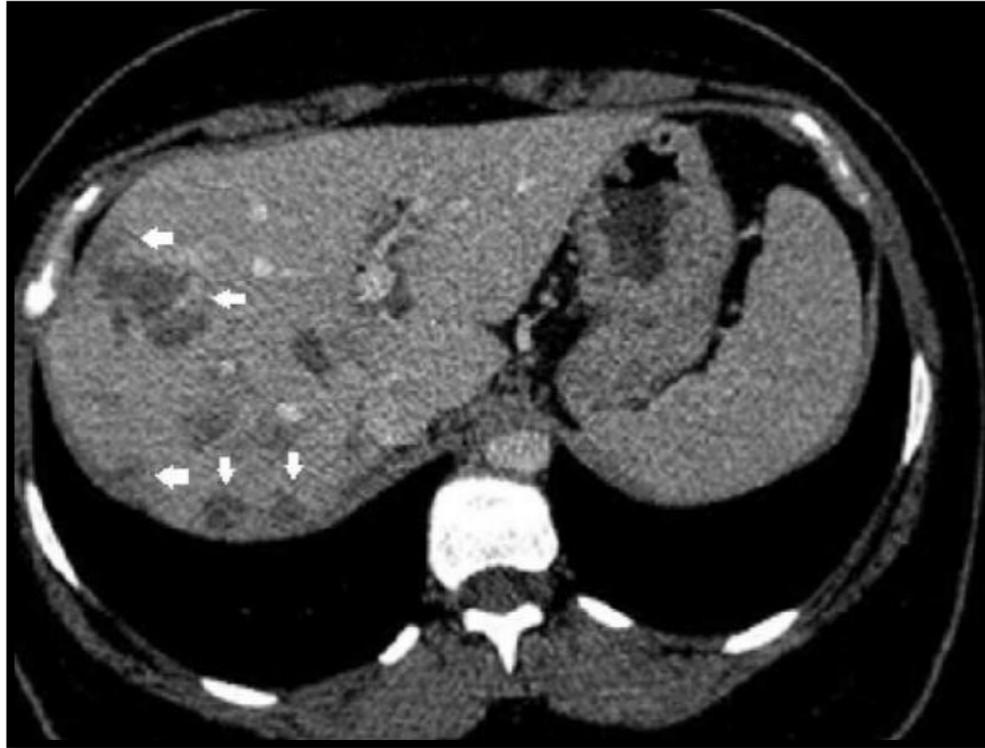
elevadas.

**TABLE 2. Comparison of Sensitivity, Specificity, Positive Predictive Value, Negative Predictive Value, and Accuracy of the CT Scan, EUS and EUS-FNA for the Diagnosis of Liver Tumors**

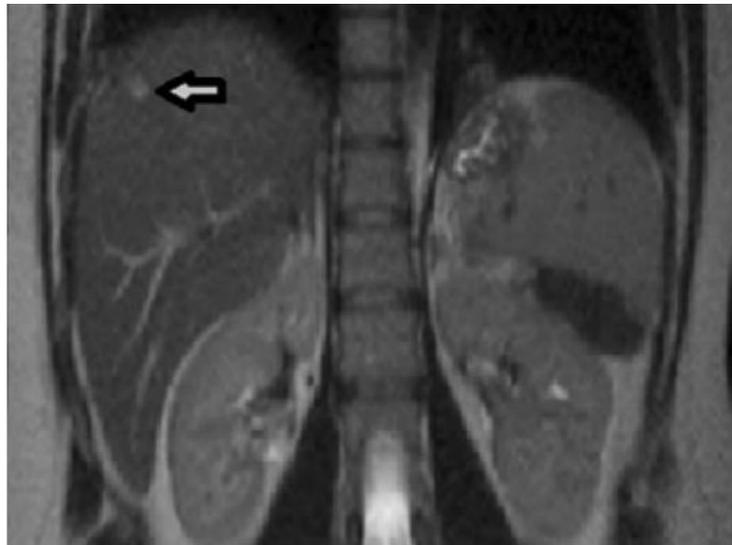
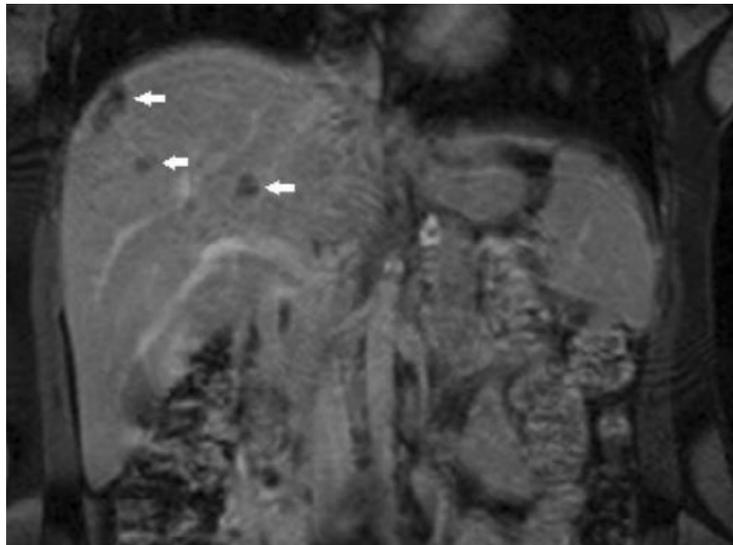
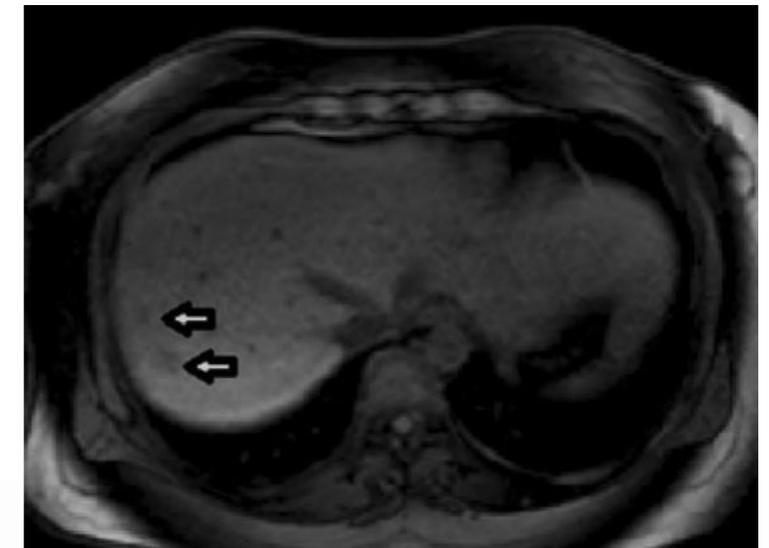
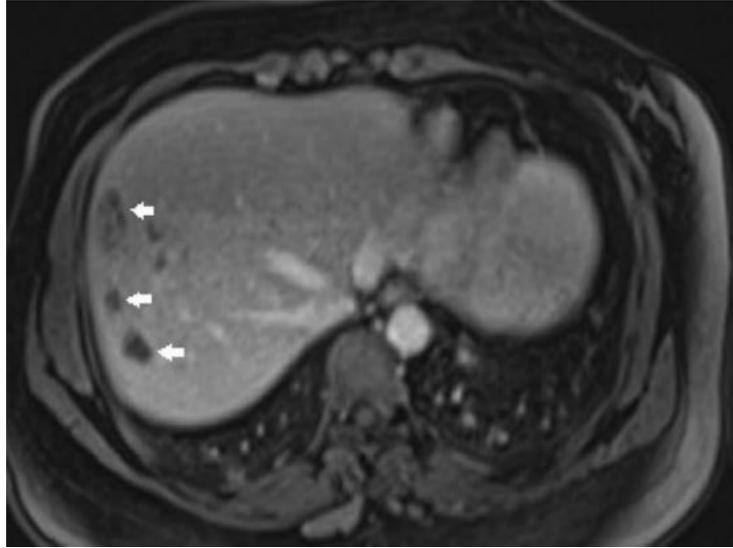
	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	Accuracy (%)
CT scan	96 (91-98)	92 (85-96)	73 (64-80)	99 (95-100)	92 (86-96)
EUS	100 (96-100)	96 (91-99)	87 (80-92)	100 (96-100)	97 (92-99)
<b>EUS/EUS-FNA</b>	<b>92 (86-96)</b>	<b>99 (95-100)</b>	<b>96 (91-99)</b>	<b>98 (94-100)</b>	<b>98 (93-99)</b>

CT indicates computed tomography; EUS endoscopic ultrasound; EUS-FNA, endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration; NPV, negative predictive value; PPV, positive predictive value.

