

Resección endoscópica bajo visión coledocoscópica de pólipo biliar. Reporte de un caso

Aníbal Soler, Gonzalo Palmili, Eduardo Cassone, Aníbal Silva

Servicio de Cirugía General, Hospital de Alta Complejidad, Mendoza.

Acta Gastroenterol Latinoam 2021;51(2):213-216

Recibido: 05/05/2020 / Aceptado: 10/05/2021 / Publicado online: 21/06/2021 / <https://doi.org/10.52787/cfbn9238>

Resumen

Los pseudotumores inflamatorios de la vía biliar constituyen una entidad poco frecuente dentro de la patología biliar, con muy pocos casos recogidos en la literatura. Estos constituyen un hallazgo en las exploraciones radiológicas o quirúrgicas, y su diagnóstico difícilmente se realiza preoperatoriamente, ya que no todos los hospitales pueden tener a disposición tecnología como coledoscopios debido a los costos y a la necesidad de contar con personal capacitado para su correcto uso. Esto lleva a que la mayoría de los pacientes no se beneficien con probables resecciones endoscópicas, y sean sometidos a cirugías con diagnósticos preoperatorios de colangiocarcinomas, lo que agrega morbimortalidad innecesaria en una patología benigna. Presentamos un caso en el cual se realizó resección

endoscópica por CPRE bajo visión directa coledocoscópica por fistula biliar de Kehr, en el Servicio de Cirugía General de un hospital central.

Palabras claves. Pseudotumores inflamatorios, coledoscopia, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, cesiones obstructivas biliares benignas.

Endoscopic Resection under Choledochoscopic View of a Biliary Polyp. A Case Report

Summary

Inflammatory pseudotumors of the biliary tract represent an infrequent biliary pathology, with few cases reported in literature. In radiological or surgical explorations, these tumors are usually diagnosed as unsuspected findings. They represent a challenge in preoperative diagnosis, due to the cost of specific technology such as Spyglass DS (Boston Scientific) and the need of trained personnel for its correct use. This means that most patients are usually treated with major resections with wrong preoperative diagnosis of cholangiocarcinoma, missing a chance of an endoscopic solution while adding unnecessary morbidity and mortality in benign pathology. We present a case that underwent endoscopic resection by ERCP under direct choledochoscopic view for Kehr's biliary fistula in the General Surgery Department of a central hospital.

Keywords. Inflammatory pseudo tumors, choledochoscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, benign biliary obstructive lesions.

Correspondencia: Anibal Silva
Correo electrónico: anibaloc@icloud.com

Abreviaturas

CPRE: *Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.*

STI: *Pseudotumores inflamatorios.*

CRMN: *Colangiopancreatografía por resonancia magnética.*

Introducción

Los pseudotumores inflamatorios (STI) de los conductos biliares representan una causa benigna excepcional de ictericia obstructiva indolora. A menudo, se confunden con colangiocarcinomas y son tratados con resecciones mayores.^{1,2}

La etiología de los STI sigue sin resolverse. Entre las diversas hipótesis fisiopatológicas propuestas, la más probable es el antecedente de infecciones bacterianas, parasitarias o virales, principalmente el virus de Epstein-Barr.^{3,4} Además, se desarrollan como resultado de recurrentes episodios de colangitis aguda, secundaria a infección venosa portal y flebitis obliterante.⁵

La ictericia obstructiva indolora, el dolor abdominal y la fiebre son los hallazgos clínicos más comunes en pacientes con STI biliar.

Su presentación clínica y las características de imagen son inespecíficas, y además son indistinguibles de las del colangiocarcinoma, lo que hace que su diagnóstico preoperatorio sea extremadamente difícil.⁶

Por lo tanto, no sorprende que, en la mayoría de los casos publicados de STI biliares, la lesión haya sido inicialmente considerada un colangiocarcinoma y tratada con resección quirúrgica.

