

Quiz. Caso interesante

Dra. Ingrid Vivas Bonilla, Dra. Aloha Meave G, Dr. Jorge Vázquez LM, Óscar Quiroz C, Dr. Manuel Martínez L.

Resumen clínico

Femenina de 43 años de edad, a quien se le practicó lobectomía hepática derecha a los 22 años de edad debido a su padecimiento de base los cuales cursaban con periodos de ictericia remitentes, fiebre y dolor abdominal, con antecedente de hermana fallecida a los 25 años por colangiocarcinoma.

Actualmente asintomática.

¿Qué estudio es?

¿Qué patología presenta?

¿Cuál es su diagnóstico?

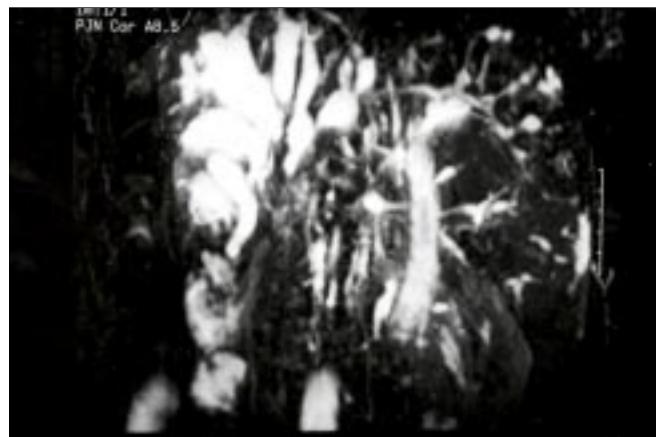


Figura 1.

*Departamento de Resonancia Magnética.
Fundación Clínica Médica Sur.

Diagnóstico

Enfermedad de Caroli. Cambios postquirúrgicos de la glándula hepática.

Hallazgos de imagen

A esta paciente se le realizan anualmente estudios de gabinete para determinar cambios importantes o presencia de lesiones asociadas. En la figura 1, estudio de Colangiorresonancia CRM en el plano coronal donde se aprecia la importante dilatación quística del árbol biliar intrahepático, en este caso izquierda debido al antecedente de hepatectomía. En la figura 2, secuen-



Figura 4.

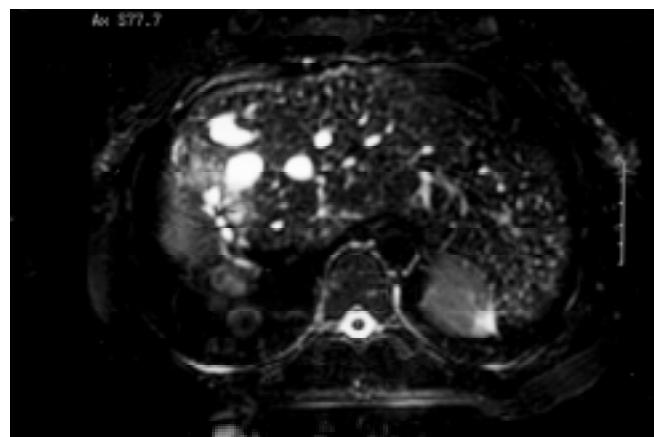


Figura 2.

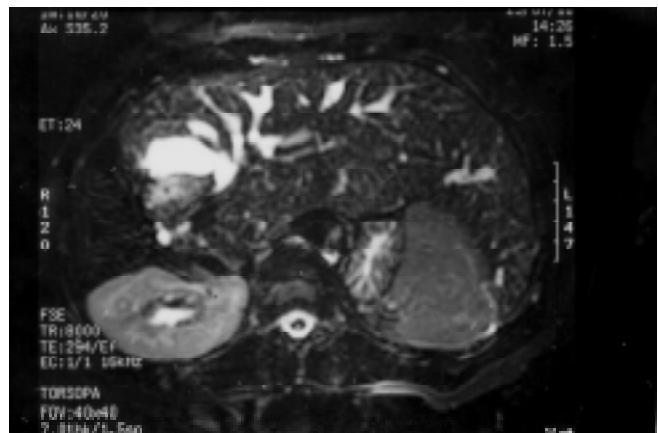


Figura 5.

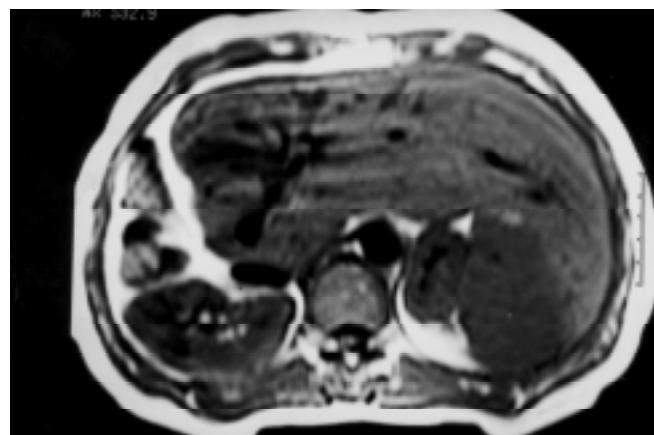


Figura 3.

cia axial en T2 superpesado se identifica y corrobora la dilatación fusiforme y redondeada de vías biliares intrahepáticas, apreciéndose lobectomía derecha e hipertrrofia compensadora del lóbulo izquierdo.

