

Complicaciones de la vía biliar en el periodo grávido-puerperal

Lucía Diz¹; Leonardo Paller¹; Cecilia Larrocca²; Washington Lauría⁴,
Grazzia Rey³

Resumen

La patología litiasica biliar sintomática en el embarazo está relacionada con un mayor riesgo de mortalidad para el binomio materno-fetal. Distintas series estiman que de un 10% a un 31% (5-36%) de todas las mujeres embarazadas presentan barro biliar, y entre el 2% y 6% (2-11%) de ellas tendrá litiasis biliares durante el embarazo y el periodo posparto temprano. De estas, entre un 0.5- 2% presentarán complicaciones, en las que se incluyen: pancreatitis, colecistitis y colangitis. El manejo de las pacientes embarazadas con complicaciones de la vía biliar es controversial; dependerá de la clínica y paraclínica además de la edad gestacional, pudiendo ser tra-

tamiento médico/conservador o quirúrgico. La laparoscopia ha demostrado ser segura en el embarazo.

En este artículo se describen 8 casos clínicos de pacientes obstétricas que presentaron complicaciones agudas de la vía biliar y fueron asistidas en el Hospital de Clínicas durante el año 2018. Las mismas presentaron distintos cuadros clínicos en diferentes momentos del embarazo y puerperio, adoptándose por tanto distintas opciones terapéuticas.

Palabras clave: embarazo, puerperio, litiasis biliar, colecistitis, colangitis, pancreatitis.

Abstract

Symptomatic biliary lithiasic pathology in pregnancy is related to an increased risk of fetal and maternal mortality. Different series estimate that 10% to 31% (5-36%) of all pregnant women have biliary sludge, and about 2% to 6% (2-11%) of them will develop biliary lithiasis during

1. Médico Residente. Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas.
2. Asistente Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas.
3. Profesora Agregada Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas
4. Profesor Director, Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas

Universidad de la República.
Facultad de Medicina.

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Clínica Ginecotológica B

Correspondencia: leopaller@gmail.com

Recibido: 06/05/19 Aceptado: 03/09/19

pregnancy and the early postpartum period. Between 0.5 and 2% of those will present acute complications which include pancreatitis, cholecystitis and cholangitis.

The management of pregnant patients with complications of the biliary tract is controversial. It will depend on the clinical presentation, image and blood tests, as well as gestational age. Treatment modalities include medical/conservative or surgical approaches. Laparoscopy has been shown to be safe in pregnancy.

This article describes 8 clinical cases of obstetric patients which underwent acute complications of the biliary tract and were assisted at Hospital de Clínicas in 2018. They presented diverse clinical manifestations, at varying stages of pregnancy and puerperium, and required different therapeutic options.

Key words: Pregnancy, puerperium, biliary lithiasis, cholecystitis, cholangitis, pancreatitis.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un factor de riesgo para la formación de las litiasis vesiculares, asociándose con complicaciones maternas y feto-neonatales.

Durante la gestación hay cambios en la función hepatobiliar. Se genera un ambiente litogénico, dado en parte por el aumento en los niveles de estrógenos y progesterona que predisponen a estasis hepática y saturación de la bilis con colesterol y cantidades reducidas de ácido quenodesoxicólico.¹

En distintas series se estima que entre un 10% a un 31% (5-36%) de todas las mujeres embarazadas presentan barro biliar, y entre el 2% y el 6% (2-11%) tendrán litiasis biliares durante el embarazo y el período posparto temprano. De estas, entre un 0,5-2% de las mujeres embarazadas tienen complica-

ciones debido a esta causa, en las que se incluyen: pancreatitis, colecistitis y colangitis.² Se estima que se realiza una colecistectomía cada 10.000 embarazos.³ La incidencia de la patología biliar aumenta en mujeres con mayor índice de masa corporal y paridad.