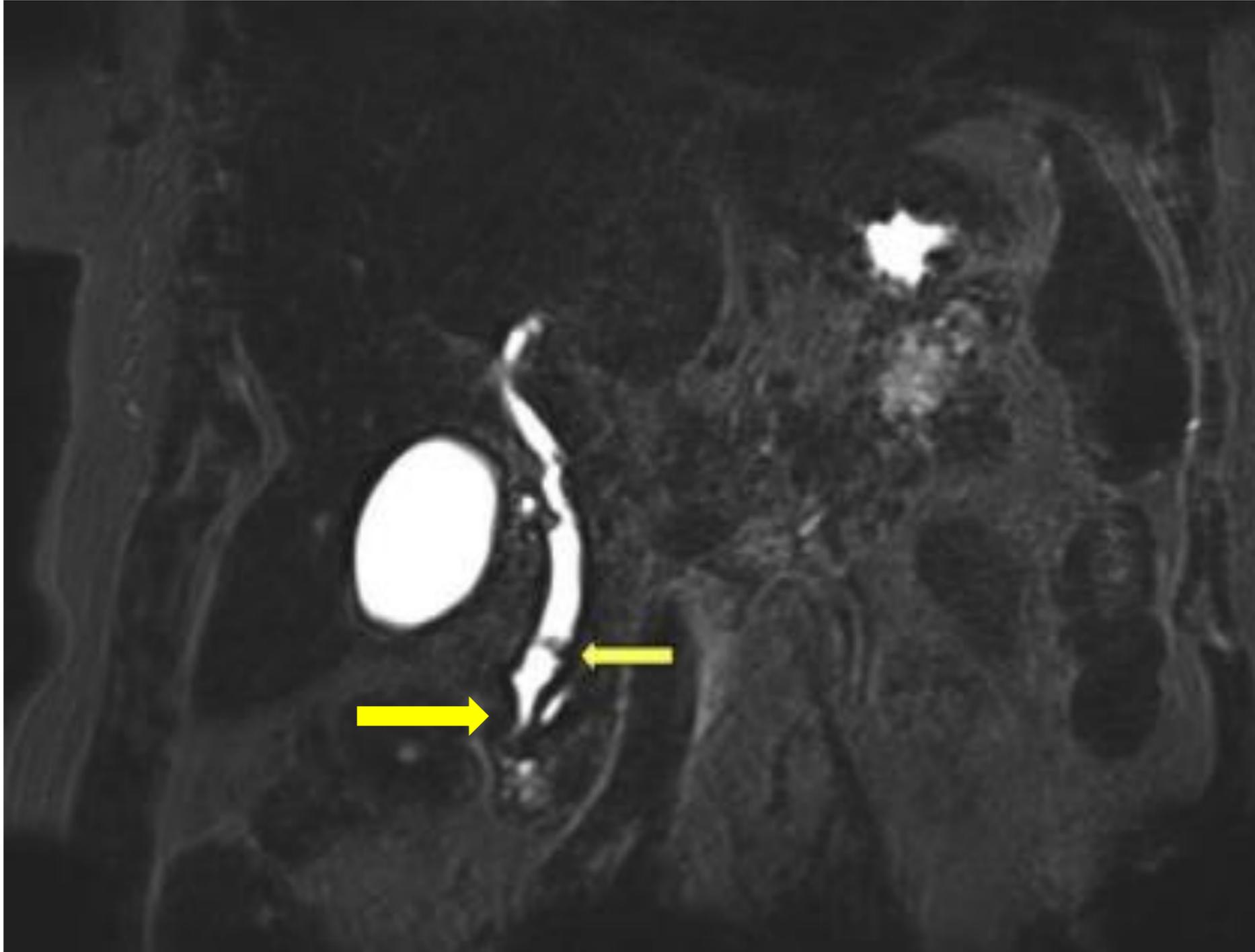
**TAC abdomen Trifásico**



**COLANGIORNM-RNM  
ABDOMEN**



**COLANGIORNM-RNM  
ABDOMEN**



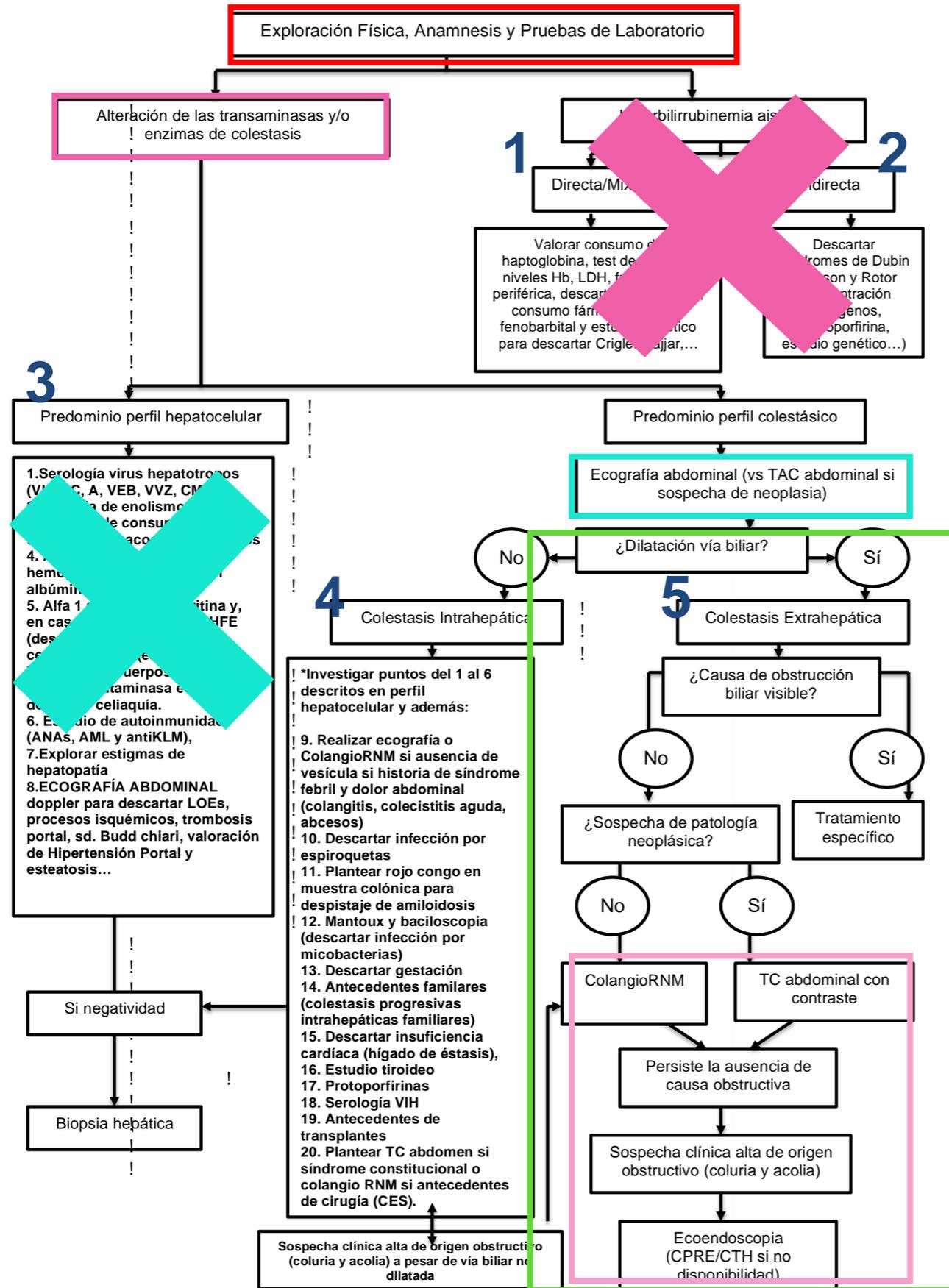
**¿Haríais alguna prueba adicional?**

**A. No, ya tenemos el diagnóstico y requiere inicio plan terapéutico**

**B. El diagnóstico no es claro, realizaría una Ecoendoscopia**

**C. El diagnóstico no es claro y creo necesario ampliar a PET y marcadores tumorales**





## En la detección de tumores biliopancreáticos y coledocolitiasis...

PRUEBAS IMAGEN	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<u>TC ABDOMEN</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es operador dependiente</li> <li>- No interfiere con la obesidad o gas intestinal</li> <li>- <b>Más sensible que la RNM para estadificar y detectar malignidad ((86%%S, E98%))</b></li> <li>- <b>Mejor estadificación vascular que USE y RNM</b></li> <li>- <b>Buena S para detectar Dilatación vía biliar → 96% S</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiación ionizante</li> <li>- Uso de contrastes intravenosos yodados (alergias)</li> <li>- <b>Menor S que USE para detectar malignidad (USE S 99%).</b></li> <li>- <b>Para detectar Menos S que RNM y USE. LOEs 70% S. Si son menores de 3 cm, S 53% S</b></li> <li>- <b>Menor S que RNM y USE para detectar Coledocolitiasis → 65-93% S</b></li> </ul>
<u>COLANGIORM</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No utiliza contrastes intravenosos yodados</li> <li>- No usa radiación ionizante</li> <li>- No es operador dependiente</li> <li>- <b>Alta S para Coledocolitiasis → 95% S</b></li> <li>- <b>Alta S Dilatación de la vía biliar → 97% S</b></li> <li>- <b>Mayor S que TAC para detectar LOEs páncreas (96% S, en lesiones menores de 3cm 67%S)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No fácilmente disponible</li> <li>- Contraindicada con prótesis, aparatos u objetos metálicos</li> <li>- Claustrofóbicos</li> <li>- Obesos mórbidos</li> <li>- Menor S que TAC y USE para diferenciar malignidad (50% RNM, 86%TAC,98%USE)</li> </ul>

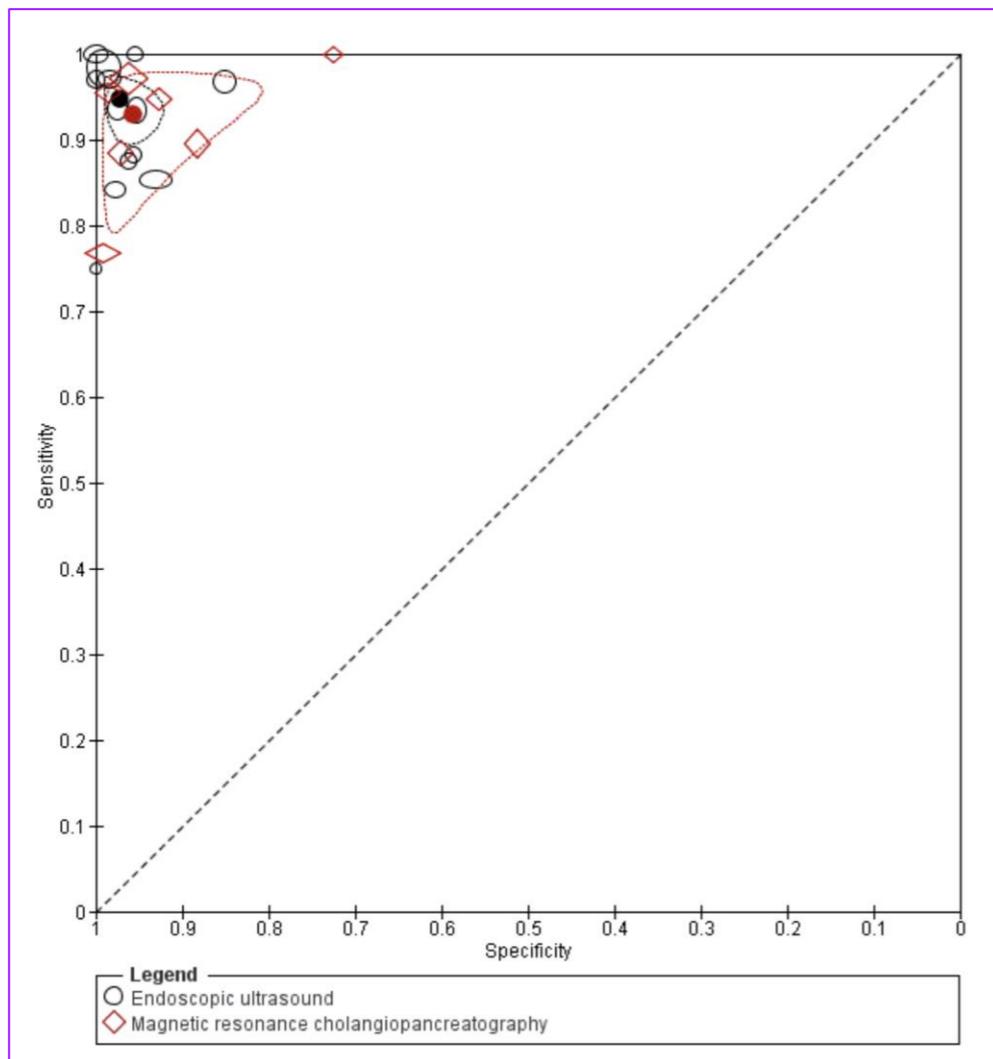
## En la detección de tumores biliopancreáticos y coledocolitiasis...