Los signos radiológicos de la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CRMN) y de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) más sugestivos para el diagnóstico de un pólipo biliar serían la presencia de defectos de repleción, fijos unilateralmente a la pared del árbol biliar, sin menisco y sin estenosis circunferencial del conducto afectado.¹

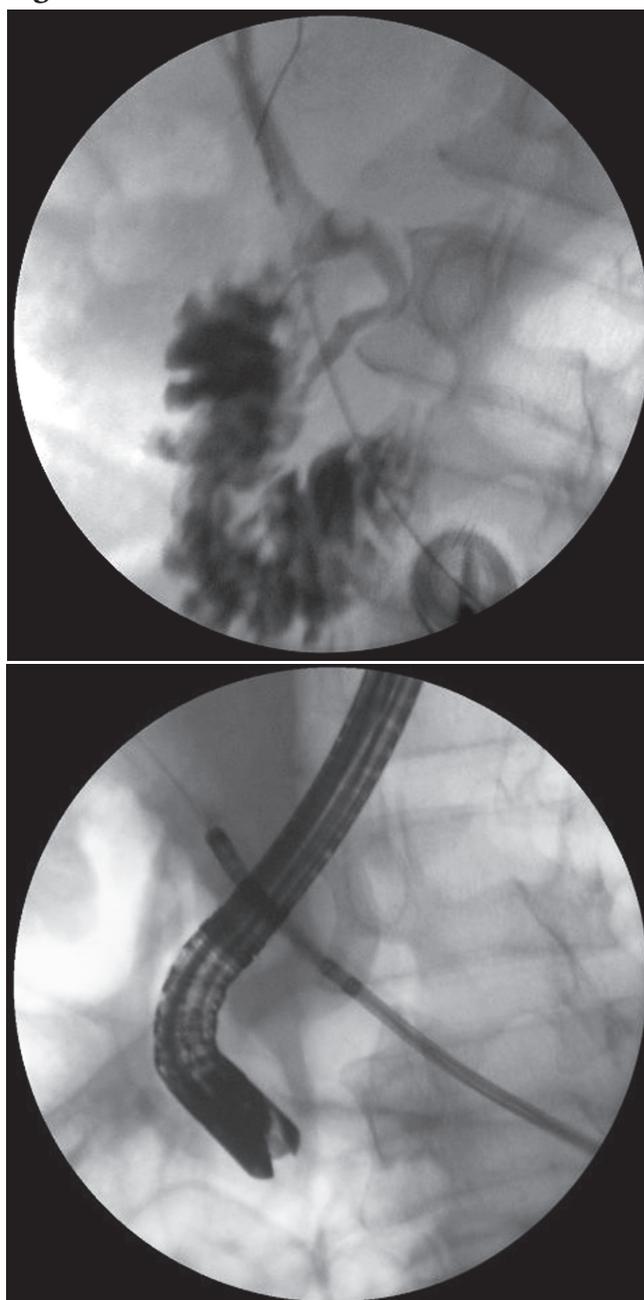
Caso clínico

Hombre de 60 años que cursa el segundo mes de postoperatorio de una colecistectomía convencional con coledocotomía e instrumentación biliar con colocación de tubo de Kehr. En el intraoperatorio, la colangiografía mostró una imagen de falta de relleno, que fue interpretada como litiasis coledociana, por lo que se procedió a realizar coledocotomía e instrumentación biliar, sin éxito, por lo que se decidió dejar drenada la vía biliar con tubo de Kehr. El paciente evolucionó favorablemente con débito de 500 ml/día a través del Kehr. Debido a la persistencia de la imagen de falta de relleno en colangiografías de control y en colangiorresonancia, fue derivado al servicio de cirugía

general de nuestro hospital para la resolución del cuadro.

Una vez en nuestro hospital, se decidió como primera medida realizar instrumentación biliar transfistular, a partir de la cual, por las imágenes obtenidas, se presenta la duda diagnóstica acerca de la etiología (Figura 1). Como no contamos con tecnología ideal para este caso, como es el Spyglass™ DS, debido al elevado costo que representa, utilizamos la fistula del Kehr como vía de acceso percutánea al colédoco. Su calibre nos permitió ingresar con un broncoscopio flexible. Se progresó un alambre guía a través del Kehr, se retiró el drenaje y se progresó el broncoscopio sobre

Figura 1



el alambre guía, logrando ingresar al colédoco y realizar el diagnóstico de pseudotumor inflamatorio (Figura 2).

Una vez diagnosticado el pseudotumor inflamatorio, se realiza, en una segunda instancia, el ingreso combinado de broncoscopio por fístula biliar y acceso endoscópico a través de papila de Vater, lo que permite lograr la resección completa con ansa de polipectomía bajo visión

directa. Se rescata la pieza con canastilla de Dormia para estudio histopatológico, cuyo resultado arrojó un proceso inflamatorio crónico con fibrosis (Figura 3). El paciente evoluciona favorablemente, dado de alta al tercer día del procedimiento, con seguimiento clínico ambulatorio y con controles de hepatograma sin colestasis a los seis meses de seguimiento.