La patología litiásica biliar sintomática en el embarazo está relacionada con un mayor riesgo de mortalidad tanto para la madre y el feto, y puede generar complicaciones que incluyen morbilidad materna, readmisión hospitalaria, aborto espontáneo, anomalías fetales, trabajo de parto de pretérmino y riesgo incrementado de pretérmino iatrogénico, óbito y morbilidad neonatal.¹ Dentro de la morbilidad neonatal se describen índices más altos de distrés respiratorio y falla respiratoria, mayor necesidad de soporte ventilatorio, cateterización de vasos sanguíneos, requerimientos de nutrición parenteral y sepsis. La ictericia fue el principal motivo de ingreso a unidad neonatal.¹

El manejo de las pacientes embarazadas con complicaciones de la vía biliar es controversial, dependerá de la clínica y paraclínica además de la edad gestacional, pudiendo ser tratamiento médico/conservador o quirúrgico.

Se describen 8 casos clínicos de pacientes que presentaron complicaciones derivadas de patología litiásica asistidas en el Hospital de Clínicas. Las mismas presentaron distintos cuadros clínicos y evolución, tomándose por tanto diferentes opciones terapéuticas.

OBJETIVOS

Describir 8 casos clínicos de complicaciones de la vía biliar presentadas en pacientes cursando el periodo grávido-puerperal, asistidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay, durante el año 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Reporte de casos clínicos, mediante revisión de historias clínicas.

Se recolectaron datos de las historias clínicas de pacientes embarazadas y puérperas que tuvieron ingresos en el Hospital de Clínicas durante el 2018 por complicaciones agudas de la vía biliar. Se solicitaron las historias al Departamento de Registros Médicos del hospital.

La revisión bibliográfica se hizo buscando en la base de datos PubMed artículos en español, e inglés, de los últimos 10 años, utilizando como palabras clave "embarazo", "litiiasis biliar", "colecistitis", "colangitis", "pancreatitis", "puerperio", y sus equivalentes en inglés.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 23 años. Obesa. Como antecedentes obstétricos presenta 1 gestación previa, 1 parto vaginal. Cursando 25 semanas de gestación, consulta por epigastralgia intensa de 5 días de evolución que irradia a ambos hipocondrios. El cuadro se acompaña de náuseas y vómitos de todo lo ingerido. No elementos de alarma obstétrica. Al ingreso se destaca: hemograma sin leucocitosis. Función renal, enzimograma hepático y crisis normales. Amilasemia: 4505.

Ecografía de abdomen: vesícula distendida de paredes finas con múltiple microlitiasis en su interior. Páncreas normal.

Ingresa a sala con planteo de pancreatitis aguda, presentando mejoría clínica y paraclínica parcial con tratamiento médico. Se realiza colecistectomía laparoscópica de coordinación a las 28 semanas de gestación, sin complicaciones. No se realizó colangiografía intraoperatoria.

Se finaliza la gestación a las 40 semanas, vía parto vaginal normal. Se obtuvo un recién nacido sano y normopeso.

Caso 2

Paciente de 19 años, sin antecedentes personales patológicos a destacar. Como antecedentes obstétricos presenta 1 gestación previa, 1 aborto espontáneo precoz.

Cursando 14 semanas de edad gestacional, consulta por cuadro de una semana de evolución de dolor en hipocondrio derecho, intolerancia digestiva y elementos de síndrome pigmentario. Sin elementos de alarma obstétrica. Al ingreso se destaca: hemograma normal. Bilirrubina total (BT): 5.46 a predominio de la bilirrubina directa (BD). Transaminasa glutámico oxalacética (TGO): 107. transaminasa glutámico pirúvica (TGP): 229. amilasemia 74.

Ecografía de abdomen: vesícula distendida de paredes finas, barro biliar y microlitiasis en su interior.

Con planteo de colangitis litiásica se realiza colangioresonancia que descarta ocupación de la vía biliar principal, por lo que se diagnostica colangitis aguda simple. Se realiza tratamiento médico, con buena evolución posterior. Se otorga alta a los 14 días.

Reingresa cursando 17 semanas de gestación por nuevo episodio de intolerancia digestiva alta y síndrome pigmentario. Sin elementos de alarma obstétrica. De los exámenes complementarios se destaca: BT 3.01 a predominio de BD. TGP: 256 TGO: 111. Gamma glutamil transpeptidasa (GGT): 39. Amilasemia: 76.

