# Estrechez benigna de la vía bilar: reporte de un caso

Farina, M. A.[1]; Chaparro, A.[2]; Alfonso, J.[3]; Rodríguez, G.[3]; Buhk, A.[3]

## INTRODUCCIÓN

Las estrecheces benignas de la vía biliar son patologías muy poco frecuentes, con una incidencia global que ronda el 0,02% de las afecciones biliares. Pueden ser únicas o múltiples y responde a diversas etiologías, entre las que se citan estenosis *congénitas*, atresia de vías biliares, *post-quirúrgicas* (cirugías de vías biliares y vesícula, sobre todo en laparoscópicas y otras cirugías como las hepáticas, de vena porta, etc.), *post-traumáticas* (traumatismos penetrantes o contusos), *post-inflamatorias* (litiasis biliar, pancreatitis crónica, úlcera duodenal crónica, parásitos, colangitis recurrente, inflamaciones hepáticas, etc.), la *colangitis esclerosante primaria*, *post-radiación* y la *estenosis papilar* y los *tumores benignos* (adenomas, papilomas, cistoadenomas, etc.).

Para las estrecheces del tercio superior, contamos con la clasificación de Bismuth, en la cual se describen 5 tipos: *Tipo 1:* estenosis baja del conducto hepático, con muñón hepático de más de 2 cm; *Tipo 2:* muñón hepático de menos de 2 cm; *Tipo 3:* estenosis alta (hiliar) o ausencia de hepático, con confluencia intacta; *Tipo 4:* destrucción de la confluencia, hepáticos derecho e izquierdos separados; *Tipo 5:*compromiso sólo de la rama sectorial derecha o con conducto común.

El cuadro clínico varía según el caso y puede presentarse con ictericia (intermitente en el 50% de los casos, incluso progresiva) o sin ella, según tengamos estrecheces parciales o completas y si existen fístulas biliares internas o externas; prurito y lesiones de rascado, según el nivel de bilirrubina y además coluria, hipo o acolia; dolor epigástrico, en HD o FD ocasionalmente; colangitis e incluso pancreatitis si se obstruye el conducto de Wirsung; en casos de larga data puede desarrollarse hepatomegalia e incluso fibrosis hepática secundaria con HT portal y esplenomegalia. En caso de fístulas también se presentan pérdida de peso y astenia. En raros casos puede verse hemobilia.

Los hallazgos laboratoriales muestran una fosfatasa alcalina y bilirrubina elevadas, generalmente a expensas de la directa, aunque en caso de estrecheces parciales se pueden tener niveles normales; los niveles de transaminasas pueden estar normales o elevados (en caso de colangitis o afecciones hepáticas) y en obstrucciones de larga data el dosaje de albúmina puede resultar bajo; la orina simple puede mostrar color ámbar (coluria) y presentar urobilinógeno y bilirrubina; en caso de infecciones se constata leucocitosis con neutrofilia.

En cuanto a los hallazgos imagenenológicos, se puede citar la dilatación de vías biliares intra o extra hepáticas en la ecografía abdominal, imágenes compatibles con litiasis vesicular o coledociana, abscesos, hepato o esplenomegalia e incluso la HT portal (Doppler), pero en general es difícil determinar el nivel y el tamaño de la obstrucción. Sin embargo, la colangiografía transhepática percutánea y la colangio pancrreato grafía retrograda endoscopica (CPRE) pueden determinar con bastante precisión el nivel y la extensión de la lesión, además de determinar la dilatación de vías biliares y la presencia de litiasis, e incluso permite la toma de muestras para biopsia, en caso de lesiones bajas. La TAC puede colaborar para determinar más detalles de la lesión, su tamaño, extensión y otras patologías asociadas al cuadro.

En cuanto al tratamiento, en general se indica la resección de la lesión y anastomosis biliodigestiva no solo para tratar los síntomas sino también como último

**Fig. 1** Estenosis supracística

1) *Jefe de Sala. 2ºCCQ. Hospital de Clínicas. F.C.M. U.N.A.*
2) *Sub-jefe de Guardia de Urgencias (Sábado) 2ºCCQ. Hospital de Clínicas. F.C.M. U.N.A.*
3) *Residente de cirugía. 2ºCCQ. Hospital de Clínicas. F.C.M. U.N.A.*

medio diagnóstico con propósito de descartar enfermedad maligna; en ciertos casos (edad avanzada, condiciones desfavorables) puede plantearse la realización de un bypass o colocación de tutores y dilatación con balones de la zona estrecha, si es factible. Al tratamiento quirúrgico debe acompañar siempre el tratamiento médico, para minimizar comorbilidades.

