



ACCESO ABIERTO

COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA TRANSGÁSTRICA

Martin M. Dávalos Güemes ⁽¹⁾, Juan J. F. Boretti ⁽²⁾, Martín Jara ⁽¹⁾, Claudio Guerrina ⁽³⁾

⁽¹⁾ Médico Residente del Servicio de Cirugía General

⁽²⁾ Médico Especialista en Cirugía General

⁽³⁾ Médico Especialista en Gastroenterología

Sanatorio Parque - Bv. Oroño 860, (2000) Rosario, Argentina

Correspondencia a: martindavalosg@gmail.com

Fecha de publicación: 16/10/2025

Citación sugerida: Dávalos Güemes, MM. Coledocolitis en paciente con *bypass* gástrico. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio) 2026;33. Disponible en: <https://villavicencio.org.ar/anuario/33/coledocolitis-en-pacientes.pdf>. ARK: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s2796762x/9n82b39mr>

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>), esto permite que Ud. lo comparta, lo copie y lo redistribuya, sin propósitos comerciales, siempre que se cite correctamente el trabajo original. Si crea un nuevo material con él, no podrá distribuir el material modificado.

Resumen

La coledocolitis en pacientes con *bypass* gástrico presenta un desafío terapéutico. Se reporta el caso de una mujer de 72 años con antecedentes de *bypass* gástrico y colecistectomía, quien desarrolló colangitis leve por una litiasis coledociana de 13 mm. Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica transgástrica asistida por laparoscopia, logrando la extracción completa del cálculo. La paciente evolucionó favorablemente, con resolución de la colangitis y normalización de las enzimas hepáticas, sin necesidad de endoprótesis biliar. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica transgástrica es una técnica segura y eficaz para esta condición en pacientes con anatomía alterada.

Palabras clave: Coledocolitis, *bypass* gástrico, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colangiopancreatografía retrógrada transgástrica, colangitis.

MANAGEMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN A PATIENT WITH GASTRIC BYPASS: TRANSGASTRIC RETROGRADE ENDOSCOPIC CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY TECHNIQUE

Abstract

Choledocholithiasis presents a therapeutic challenge in patients with gastric *bypass*. We report the case of a 72-year-old woman with a history of gastric *bypass* and cholecystectomy; the patient developed mild cholangitis due to a 13 mm common bile duct stone. Laparoscopy-assisted transgastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography was performed, achieving complete stone extraction. The patient had a favorable outcome, with resolution of cholangitis and normalization of liver enzymes, no biliary stent was performed. Transgastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography is a safe and effective technique for this condition in patients with altered anatomy.

Keywords: Choledocholithiasis, gastric *bypass*, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, transgastric retrograde cholangiopancreatography, cholangitis.



Introducción:

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) transgástrica es una técnica desafiante pero efectiva en pacientes con antecedentes de *bypass* gástrico, donde el acceso convencional a la papila duodenal está impedido. En pacientes con *bypass* gástrico y litiasis coledociana, este abordaje se ha convertido en una alternativa segura y eficaz, respaldada por estudios retrospectivos y reportes de casos publicados en la literatura médica.¹⁻⁵ En este contexto, presentamos el caso de una paciente de 72 años con antecedentes de *bypass* gástrico y colecistectomía, que se presentó a urgencias por un cuadro de colangitis leve.⁶ La colangiorensonancia mostró una litiasis en el colédoco distal de 13 mm, lo que requirió un manejo quirúrgico y endoscópico especializado.

Objetivos:

El objetivo de la presentación de este caso clínico es evidenciar el trabajo multidisciplinario entre el aporte de diagnóstico por imágenes para la objetivación del problema a resolver, cirugía general para facilitar el abordaje a un paciente con la anatomía alterada y la resolución por parte del endoscopista.

Presentación del caso:

Se presenta el caso de una paciente mujer de 72 años con antecedentes médicos significativos, incluyendo un *bypass* gástrico realizado hace 12 años, colecistectomía laparoscópica e hysterectomía por carcinoma de útero. La paciente ingresó a la consulta por un cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución en el hipocondrio derecho, que irradiaba al dorso, asociado a registros febriles y coluria de semanas de evolución. Estos síntomas sugerían una obstrucción biliar, lo que motivó la realización de estudios complementarios.

Los resultados de laboratorio mostraron las siguientes alteraciones: hematocrito de 30,3 %, hemoglobina de 9,7 g/dL, leucocitos de 4460/mm³, bilirrubina total de 1,75 mg/dL, bilirrubina directa de 1,4 mg/dL, fosfatasa alcalina de 1304 U/L, gamma-glutamilttransferasa de 1035 U/L, aspartato aminotransferasa de 85 U/L y alanina aminotransferasa de 53 U/L. Estos hallazgos, junto con la presencia de coluria e ictericia, confirmaron el diagnóstico de coledocolitiasis con colangitis leve.