Ecografía abdominal: vesícula distendida de paredes finas, de tamaño habitual, ocupada totalmente por barro biliar. Planteo de colangitis aguda simple. Se inicia nuevamen-

te tratamiento médico, con mala evolución clínica. Se decide realizar colangio-pancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) no objetivándose litiasis coledociana ni barro biliar. Se enfatiza en tratamiento antiemético con mejoría clínica y paraclínica.

Nuevo episodio de cólico biliar a las 26 semanas, se realizó inducción de la maduración pulmonar fetal.

Cursando gestación de 38 semanas, la misma finaliza de forma espontánea vía parto vaginal normal. Buen resultado perinatal, recién nacido sano, normopeso.

Al momento de escribir este trabajo, la paciente tiene pendiente el tratamiento definitivo de su patología litiasica.

Caso 3

Paciente de 34 años. Obesa. Como antecedentes obstétricos presenta 4 gestaciones previas, 2 partos vaginales y 2 cesáreas.

Cursando gestación de 31 semanas, complicada con diabetes gestacional y síndrome preeclampsia eclampsia. Consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho e intolerancia digestiva alta.

Al ingreso se destaca: hemograma normal, BT: 4.17, a predominio de BD. TGP: 133. TGO: 72.

Ecografía de abdomen: vesícula distendida con barro biliar. Vía biliar intrahepática dilatada. Colédoco dilatado, sin litiasis.

Se realiza diagnóstico de colecistitis aguda. Se plantea inicialmente tratamiento médico. Mala evolución clínica, por lo que se realiza ERCP. Se constata litiasis coledociana y estenosis del colédoco distal. Se realiza papilotomía, litotricia y extracción de barro biliar. Colocación de prótesis plástica.

Buena evolución posterior, se otorga alta a las 72 horas. Diagnóstico al alta: colan-

gitis aguda. La finalización del embarazo no se produjo en nuestro centro, por lo que no contamos con datos del nacimiento o del recién nacido.

Caso 4

Paciente de 22 años. Sana. Primigesta. Cursando 25 semanas de gestación, consulta por dolor en hemiabdomen derecho e intolerancia digestiva alta de 48 hrs de evolución. Sin elementos de alarma obstétrica.

De la paraclínica al ingreso se destaca: hemograma y función renal normales. Funcional hepático: sin hiperbilirrubinemia ni aumento de enzimas hepáticas. Amilasemia normal.

Ecografía de abdomen: vesícula biliar con microlitiasis y barro, sin elementos de complicación aguda.

Dado dudas diagnósticas entre apendicitis y colecistitis se solicita resonancia que informa vesícula distendida y edematosa sin litiasis de la vía biliar.

Se induce maduración pulmonar fetal y uteroinhibición con indometacina

Dada persistencia del dolor se plantea colecistitis aguda y se realiza colecistectomía laparoscópica. Buena evolución posterior. Sin complicaciones. Se otorga el alta a las 72 hrs.

La finalización del embarazo no se produjo en nuestro centro, por lo que no contamos con datos del nacimiento o del recién nacido.

Caso 5

Paciente de 24 años. Hipotiroidismo en tratamiento. Primigesta. Cursando 30 semanas de gestación, consulta por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, que irradia a

dorso, de 72 hrs de evolución. Se acompaña de intolerancia digestiva alta y síndrome pigmentario.

Al ingreso: hemograma y función renal normales. Funcional hepático: Sin hiperbilirrubinemia. TGO: 190. TGP: 179.

Ecografía de abdomen: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. A nivel de colédoco distal litiasis de 4 mm. Litiasis vesiculares de 12 y 3 mm.

Se plantea síndrome coledociano frustro. Se realiza tratamiento médico, con buena evolución. Se otorga el alta a las 72hrs. La finalización del embarazo no se produjo en nuestro centro, por lo que no contamos con datos del nacimiento o del recién nacido.

Caso 6

Paciente de 20 años. Antecedentes de múltiples cólicos biliares. Primigesta. Cursando 28 semanas de gestación consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho. La paraclínica sanguínea al ingreso no presenta alteraciones.

