

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Ictericia obstructiva por molde biliar debido a cuerpo extraño

M. Martos¹, A. Cosme², L. Bujanda², F. Múgica¹, L. Martín¹ y A. Iribarren¹

¹Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Donostia. ²CIBEREHD. Universidad del País Vasco. San Sebastián. Guipúzcoa.

CASO CLÍNICO

Mujer de 59 años de edad que ingresó en octubre del 2009 por presentar ictericia, dolor abdominal, vómitos y fiebre de 38,5 °C de un mes de evolución. Refería el antecedente de colecistectomía por colelitiasis múltiple y de coledocotomía para extracción de cálculo intracoledocal hace 24 años. El colédoco se cerró sobre tubo de Kher con nylon 4/0 no reabsorbible. Entre los datos analíticos destacaban: bilirrubina 3,9 mg/dl, FA 525 U/l (40-129), GGTP 1313 U/l (8-61), GOT 377 U/l (6-38), GPT 909 U/l (6-41), lipasa 95 U/l (0-60) y VSG 53 mm/h.

Se solicitó una ecografía abdominal que mostró dilatación moderada de la vía biliar principal. Se realizó colangiografía que puso de manifiesto un colédoco de 13 mm de diámetro con una imagen tubular de 30 x 5 mm en su interior con núcleo hiperintenso y que no dejaba sombra acústica (Fig. 1). Se hizo una CPRE que objetivó un defecto de repleción intracoledocal de 30 x 5 mm (Fig. 2). Tras esfinterotomía, se pasó el balón de Fogarty y se extrajeron varios microcálculos. A continuación se canalizó el cístico y se pasó de nuevo el balón sin obtener material. Por segunda vez, se canalizó la vía biliar principal e introdujo la cesta de Dormia. Se extrajo un molde biliar, verduzco, alargado, de 3 cm de longitud (Fig. 3). El informe de anatomía patológica correspondía a hilo de sutura junto a detritus biliares.

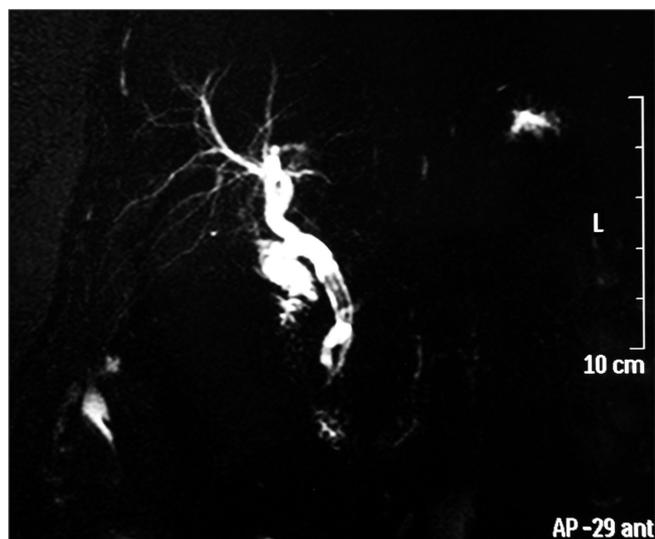


Fig. 1.

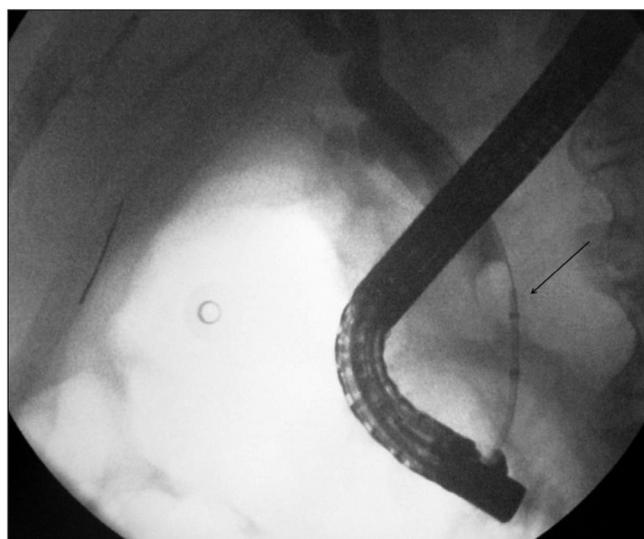


Fig. 2.

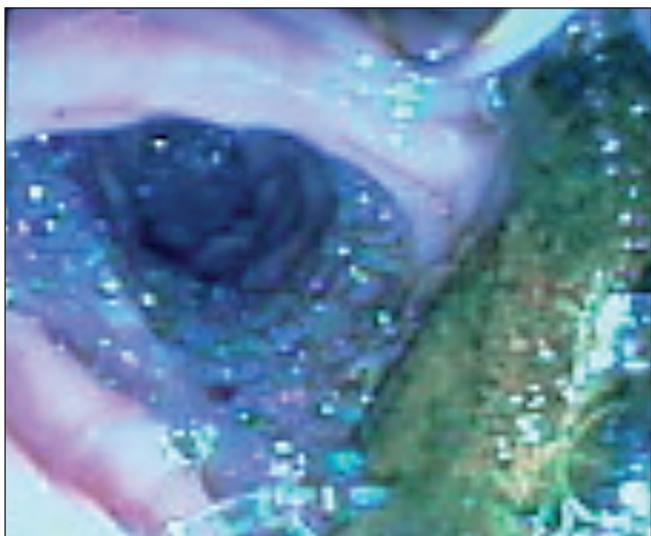


Fig. 3.

La RM de control, tras la CPRE terapéutica, no relevaba hallazgos patológicos en el colédoco. La paciente tuvo una reacción pancreática con amilasemia de 317 U/l (10-125) que se resolvió con fluidoterapia, analgésicos y antibióticos (ertapenem). Al alta y varias semanas después, se encontraba sin dolor y las pruebas de función hepática se habían normalizado.

DISCUSIÓN

Los cuerpos extraños son una causa rara de ictericia obstructiva. Se han publicado algunas observaciones debidas a alimentos, parásitos, espinas de pescado, fragmentos de tubos en T o de otros de goma, metralla, clips metálicos, stents migrados, gasas quirúrgicas y material de sutura no reabsorbible, que sirven de núcleo para la formación de cálculos o moldes en el colédoco (1-3).

Actualmente los procedimientos terapéuticos sobre la vía biliar, CPRE y cirugía laparoscópica, han disminuido el uso de material de sutura. Todavía se comunican casos de obstrucción biliar por su utilización en derivaciones biliodigestivas y drenajes con tubo de Kher,

incluso con material absorbible. La extracción endoscópica tras esfinterotomía mediante cesta de Dormia y balón de Fogarty es la opción terapéutica para la mayoría de estos pacientes, como sucedió en nuestro caso (4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedogni GI, Meinero M, Barbieri I, Ricci E, Bigi L, Pedrazzoli C et al. Foreign bodies of the biliary tract. Endoscopic management. *Dig Dis Sci* 1986; 31:1100-4.
2. Haq A, Morris J, Goddard C, Mahmud S, Nassar AHM. Delayed cholangitis resulting from a retained T-tube fragment encased within a stone: a rare complication. *Surg Endosc* 2002, 16:714.
3. Cimsit B, Keskin M, Ozden I, Alper A. Obstructive jaundice due to a textiloma mimicking a common bile duct stone. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2006, 13:172-3.
4. Uzcátegui-Paz E, Gonzalez-Paredes G. Granuloma a cuerpo extraño, simulando una enfermedad maligna del tracto biliar. *Gastroenterol Hepatol* 2009, 32:32-5.