**Caso**

Paciente masculino de 49 años de edad, no conocido portador de patologías médicas de base, con 2 cirugías previas (apendicectomía y herniorrafia inguinal derecha anteriores), fumador y bebedor social, consulta por cuadro de 5 días de evolución de dolor tipo cólico en epigastrio, que irradia a HD, intenso, que cede parcialmente con analgésicos y antiespasmódicos, acompañado en una oportunidad de náuseas y vómitos en moderada cantidad de contenido alimentario y coloración oscura de la orina (coluria) 48 hs antes del ingreso. Niega fiebre, pérdida de peso, acolia o hipocolia u otros síntomas.

Al exámen físico; abdomen globuloso a expensas de tejido adiposo, simétrico, cicatriz umbilical normal, cicatriz de McBurney en FID y oblicua en región inguinal derecha, blando, depresible, doloroso en HD, sin defensa ni irritación peritoneal, no visceromegalias, RHA +; TR normal y franco tinte ictérico de piel y escleróticas. El resto del examen fue normal.

Presenta al laboratorio: GB 10000 N 70% Hb 16,2 glc 95 ure 28 crea 0,84 Prot. Totales 6,9 albúmina 3,7 TP 100% BT 8,44 BI 0,78 BD 7,66 FA 445 GPT94 GOT25 amilasemia 71 Na 140 K 3,9 Ca 1,20 Plaq 249000, OS turbia, color ámbar, con trazas de proteínas, ph 6 leucocitos 2-3/c hematíes 3-4/c urobilinógeno + . CA 19 9 y CEA normales.

Se realiza una ecografía abdominal que informa vías biliares intra hepaticas dilatadas, colédoco de 8 mm, y una imagen refringente que interrumpe la continuidad en su porción inferior , compatible con litiasis, además de litiasis vesicular.

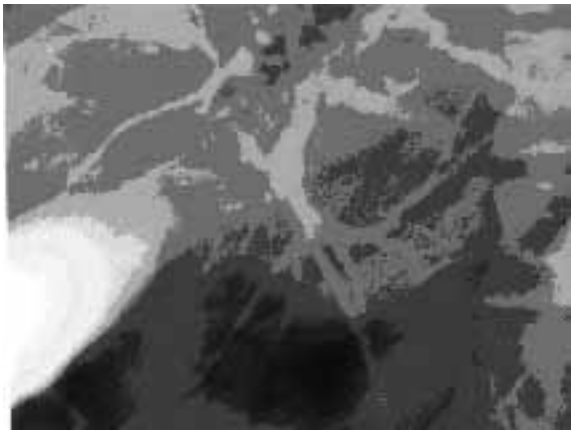

***Fig. 2*** Endoprótesis de teflón trans-estenónica

Se realiza una CPRE, donde se constata a nivel del conducto hepático común, un poco por encima de su unión con el colédoco, pasaje filiforme, de borde irregular de aproximadamente 1,5 cm de longitud, con ligera dilatación de las vías por encima del mismo (fig. 1); en el mismo acto se practica una papilotomía y colocación de endoprótesis de 7 Fr 12 cm de longitud para permitir buen drenaje biliar del contraste utilizado (fig. 2). No se encontró litiasis.

Se realiza TAC de abdomen con reconstrucción 3D que se presenta normal, mostrando la endoprótesis, sin visualizar la lesión ni otras lesiones asociadas en otros órganos.

El paciente es admitido, con diagnóstico de ictericia obstructiva y se decide realizar cirugía por probable tumor de vías biliares. Durante la intervención se constata pequeña tumoración de aproximadamente 0,8 cm de diámetro por encima de la desembocadura del conducto cístico (Bismuth I), colédoco no dilatado y ausencia de litiasis. Se realiza colecistectomía, resección del tumor y derivación bilio-digestiva (hepato-yeyuno-anastomosis en Y de Roux) con el extremo del asa biliar sepultado en el tejido subcutáneo del hipocondrio derecho. La pieza es examinada por patologos. El paciente presenta buena evolución clínica y tiene alta al 5º día post operatorio.

