

Estenosis benigna de la vía biliar principal

Benign bile duct strictures

*Aguayo, Omar¹; Ramírez, Andrés²; Acosta, Rafael²; Samudio, Diego²;
Legal, Evelio²; Samaniego, Castor³.*

RESUMEN

El manejo de las estenosis benignas de los conductos biliares es uno de los problemas más difíciles de la cirugía abdominal. El diagnóstico no siempre es evidente a partir de la historia clínica, y la intervención quirúrgica para restablecer el flujo normal de bilis en el tracto gastrointestinal, presenta muchos problemas técnicos y requiere del mayor ingenio por parte del cirujano.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 58 años de edad, que presentaba una estenosis del tracto biliar distal de etiología indeterminada, al cual se le realizó una duodeno-pancreatectomía cefálica, descartándose la patología maligna.

Palabras clave: Estenosis benignas, Vías biliares, Ictericia obstructiva.

ABSTRACT (*)

The management of benign bile duct strictures is one of the most difficult problems in abdominal surgery. Diagnosis is not always clear from the history, and surgical intervention to restore the normal bile flow in the gastrointestinal tract presents many technical issues and it requires the surgeon's ingenuity.

We report the case of a 58 year old male patient who presented with distal biliary tract stenosis of unknown etiology and underwent pancreaticoduodenectomy, which discarded malignancy.

Key words: Benign strictures, Bile duct, Obstructive jaundice.

(*) Traducción: Dra. María de los Ángeles Ojeda.

INTRODUCCIÓN

El manejo de las estenosis benignas de los conductos biliares es uno de los problemas más difíciles de la cirugía abdominal. El diagnóstico no siempre es evidente a partir

de la historia y la intervención quirúrgica para restablecer el flujo normal de bilis en el tracto gastrointestinal presenta muchos problemas técnicos y requiere el mayor ingenio por parte del cirujano¹.

Aproximadamente el 15% de las estenosis biliares en el mundo occidental son benignas, y hay varios factores que contribuyen a la formación de estenosis de la vía biliar. La etiología más frecuente de estenosis benignas, con mucho, está relacionada con la cirugía; las estenosis biliares postoperatorias representan aproximadamente el 80% de los casos de estenosis biliares benignas y usualmente implican una lesión después de una cirugía de vesícula biliar, sobre todo cuando se realiza por vía laparoscópica. La segunda causa más frecuente de estenosis benignas, que representa aproximadamente el 10% de los casos, es la pancreatitis junto con sus complicaciones relacionadas.^{2,3}

Clínicamente, la estenosis biliar benigna se puede presentar con una amplia gama de manifestaciones, que van desde ser completamente asintomática a mostrar evidencia clínica y de laboratorio de la obstrucción biliar. La manifestación clínica también puede depender de la causa subyacente de la estenosis biliar y su ubicación. Típicamente los síntomas están relacionados con ictericia obstructiva con niveles elevados de bilirrubina y enzimas hepáticas (fosfatasa alcalina y γ -glutamil transferasa) con o sin colangitis. La obstrucción biliar crónica puede llevar a la colangitis recurrente, la formación de cálculos e incluso cirrosis y enfermedad hepática terminal^{4,5}.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino, de 58 años, que consultó por dolor en hipocondrio derecho, con ictericia y coluria,

1. Jefe de Sala

2. Residente de Cirugía

3. Jefe de Servicio.

Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica (Sala X) - Hospital de Clínicas. F.C.M. - U.N.A.

Autor correspondiente: Dr. Diego R. Samudio C. - Dirección: Mcal. López y Cruzada de la Amistad (San Lorenzo-Paraguay) -Tel: +595981174086 - Email: splinterius@gmail.com

Fecha de recepción: 30-julio-2013 **Fecha de aceptación:** 10-noviembre-2013

y 24hs antes presentó sensación febril con escalofríos. Presentaba tinte icterico en piel y mucosas. El abdomen estaba levemente doloroso, sin defensa muscular ni dolor a la descompresión brusca, RHA normales. Tacto rectal normal. Resto del examen normal.

