

Estenosis biliares idiopáticas seudoneoplásicas localizadas

Dres. Raúl Praderi, Andrés Colet, Hernán Parodi (h),
Tomislav Kvasina y Carlos Pizarrosa.

Se presentan dos observaciones de estenosis localizada no neoplásica de vía biliar principal en mujeres jóvenes.

Están topografiadas en la convergencia de los hepáticos y el colédoco distal. Con el diagnóstico colangiográfico de neoplasmas ambas fueron resecadas mediante exeresis de la vía biliar la primera y duodeno-pancreatectomía cefálica la segunda.

Han aparecido algunos casos similares en la literatura muy difíciles de clasificar.

Se piensa que sean formas localizadas de colangitis esclerosantes.

En nuestro caso de estenosis distal existían pequeños divertículos coledocianos cuya presencia complica más la clasificación ya que no existen antecedentes en la literatura.

Nuestras dos enfermas evolucionaron bien.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Biliary Diseases.

SUMMARY: Localized pseudoneoplastic idiopathic biliary stenosis.

Presenting two cases of localized non neoplastic stenosis of the principal biliary duct in young women. They are topographed at the converging point of the hepatic duct and the distal choledoco.

Presentado como Tema Libre al 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Prof. de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía, Asistente de Clínica Quirúrgica, Prof. Adjunto de Anatomía Patológica, Anátomo-Patólogo del M.S.P.

Dirección: Mones Roses 6435. Montevideo (Dr. R. Praderi).

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi). Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

With the neoplasm cholangiographic diagnosis, both were resected by exeresis of biliary tract in one of them and cephalic duodenopancreatectomy in the other. Similar cases have appeared in literature, very difficult to classify. They are thought to be localized forms of sclerosing cholangitis. In the case of distal stenosis under study there existed small choledocian diverticula, the presence of which further complicates their classification, but there are no antecedents in related literature. Our two patients recovered well.

RÉSUMÉ: Sténoses biliaires idiopathiques pseudonéoplasiques localisées.

On présente deux observations de sténose localisée non néoplasique de la voie biliaire principale chez de jeunes femmes. Elles sont topographiées dans la convergence des hépatiques et du cholédoque distal. Avec le diagnostic cholangiographique de néoplasme elles ont été résecuées à travers l'exérèse de la voie biliaire dans le premier cas et avec une duodénopancréatome céphalique dans le deuxième. Certains cas similaires sont apparus dans la littérature, très difficile à classifier. On pense qu'il s'agit de formes localisées de cholangites sclérosantes. Dans notre cas de sténose distale on a pu constater de petits diverticules cholédociens dont la présence complique encore plus la classification puisqu'il n'existe pas d'antécédents dans la littérature. Les deux malades ont eu une bonne évolution.

Han aparecido recientemente en la literatura algunas observaciones de estenosis biliar locali-

zada pseudo neoplásica. En los casos que se resecaron el estudio histopatológico demostró la ausencia de cálculos y la presencia de tejidos inflamatorios cicatrizales similares a los de las estenosis traumáticas.

Después de revisar estos trabajos^(6, 9, 13, 15), hemos resuelto informar de dos observaciones similares operadas una de ellas recientemente con diagnóstico de cáncer del hepático izquierdo y la otra hace 2 años con la sospecha de cáncer periampular.

Como ambos enfermos evolucionaron satisfactoriamente y se les resecó toda la estenosis, se pudo estudiar bien la histología.

Por lo tanto creemos útil informar de estas dos observaciones.

CASUÍSTICA

Caso 1. M.C.P.S. Hosp. Maciel. 42 años de edad, procedente de La Paz (Canelones).

Múltipara, toma anticonceptivos orales desde hace 4 años. Hepatitis viral a los 10 años, sufre de leve dispepsia hipoesténica. Comienza en abril/84 con astenia y adinamia progresiva a lo que se le agrega una ictericia de tipo obstructivo y adelgazamiento moderado. Interpretada como hepatitis viral inicialmente. Recibió corticoides en dosis moderadas en el período que va desde este diagnóstico hasta su ingreso.

Ingresó en junio/84 con ictericia obstructiva, adelgazada, anémica, con discreta hepatomegalia, algo dolorosa, congestiva, sin elementos de insuficiencia hepatocítica.

Estudiada desde el punto de vista biológico humoral seriado mostró un patrón obstructivo sin lesión ni insuficiencia hepatocítica a evolución progresiva.

Desde el punto de vista morfológico: la ultrasonografía mostró un hígado de ecogenicidad normal sin dilatación de la vía biliar intrahepática; vía biliar principal dilatada de 12 mm con imagen sospechosa de microlitiasis.

Luego se realiza una colangiografía retrógrada endoscópica que muestra el cístico y plantea sospecha de lesión orgánica estenosante a nivel hepatocolédociano. Se hace una colangiografía transparietohepática que muestra una distorsión por tracción y estenosis de la convergencia hacia la izquierda del sector derecho y común no visualizándose el hepático izquierdo.