PRUEBAS IMAGEN	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<u>TC ABDOMEN</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es operador dependiente</li> <li>- No interfiere con la obesidad o gas intestinal</li> <li>- <b>Más sensible que la RNM para estadificar y detectar malignidad ((86%%S, E98%)</b></li> <li>- <b>Mejor estadificación vascular que USE y RNM</b></li> <li>- <b>Buena S para detectar Dilatación vía biliar → 96% S</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiación ionizante</li> <li>- Uso de contrastes intravenosos yodados (alergias)</li> <li>- <b>Menor S que USE para detectar malignidad (USE S 99%).</b></li> <li>- <b>Para detectar Menos S que RNM y USE. LOEs 70% S. Si son menores de 3 cm, S 53% S</b></li> <li>- <b>Menor S que RNM y USE para detectar Coledocolitiasis → 65-93% S</b></li> </ul>
<u>COLANGIORM</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No utiliza contrastes intravenosos yodados</li> <li>- No usa radiación ionizante</li> <li>- No es operador dependiente</li> <li>- <b>Alta S para Coledocolitiasis → 95% S</b></li> <li>- <b>Alta S Dilatación de la vía biliar → 97% S</b></li> <li>- <b>Mayor S que TAC para detectar LOEs páncreas (96% S, en lesiones menores de 3cm 67%S)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No fácilmente disponible</li> <li>- Contraindicada con prótesis, aparatos u objetos metálicos</li> <li>- Claustrofóbicos</li> <li>- Obesos mórbidos</li> <li>- Menor S que TAC y USE para diferenciar malignidad (50% RNM, 86%TAC,98%USE)</li> </ul>
<u>ECOENDOSCOPIA</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Superior en valoración del colédoco distal</li> <li>- <b>Mejor estadiaje TyN y evaluación de la resecabilidad en tumores.</b></li> <li>- <b>Superior en la detección de LOEs páncreas: 98%S (En lesiones de &lt;3cm 93%S)</b></li> <li>- <b>Buena S en Coledocolitiasis oculta → 96% S 86% E (ligeramente superior a RNM en litiasis pequeñas)</b></li> <li>- Posibilidad de realizar PAAF en la misma exploración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No fácilmente disponible</li> <li>- Contraindicada/no posible en estenosis duodenales infranqueables, gastrectomía total o Billroth II</li> <li>- Dificultades en la interpretación de imágenes en presencia de aerobilia o prótesis biliares o pancreáticas</li> <li>- Limitaciones en el estadiaje vascular, precisa de TAC trifásico complementario.</li> </ul>

## En la detección de tumores biliopancreáticos y coledocolitiasis...

Number	Author	Year	References	Number of patients	EUS	CT	US	MRI
1	Rösch et al.	1991	[9]	102	99	77	67	–
2	Palazzo et al.	1993	[10]	49	91	66	64	–
3	Müller et al.	1994	[11]	33	94	69	–	83
4	Marty et al.	1995	[12]	37	92	63	–	–
5	Melzer et al.	1996	[13]	12	100	83	–	–
6	Howard et al.	1997	[14]	21	100	67	–	–
7	Sugiyama et al.	1997	[15]	73	96	86	81	–
8	Legmann et al.	1998	[16]	30	100	92	–	–
9	Gress et al.	1999	[17]	81	100	74	–	–
10	Midwinter et al.	1999	[18]	34	97	76	–	–
11	Harrison et al.	1999	[19]	19	89	68	–	–
12	Mertz et al.	2000	[20]	31	93	53	–	–
13	Rivadeneira et al.	2003	[21]	44	100	68	–	–
14	Ainsworth et al.	2003	[22]	22	87	–	–	96
15	Kitano et al.	2004	[23]	65	95	68	–	–
16	Agarwal et al.	2004	[24]	71	100	86	–	–
17	Dewitt et al.	2004	[25]	80	98	86	–	–
18	Borbath et al.	2005	[26]	59	98	–	–	88
19	Hocke et al.	2008	[27]	194	79	–	–	–
20	Jemaa et al.	2008	[28]	42	100	88	–	–
21	Sakamoto et al.	2008	[29]	36	94	50	–	–
22	Kamata et al.	2014	[30]	35	100	56	39	50
	Total number of patients			1170	1170	895	259	149
	Overall sensitivity				94	74	67	79

Tanto la USE como la CPRM presentan una alta exactitud diagnóstica para la detección de los cálculos del colédoco



De Ledinghen et al. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1999

Fernandez-Esparrach et al. *American Journal of Gastroenterology*, 2007.

### Endoscopic ultrasound

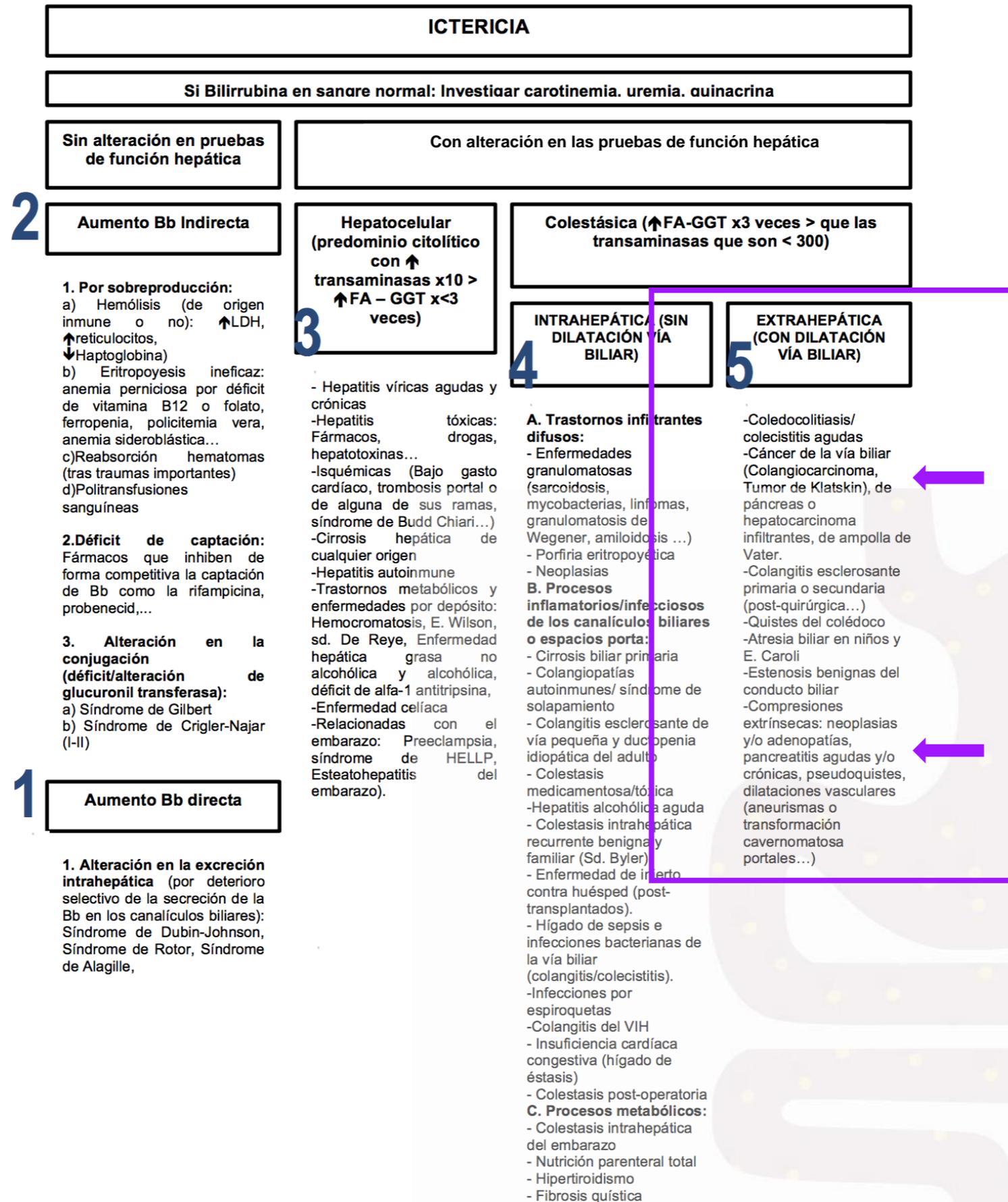
Study	TP	FP	FN	TN	Prospective	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)
Ang 2012	33	0	0	79	No	1.00 [0.89, 1.00]	1.00 [0.95, 1.00]		
Norton 1997	21	1	3	25	Not stated	0.88 [0.68, 0.97]	0.96 [0.80, 1.00]		
Prat 1996	73	1	5	40	Not stated	0.94 [0.86, 0.98]	0.98 [0.87, 1.00]		
Fernandez-Esparrach 2007	59	11	2	63	Not stated	0.97 [0.89, 1.00]	0.85 [0.75, 0.92]		
Ney 2005	32	0	1	35	Not stated	0.97 [0.84, 1.00]	1.00 [0.90, 1.00]		
Choo 2012	3	0	1	5	Yes	0.75 [0.19, 0.99]	1.00 [0.48, 1.00]		
Canto 1998	16	1	3	44	Yes	0.84 [0.60, 0.97]	0.98 [0.88, 1.00]		
Montariol 1998	35	12	6	162	Yes	0.85 [0.71, 0.94]	0.93 [0.88, 0.96]		
Fazel 2002	15	1	2	22	Yes	0.88 [0.64, 0.99]	0.96 [0.78, 1.00]		
Kohut 2002	85	2	6	41	Yes	0.93 [0.86, 0.98]	0.95 [0.84, 0.99]		
Liu 2001	33	1	1	65	Yes	0.97 [0.85, 1.00]	0.98 [0.92, 1.00]		
Buscarini 2003	237	2	4	216	Yes	0.98 [0.96, 1.00]	0.99 [0.97, 1.00]		
De Ledinghen 1999	10	1	0	21	Yes	1.00 [0.69, 1.00]	0.95 [0.77, 1.00]		