El informe de anatomía patológica describe presencia de un linfonodo con tejido fibroadiposo sin otros cambios histológicos, colédoco distal sin cambios histológicos, colédoco medio con mucosa, pared y glándulas con *infiltrado agudo inespecífico* y colédoco proximal y vesícula con proceso inflamatorio agudo, con extensa destrucción de la mucosa y colecistitis crónica.

**DISCUSIÓN**

Debido a la extrema baja tasa de prevalencia de esta enfermedad de la vía biliar es difícil realizar un claro diagnóstico antes de la intervención quirúrgica más aún teniendo en cuenta la ausencia de cirugía biliar o alguna manipulación de la misma como antecedente que sustente una posible estenosis benigna. Esto hace insistamos en detalles que supongan se trata de una malignidad, colangiocarcinoma en este caso. Por lo expuesto optamos en realizar una cirugía resectiva como primera opción ya que permite un estudio histológico de la pieza enferma en forma completa.

En nuestro servicio no realizamos otros métodos de estudio como colangio endoscopia por no contar con este equipo ni cepillado de la vía biliar para citología por endoscopia por considerar este último poco sensible al correlacionar con esta presentación clínica.

Aún tratátandose de una enfermedad benigna la hepatoyeyuno anastomosis ha mostrado ser muy segura con baja morbilidad y en la gran mayoría de los casos es

definitiva en lo que se refiere al drenaje biliar a largo plazo que es lo único que necesita este paciente relativamente joven.

## CONCLUSIÓN

El caso expuesto presenta una clínica de ictericia con dolor en HD, ictericia y coluria que orienta a una enfermedad de la vía biliar principal. Los resultados de laboratorio acompañan a esta impresión cñínica. La ecografía muestra un origen obstructivo extra hepático de la ictericia y la CPRE informa del sitio de la misma. La tomografía descarta otras probables etiologías y confirma resecabilidad ya que en todo momento se pensó en una neoplasia. Lo más importante quizás esté en el último punto, es decir las conductas fueron siempre orientadas al probable diagnóstico de colangiocarcinoma y creemos que debe ser este criterio el que prime en estos casos ya que una estenosis benigna de la vía biliar principal en un paciente sin cirugía biliar previa es muy rara.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Beachamp, R. D. Evers, B.M. Mattox, K.L. Tratado de Patología Quirúrgica – Sabiston. 16º edición. McGraw-Hill. Méjico. 2003.
2. Baker, F. Fischer, J. El Dominio de la Cirugía. 4º edición. Panamericana. Buenos Aires. 2004.
3. Zinner, M. Schwartz, S. Ellis, H. Operaciones Abdominales-Maingot. 10º edición. Panamericana. Méjico. 2005.
4. Brunicardi, F.C. Andersen, D. K. Billiar, T. _Principios de Cirugía- Schwartz. 8º edición. McGraw-Hill. Méjico. 2005.
5. Bettschart V, Clayton R, Parks R, Garden O. Cholangiocarcinoma arising after biliary – enteric drainage procedures for benign disease. Gutfile 2002; 50: 128 -129.
6. Tocchi A, Costa G, Lepre L, Liotta G, Mazzoni G, Sita A. The long term outcome of hepaticojejunostomy in the tretment of Benign bile duct estrictures. Annals of surgery 1996; 224: 162 – 167.
7. Davids P, Tanka A, Raws E, Van Gulik T, Van Leeuwen D, De Wit L,Verbeek P, et col. Annals of Surgery 1993;217:237 – 243.
8. Lillemoe K, Melton G, Cameron J, Pitt H, Campbell K, Talamini M, Sauter P, Yeo C. Annals of surgery 2000; 232: 430 – 441.
9. Tocchi A, Costa G, Lepre L, Liotta G, Mazzoni G, Cassini D, Miccini M. Late development of bile duct cancer in patients who had biliary enteric drainage for benign disease: A follow up estudy of more than 1,000 patients. Annals of surgery 2001; 234: 210 – 214.
10. Siriwardana HPP, Siriwardena AK. Annals of Surgery 2005; 242: 10 – 19.