Se interviene quirúrgicamente en relativo buen estado general y sin ictericia con el diagnóstico presuntivo de cáncer del hepático.

OPERACION: 30/7/84. Incisión mediana supraumbilical; hepatomegalia colestática a predominio en el lóbulo izquierdo y la punción de un canalículo biliar izquierdo permite la aspiración de bilis blanca configurando una hidrohepatosis izquierda. El estudio colangiográfico por punción intraoperatorio muestra un stop total en el canal hepático izquierdo. Se encuentran además varios ganglios peripediculares sin aspecto tumoral y un pequeño tumor en el hepático izquierdo cercano a la convergencia. Con todo lo cual se mantiene el diagnóstico de cáncer del hepático izquierdo. Se decide resecar los hepáticos, el confluente, el hepático común, el cóledoco y la vía biliar accesoria con lo que se obtiene una exéresis casi completa del

proceso patológico más un vaciamiento ganglionar del pedículo hepático y de la hoz de la arteria hepática. Se restablece el tránsito biliodigestivo mediante una hepático-yeyunostomía de dos canales derechos y uno izquierdo con un asa montada con nuestra técnica y calibrada con tres tubos transhepáticos en sedal conectados en O. Un pequeño canalículo biliar izquierdo fue ligado.

La evolución postoperatoria fue buena. El 20/8/84 se cambian los tubos en sedal por tubos siliconados con control radiológico que muestra la anastomosis en buenas condiciones. Luego se fueron retirando los tubos, primero el izquierdo y luego el medial, en el momento actual se le extrajo también el derecho. Excelente estado general con ganancia ponderal.

ANAT. PATOL.: En todos los ganglios investigados una adenitis reactiva sin elementos de malignidad. Todas las secciones del conducto de vía biliar estudiados, mostraron un proceso inflamatorio crónico inespecífico de grado leve con elementos de inflamación aguda; no se observan elementos histopatológicos de malignidad.

Caso 2. Hosp. Maciel. Múltipara de 57 años, procedente del interior, zona urbana; con antecedentes de insuficiencia cardíaca global desde hace diez años controlada y tratada. Accidente isquémico transitorio hace nueve años; ictericia fría con prurito, coluria e hipocolia hace un año, cuadro que retrocede espontáneamente en dos semanas.

Consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por ictericia, coluria, hipocolia, prurito, en apirexia e indoloro, con una discreta repercusión general. Una semana previa al ingreso (30/4/82) instala cuadro doloroso en región sacrococcígea con pérdida total de fuerzas en MMII, incontinencia vesical y constipación desde entonces. Al examen físico se comprueba ictericia flavínica, lesiones de rascado en piel. Hepatomegalia. Soplo sistólico en punta y foco aórtico con remodelación cardíaca. Pérdida de fuerzas total en MMII, con Babinsky positivo bilateral, reflejos rotulianos presentes y sin alteraciones de la sensibilidad. Los estudios ulteriores demostraron que su problema neurológico se debió a una isquemia medular.

Los estudios biológicos humorales, demostraron un patrón obstructivo colestático biliar, sin afectación de la funcionalidad hepatocítica.

La TAC mostró hepatomegalia, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, litiasis vesicular y aumento de la silueta pancreática. Cuerpos vertebrales s/p. Con diagnóstico de probable neoplasma de páncreas es intervenida.

OPERACION: 28/5/82. Incisión transversa de H.D. Hepatomegalia colestática global. V.B.P. extrahepática dilatada, signo de Bard y Pic litiasis vesicular. Estenosis baja de cóledoco yuxtapancreático. Se decide realizar duodenopancreatectomía cefálica efectuando la reconstrucción con técnica de Child. Tubo de Kehr calibrando la hepaticoyeyunostomía. Evolución postoperatoria excelente. Colangiografía postoperatoria relleno de los canales intrahepáticos y buen pasaje a través de la hepaticoyeyunostomía.

ANT. PATOL. La lesión coledociana corresponde a una diverticulosis asentando sobre un proceso inflamatorio crónico sin elementos histopatológicos de malignidad.

COMENTARIO

La lesión de la primera enferma fue confundida con un cáncer periampular, probablemente de cóledoco. La segunda con un tumor del hepático

izquierdo, dada la hidrohepatosis de ese lóbulo en una enferma sin litiasis biliar, aunque se encontraba sin ictericia cuando se operó.

El estudio histológico de la pieza no demostró cáncer, pero sí una estenosis total infranqueable. La ausencia de litiasis supraestenótica, la presencia de la bilis blanca y la rareza de la enf. de Caroli en nuestro país, nos hacen pensar en una forma circumscripita de colangitis esclerosante, como sospecharon los cirujanos ingleses en sus observaciones^(4, 9, 15).

Estos casos no cumplen las condiciones impuestas por Schwartz y Dale⁽¹²⁾ Smith y Loe⁽¹⁴⁾ para clasificarlas como C.E.P.

Estas son:

- 1) Ictericia obstructiva progresiva.
- 2) Ausencia de cirugía biliar previa.
- 3) Ausencia de litiasis.
- 4) Exclusión de cáncer por histología.
- 5) No evidencia de cirrosis biliar.
- 6) Estenosis generalizada de la V.B.