### Magnetic resonance cholangiopancreatography

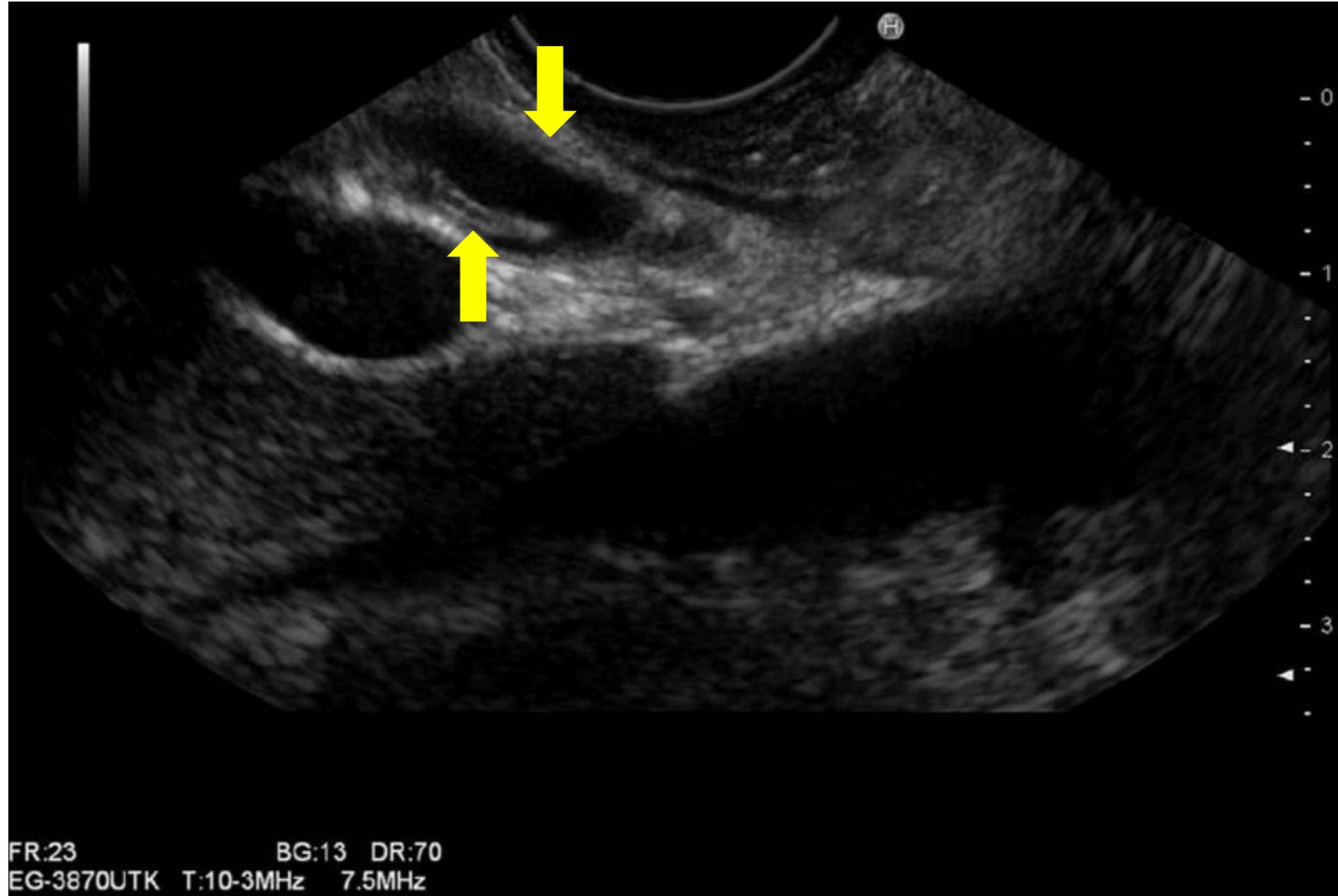
Study	TP	FP	FN	TN	Prospective	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)
Fernandez-Esparrach 2007	54	2	7	72	Not stated	0.89 [0.78, 0.95]	0.97 [0.91, 1.00]		
Guarise 2005	78	7	9	53	Not stated	0.90 [0.81, 0.95]	0.88 [0.77, 0.95]		
Boraschi 2002	37	4	2	52	Not stated	0.95 [0.83, 0.99]	0.93 [0.83, 0.98]		
Miletic 2006	112	7	3	186	Not stated	0.97 [0.93, 0.99]	0.96 [0.93, 0.99]		
Jendresen 2002	20	1	6	153	Yes	0.77 [0.56, 0.91]	0.99 [0.96, 1.00]		
Gautier 2004	22	1	1	75	Yes	0.96 [0.78, 1.00]	0.99 [0.93, 1.00]		
De Ledinghen 1999	10	6	0	16	Yes	1.00 [0.69, 1.00]	0.73 [0.50, 0.89]		

Los estudios que comparan la colangiografía por resonancia magnética (CPRM) con la USE en el diagnóstico de coledocolitiasis demuestran que ambas técnicas tienen resultados similares en cuanto a sensibilidad y especificidad (**USE S95% E97%; cRMN S93% E96%**), aunque la USE puede ser más sensible en casos de litiasis de pequeño tamaño.

Se necesitan estudios adicionales de calidad metodológica alta para determinar la exactitud diagnóstica de la EE y la CPRM para el diagnóstico de los cálculos del colédoco.



**EUS**



**¿Cómo trataríais a este paciente con la información que tenemos?**

**A. Cirugía: Colectomía +  
limpieza vía biliar en un solo acto**

**B. CPRE**

**C. CTPH**

**D. Coledoscopia**

**E. Tratamiento médico**



**Se recomienda que la CPRE se reserve para pacientes que requieren una intervención. En los pacientes con sospecha de coledocolitiasis no se recomienda su uso únicamente como prueba diagnóstica. A nivel terapéutico es la técnica de elección (Nivel de recomendación B)**

**En pacientes con patología obstructiva proximal evidenciada por otro método diagnóstico sin importar la causa etiológica, con signos clínicos y bioquímicos de colestasis (bilirrubina mayor de 10 mg/dl), con colangitis o disfunción hepática tiene indicación de drenaje biliar percutáneo con fines terapéuticos ya sea temporal, paliativo o definitivo (Nivel A)**

**Indicaciones de la CTPH:**

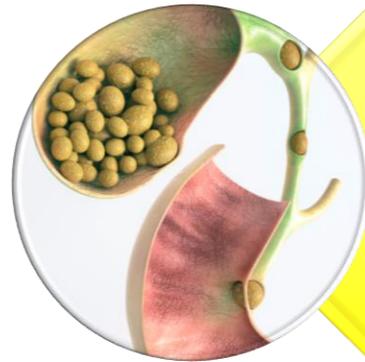
- Lesiones iatrogénicas o tumorales altas de la vía biliar
- fracasos o imposibilidad técnica de la CPRE:
- Cirugías derivativas gástricas (Billroth II o gastrectomía total)
- Papila incanulable
- Colocación de drenajes o prótesis por vía percutánea en la vía biliar

**En pacientes con patología obstructiva distal evidenciada por otro método diagnóstico sin importar la etiología, con signos clínicos y bioquímicos de colestasis (bilirrubina mayor de 10 mg/dL), con colangitis o con disfunción hepática tiene indicación formal de CPRE con fines terapéuticos ya sea paliativo o definitivo (NIVEL A)**

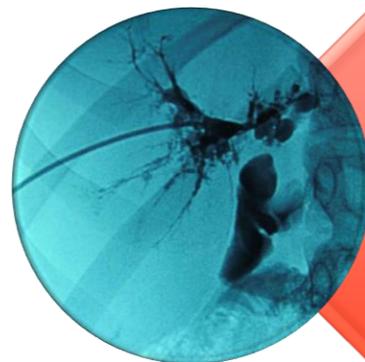
**La cirugía directa se reserva como técnica complementaria de apoyo a las anteriores o ante el fracasos de las mismas**

## Manejo endoscópico Ictericia Obstructiva

La patología biliar candidata a tratamiento endoscópico puede ser:

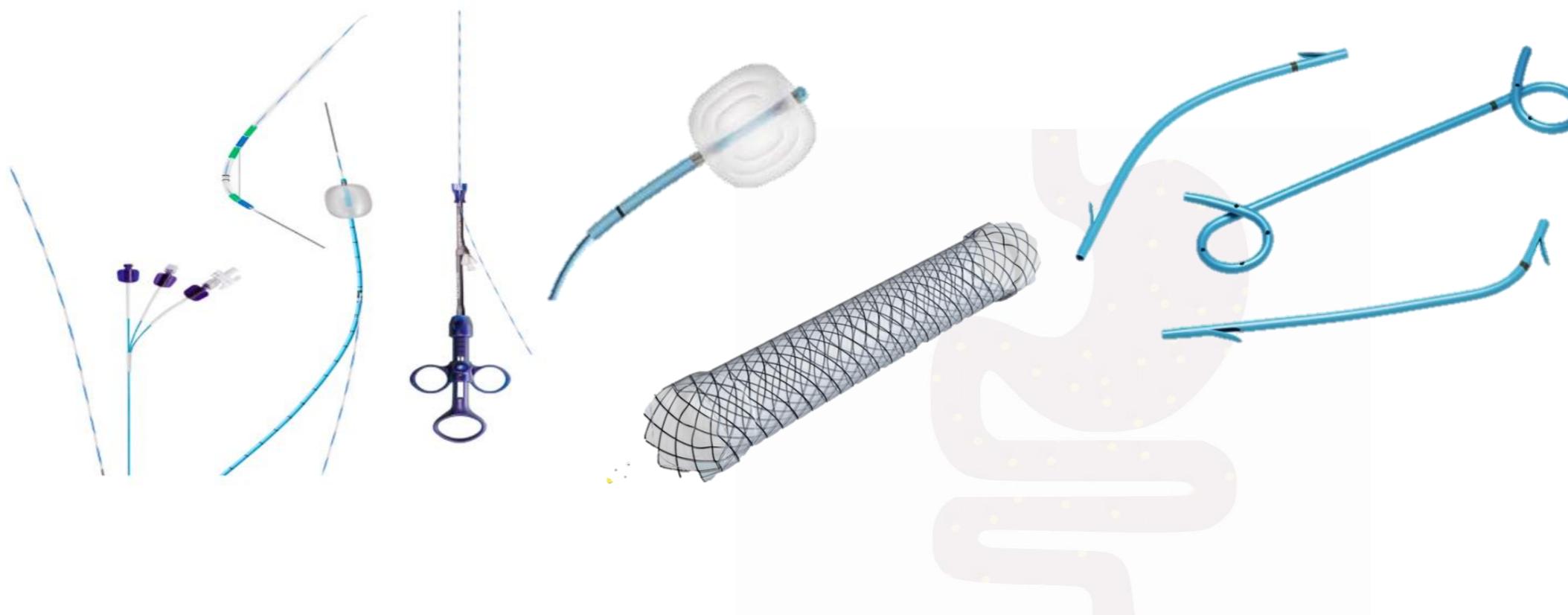
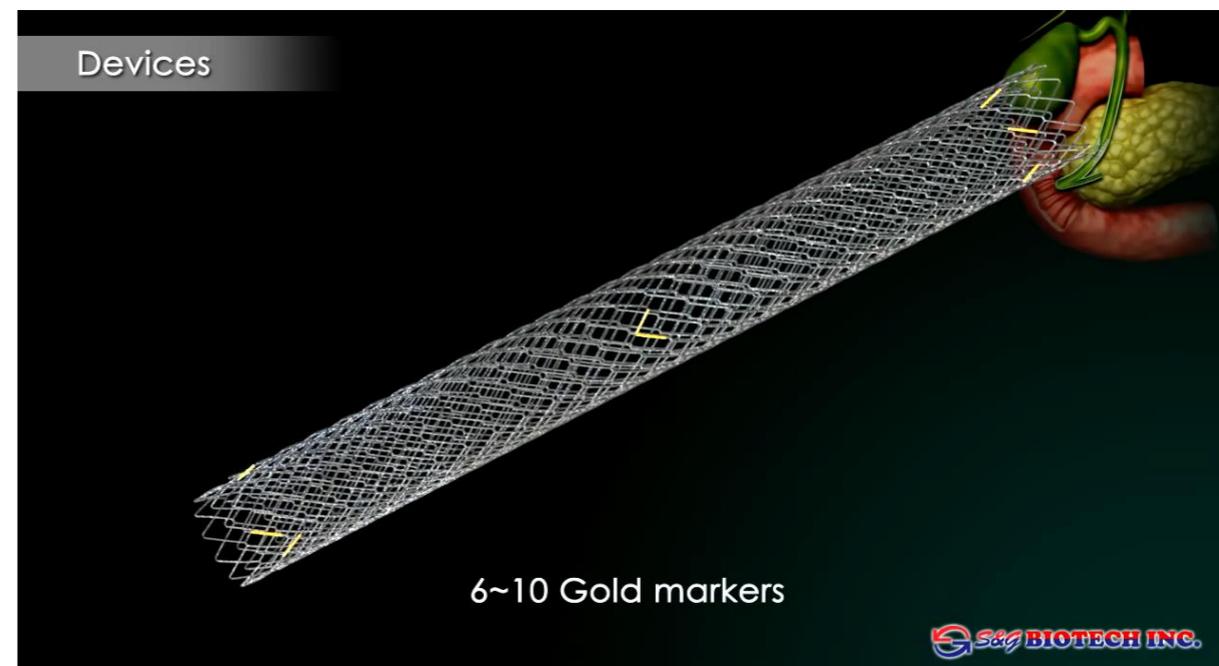
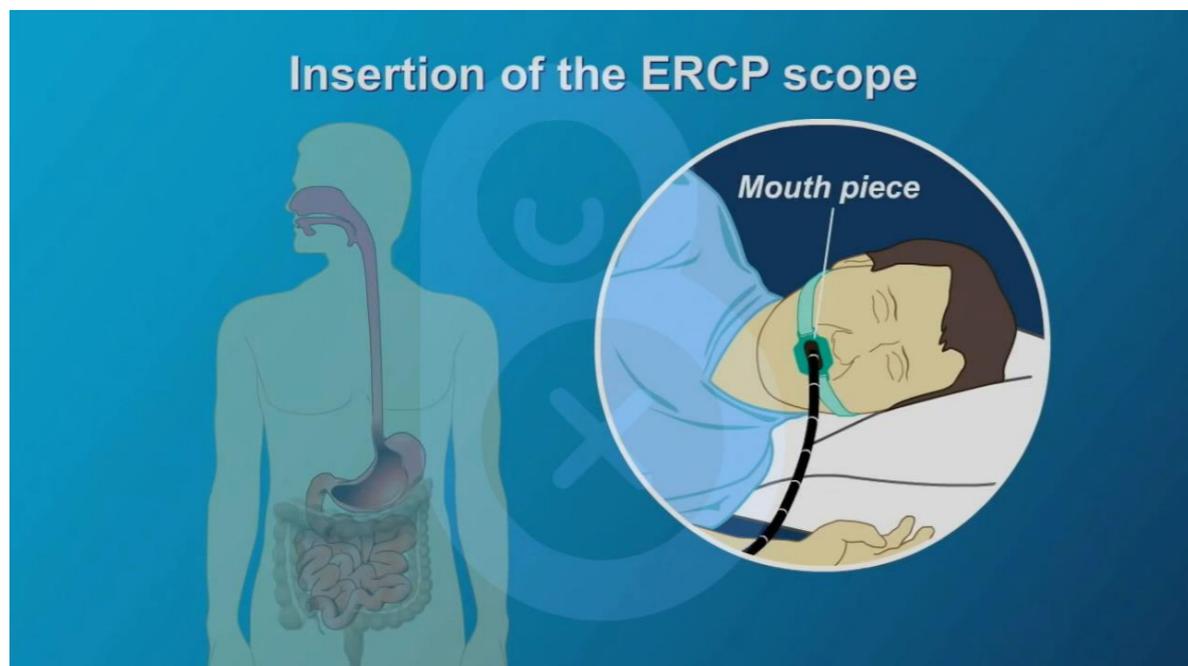