La colangiorensonancia magnética (Colangio-RMI) evidenció una litiasis en el colédoco distal de aproximadamente 13 mm (Figura 1). Ante estos hallazgos, se inició tratamiento médico con antibioticoterapia (tazobactam/piperacilina 4,5 g cada 6 horas) y reposo digestivo,

programándose una intervención quirúrgica para el día siguiente.

Intervención Quirúrgica y Abordaje Endoscópico: La paciente fue sometida a una laparoscopia con el objetivo de proveer una vía de acceso transgástrica para el posterior abordaje endoscópico. Durante el procedimiento, se realizó una laparoscopia exploradora con ingreso a la cavidad abdominal por el ombligo y bajo visión directa se colocaron otros 3 trocares para poder movilizar el estómago remanente, uno de esos accesos con una incisión de 15 mm para el ingreso de un trocar de ese tamaño dado que es el calibre necesario para que ingrese el endoscopio. Continuamos con una gastrotomía y posterior encamisamiento con dicho trocar (Figura 2), seguida de la progresión del endoscopio por esa abertura. A su vez en esta imagen podemos visualizar como con una bolsa estéril se aísla el campo quirúrgico del endoscopista, quien no se encuentra estéril, tomando todos los recaudos necesarios para mantener la esterilidad (Figura 3).

Se llevó a cabo una colangiografía, que confirmó la presencia de la litiasis en el colédoco distal, seguida de una papilotomía y extracción litiásica (Figura 4).

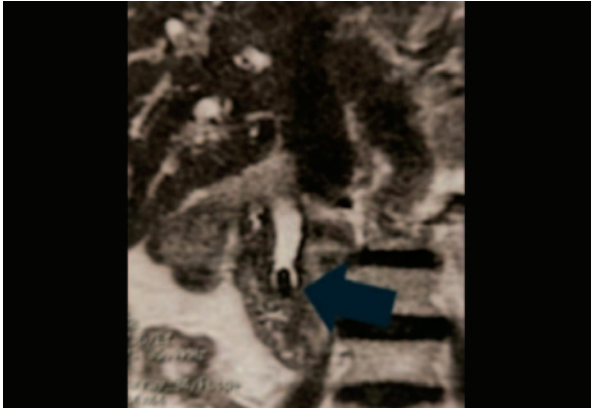
No se dejó colocada una endoprótesis biliar, ya que se logró la extracción completa del cálculo y la resolución de la obstrucción. Teniendo en cuenta, a su vez, que la extracción de la endoprótesis requeriría otra cirugía en un futuro.

La paciente mostró una mejoría clínica significativa en el postoperatorio inmediato, con resolución de la fiebre y la ictericia. Fue dada de alta a las 48 horas del procedimiento y se controló en consultorio externo a los 12 días, observándose la normalización de las enzimas hepáticas.

Discusión:

La CPRE transgástrica es una opción segura y efectiva en pacientes con *bypass* gástrico y litiasis coledociana. La papilotomía endoscópica asistida por laparoscopia (LA-ERCP) fue descrita por primera vez en 2002 y se ha convertido en una alternativa viable para casos seleccionados.¹ Según el meta análisis realizado por Saad et al. sobre 1283 pacientes recabados de 27 estudios diferentes, abarcando más de 10 países, demuestra que la LA-ERCP en pacientes con *bypass* gástrico en Y-de-Roux presenta altas tasas de éxito técnico (95,3 %) y clínico (93,8 %).² Mientras que Saleem et al. publicaron una serie de 15 pacientes, entre el 2005 y el 2010 con *bypass* gástrico en Y-de-Roux y necesidad de CPRE por alteración del árbol biliar, la LA-ERCP demostró ser un

Figura 1: Resonancia magnética donde se evidencia la litiasis en colédoco distal señalada con flecha azul



Colangio-RMI (Colangiografía resonancia magnética).

Figura 2: Colocación del trocar por gastrostomía

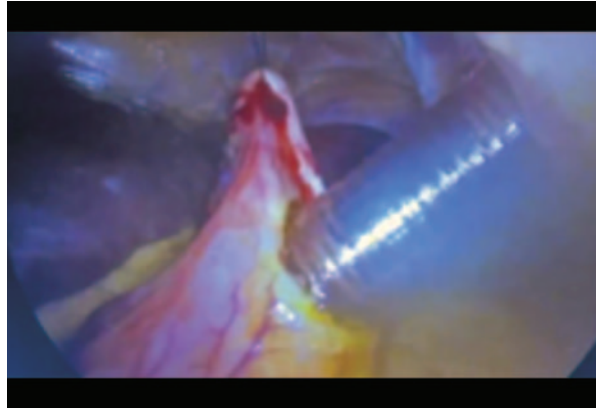
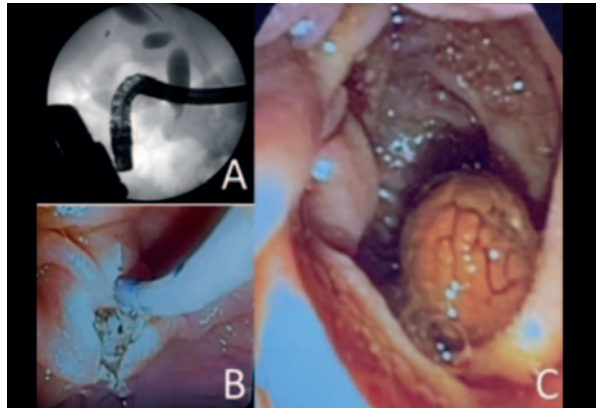


