

Cartas al Director

Ictericia obstructiva por neoformación de conducto hepático común

Palabras clave: Conducto hepático común. Neoplasia. Ictericia.

Key words: Common bile duct. Neoplasia. Jaundice.

Sr. Director:

El síndrome icterico tiene bien definido su algoritmo diagnóstico, no presentando habitualmente problemas a la hora de localizar su origen. En los últimos años este proceder diagnóstico ha cambiado sustancialmente con el advenimiento de nuevas técnicas de imagen cada vez menos invasivas. El interés de este caso radica esencialmente en poner de manifiesto el papel que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) desempeña en el diagnóstico de cuadros ictericos de origen no aclarado por otras técnicas, así como describir la naturaleza anatomopatológica de la formación que produce la obstrucción.

Presentamos a un paciente de 75 años que acude a urgencias por cuadro de ictericia indolora y afebril de dos semanas de evolución, que se acompaña de coluria y acolia más síndrome constitucional. Había sido revisado por su especialista de zona y aportaba serología y ecografía normales. Ingresó en nuestro servicio como cuadro icterico a estudio. Se inicia protocolo diagnóstico habitual no hallando causa aparente del proceso en ecografías seriadas, TAC abdominal, así como colangio-RMN. En la analítica destaca Bb de 26 (22 directa), fosfatasa alcalina de 675, GammaGt de 250 y Ca 19-9 :127. El enfermo como único antecedente de interés presentaba diabetes tipo II en tratamiento con glibenclamida (Daonil®) a dosis habituales desde hace 5 años, no refiere otra ingesta medicamentosa o tóxica en los meses precedentes. No ingresos hospitalarios previos ni hábitos de riesgo para ETS. En esta situación se plantea la realiza-

ción de BH percutánea que es informada como cilindro hepático con colestasis de predominio centrolobular sin que se observen signos histológicos de obstrucción biliar extrahepática. Con estos datos se interpreta el cuadro como probable hepatopatía aguda colestásica medicamentosa. Ante la persistencia del cuadro se realiza CPRE (dos semanas después) que informa de normalidad de calibre en vía biliar pero que aprecia un defecto de repleción a nivel de conducto hepático común de bordes regulares que estenosa parcialmente la vía biliar y no produce dilatación proximal de la misma.

Se realiza cirugía programada que detecta nódulo en cara anterior de hepático común de 0,6 cm de diámetro sin signos inflamatorios ni apreciándose datos de malignidad. Se practica hepaticoyunostomía. Se realiza biopsia hepática intraoperatoria que informa cilindro hepático con morfología de obstrucción biliar evolucionada e incompleta. El análisis del nódulo se informa como formación quística cuya grasa periférica contiene numerosos filetes nerviosos que sugieren un aspecto hamartomatoso. El paciente evoluciona favorablemente disminuyendo lentamente el cuadro icterico hasta desaparecer. En revisiones sucesivas no se han objetivado datos alterados en la analítica y continúa en tratamiento con antiabéticos orales.

Las indicaciones de realización de CPRE han sufrido una drástica modificación debido al empuje de nuevas técnicas tales como la colangio-RMN, método diagnóstico con tasas similares de sensibilidad y especificidad en la exploración diagnóstica de las vías biliares y prácticamente exento de efectos secundarios derivados de su práctica. A pesar de lo comentado anteriormente, la persistencia del cuadro clínico plantea la necesidad de realización de CPRE, siendo esta la técnica que detecta la formación responsable del cuadro clínico. En la revisión *a posteriori* de las imágenes de la TAC y colangio-RMN no se apreció la lesión diagnosticada por CPRE. La realización de una segunda biopsia hepática intraoperatoria nos aporta importante información, ya que revela que el cuadro colestásico es de naturaleza extrahepática y por lo tanto, se descarta la posible etiología intrahepática y nos reafirma en la actitud adoptada. En ningún momento se apreció coledocolitiasis o coledocolitiasis asociada que pudiera explicar la aparición de la ictericia. La recuperación total del paciente en el periodo postquirúrgico in-

mediato, así como la exclusión de otros posibles factores etiológicos del cuadro colestásico, inducen a pensar que la formación nodular es la causante del cuadro. La práctica de la CPRE diagnóstica constituye hoy en día una prueba válida para el estudio de cuadros ictericos cuyo origen no haya podido ser determinado con otras exploraciones.