De origen litiásico (coledocolitiasis y  
colecistitis aguda litiásica).

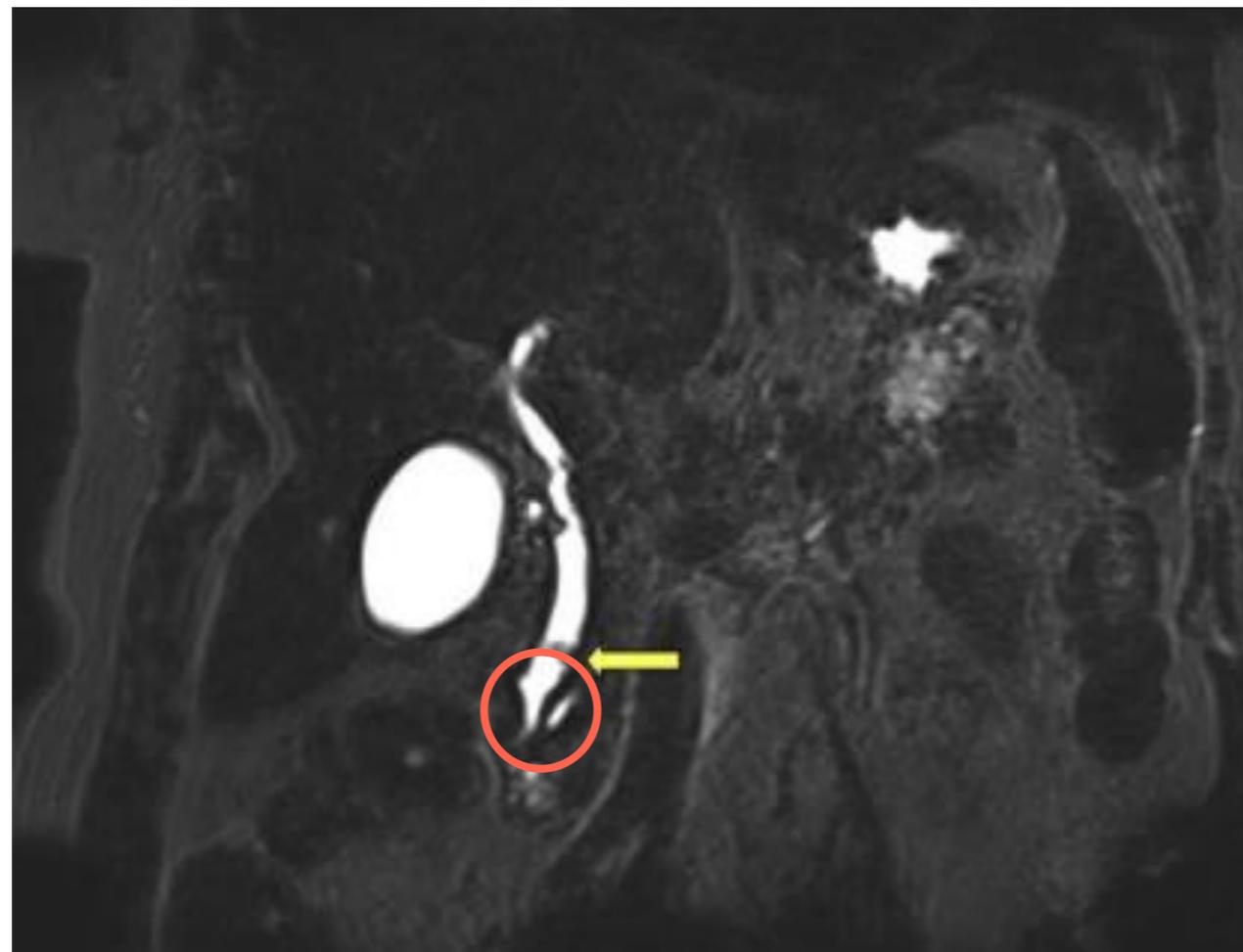


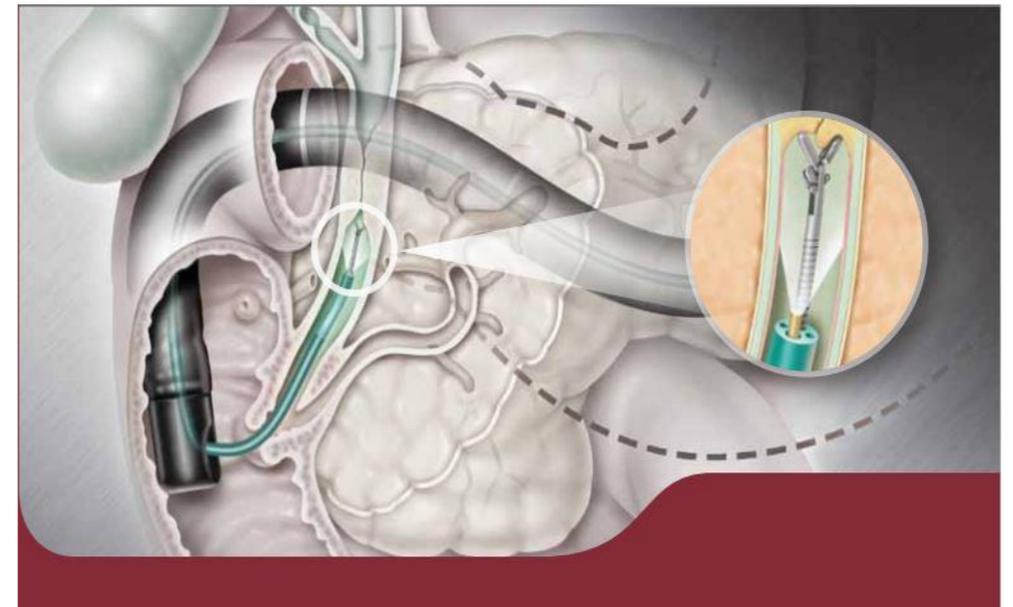
Estenosis/compresiones biliares (benignas  
y malignas)

## Manejo endoscópico Ictericia Obstructiva



**En nuestro paciente dado que existía una estenosis en colédoco distal en la colangioRM que no es evidenciada mediante la realización de ecoendoscopia se decidió realizar una técnica dual: valoración del colédoco distal mediante coledoscopia (Spyglass) con toma de biopsias si era preciso y posteriormente CPRE terapéutica con esfinterotomía y limpieza de la vía biliar**