En la figura 3, corte axial en secuencia T1, hígado con cambios postquirúrgicos con imágenes tubulares dilatadas en hilio e intrahepáticas. En la figura 4, imagen axial en T2 mismo nivel que la anterior donde se corrobora que las dilataciones tubulares corresponden a vía biliar. Figuras 5 y 6, imágenes de colangiorresonancia colapsada con reconstrucción 3D, en planos axial y coronal. Se demuestra la expansión quística del árbol biliar intrahepático y su continuidad con el colédoco el cual no presenta dilatación.

* Nótense esplenomegalia de 15 cm.



Figura 1.

Discusión

La enfermedad de Caroli es una forma poco común de dilatación segmentaria no obstructiva, congénita, de los conductos biliares intrahepáticos y corresponde al tipo V en la clasificación de los quistes de los conductos biliares según Todani (Cuadro 1). Los síntomas clínicos son episodios recurrentes de dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre y ocasionalmente ictericia. Las complicaciones comunes incluyen colelitiasis, coledocolitiasis, cálculos intrahepáticos, abscesos y colangiocarcinoma. Hay dos formas clínicas de esta enfermedad: el quiste simple o la enfermedad pura descrita por Jacques Caroli en 1958, que se acompaña por dilatación quística de las vías biliares intrahepáticas, frecuentemente acompañada por formación de cálculos, colangitis y abscesos hepáticos.

Cuadro I. Clasificación de Todani de quistes de colédoco.²

- Tipo I A, dilatación quística del coléodo (clásico)
- I B, dilatación segmentaria o focal del coléodo
- I C, dilatación fusiforme del coléodo
- Tipo II, divertículo coledociano
- Tipo III, dilatación coledociana distal intraduodenal (coledococele)
- Tipo IV A, múltiples quistes intra y extrahepáticos
- IV B, múltiples quistes extrahepáticos
- Tipo V, quistes de los conductos biliares intrahepáticos (Caroli)
- Tipo VI, dilatación segmentaria única de la vía biliar.*

*Subtipo VI de la clasificación modificada por Vázquez LM en 1995.⁴

Esta condición generalmente asociada a enfermedad quística del riñón, tal como el riñón medular en esponja, enfermedad renal poliquística infantil, nefronoptisis y ausencia de hipertensión portal y cirrosis. Esta forma es la menos común. La forma más común está asociada con fibrosis hepática congénita.^{1,2}

Imagenología

El US y la TC, demuestran dentro del hígado la dilatación quística de la vía biliar como áreas redondeadas u ovoides, anecoicas o de baja atenuación. La colangiografía percutánea demuestra la imagen característica y continuidad de las formaciones saculares con la vía biliar, pero la tendencia actual es de ser menos invasivo y por esta razón se practica cada vez más la imagen por colangiorresonancia magnética que brinda igual y mayor información, con reconstrucciones 3D multiplanares, sin necesidad de administrar medio de contraste y obteniendo información sobre el estado del hígado y lesiones asociadas intrabiliares, intrahepáticas o de órganos vecinos.³

Conclusiones

La colangiorresonancia es un estudio muy útil, no requiere de preparación, ni contraste, demuestra y permite valorar en poco tiempo (6 minutos por secuencia para un total de 25 minutos por estudio) y en forma simultánea órganos vecinos para valorar la presencia o no de patología asociada como en esta entidad (Caroli) donde el seguimiento es estrecho, anual, por el riesgo elevado de presentar carcinomas o patologías de vías biliares concomitantes, no se agrega el riesgo de radiación ionizante ni de usos de medios de contraste.

Referencias

- 1 Semelka RC. *MRI of the abdomen and pelvis*, editorial Wiley-Liss, Inc. New York 1997: 168-169.
- 2 Stoopen M. *Radiología e imagen diagnóstica y terapéutica del abdomen*. Tomo II, 1999 Lippincott Raven, Philadelphia.
- 3 Marimoto K. *Biliary obstruction evaluation with MR cholangiography*. *Radiology* 1992; 183: 578-580.
- 4 Vázquez LMJ, Durán JC. Enfermedad quística de la vía biliar: diagnóstico por imagen No. 2 Vd. 49 *Revista Mexicana de Radiología*, RMR, 1995; 2: 69-72.