Ecografía de abdomen: vesícula distendida con barro biliar y múltiples litiasis en su interior, litiasis impactada a nivel de cuello vesical de 19 mm. Se discute en ateneo quirúrgico y se decide realizar colecistostomía percutánea. Procedimiento sin incidentes, se evacúan 50 cc de bilis clara (hidrocolecisto). Se otorga alta con drenaje a bolsa colector. Buena evolución posterior.

Se finalizó la gestación a las 37 semanas vía operación cesárea por sospecha de hipoxia fetal intraútero. Buen resultado perinatal.

Caso 7

Paciente de 31 años. Antecedentes personales de obesidad y cólicos biliares a repe-

tición. Como antecedentes obstétricos presenta 5 gestaciones previas, 1 parto vaginal, 2 cesáreas, 2 abortos espontáneos precoces.

Cursando 14 días de puerperio consulta en emergencia por epigastralgia intensa y vómitos de 48 hrs de evolución y elementos de síndrome pigmentario.

De la paraclínica al ingreso se destaca: hemograma sin leucocitosis, función renal normal, BT: 6,28 a predominio de BD, TGO: 154, TGP: 166, GGT: 515. Amilasemia y crasis normales.

Ecografía de abdomen: vesícula biliar distendida con múltiples litiasis en su interior. Colédoco dilatado con calibre máximo de 12 mm. Hígado y páncreas normales.

Con planteo de colangitis aguda litiásica se realiza colecistectomía laparoscópica. Se observa persistencia de litiasis en el colédoco. Se plantea papilotomía anterógrada. Se produce lesión del cístico durante extracción de litiasis. Se convierte a laparotomía. Se coloca drenaje transcístico y subhepático. Durante el postoperatorio se diagnostica neumonía aspirativa.

Se realiza colangiografía transcística, objetivándose la persistencia de litiasis. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) con papilotomía. Se retira drenaje subhepático y se pinza el transcístico. Presenta buena evolución, por lo que se otorga alta a las 48 hrs del procedimiento.

Caso 8

Paciente de 42 años. Antecedentes personales de litiasis vesicular sintomática conocida. Como antecedentes obstétricos presenta 3 gestaciones previas, 1 aborto espontáneo precoz y 2 partos vaginales.

Cursando puerperio mediato. Presenta

cuadro de dolor de 48 hrs de evolución en hemiabdomen superior que irradia a dorso, acompañado de intolerancia digestiva.

La paraclínica sanguínea al ingreso no presenta alteraciones.

Ecografía abdominal: vía biliar intra y extrahepática dilatada, con microlitiasis impactadas en la desembocadura del colédoco. Vesícula sobredistendida, de paredes engrosadas y edematosas, con múltiples microlitiasis móviles.

Con planteo de colangitis aguda litiásica se realiza colecistectomía laparoscópica de urgencia. Postoperatorio sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Se presentaron 8 casos clínicos de pacientes con complicaciones litiásicas agudas de la vía biliar, cursando distintas etapas del período grávido-puerperal. Si bien los diagnós-

Cuadro 1. Resumen de casos clínicos

	Edad	Edad gestacional	Antecedentes	Clínica	Paraclínica alterada	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados perinatales
Caso 1	23	25 sem	1G 1PV. Obesa	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	Amilasa: 4505 Ecografía: vesícula distendida con múltiples litiasis	Pancreatitis aguda	Colecistectomía laparoscópica	40 sem. Inducción. PV Peso 3176 grs. APGAR 9/10
Caso 2	19	14 sem	1G 1AE. Sana	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva. Sind. pigmentario	BT: 5.46 (BD: 4.58, BI 0.88) TGO: 107. TGP: 229 Ecografía: vesícula distendida, con barro biliar y microlitiasis	Colangitis Aguda Simple	ERCP	38 sem. PV Peso: 3032 grs. APGAR 9/10
Caso 3	34	31 sem	Obesa	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	BT: 4.17 (BD: 4.05, BI 0.12) TGO 72. TGP: 133 Ecografía: vesícula distendida, con barro biliar. Vía biliar dilatada, sin imágenes de litiasis	Colangitis Aguda	ERCP	
Caso 4	22	25 sem	Primigesta. Sana	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	Ecografía: vesícula con microlitiasis y barro biliar	Colecistitis Aguda	Colecistectomía Laparoscópica	
Caso 5	24	30 sem	Primigesta. Hipotiroides	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	TGO: 190. TGP: 179 Ecografía: dilatación vía biliar. Litiasis en vesícula y colédoco.	Síndrome Coledociano Frustrado.	Tratamiento médico	
Caso 6	20	28 sem	Primigesta. Litiasis vesicular sintomática	Dolor abdominal	Ecografía: vesícula con barro biliar y múltiples litiasis	Colecistitis Aguda	Colecistotomía percutánea	37 semanas. Inducción del TDP. CST por SHFIU. Peso: 2620 grs. APGAR 9/10