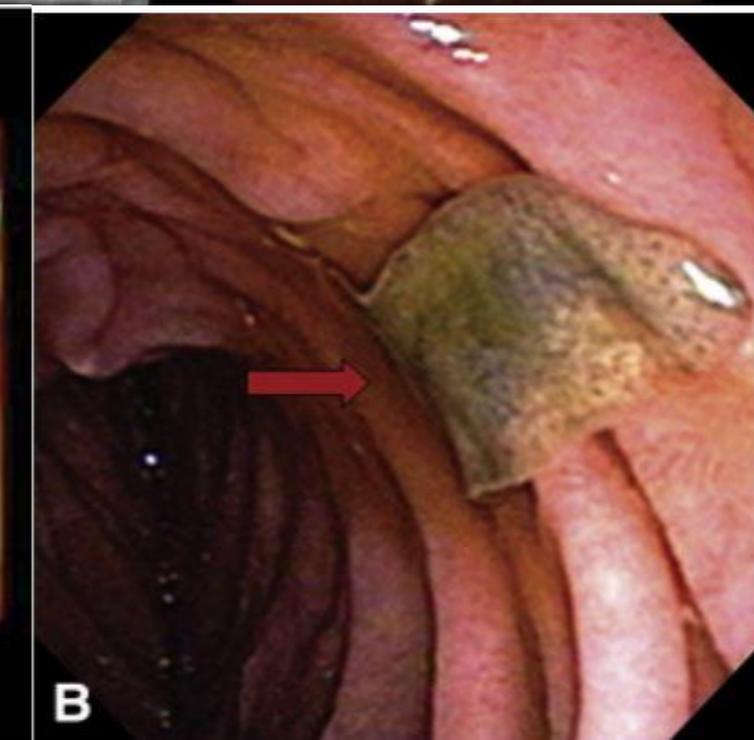
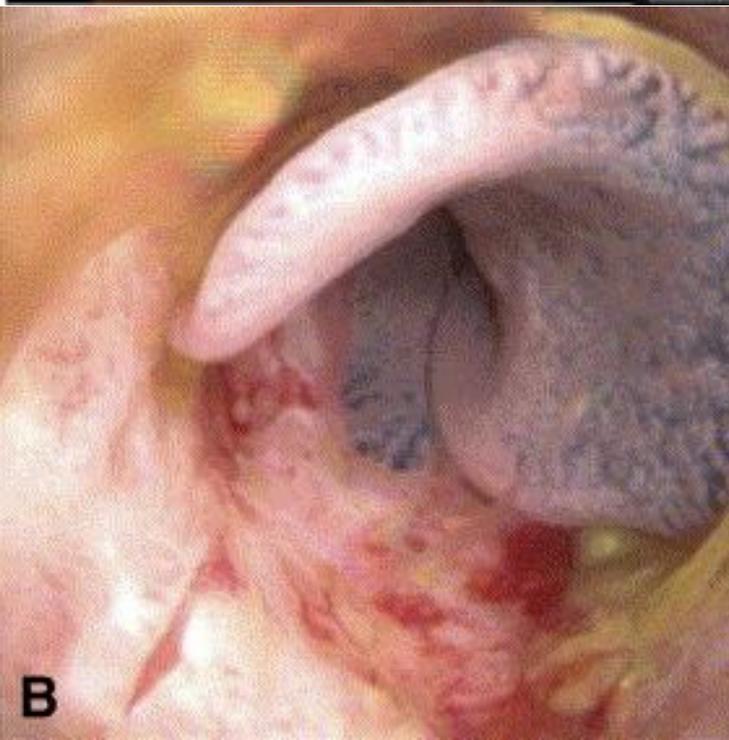
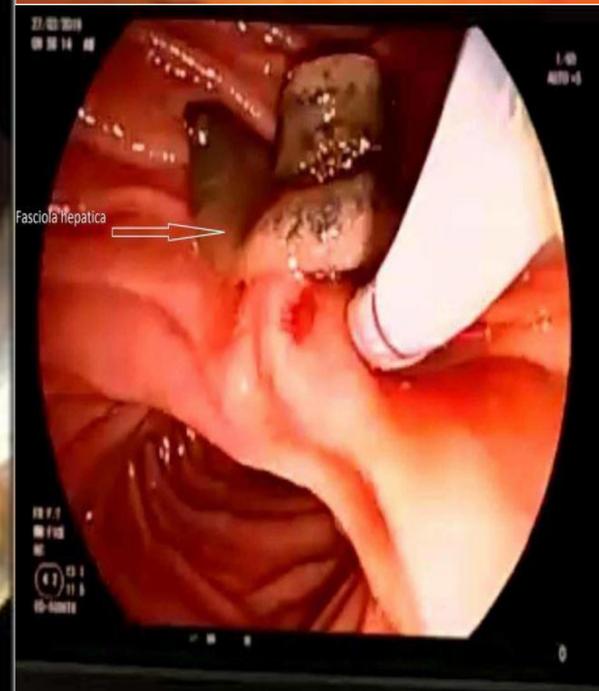
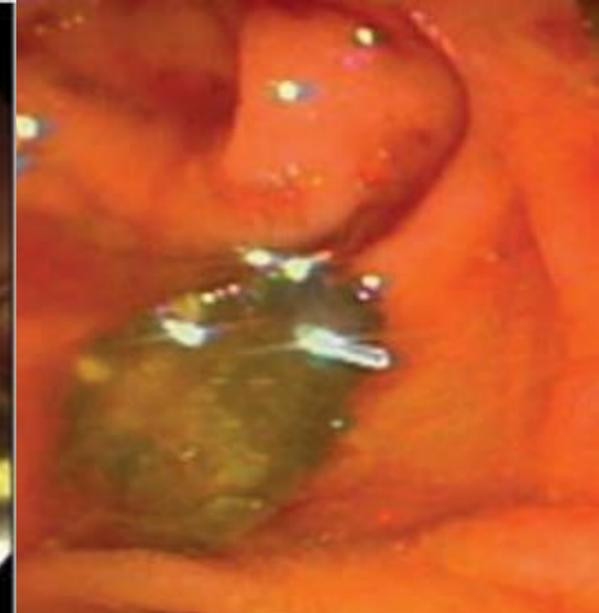
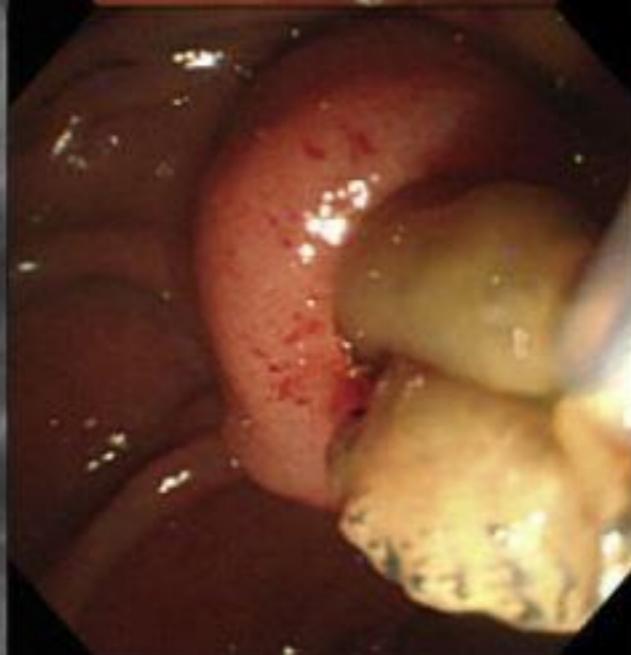
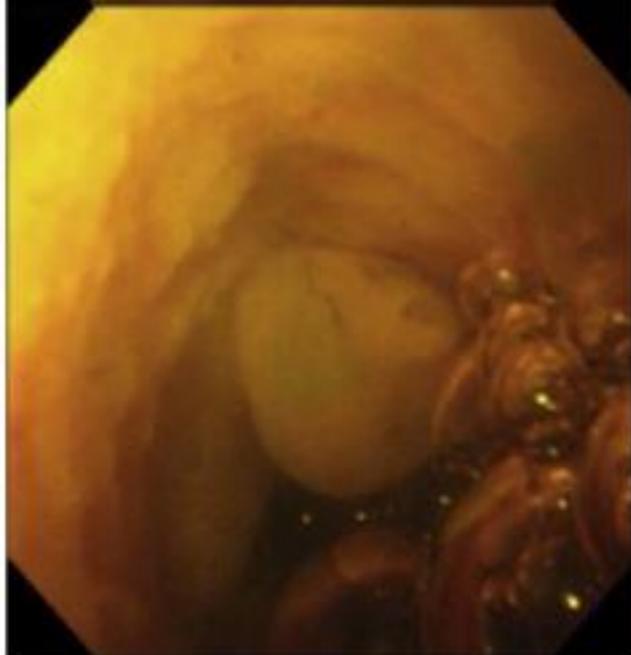
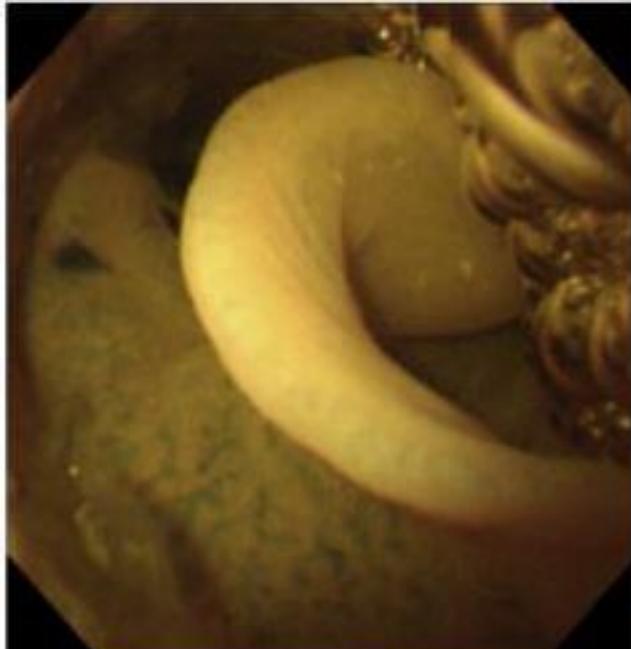


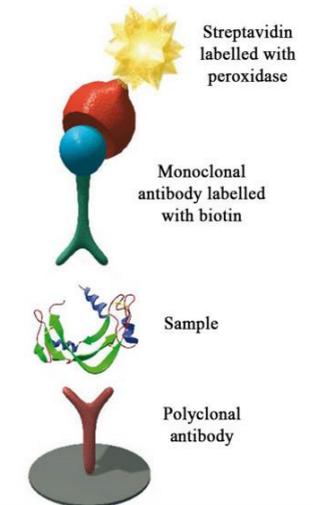
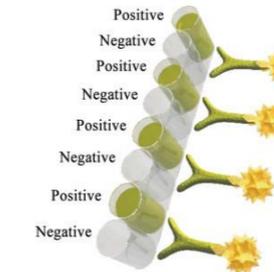
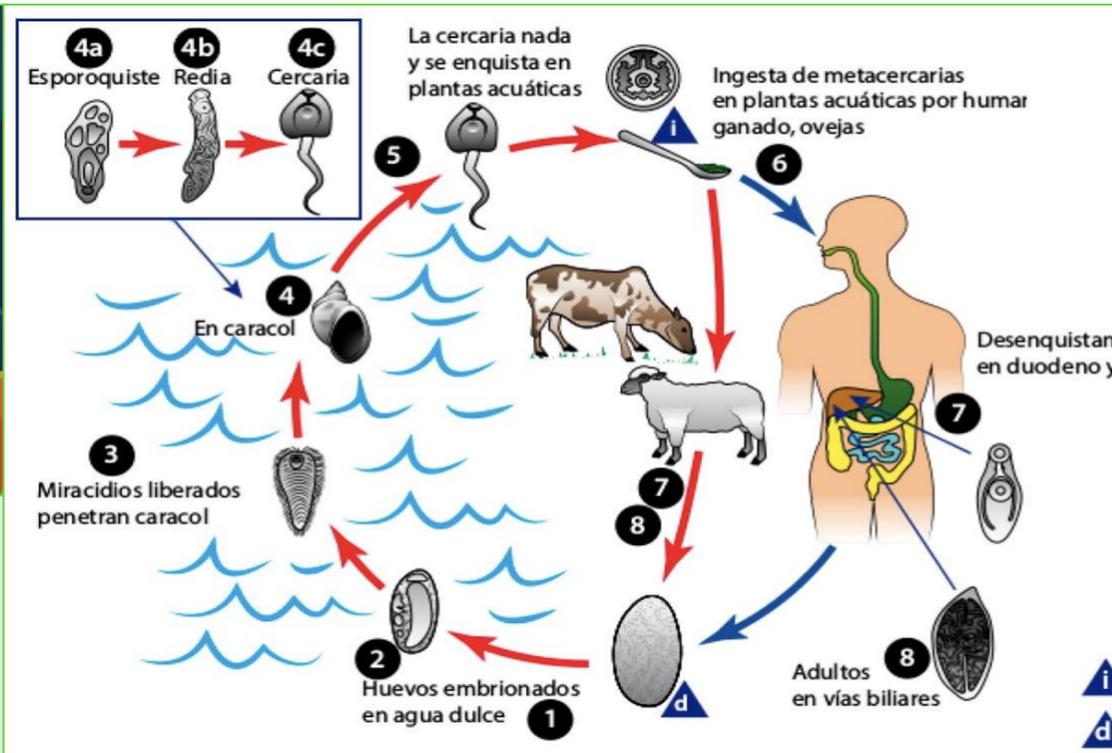
Actualmente, las dos principales indicaciones para su uso son la evaluación de estenosis biliares indeterminadas y la litotricia para cálculos biliares de difícil extracción.

