

Hiperplasia papilar del colédoco distal como causa de ictericia obstructiva. Informe de un paciente

*Papillary hyperplasia of the distal common bile duct as cause of obstructive jaundice.
Report on one patient*

*Dr. Luis Cisneros Sotelo,
Dr. Guillermo Mijares Cruz,
Dr. Antonio Corona Bautista*

Resumen

Objetivo: Describir un caso de hiperplasia papilar del colédoco distal que ocasionó ictericia obstructiva en una paciente

Sede: Hospital de tercer nivel de atención

Descripción del caso: Mujer de 51 años, con ictericia indolora de 6 meses de evolución, acompañada de astenia, adinamia y pérdida de peso de 20 kg, serología para hepatitis negativa, antígeno carcinoembrionario 1.5 ng, se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con el hallazgo de divertículo duodenal, la colangiografía transduodenal fue fallida en dos ocasiones, la tomografía computarizada de abdomen mostró alteraciones compatibles con tumoración de cabeza de páncreas, por lo que se programó para laparotomía exploradora. Se realizó pancreatoduodenectomía, el estudio histopatológico demostró hiperplasia papilar del colédoco distal.

Conclusión: La hiperplasia papilar del colédoco es una causa poco frecuente de ictericia obstructiva, pero debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial, ya que en los tumores benignos de la vía biliar es difícil excluir la posibilidad de una neoplasia maligna.

Abstract

Objective: To describe a case of papillary hyperplasia of the distal common bile duct that produced obstructive jaundice in one patient.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Woman of 51 years of age, with painless jaundice of 6 months evolution, accompanied by asthenia and weight loss of 20 kg. Negative serologic test for hepatitis, carcinoembryonic antigen 1.5 ng. An endoscopic retrograde cholangiopancreatography revealed a duodenal diverticulum. The transduodenal cholangiography failed two times. Abdominal CAT imagining revealed alterations compatible with a tumor of the head of the pancreas, therefore the patient was programmed for an exploratory laparotomy. Pancreatoduodenectomy was performed, the histopathology study revealed papillary hyperplasia of the distal common bile duct.

Conclusion: Papillary hyperplasia of the common bile duct is an uncommon cause of obstructive jaundice, but must be considered within the differential diagnosis, since among the benign tumors of the biliary tract it is hard to exclude the possible presence of malignant neoplasia.

Servicios de Anatomía Patológica y Cirugía General del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, D.F.

Recibido para publicación: 15 de marzo de 2000

Aceptado para publicación: 8 de enero de 2001

Correspondencia: Dr. Luis Cisneros Sotelo. Av. Universidad No. 1321, Colonia Florida, 01030, México D.F.

Teléfono: 56 61 63 64 ext. 1108

Palabras clave: Hiperplasia, colédoco, vía biliar
Cir Gen 2001;23: 113-115

Key words: Common bile duct, hyperplasia
Cir Gen 2001;23: 113-115

Introducción

Los tumores benignos de la vía biliar son entidades clínicas poco frecuentes que han sido publicadas como casos aislados; su frecuencia es de 0.1% considerando las operaciones del tracto biliar y constituyen apenas el 6% de todas las neoplasias de los conductos biliares extrahepáticos, menos de 200 casos de tumores benignos de la vía biliar habían sido publicados en la literatura inglesa.

Por su poca frecuencia, los tumores benignos de los conductos biliares son ocasionalmente considerados en el diagnóstico diferencial de la ictericia. Los síntomas pueden presentarse en días o años debido a que el cuadro clínico puede simular colecistitis, cálculo biliar o ampular, cáncer pancreático o biliar; los cuales son mucho más frecuentes. Además, los estudios de diagnóstico preoperatorio casi nunca sugieren una lesión benigna, así que el cirujano puede ser sorprendido por los hallazgos operatorios.

Los tumores benignos se presentan como masas localizadas y causan obstrucción biliar, pueden ser clasificados como sigue:

- Papiloma adenomatoso (Hiperplasia papilar)
- Mioblastoma de células granulares
- Tumores neurales
- Leiomioma

El adenoma es la variedad más común de tumor benigno del árbol biliar extrahepático y se origina del epitelio glandular que cubre los conductos.