	Edad	Edad gestacional	Antecedentes	Clínica	Paraclínica alterada	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados perinatales
Caso 7	31	Puerperio 14 días (CST)	5G 1PV 2CST 2AE. Tabaquista. Obesa	Dolor abdominal. Síndrome pigmentario	BT: 6.28. (BD: 5.98, BI 0.30). TGO: 174. TGP: 166. GGT: 515. Ecografía: vesícula distendida con múltiples litiasis. colédoco dilatado	Colangitis Aguda Litiasica.	Colecistectomía laparoscópica. Conversión a laparotomía por complicación intraoperatoria. Drenaje transcístico. ERCP 15 días post-cirugía	
Caso 8	42	Puerperio 6 días	3G 1AE 2PV Litiasis vesicular sintomática	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	GGT 91. Ecografía: dilatación vía biliar. Microlitiasis impactadas en colédoco. Vesícula dilatada, engrosada, con múltiples microlitiasis móviles.	Colangitis Aguda Litiasica	Colecistectomía laparoscópica	

ticos fueron diferentes, en todas las pacientes la forma de presentación fue el dolor abdominal, acompañado en algunos casos de intolerancia digestiva alta y menos frecuentemente síndrome pigmentario.

Las alteraciones en la paraclínica sanguínea no fueron constantes, siendo la elevación de las enzimas hepáticas el hallazgo más frecuente. En todos los casos la ecografía de abdomen evidenció la presencia de litiasis biliar, si bien no todas las pacientes tenían evidencia imagenológica de alteraciones agudas.

Los tratamientos quirúrgicos/endoscópicos fueron la modalidad adoptada en 7 de las 8 pacientes, siendo la colecistectomía laparoscópica el procedimiento más realizado. En 3 de las pacientes se optó inicialmente por un tratamiento médico, pero dada una mala evolución con persistencia de la sintomatología, se realiza en la evolución el tratamiento quirúrgico. Esto es similar a lo reportado en otras series en las que se ha demos-

trado que el tratamiento conservador conlleva mayores complicaciones al repetir episodios similares.^{2,3,4,5,6,7}

En cuanto a los resultados obstétricos debemos destacar que, dado que el Hospital de Clínicas es centro de referencia para estas patologías por contar con centro de cuidados intensivos tanto materno como neonatal, así como equipo quirúrgico, muchas de las pacientes asistidas provienen del interior del país. Esto hace que una vez superado el cuadro quirúrgico continúen el control obstétrico en sus centros de referencia, dificultando el seguimiento, por lo que en algunos casos no contamos con datos de los resultados obstétricos.

El manejo de las pacientes embarazadas con complicaciones de la vía biliar es controversial. Dependerá de la clínica y paraclínica además de la edad gestacional, pudiendo ser tratamiento médico/conservador o quirúrgico.³ Se ha demostrado que las pacientes en las cuales no se realiza el tratamien-

to quirúrgico definitivo suelen tener episodios recurrentes con múltiples ingresos hospitalarios, pudiendo presentar en los episodios subsiguientes mayores complicaciones.^{2,3,4,5,6,7} Se recomienda la resolución quirúrgica en el posparto si no se realizó durante la gestación, aunque no está pautado cual sería el mejor momento para realizar la cirugía en el puerperio.²

Un reporte de casos australiano⁸ informó que las indicaciones más frecuentes de colecistectomía durante el embarazo fueron cólicos biliares en el 54% de los casos, seguidos por colecistitis aguda en 22%, y pancreatitis biliar aguda en el 14%.