La colangioscopia a través del colangioscopio Spyglass con toma de biopsias tiene una sensibilidad del 77% a la hora de identificar malignidad en pacientes con sospecha de colangiocarcinoma.









**\*\*DIAGNÓSTICO:**

\***Sospecha: Eosinofilia**

\***Métodos Directos:**

- Detección de huevos en bilis o heces. Negativos en la fase de invasión
- Uso de Anticuerpo monoclonal (AcM) ES-78 y un conjugado peroxidasa-Ac **policlinal contra antígenos de excreción-secreción de adultos de *F. hepatica*.**

\***Métodos Indirectos:**

- Detección de Ac mediante ELISA, fijación del complemento, inmunodifusión, contra-inmunolectroforesis e inmunofluorescencia

**\*\*TRATAMIENTO:**

- **Triclabendazol** Vía oral en dosis única de 10 mg/kg, o bien 20 mg/kg en una dosis única o dividida en dos días seguidos acompañada de una comida grasa para mejorar la absorción.
- La aparición de resistencia al triclabendazol en varias partes del mundo ha hecho que en la actualidad se haya ensayado **combinar este imidazol con derivados de la artemisina** con resultados satisfactorios, incluso empleando estos últimos derivados como monodroga.
- Antes: emetina, dihidroemetina y bithionol, las cuales por su elevada toxicidad y el largo período de tratamiento que exigían la hospitalización

### ICTERICIA

Si Bilirrubina en sangre normal: Investigar carotinemia. uremia. quinacrina

Sin alteración en pruebas de función hepática

Sin alteración en pruebas de función hepática

**2** Aumento Bb Indirecta

**1. Por sobreproducción:**

- Hemólisis (de origen inmune o no): ↑LDH, ↑reticulocitos, ↓Haptoglobina
- Eritropoyesis ineficaz: anemia perniciosa por déficit de vitamina B12 o folato, ferropenia, policitemia vera, anemia sideroblástica...
- Reabsorción hematomas (tras traumas importantes)
- Politransfusiones sanguíneas

**2. Déficit de captación:** Fármacos que inhiben de forma competitiva la captación de Bb como la rifampicina, probenecid,...

**3. Alteración en la conjugación (déficit/alteración de glucuronil transferasa):**

- Síndrome de Gilbert
- Síndrome de Crigler-Najar (I-II)

**1** Aumento Bb directa

**1. Alteración en la excreción intrahepática** (por deterioro selectivo de la secreción de la Bb en los canalículos biliares): Síndrome de Dubin-Johnson, Síndrome de Rotor, Síndrome de Alagille,

**3** Hepatocelular (predominio citolítico con ↑ transaminasas x10 > ↑FA – GGT x<3 veces)

- Hepatitis víricas agudas y crónicas
- Hepatitis tóxicas: Fármacos, drogas, hepatotoxinas...
- Isquémicas (Bajo gasto cardíaco, trombosis portal o de alguna de sus ramas, síndrome de Budd Chiari...)
- Cirrosis hepática de cualquier origen
- Hepatitis autoinmune
- Trastornos metabólicos y enfermedades por depósito: Hemocromatosis, E. Wilson, sd. De Reye, Enfermedad hepática grasa no alcohólica y alcohólica, déficit de alfa-1 antitripsina,
- Enfermedad celíaca
- Relacionadas con el embarazo: Preeclampsia, síndrome de HELLP, Esteatohepatitis del embarazo).

**4** Colestásica (↑FA-GGT x3 veces > que las transaminasas que son < 300)

**4** INTRAHEPÁTICA (SIN DILATACIÓN VÍA BILIAR)

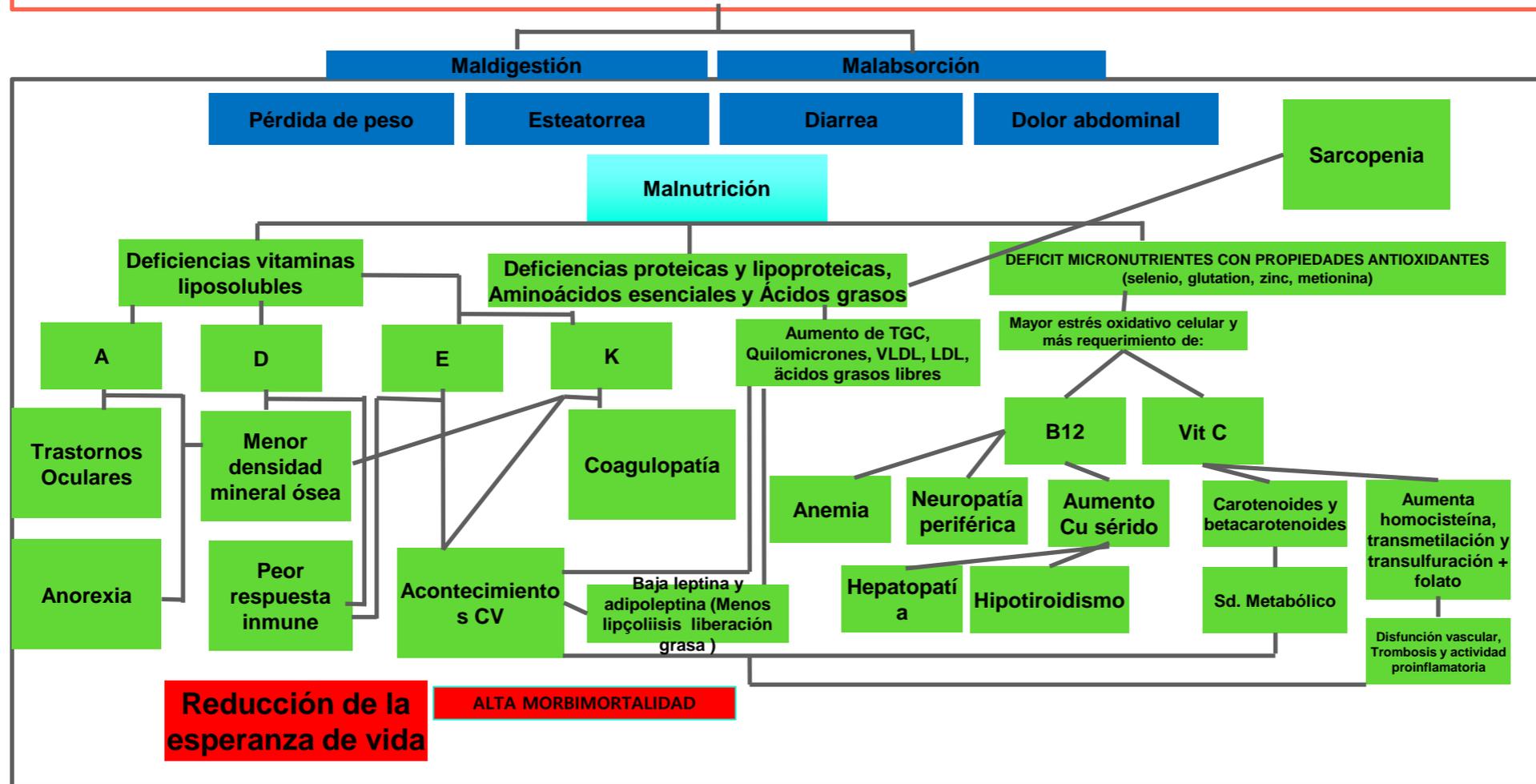
- A. Trastornos infiltrantes difusos:**
- Enfermedades granulomatosas (sarcoidosis, mycobacterias, linfomas, granulomatosis de Wegener, amiloidosis ...)
  - Porfiria eritropoyética
  - Neoplasias
- B. Procesos inflamatorios/infecciosos de los canalículos biliares o espacios porta:**
- Cirrosis biliar primaria
  - Colangiopatías autoinmunes/ síndrome de solapamiento
  - Colangitis esclerosante de vía pequeña y ductopenia idiopática del adulto
  - Colestasis medicamentosa/tóxica
  - Hepatitis alcohólica aguda
  - Colestasis intrahepática recurrente benigna y familiar (Sd. Byler)
  - Enfermedad de injerto contra huésped (post-transplantados).
  - Hígado de sepsis e infecciones bacterianas de la vía biliar (colangitis/colestitis).
  - Infecciones por espiroquetas
  - Colangitis del VIH
  - Insuficiencia cardíaca congestiva (hígado de éstasis)
  - Colestasis post-operatoria
- C. Procesos metabólicos:**
- Colestasis intrahepática del embarazo
  - Nutrición parenteral total
  - Hipertiroidismo
  - Fibrosis quística

**5** EXTRAHEPÁTICA (CON DILATACIÓN VÍA BILIAR)

- Coledocolitiasis/ colestitis agudas
- Cáncer de la vía biliar (Colangiocarcinoma, Tumor de Klatskin), de páncreas o hepatocarcinoma infiltrantes, de ampolla de Vater.
- Colangitis esclerosante primaria o secundaria (post-quirúrgica...)
- Quistes del colédoco
- Atresia biliar en niños y E. Caroli
- Estenosis benignas del conducto biliar
- Compresiones extrínsecas: neoplasias y/o adenopatías, pancreatitis agudas y/o crónicas, pseudoquistes, dilataciones vasculares (aneurismas o transformación cavernomatosa portales...)