Figura 3: Posicionamiento del endoscopista



Figura 4: Procedimiento



A: Colangiografía intraoperatoria, B: Papilotomía endoscópica, C: Extracción de litiasis.

abordaje útil, logrando el acceso a la papila y el éxito de la canulación en el 100 % de los casos, con una estancia hospitalaria media de 2 días, similar a nuestro caso.³ En el estudio con el seguimiento a largo plazo más extenso reportado (media de 68,1 meses), realizado por Clapp et al. se evaluó a 11 pacientes, demostrando que la CPRE transgástrica es eficaz, con una resolución de los síntomas originales en más del 80 % de los casos, siendo un 100 % en pacientes con litiasis biliar.⁴ Ceppa et al. nos muestra una serie temprana de 10 casos demuestra la amplia utilidad diagnóstica de la en-

doscopia trans-gástrica, al ser usada no solo para patología biliar (5 pacientes), sino también para hemorragia digestiva (3 pacientes) y dolor abdominal crónico (2 pacientes).

En este caso, la decisión de no dejar una endoprótesis biliar fue adecuada, ya que la extracción completa de los cálculos y la resolución de la obstrucción biliar permitieron una recuperación clínica satisfactoria. La colocación de una endoprótesis podría haber implicado la necesidad de una segunda intervención para su extracción, lo que aumentaría el riesgo de complicaciones.



La CPRE transgástrica asistida por laparoscopia es una técnica que ha demostrado una tasa de éxito del 80-90% en pacientes con bypass gástrico.⁷ Además, este enfoque minimiza la necesidad de cirugías abiertas más invasivas, reduciendo el riesgo de complicaciones y el tiempo de recuperación. En pacientes con anatomía alterada, como aquellos con *bypass* gástrico, el uso de técnicas avanzadas como la CPRE guiada por ecoendoscopia (EUS) también ha demostrado ser una alternativa efectiva.⁸

Conclusiones:

El manejo de la coledocolitiasis en pacientes con bypass gástrico requiere un enfoque individualizado y multidisciplinario.

La CPRE transgástrica asistida por laparoscopia es una técnica viable y efectiva en estos casos, permitiendo la resolución de la obstrucción biliar con una recuperación clínica favorable. Este caso refuerza la necesidad de continuar explorando y perfeccionando técnicas quirúrgicas y endoscópicas adaptadas a las necesidades específicas de pacientes con anatomía gastrointestinal alterada.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Peters M, Papasavas PK, Caushaj PF, et al. Laparoscopic transgastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography for benign common bile duct stricture after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc.* 2002;16:1106. Disponible en doi:10.1007/s00464-001-4180-3
2. Saad B, Nasser M, Matar RH, et al. Safety and efficacy of LA-ERCP procedure following Roux-en-Y gastric bypass: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2023;37:6682-6694. Disponible en doi:10.1007/s00464-023-10276-7
3. Saleem A, Levy MJ, Petersen BT, et al. Laparoscopic assisted ERCP in Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) surgery patients. *J Gastrointest Surg.* 2012;16:203-208. Disponible en doi:10.1007/s11605-011-1760-y
4. Clapp B, Wicker E, Vivar A, et al. Long term outcomes after laparoscopic assisted trans-gastric endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *JLS.* 2021;25:e2021.00048. Disponible en doi: 10.4293/JLS.2021.00048
5. Ceppa FA, Gagné DJ, Papasavas PK, et al. Laparoscopic transgastric endoscopy after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2007;3:21-24. Disponible en doi: 10.1016/j.soard.2006.08.018
6. Miura F, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25:31-40. Disponible en doi: 10.1002/jhbp.509
7. Gutierrez JM, Lederer H, Krook JC, et al. Surgical gastrostomy for pancreatobiliary and duodenal access following Roux-en-Y gastric bypass. *J Gastrointest Surg.* 2009;13:2170-2175. Disponible en doi: 10.1007/s11605-009-0991-7
8. Kedia P, Tamasky PR, Nieto J, et al. EUS-directed transgastric ERCP (EDGE) versus laparoscopy-assisted ERCP (LA-ERCP) for Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) anatomy: a multicenter early comparative experience of clinical outcomes. *J Clin Gastroenterol.* 2019;53:304-308. Disponible en: 10.1097/MCG.0000000000001037