Chu realizó una revisión de los tumores de la vía biliar en 1950, encontró que de los tumores benignos de la vía biliar en 26 de 30 casos estudiados fueron adenomas. Hay predominio por el sexo femenino 1.3:1 y el promedio de edad es de 58 años. La mayoría se encuentran en el ampulla o cerca de ella (47%) mientras que el colédoco se afecta en un 27%. La aparición de los síntomas varía de semanas a 35 años, la ictericia se presenta en un 90% de los pacientes y ocurre de manera intermitente hasta en un 40%. La mayoría refiere dolor en el cuadrante superior derecho. La litiasis vesicular o coledocolitiasis se presenta asociada hasta en un 20%. Son más fáciles de detectar por colangiografía transoperatoria o coledocoscopia. El tratamiento de elección es la extirpación completa de la lesión (resección del colédoco, pancreatoduodenectomía) ya que se han publicado casos de recidiva del adenoma.¹⁻³

Descripción del caso

Mujer de 51 años de edad, con el antecedente de ser diabética de 5 años de evolución, controlada con glibenclamida, hipertensión arterial tratada con pro-

panolol, histerectomía a los 44 años por miomatosis uterina. Inició su padecimiento en marzo de 1994 con ictericia de piel y tegumentos, acolia, coluria, prurito generalizado, ataque al estado general, hiporexia y pérdida de peso de aproximadamente 20 kg en siete meses. A la exploración física se encontró hepatomegalia, sin datos de ascitis ni estigmas de insuficiencia hepática crónica. Resultados de exámenes clínicos: biometría hemática con 7,500 leucocitos, 216000 plaquetas; Na: 145, mEq; K:4 mEq, glucosa: 178 mg, creatinina: 0.6 mg, albúmina: 3.8 g, bilirrubina total: 12.9 mg, bilirrubina directa: 9.6 mg, TGO:193u, TGP:225u, fosfatasa alcalina: 1255u, DHL:308u, AgsHB:negativo, USG de hígado y vías biliares con vesícula aumentada de tamaño, sin dilatación de la vía biliar. La colangiopancreatografía retrógrada reveló un divertículo duodenal y fue fallida la colangiografía. Tomografía computarizada de abdomen con sospecha de pequeña tumoración en cabeza de páncreas.

Se programó a la paciente para laparotomía exploradora y durante el procedimiento quirúrgico se palpó una tumoración en la cabeza del páncreas, pequeña y bien limitada, se enviaron ganglios linfáticos peripancreáticos para estudio transoperatorio, los que resultaron negativos para neoplasia; se decidió realizar pancreatoduodenectomía. Los hallazgos de la pieza quirúrgica fueron los siguientes: divertículo duodenal adyacente al ampulla de Vater, el colédoco distal a 0.4 cm del ampulla, estaba indurado y, al corte, la luz obstruida por tejido de color blanquecino; el resto del colédoco mostró dilatación moderada. A la microscopía se encontró una estructura polipoide con tallo fibroso digitiforme, cubierto por epitelio sin datos de malignidad (**Figuras 1 y 2**).



Fig. 1. Fotomicrografía que muestra la luz del colédoco distal obstruida por una estructura polipoide y tallo fibroso digitiforme.

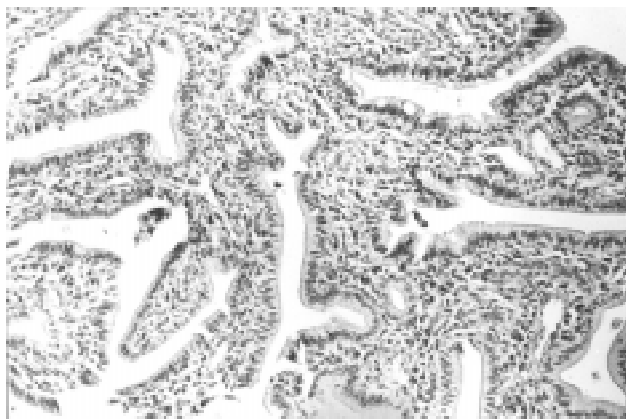


Fig. 2. Fotomicrografía que muestra el epitelio de la estructura polipoide sin datos de malignidad.