**Colangitis por parásitos**

# Implicaciones de la ictericia obstructiva



Aportar vitaminas liposolubles

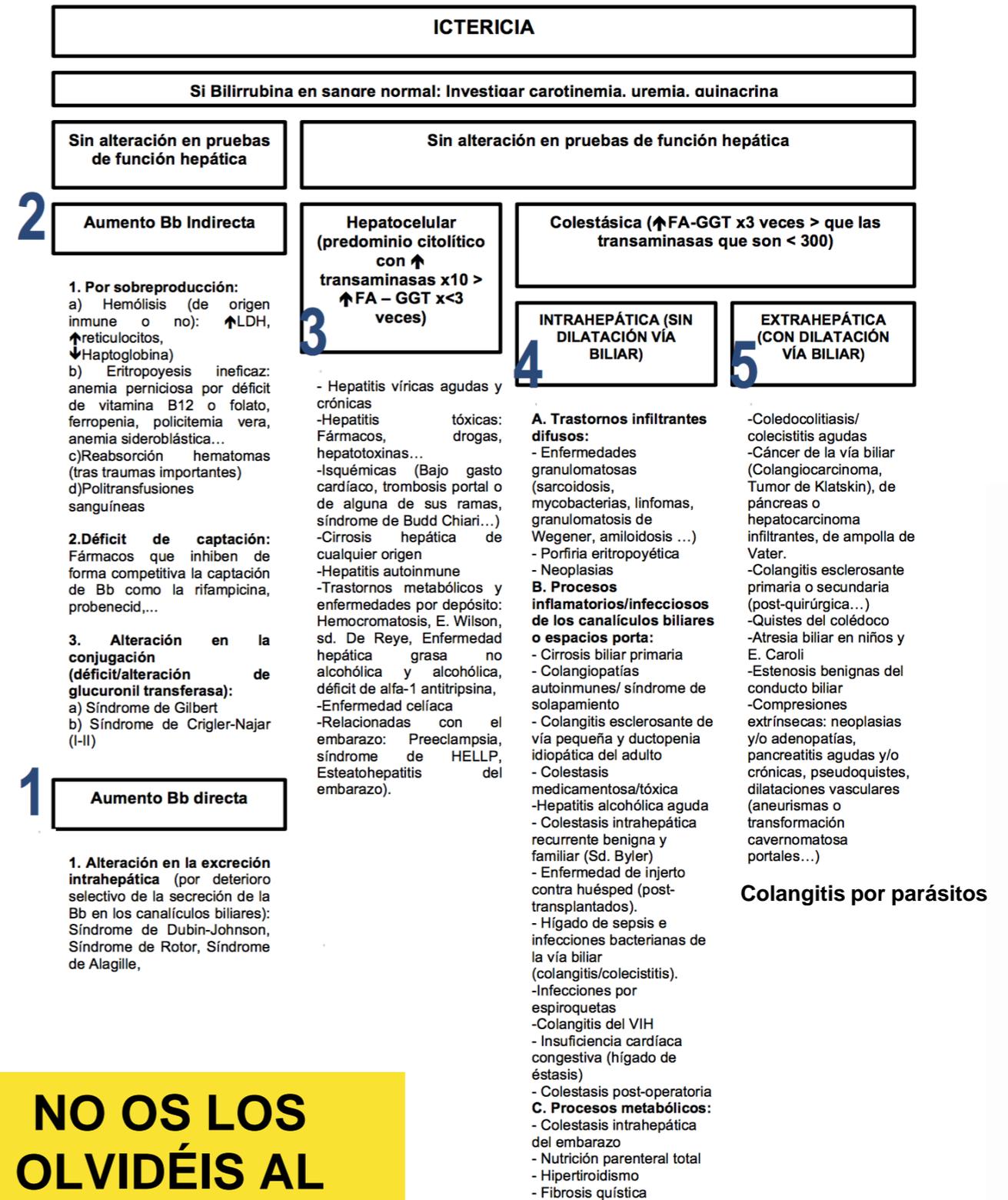
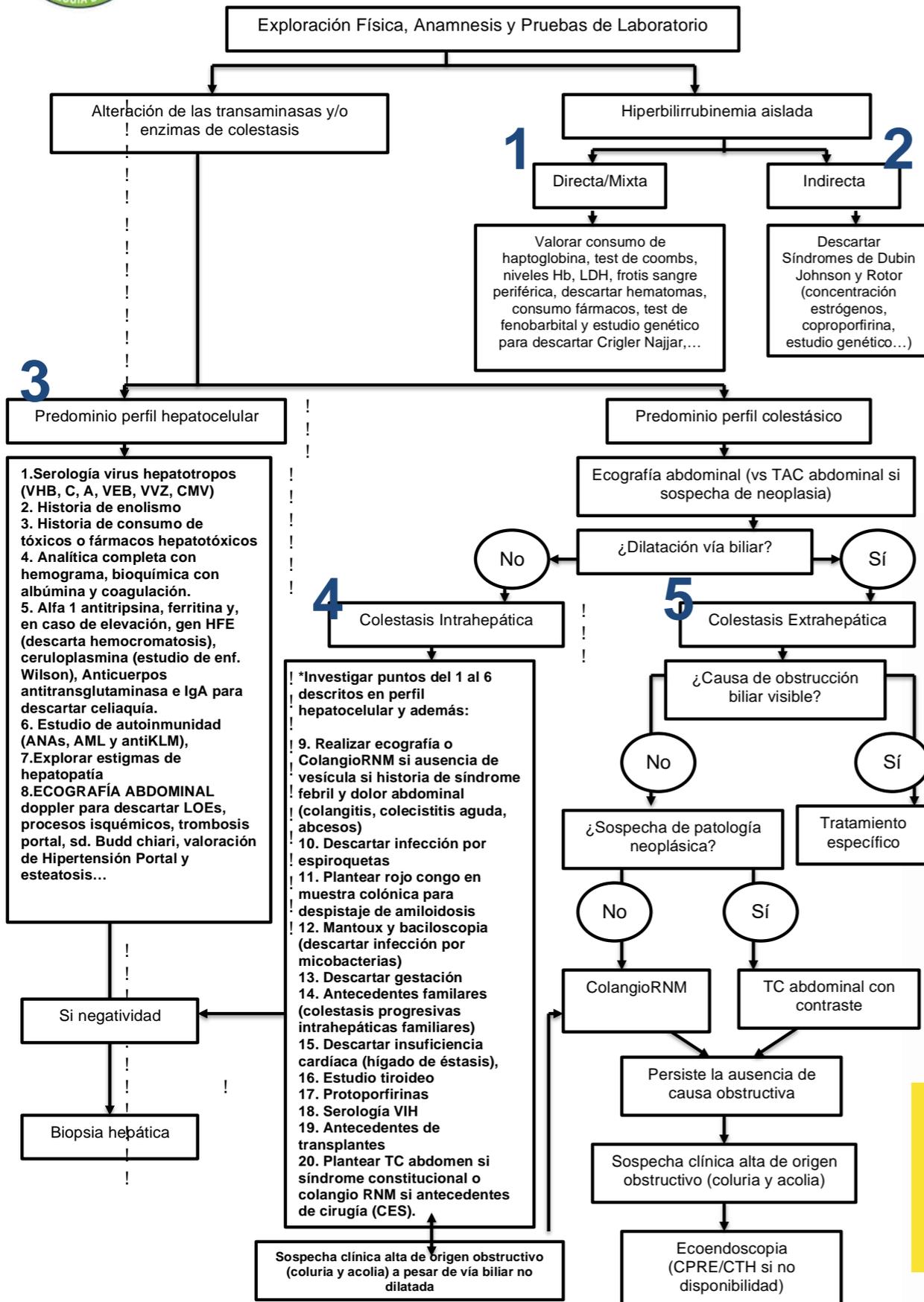
Antibióticos si datos de infección

Tratar los FRCV

Antihistamínicos, rifampicina, ISRS, quelante sales biliares...

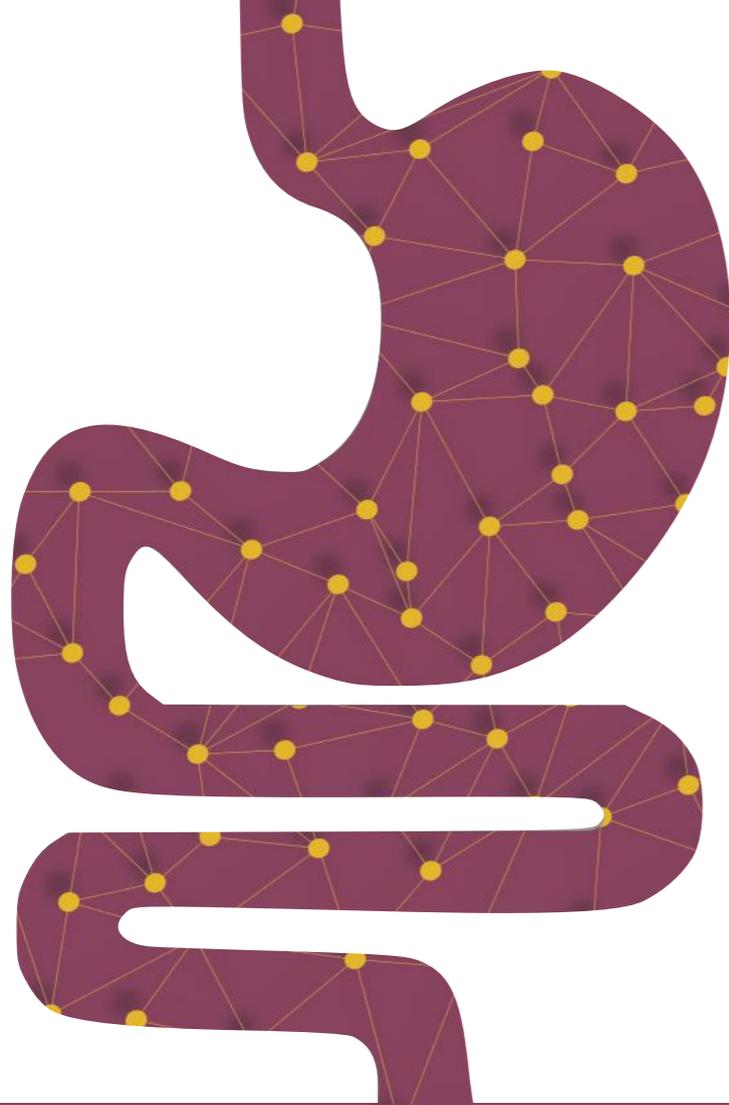
Tratar la causa

kalvaria et al. 1986; twersky et all. 1989; marotta et all, 1994; Hartmann et all, 2007, Schnitzler et al 2010, Sobral-Oliveira et al 2011, Lindvist et all 2012, Sikkens et all 2013, De la Iglesia et all 2018; De la Iglesia et all 2019.



**NO OS LOS OLVIDÉIS AL SALIR!!**





# TALLER DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA

**SARA GONZALEZ ZAMORANO**  
(R4- Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva)

**MARTA MARAVER ZAMORA**  
(TUTORA- Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva)

**II JORNADA DE  
FORMACIÓN CONTINUADA  
EN GASTROENTEROLOGÍA  
Y HEPATOLOGÍA  
PARA RESIDENTES**

24 y 25 de septiembre de 2021  
Palacio de Congresos y Exposiciones de Ronda

[www.sapd.es](http://www.sapd.es)