El análisis anatomopatológico de la formación nodular revela que tiene un origen hamartomatoso. Las formaciones quísticas en la vía biliar son habitualmente congénitas (1,2) y suelen ser diagnosticadas en edades tempranas de la vida por aparición de signos de obstrucción biliar tales como colangitis y/o pancreatitis. En este caso y dada la edad del paciente una de las posibilidades a valorar es que su origen sea adquirido (2), siendo en esta situación la obstrucción de las glándulas secretoras del epitelio de revestimiento biliar su causa más frecuente (3).

S. Morán Sánchez, R. Baños Madrid¹, A. Vargas Acosta¹,
A. Meroño Aquilino¹, A. Lafuente Rodríguez, A. Serrano¹
Jiménez y J. Molina Martínez¹

*Servicio de Medicina Interna. Unidad de Digestivo. F.
Hospital de Cieza. Murcia.*

¹*Unidad de Endoscopia. Hospital Universitario Virgen de la
Arrixaca. Murcia.*

Bibliografía

1. Couto JC, Leite JM, Machado AV, Souza NS, Silva MV. Antenatal diagnosis of a choledocal cyst. *J Radiol* 2002; 83 (5): 647-9.
2. Weyant MJ, Maluccio MA, Bertagnolli MM, Daly JM. Choledochal cysts in adults: a report of two cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1998; 93 (12): 2580-3.

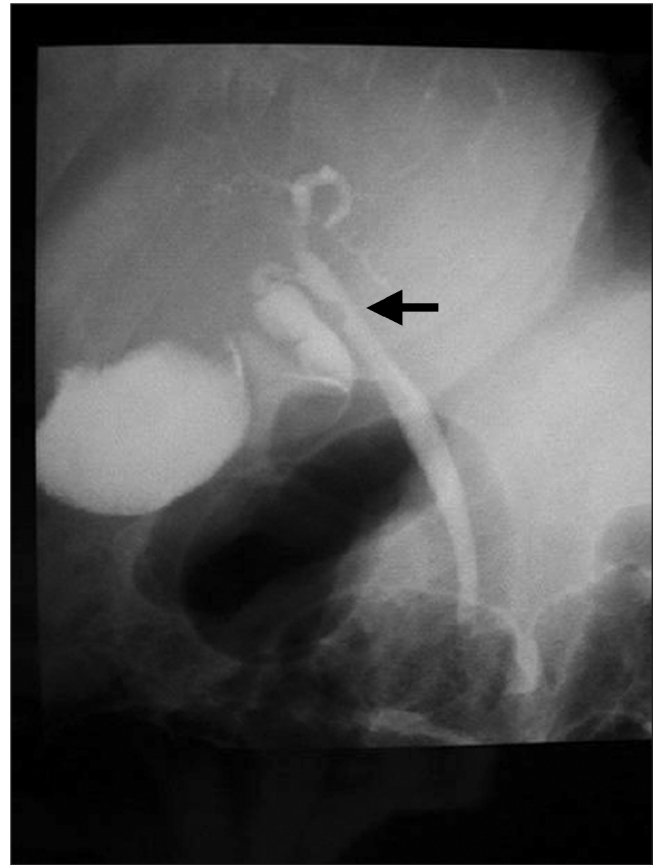


Fig. 1.- Imagen nodular en CPRE (flecha).

3. Tarcoveanu E, Niculescu D, Georgescu S, Cotea E, Vintila D, Dimofte G, et al. Congenital cystic disease of the biliary system in adults. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi* 2003; 107(4): 817-21.