



Casos clínicos de Digestivo

Dolor torácico, un síntoma poco habitual de coledocolitiasis

Concepción Hermoso Ibáñez^a, Celia Bueno Suárez^a, Raquel Sanz de Lucas^b,
Pablo Hernán Ocaña^c, Iván Carabaño Aguado^d, Enrique Salcedo Lobato^d

Publicado en Internet:
24-marzo-2023

Concepción Hermoso Ibáñez:
concepcion.hermoso@salud.madrid.org

^aServicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. España • ^bServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. España • ^cServicio de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. España • ^dSección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Palabras clave:

- Coledocolitiasis
- Dolor torácico
- Litiasis biliar

Resumen

La litiasis biliar en Pediatría es una patología de baja incidencia. El diagnóstico se suele producir de forma casual debido a que cursa en la mayor parte de los casos de forma asintomática. En ocasiones, el síntoma de debut es en forma de dolor torácico, si bien esta circunstancia es poco frecuente. El método diagnóstico más utilizado es la ecografía abdominal debido a su alta especificidad y sensibilidad. El tratamiento depende de las características del paciente, pudiendo plantear opciones tanto médicas como quirúrgicas.

Chest pain, an unusual symptom of choledocholithiasis

Key words:

- Chest pain
- Choledocholithiasis
- Gallbladder

Abstract

Cholelithiasis in paediatrics is a pathology that has a low incidence. Diagnosis is usually made by chance as it is mostly asymptomatic. Chest pain as presenting symptom is rare. The most commonly used diagnostic method is abdominal ultrasound due to its high specificity and sensitivity. Treatment depends on the characteristics of the patient, and both medical and surgical options may be considered.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es un síntoma inespecífico, que no suele asociar patología orgánica en la edad pediátrica. Entre las causas de dolor torácico encontramos las de origen cardiológico y las no-cardiológicas. Dentro del segundo grupo, las causas gastrointestinales frecuentemente se deben a patología esofágica¹. Sin embargo, en el caso que se expone a continuación, hablaremos de una causa gastrointestinal poco frecuente de dolor torácico, como la coledocolitiasis.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 14 años traída al Servicio de Urgencias por dolor en región centrotorácica de características opresivas de 24 horas de evolución, asociando náuseas en las últimas 12 horas. No presentaba antecedentes de interés, excepto un cuadro de 2 meses de evolución de vómitos de repetición tras la ingesta. Se encuentra a su llegada hemodinámicamente estable con constantes en rango y auscultación cardiopulmonar normal. En la exploración destaca dolor difuso a la palpación del abdomen con signo de Murphy positivo. El elec-

Cómo citar este artículo: Hermoso Ibáñez C, Bueno Suárez C, Sanz de Lucas R, Hernán Ocaña P, Carabaño Aguado I, Salcedo Lobato E. Dolor torácico, un síntoma poco habitual de coledocolitiasis. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;25:79-82.

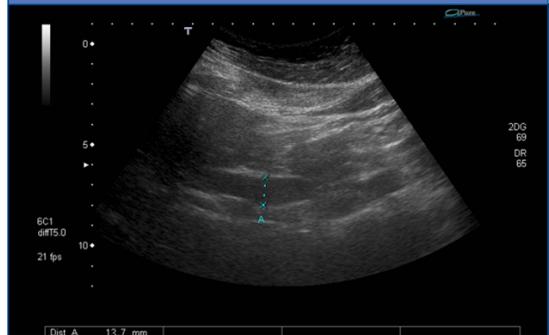
trocardiograma realizado impresiona de ligero supradesnivel del ST en derivaciones laterales, por lo que se decide extraer analítica de sangre para valoración de troponinas y creatinquinasa (CK). No existía elevación de troponinas ni de CK, pero se apreció un patrón colestásico (ALT 54 U/l, AST 91 U/l, GGT 285 U/l, fosfatasa alcalina 113 U/l y bilirrubina 1,2 mg/dl). Ante este hallazgo, se solicita ecografía de abdomen en la que se aprecia colelitiasis sin signos de colecistitis y dilatación del conducto colédoco (de hasta 13 mm), sin lograr identificar la causa obstructiva por interposición de gas intestinal (Fig. 1).

Se ingresa en planta a cargo de Digestivo Infantil, donde se pauta analgesia intravenosa, con la que se consigue buen control del dolor. Al no ser posible localizar el cálculo con la ecografía, se solicita colangiografía, donde se aprecia un cálculo impactado en la papila, con marcada dilatación del colédoco y colelitiasis múltiples. Tras confirmar la existencia de coledocolitiasis, se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Durante la CPRE se aprecian hallazgos sugestivos de litiasis expulsada recientemente; se realiza esfinterotomía y se extrae barro biliar (Fig. 2). La evolución posterior fue favorable, sin complicaciones tras el procedimiento. Además, se programa colecistectomía, que se realiza sin incidencias.

DISCUSIÓN

La litiasis biliar o colelitiasis es una entidad poco frecuente en Pediatría. Su incidencia es de 0,15-0,22%². Puede aparecer a cualquier edad, incluso en el periodo fetal, pero aumenta su frecuencia en la pubertad. Durante la infancia, afecta por igual a ambos sexos, siendo en la adolescencia y etapa adulta cuando existe un predominio en el sexo femenino^{2,3}. En el 40% de los casos no se halla un factor etiológico que justifique la aparición de la litiasis. Sin embargo, existen algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de la misma, como la obesidad, anemias hemolíticas o nutrición parenteral, entre otros³.