Nuestra enferma no cumplía el último requisito, como sucedió con los casos citados de los colegas ingleses y norteamericanos^(6, 9, 13, 15).

La colangitis esclerosante es excepcional en nuestro país, hemos referido las dos primeras observaciones uruguayas.

Aunque hicimos una gran operación reseando toda la vía biliar extrahepática y efectuando anastomosis bilio digestivas, la paciente evolucionó bien, y no nos arrepentimos del procedimiento elegido.

La segunda observación es más confusa pues en el colédoco distal apareció una estenosis benigna con varios pequeños divertículos, algunos evaginados y otros invaginados. Existía una fibrosis en anillo que determinó la obstrucción pseudo neoplásica y la ictericia.

Con este motivo revisamos la bibliografía sobre diverticulosis coledociana empezamos por el trabajo básico de Alonso-Lej que clasifica en el grupo B a los divertículos coledocianos laterales, pero aunque se han comunicado varios casos parecidos^(1, 2, 7, 8) nadie describe divertículos múltiples en corona formando un anillo de estenosis.

Esquerra⁽⁵⁾ describió en Bogotá una observación con varios divertículos pero estaban implantados a distintos niveles.

Royer⁽¹¹⁾ en su erudito tratado de patología biliar refiere algunas observaciones de la literatura antigua y le dedica una columna al tema no aportando conclusiones útiles.

CONCLUSIONES

La conclusión práctica de estas observaciones es que pueden existir estenosis con aspecto de neoplásicas que no lo son. Tal vez se trate de procesos segmentarios de colangitis esclerosante como plantea Blumgart y cols.⁽¹³⁾.

El segundo caso no tiene antecedentes en la literatura, y desde luego en nuestro país, es también una estenosis benigna. En ninguno de los dos casos realizamos biopsia extemporánea. ¿Pero qué hubiéramos hecho si se nos informara que no eran cánceres?

Posiblemente dudar del patólogo.

Es importante que ambos enfermos evolucionaron bien, pero pudiera ser que se estenosaran las anastomosis bilio-digestivas, como en las observaciones de Smadja y col.⁽¹³⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALALGILLE D., ODIEVRE M. — Maladies du foie et des voies biliaires chez l'enfant. Paris, Flammarion Medecine Sciences, 1978.
2. ALDEN J.F., STERNIER E.R. — Diverticulum of the Common Bile Duct. A Case Report. Ann. Surg. 156: 269, 1957.
3. ALONSO-LEJ F., REVER W. Jr., PESSAGNO D. — Congenital Choledochal Cyst, with a Report of 2, and an Analysis of 94 Cases. Int. Abst. Surg. 108: 1, 1959.
4. ARTHUR G.W., STEWART J.O.R. — Biliary Cysts. Br. J. Surg. 51: 671, 1964.
5. ESGUERRA-GOMEZ G., RIVEROS-GAMBOA E. — A Case of Multi-diverticular Cystic Dilatation of the Common and Hepatic Ducts. Am. J. Roentgenol. 94: 477, 1965.
6. HAITH E.E., KEPES J.S., HOLDER T.M. — Inflammatory Pseudotumour involving the Common Bile Duct of a six year-old. Successful Pancreatic-duodenectomy. Surgery 56: 436, 1964.
7. HEPP J. — Dilatations congénitales de la voie biliaire principale. Encycl. Méd. Chir., Paris. Techniques Chirurgicales. Appareil digestif, 4.2.07, 40960, 1977.
8. LONGMIRE W.P., MANDIOLA S.A., GORDON H.E. — Congenital Cystic Disease of the Liver and Biliary System. Ann. Surg. 174: 711, 1971.
9. MUSCROFT T.J., MIDDLETON M.D. — Spontaneous Common Bile Duct Stricture: an illustrated case report. Br. J. Surg. 68: 139, 1981.
10. PRADERI R., ESTEFAN A., ZITO M., SARROCA C., PUIG R., SANTORO E., CHIOSSONI M., DE STEFANIS E. — Colangitis esclerosante primaria. Intubación transhepática de la vía biliar. Cir. Urug. 43: 511, 1973.
11. ROYER M. — Patología de las vías biliares. Buenos Aires, Hachette, 1964.
12. SCHWARTZ S.F., DALE W.A. — Primary sclerosing cholangitis: review and report of 6 cases. Arch. Surg. 77: 439, 1958.
13. SMADJA C., BOWLEY N., BENJAMIN I., BLUMGART L. — Idiopathic Localized Bile Duct Strictures: Relationship to Primary Sclerosing Cholangitis. Am. J. Surg. 148: 404, 1983.
14. SMITH M.P., LOE R.M. — Sclerosing cholangitis. Am. J. Surg. 110: 239, 1965.
15. STAMATANIS J.D., HOWARD E.R., WILLIAMS R. — Benign Inflammatory Tumour of the Common Bile Duct. Br. J. Surg. 66: 257, 1979.