En cuanto a la vía de la colecistectomía se demostró que la laparoscopia es segura en todos los trimestres del embarazo.^{1,5,9,10,11} De todas formas, el manejo conservador continúa siendo la conducta más frecuente.

Las cirugías no obstétricas más frecuentes en la paciente embarazada son la apendicectomía y la colecistectomía. La laparoscopia es segura en el embarazo y se ha demostrado que no aumenta las complicaciones obstétricas.^{4,11} La Sociedad Americana de Gastroenterología y Cirugía Endoscópica (SAGES) la aprueba para cualquier trimestre del embarazo⁵, aunque todavía existen dudas sobre el rol de esta técnica en el final de la gestación.² Probablemente sea mejor realizarla durante el segundo trimestre luego de completada la organogénesis fetal.⁴ Algunos cirujanos insisten en que en embarazos avanzados la técnica es difícil de realizar dado que el tamaño uterino imposibilita la correcta exposición para la cirugía, aumentando el riesgo de lesión, así como de parto de pretérmino.

La técnica laparoscópica, además de no aumentar las complicaciones, es beneficiosa ya que se asocia a menor dolor postopera-

torio, menor estadía hospitalaria y disminuye el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE).¹¹

En una serie de metaanálisis¹ se demostró que, si bien la cirugía tiene riesgos potenciales para la madre y el feto derivados de la anestesia y la radiación, no hubo diferencia en el nacimiento pretérmino y morbilidad materna en comparación con el manejo expectante.

No se ha demostrado diferencia en la vía de nacimiento con las dos posibles conductas.

La maduración pulmonar fetal se recomienda 24 horas previas a la cirugía.

En una serie de más de un millón de pacientes embarazadas¹ se encontró que 0.18% tenían litiasis vesicular, y de estas en un 12.7% se optó por el tratamiento definitivo realizándose colecistectomía y en el 87.3% manejo conservador. En el 19% de las pacientes en las que se mantuvo un manejo conservador se realizó la colecistectomía en el posparto.

El tratamiento médico a instaurar inicialmente no difiere en cuanto a la paciente no embarazada y se basa en la suspensión de la vía oral, fluidoterapia, correcta analgesia, y antibióticos intravenosos si corresponde.³ En la paciente embarazada se debe tener precaución con la analgesia instaurada luego de las 32 semanas, dado el cierre precoz del ductus arterioso asociado al uso de AINES. Además, el uso de los mismos puede ser causa de oligoamnios.¹² Al suspender la vía oral se debe tener control de la glicemia de las pacientes, a fin de evitar posibles efectos deletéreos fetales por hipoglicemia.

Otra de las opciones terapéuticas es la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) con papilotomía, la cual reduce la aparición de síntomas en el embarazo

y puerperio. La ERCP es una forma efectiva de extraer litiasis de la vía biliar principal. La misma podría realizarse de manera segura durante el embarazo. La principal preocupación al realizar la ERCP es la radiación a la que se expone al feto durante la fluoroscopia. Se estima que el umbral de dosis para generar malformaciones fetales en el primer trimestre es de 100 mSv, por lo que se recomienda que la exposición sea menor a 1 mSv, y menos de 5 mSv en toda la gestación. Distintas series estiman la exposición fetal durante la ERCP entre 0.1 y 3 mSv, por lo que la recomendación es evitar el procedimiento en el primer trimestre, dado que el umbral para generar malformaciones fetales es mucho mayor luego de las 16 semanas de gestación.¹³

Los índices de complicaciones de ERCP en el embarazo no son mayores que en las pacientes no embarazadas, por lo que se puede realizar de forma segura durante la gestación.¹³

CONCLUSIONES

Esta serie de casos clínicos muestra complicaciones litiásicas a nivel de la vía biliar presentadas por pacientes cursando distintas etapas del estado grávido puerperal. Los tratamientos instaurados fueron diversos, al igual que los resultados.

Se destaca que no hubo en nuestra serie complicaciones materno-perinatales graves.

