

Adenoma de la vía biliar extrahepática

Sr. Director:

Las neoplasias biliares extrahepáticas benignas son una entidad rara, con una incidencia menor del 0,1%¹.

Estas neoplasias benignas tienen riesgo de transformación maligna, y la exéresis local de la lesión se asocia con un elevado porcentaje de recurrencias.

Presentamos un caso tratado en nuestro servicio en el que se diagnosticó una neoplasia benigna de la vía biliar como causa de la ictericia obstructiva.

Se trataba de un paciente de 69 años, que acudió a urgencias por un cuadro de dolor abdominal difuso, acompañado de ictericia y coluria de 3 días de evolución.

En la exploración física presentaba ictericia de piel y mucosas, abdomen blando y depresible con hepatomegalia de dos traveses discretamente dolorosa, sin signos de irritación peritoneal.

En el estudio analítico presentaba un patrón colestásico típico, con elevación de las transaminasas y la fosfatasa alcalina, con una bilirrubina total aumentada (11,9 mg/dl) a expensas de la bilirrubina directa (9,7 mg/dl).

La ecografía abdominal evidenció dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con una masa en el hilio hepático. La TC abdominal no corroboró los hallazgos de la ecografía.

En la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se objetivó, por encima de la implantación delístico, una imagen de repleción de unos 11 mm de longitud que ocupaba el 75% de la luz, produciendo una ligera dilatación de la vía proximal (fig. 1).

El paciente fue intervenido de forma electiva, realizándose resección en bloque de la vesícula y la vía biliar hasta la confluencia, englobando la tumoración y adenopatías periportales. Se reconstruyó mediante hepaticoyeyunostomía en "Y" de Roux y enteroenterostomía (laterolateral). En el postoperatorio inmediato presentó una pequeña fístula biliar que se cerró con medidas conservadoras.

El estudio anatomopatológico de la pieza describió una tumoración bien definida, de superficie lisa, de aproximadamente 0,8 cm, unida a la pared del conducto en dos tercios de la misma y con una formación quística en su interior, siendo diagnosticada de adenoma, con ausencia de infiltración ganglionar.

Las neoplasias biliares extrahepáticas benignas son poco frecuentes. En 1932, Marshall describió 4 casos de tumores benignos en 20.000 operaciones consecutivas de la vía biliar². Burhans y Myers describieron 4 casos de tumores benignos de la vía biliar extrahepática en 4.000 intervenciones³. La incidencia de neoplasias benignas extrahepáticas es menor del 0,1%, y suponen un 6% de todos los tumores de la vía biliar extrahepática¹.

Aproximadamente, el 75% de estas lesiones son adenomas^{4,5}. La localización más frecuente es en el conducto hepático común⁶, aunque un 25% se localizan en la región hiliar. Generalmente, son pequeños, midiendo entre 1 y 3 cm de diámetro. Pueden ser únicos o múltiples.

El síntoma de presentación más frecuente es la ictericia, en



Fig. 1. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

más del 90% de los pacientes⁷, y en el 40% de los casos aparece de forma intermitente. Otro síntoma asociado a la ictericia es el dolor abdominal, localizado en el cuadrante superior derecho. Se han descrito casos en los que la forma de presentación fue una pancreatitis recidivante^{8,9}, o asociado a una fístula duodenocolédociana¹⁰. Tienen una rara asociación a litiasis (10%).

En las pruebas analíticas, aparece un patrón de colestasis extrahepática. La ecografía, la TC y la CPRE objetivan la existencia de la tumoración, detallando su localización y la probable extensión locorregional, ayudando a valorar la reseccabilidad de la lesión. La CRM obtiene resultados similares con menos morbilidad.

La exéresis local de la lesión es un tratamiento inadecuado, debido a que aproximadamente el 25% de las lesiones recurren⁶. Hoy día, el tratamiento quirúrgico de elección es la extirpación de la vía biliar con márgenes negativos y reconstrucción bilioentérica. Se valora la lobectomía si la lesión asienta en los conductos hepáticos.

O. Lozano, J. Martín, F. Hernández, I. Lasa,
A. Martín, P. Hernández, B. Costero*,
R. Marcos, F. Nogueras y J. Granell

Servicios de Cirugía General y *Aparato Digestivo.
Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Bibliografía

1. Davies W, Chow M, Nagorney D. Extrahepatic biliary cystadenomas and cystadenocarcinoma. *Ann Surg* 1995; 222: 619-625.
2. Marshall JM. Tumors of the bile ducts. *Surg Gynecol Obstet* 1931; 54: 6-14.
3. Burhans R, Myers R. Benign neoplasms of the extrahepatic biliary ducts. *Am Surg* 1971; 37: 161-166.
4. Dowdy GS, Olin WG, Shelton EL, Waldron GW. Benign tumors of the extrahepatic ducts. *Arch Surg* 1962; 85: 503-513.
5. Chu PT. Benign neoplasms of the extrahepatic biliary ducts. *Arch Pathol* 1950; 50: 84-97.
6. Burhans R, Myers RT. Benign neoplasms of the extrahepatic biliary ducts. *Ann Surg* 1971; 37: 161-166.
7. McIntyre JA, Pay-Zen C. Adenoma of the common bile duct causing obstructive jaundice. *Can J Surg* 1968; 11: 215-218.
8. Wright RB. Relapsing pancreatitis: report of a case with unusual features. *Br J Surg* 1958; 45: 394-395.
9. Futami H, Furuta T. Adenoma of the common human bile duct in Gardner's syndrome may cause relapsing acute pancreatitis. *J Gastroenterol* 1997; 32: 558-561.
10. Marcote E, Torner A, Planells M, Romero M, Canales M, Roca MJ. Fístula duodenocolédociana de origen ulceroso asociada a un adenoma de colédoco. *Cir Esp* 1995; 58: 65-67.