Figura 2



Figura 3



Discusión

Aunque los STI biliares son extremadamente raros, esta entidad benigna debe sospecharse en todo paciente con clínica atípica e imagen de obstrucción biliar sospechosa, ya que pueden interpretarse erróneamente como un colangiocarcinoma. La fístula biliar del tubo de Kehr puede ser útil para realizar diagnóstico y tratamiento, mediante una coledocoscopia con broncoscopios flexibles, en aquellas situaciones donde no se posee la tecnología ideal como es el Spyglass™ DS que se encuentra disponible para practicar colangioscopia, permitiendo así posicionar a la colangioscopia peroral como una técnica real y útil, complementaria a la CPRE, y que permite el acceso, la visualización directa, la biopsia e instrumentación de las vías biliares y pancreáticas para el diagnóstico y tratamiento de patologías.⁶

En un estudio prospectivo y multicéntrico realizado en Japón por Toshio Kurihara y col., en el que se incluyeron 148 pacientes, se demostró un éxito del 91,2%. La identificación de lesiones biliares y pancreáticas fue de

95,5% y 88,2% respectivamente, con un éxito para obtener resultados de biopsias del 81,4% y con una incidencia de efectos adversos del 5,4%, lo que demuestra los beneficios y la seguridad del procedimiento.⁷

Conclusión

La colangioscopia representa la mejor herramienta para el diagnóstico etiológico de las lesiones de ductos biliares o pancreáticos, ya que ofrece la posibilidad de tomas de biopsias con altas tasas de éxito, que ha sido demostrado por distintos estudios. Además, ofrece la posibilidad de realizar la terapéutica adecuada para cada caso particular, con una alta eficacia y con un bajo índice de complicaciones. Sus principales desventajas son el costo y la necesidad de endoscopistas entrenados para su realización. La presencia de una fístula por tubo de Kehr puede ser útil para realizar coledocoscopia con broncoscopios flexibles, en aquellos casos de litiasis complejas o ante la sospecha de otra etiología donde la CPRE no es concluyente.

Aviso de derechos de autor

© 2021 *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la *Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0)*, la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Soler A, Palmili G, Cassone E y col. Resección endoscópica bajo visión coledoscópica de pólipo biliar. Reporte de un caso. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2021;51(2):213-6. <https://doi.org/10.52787/cfm9238>

Referencias

1. Vasiliadis K, Fortounis K, Papavasiliou C, Kokarhidas A, Al Nimer A, Fachiridis D, Pervana S, Makridis C. Mid common bile duct inflammatory pseudotumor mimicking cholangiocarcinoma. *International Journal of Surgery Case Reports* [Internet]. 2014;5:12-5.
2. Uribazoa JM, Antóna M, Martín J, Escuderoa J, Ventosa N, Rábagoa L, Herrera N, Povesb E, Vázquezay J, Martínez Veiga JL. Pólipos de la vía biliar: ¿es posible su diagnóstico preoperatorio? *Gastroenterología y Hepatología* [Internet]. 2001;24:66-9.
3. Oz Puyan F, Bilgi S, Unlu E, Yalcin O, Altaner S, Demir M, *et al*. Inflammatory pseudotumor of the spleen with EBV positivity. *Eur J Haematol* [Internet]. 2004;72:285-91.
4. Lewis JT, Gaffney RL, Casey MB, Farrell MA, Morice WG, Macion WR. Inflammatory pseudotumor of the spleen associated with a clonal Epstein-Barr virus genome. Case report and review of the literature. *Am J Clin Pathol* [Internet]. 2003;120:56-61.
5. Nonaka D, Birbe R, Rosai J. So-called inflammatory myofibroblastic tumour: a proliferative lesion of fibroblastic reticulum cells? *Histopathology* [Internet]. 2005;46:604-13.
6. Tublin ME, Moser AJ, Marsh JW, Gamblin TC. Biliary inflammatory pseudotumor: imaging features in seven patients. *Am J Roentgenol* [Internet]. 2007;188:44-8.
7. Kurihara T, Yasuda I, Isayama H, *et al*. Diagnostic and therapeutic single-operator cholangiopancreatography in biliopancreatic diseases: Prospective multicenter study in Japan. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2016;22:1891-901.