Datos de laboratorio Glóbulos Blancos: 12200 Neutrófilos: 87% - Hb: 12,8 Hto: 36,4- Glicemia: 113 Urea: 37 Creatinina: 0,8 TP: 70% - GOT: 59 GPT: 157 FA: 270 BT: 5,14 BD: 3,4 BI: 1,74 - Na: 137 K: 3,5 Amilasemia: 141

La ecografía abdominal reveló vías biliares intrahepáticas dilatadas, colédoco 11 mm, sin litiasis en su interior, la vesícula biliar distendida sin signos inflamatorios, con barro biliar pero sin imágenes de litiasis, y el páncreas estaba normal.

Se realizó el diagnóstico de síndrome icterico obstructivo de probable causa litiásica. Con el correr de las horas el paciente presenta mala evolución, y sepsis, debido a una colangitis aguda, por lo que se indica drenaje endoscópico, pero debido a que no se contaba con el método en la urgencia se planteó el drenaje quirúrgico.

En el acto operatorio se constató signos de colecistitis aguda. En la colangiografía intraoperatoria se observó detención del contraste en tercio distal del colédoco; se exploró la vía biliar por el muñón cístico, y no se logró extraer el cálculo. Se realizó maniobra de Kocher y se constató cálculo enclavado en la papila, por lo que se realizó coledocotomía, constatándose salida de pus. La instrumentalización de la vía biliar con pinzas de Randall no logra extraer cálculos, por lo cual se realizó duodenotomía (sin poder identificar la papila). Al explorar nuevamente el colédoco con pinzas de Randall se extrajeron cálculos fragmentados; el control radiológico posterior evidenció buen pasaje de contraste a duodeno sin imágenes de defecto de relleno, terminando la cirugía con un

drenaje biliar externo (tipo sonda de Kehr).

En el postoperatorio la persistencia de la ictericia y la elevación de los valores de bilirrubina obligó a la realización de diversos estudios radiográficos, que repetitivamente mostraron una estenosis a nivel del tercio distal del colédoco. (**Fig. 1**)

Se realizó colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE), persistiendo imagen de estenosis del tercio distal del colédoco, con extracción de un cálculo. Esbozando el posible diagnóstico de una patología biliar maligna, se realizó cepillado biopsico de la zona estenótica y se instaló una prótesis de Tanembaum de 10 Fr. (**Fig. 2**)

Presentó buena evolución clínica y normalización de los valores del hepatograma. El paciente fue dado de alta con drenaje biliar externo cerrado. En los controles, la colangiografía, reveló la persistencia de la estenosis en el colédoco distal con valores del hepatograma normales. El resultado anatomopatológico de la muestra tomada con el cepillado durante la colangiografía retrógrada endoscópica, informó ausencia de células neoplásicas.

Debido a la persistencia de los hallazgos imagenológicos y su posible compatibilidad con una patología maligna de la vía biliar, se decidió realizar cirugía de Whipple. (**Fig. 3**) El paciente presentó una buena evolución y recibió el alta al 15° día postoperatorio. El informe anatomopatológico de la pieza reseca reveló colédoco dilatado en su extremo proximal con extensa ulceración de la mucosa y tejido de granulación, fibrosis, inflamación aguda y crónica, con células gigantes tipo reacción a cuerpo extraño en toda la longitud del conducto. La mucosa antral y corporal con gastritis crónica leve no activa, con folículos linfoides en lámina propia. La ampolla de Vater, parénquima pancreático y pared duodenal sin alteraciones histológicas. Los ganglios linfáticos hiperplásicos reactivos sin proceso neoplásico maligno.



Fig. 1: Colangiografía postoperatoria donde se visualiza la estenosis distal. (Foto Archivo del autor)



Fig. 2: CPRE y colocación de prótesis Tanembaum (Foto archivo del autor).