Dado que no existen pautas de manejo para estos casos, y en vistas a mejorar los resultados perinatales, dichas pacientes deben ser tratadas en un centro de tercer nivel a cargo de un equipo multidisciplinario, lo que ha demostrado mejores resultados materno-perinatales.

Asimismo, sería provechoso desarrollar

un protocolo de manejo de estos casos en conjunto con los servicios de Cirugía, a fin de lograr unificar criterios y mejorar los resultados.

Bibliografía

1. Ibiebele I, Schnitzler M, Nippita T, Ford JB. Outcomes of Gallstone Disease during Pregnancy: a Population-based Data Linkage Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017 Nov;31(6):522-530.
2. Jorge AM, Keswani RN, Veerappan A, Soper NJ, Gawron AJ. Non-operative Management of Symptomatic Cholelithiasis in Pregnancy is Associated with Frequent Hospitalizations. *J Gastrointest Surg*. 2015 Apr;19(4):598-603.
3. Lu EJ, Curet MJ, El-Sayed YY, Kirkwood KS. Medical versus surgical management of biliary tract disease in pregnancy. *Am J Surg*. 2004 Dec;188(6):755-9.
4. Athwal R, Bhogal RH, Hodson J, Ramcharan S. Surgery for gallstone disease during pregnancy does not increase fetal or maternal mortality: a meta-analysis. *Hepatobiliary Surg Nutr*. 2016 Feb;5(1):53-7.
5. Soper NJ. SAGES' guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc*. 2011;25:3477-8.
6. Dhupar R, Smaldone GM, Hamad GG. Is there a benefit to delaying cholecystectomy for symptomatic gallbladder disease during pregnancy? *Surg Endosc* 2010;24:108-12.
7. Veerappan A, Gawron AJ, Soper NJ, Keswani RN. Delaying Cholecystectomy for Complicated Gallstone Disease in Pregnancy is Associated with Recurrent Postpartum Symptoms. *J Gastrointest Surg*. 2013;17(11):1953-1959.
8. Paramanathan A, Walsh SZ, Zhou J, Chan S. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy: An Australian retrospective cohort study. *Int J Surg*. 2015;18:220-223.
9. Jackson H, Granger S, Price R, Rollins M, Earle D, Richardson W, Fanelli R. Diagnosis and laparoscopic treatment of surgical diseases during pregnancy: an evidence-based review. *Surg Endosc*. 2008;22(9):1917-1927.
10. Weiner E, Mizrahi Y, Keidar R, Kerner R, Golan A, Sagiv R. Laparoscopic surgery performed in advanced pregnancy compared to early pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 292(5):1063-1068.

11. Kwon H, Lee M, Park HS, Yoon SH, Lee CH, Roh JW. Laparoscopic management is feasible for nonobstetric surgical disease in all trimesters of pregnancy. *Surg Endosc*. 2018 Jun;32(6):2643-2649.
12. Antonucci R, Zaffanello M, Puxeddu E, Porcella A, Cuzzolin L, Dolores Pilloni M, Fanos V. Use of Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs in Pregnancy: Impact on the Fetus and Newborn. *Curr Drug Metab*. 2012;13(4):474-490.
13. Chan CH, Enns RA. ERCP in the management of choledocholithiasis in pregnancy. *Curr Gastroenterol Rep*. 2012 Dec;14(6):504-10.

ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR



damsel[®]

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.03 mg

La presentación
que justifica el cambio



damsella[®]

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.02 mg

A su medida:
Natural y Personal



Gador 
Al Cuidado de la Vida

Simple y natural



miranda

Acetato de Nomegestrol 2,5 mg - Estradiol 1,5 mg



Primer ACO Monofásico
con estrógeno Natural*
y en esquema 24/4

- Alta efectividad anticonceptiva
- Muy buen control del ciclo
- Buen perfil metabólico

Eficacia anticonceptiva demostrada
en mujeres de 18 a 50 años**

* Estrógeno similar al producido endógenamente por la mujer. ** Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011 Dec;16(6):430-43

www.urufarma.com.uy

Líderes en **Anticoncepción** en Uruguay



Urufarma