Figura 1. Ecografía abdominal en la que se aprecia dilatación del conducto de 13 mm



La forma más habitual de presentación son las conocidas litiasis asintomáticas. Son diagnosticadas de forma casual, a través de pruebas de imagen solicitadas por otro motivo, al no tener repercusión clínica en el paciente⁴.

En el caso de las litiasis sintomáticas, suelen presentar signos clínicos inespecíficos, como dolor abdominal, náuseas o vómitos. Pero también existen datos clínicos muy sugerentes de patología biliar, como puede ser el dolor intenso tipo cólico en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. No es habitual que existan signos de irritación peritoneal³.

Figura 2. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en la que se aprecia dilatación de la vía biliar extrahepática, con vía intrahepática normal. No se aprecian defectos de repleción intraluminales



La coledocolitiasis es muy infrecuente que se presente en forma de dolor torácico agudo. Dentro del diagnóstico diferencial que se realiza ante el dolor torácico, no se suele incluir la litiasis biliar. Sin embargo, sí que está más descrita la alteración que se produce en el electrocardiograma. La elevación del segmento ST suele ser indicativo de isquemia cardiaca y/o de pericarditis, pero también se puede deber a inflamación del sistema hepatobiliar, por ejemplo, en la pancreatitis, colecistitis y coledocolitiasis. La distensión de la vesícula biliar puede producir alteración del flujo coronario acompañado de aumento de la frecuencia cardiaca y presión arterial. También puede haber cambios en el flujo coronarios debidos a la irritación y espasticidad de las estructuras circundantes del aparato digestivo inflamadas por reflejos autonómicos⁵.

El diagnóstico de la litiasis biliar se establece a través de la historia clínica, exploración física y visualización de los cálculos en la vía biliar a través de una prueba de imagen. La ecografía abdominal es la prueba complementaria más sensible y específica para el diagnóstico de esta entidad. Con la ecografía, se puede determinar la localización y el tamaño de las litiasis, dilatación de la vía biliar y morfología de la vesícula^{2,3}.

Otras pruebas complementarias que valorar son la colangiorresonancia, para aquellas situaciones en las que la ecografía no es concluyente o no permite la exploración de toda la vía biliar; y la radiografía simple de abdomen, donde podrían visualizarse los cálculos de alto contenido en calcio, al ser radiopacos.

Desde el punto de vista analítico, en ocasiones pueden observarse signos de colestasis bioquímica en caso de obstrucción del flujo biliar, o elevación de transaminasas y leucocitosis si coexisten signos de infección³.

La decisión de tratar o no las litiasis biliares dependerá de la edad del paciente, la existencia de sintomatología, la etiología, la presencia de factores de riesgo asociados y la composición, el tamaño y la localización de los cálculos^{2,3}.

En general, aquellas colelitiasis asintomáticas en pacientes sin enfermedad subyacente, ni factores

de riesgo asociados, no precisan tratamiento. El 18% de pacientes asintomáticos desarrollan síntomas o complicaciones en un seguimiento de 15 años, y suelen aparecer síntomas antes de aparecer las complicaciones^{3,4}.

Entre las opciones de tratamiento, se encuentra el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico se basa en disolver las litiasis con la administración de ácidos biliares. Está reservado a aquellos casos en los que los cálculos son de colesterol, pequeños, menos de tres, con vesícula funcionante y vía biliar libre de cálculos. Los diferentes tratamientos médicos son el ácido ursodeoxicólico (10-15 mg/kg/día) o el ácido quenodeoxicólico (10 mg/kg/día)^{3,4}.

La principal indicación quirúrgica es la colelitiasis sintomática o complicada; de cálculos grandes, numerosos o con factores de riesgo asociados. La técnica de elección es la colecistectomía laparoscópica, ya que se trata de una cirugía mínimamente invasiva con un postoperatorio corto y con baja frecuencia de complicaciones. Otras opciones terapéuticas serían la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (niños mayores y adolescentes), seguida de colecistectomía electiva; o la litotricia o radiología intervencionista, con poca experiencia en Pediatría^{3,4}.

A modo de resumen, entre el diagnóstico diferencial del dolor torácico se ha de tener en consideración la litiasis biliar, pese a su baja incidencia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Los autores confirman que cuentan con el consentimiento verbal de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

ABREVIATURAS

CK: creatinquinasa • **CPRE:** colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Korta J, Arbanesi S. Dolor torácico. *An Pediatr Contin*. 2007;5:1-13.
2. Carbajo Ferreira AJ. Litiasis biliar. En: Asociación Española de Pediatría. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría*. Ed: 1ª. Bilbao, 2002. p. 263-8 [en línea] [consultado el 10/03/2023]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-litiasis_biliar.pdf
3. Díaz Fernández C, Ponce Dorrego MD. Colelitiasis. *Pediatr Integral* 2015;19:214-23.
4. Escobar Castro H, García Novo MD, Olivares P. Litiasis biliar en la infancia: actitudes terapéuticas. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:170-4.
5. Patel N, Ariyathenam A, Davies W, Harris A. Acute Cholecystitis Leading to Ischemic ECG Changes in a Patient with No Underlying Cardiac Disease. *JSL* 2011;15:105-8.