Discusión

La hiperplasia papilar del epitelio de la vesícula biliar secundaria a litiasis vesicular y otras enfermedades inflamatorias se conocen desde hace mucho tiempo;⁴ también se sabe que existen tumores benignos de la vía biliar que pueden convertirse en malignos. La hiperplasia papilar del colédoco ha sido estudiada por varios autores, así, Albores Saavedra publicó el caso de una paciente del sexo femenino de 21 años con hiperplasia papilar de la vesícula biliar y del colédoco,⁴ Ohashi, el de un paciente masculino de 72 años que presentó una lesión polipoidea hiperplásica y el estudio histopatológico final fue de hiperplasia del epitelio del colédoco;⁵ Kubota, el de un paciente con hiperplasia de la mucosa del colédoco diagnosticada mediante coledocoscopia que fue tratada con pancreato-duodenectomía.⁶ Otros investigadores⁷⁻⁹ han publicado casos de adenomiomas y carcinoides, tratados también con pancreatoduodenectomía. Por lo anterior, esta causa de obstrucción de la vía biliar debe ser considerada en el diagnóstico de ictericia obstructiva, pues aunque el origen más frecuente de obstrucción de la vía biliar es la coledocolitiasis en la

patología benigna y el colangiocarcinoma en las neoplasias, esta entidad puede presentarse y originar confusión en el diagnóstico preoperatorio ya que los estudios bioquímicos y de imagen son compatibles con las entidades arriba mencionadas y, por lo tanto, el tratamiento apropiado debe ser planeado con base en el diagnóstico histopatológico.

Conclusión

La hiperplasia papilar o papiloma es una lesión benigna del conducto colédoco, se requiere una alta sospecha clínica y el tratamiento dependerá de su localización anatómica, el pronóstico es bueno cuando se extirpa completamente la lesión.

Referencias

1. Blumgart LH. Surgery of the liver and biliary tract. Benign tumours and pseudotumours of the biliary tract. Second edition. Churchill Livingstone, USA. 1994: 941.
2. Banks PM. Patología para el cirujano. Hígado vías biliares y páncreas, McGraw-Hill Interamericana, México, D.F. 1998: 219.
3. Albores-Saavedra J, Henson DE. Tumours of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. In: Hartman W H. Atlas of tumour pathology. 2° ed. Fascicle 22. Washington, D.C. 1986
4. Albores-Saavedra J, Defortuna SM, Smothermon WE. Primary papillary hyperplasia of the gallbladder and cystic and common bile ducts. Hum Pathol 1990; 21: 228-31.
5. Ohashi A, Seki H, Sato K, Tamada K, Sugiyama S, Ichiyama A, et al. A case of hyperplastic polypoid lesion in the common bile duct hard to differentiate from early bile duct carcinoma. Rinsho Hoshasen 1990; 35: 765-8.
6. Kubota K, Bandai Y, Watanabe M, Toyoda H, Oka T, Mkuuchi M. Biliary stricture due to mucosal hyperplasia of the common bile duct: a case report. Hepatogastroenterology 1996; 43: 147-51.
7. Tsukamoto T, Kinoshita K, Hirohashi K, Kubo S, Tanaka H, Hamba H, et al. Adenomyoma of the common bile duct. Hepatogastroenterology 1999; 46: 1627-30.
8. Ojima H, Takenoshita S, Nagamachi Y. Adenomyoma of the common bile duct: report of a case. Hepatogastroenterology 2000; 47: 132-4.
9. Belli G, Rotondano G, D'Agostino A, Marano I. Primary extrahepatic bile duct carcinoids. HPB Surg 1996; 9: 101-5.