Fig. 3: Pieza operatoria (Foto archivo del autor)

DISCUSIÓN

Cuando las estenosis de la vías biliares se identifican por estudios contrastados (colangiografía peroperatoria y/o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), la distinción entre benignos y malignos puede ser desafiante ⁶.

En oportunidades, el cuadro clínico sugiere el diagnóstico de colangiocarcinoma. Sin embargo, el diagnóstico final puede ser otra patología biliar benigna o maligna. El estudio histológico de las estenosis benignas que simulaban un colangiocarcinoma después de resecaadas, sólo muestran un proceso inflamatorio crónico. Ocasionalmente algunas de ellas se asocian a otras patologías como lupus eritematoso, granulomatosis de Wegener, poliarteritis nodosa y el síndrome Sjögren. Entre las malignas está el cáncer de la vesícula biliar y metástasis hiliares de otros cánceres provenientes de páncreas, de estómago, de mama, de pulmón o de colon. El examen físico completo, la imagenología, la ultrasonografía endoscópica y los marcadores tumorales ayudan al diagnóstico diferencial ^{7, 8, 9, 10}.

La resección quirúrgica completa es el único tratamiento potencialmente curativo para pacientes con colangiocarcinoma. Por lo tanto, a todos los pacientes con

sospecha de colangiocarcinoma se les debe ofrecer el tratamiento quirúrgico, a menos que existan contraindicaciones para la resección quirúrgica. Las contraindicaciones incluyen comorbilidades que impiden la cirugía segura, incluyendo la cirrosis, la enfermedad metastásica, la invasión de la vena porta o la arteria hepática (proximal a sus bifurcaciones), la invasión del conducto hepático e invasión de uno de los conductos hepáticos y/o vasos hepáticos con atrofia del lóbulo contralateral ¹⁰.

En determinadas situaciones, como en el caso aquí planteado, resulta difícil – aún con las imágenes y la citología – la adecuada diferenciación entre una patología maligna y otra benigna, por lo que no se llega a un diagnóstico certero y se recurre entonces a una intervención quirúrgica.

En conclusión, el colangiocarcinoma y las estenosis benignas de la vía biliar presentan una serie de características similares y que pueden dar lugar a una confusión. El enfoque terapéutico puede, entonces, tornarse controversial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cattell, R. Benign strictures of the biliary ducts. *JAMA*. 1947; 134(3):235-240.
2. Byrne, MF. Management of benign biliary strictures. *Gastroenterol Hepatol*. 2008 October; 4(10): 694-697.
3. Prasad Shanbhogue AK, Tirumani SH, Prasad SR, Fasih N, McInnes M. Benign biliary strictures: A current comprehensive clinical and imaging review. *American Journal of Roentgenology*. 2011;(2)197:295-306.
4. Warshaw AL, Schapiro RH, Ferrucci JT, Galdabini JJ. Persistent obstructive jaundice, cholangitis, and biliary cirrhosis due to common bile duct stenosis in chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1976; 70:562-567
5. Moser AJ. Benign biliary strictures. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2001; 4:377-387.
6. Babu S, Smithson J. Bile duct stricture: benign or malignant? *J R Soc Med*. 2002 June; 95(6): 302-304.
7. Binkley CE, Eckhauser FE, Colletti LM. Unusual causes of benign biliary strictures with cholangiographic features of cholangiocarcinoma. *J Gastrointest Surg*. 2002 Sep-Oct;6(5):676-81.
8. Burgos San Juan, L. Colangiocarcinoma. Actualización, diagnóstico y terapia. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 240-248.
9. Townsend C, Beauchamp R, Evers B, Mattox K. Sabiston, *Tratado de Cirugía – 18ª Edición*. Editorial Elsevier. 2009.
10. Zinner M, Ashley S. *Maingot's Abdominal operations*. 11th edition. McGraw – Hill. 2007.