

7. Masclans JR, Pérez A, Planas M. A pancreatic abscess caused by *Salmonella enteritidis*. Rev Esp Enferm Dig. 1994;86:780-1.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albertopueyo@gmail.com
(A. Pueyo Rabanal).

Alberto Pueyo Rabanal*, Luis Giménez Alvira,
José Luis Lucena de la Poza, Juan González González y
Antonio Colás Vicente

Servicio de Cirugía General, Hospital Puerta de Hierro, Madrid,
España

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.004

Hepatitis segmentaria por adenoma ductal intrahepático

Intrahepatic bile duct adenoma-induced segmentary hepatolithiasis

Las litiasis intrahepática (LIH) se caracteriza por la presencia de cálculos en sentido proximal al confluente biliar superior o sus ramificaciones intraparenquimatosas. Es una enfermedad prevalente en Asia, vinculada a infecciones parasitarias: *Ascaris lumbricoides*, *Clonorchis sinensis*. Su incidencia en occidente es baja¹ y en Sudamérica, se observa una incidencia entre el 0,5 y el 2%^{2,3}, pero sólo un 5-7% se relaciona con litiasis extrahepática⁴. Las formas únicas son raras⁴ y consecuencia de la obstrucción de la vía biliar intrahepática, por estenosis congénita, postraumática o inflamatoria, con dilatación segmentaria que favorece la formación de litiasis proximal a la estructura.

Se presenta el caso de una mujer de 25 años, que consulta por cólicos hepáticos reiterados, sin evidencia clínica de obstrucción de la vía biliar principal ni síndrome infeccioso. El examen físico es normal, sin ictericia y buen estado nutricional. La analítica de sangre y enzimograma hepático fueron normales. La ecografía evidenció el hígado de forma, tamaño y densidad habituales, con el conducto biliar de los segmentos VI y VII dilatado y ocupado por múltiples litiasis. El conducto hepático izquierdo y el colédoco eran normales y la vesícula, de paredes finas con una litiasis de 25 mm. Estos hallazgos fueron confirmados por tomografía computarizada (TC) y colangiorresonancia magnética (fig. 1A y B).



Figura 1 – A: colangiorresonancia magnética. Se observa la dilatación única y sectorial en el lóbulo derecho del hígado. B: tomografía computarizada.

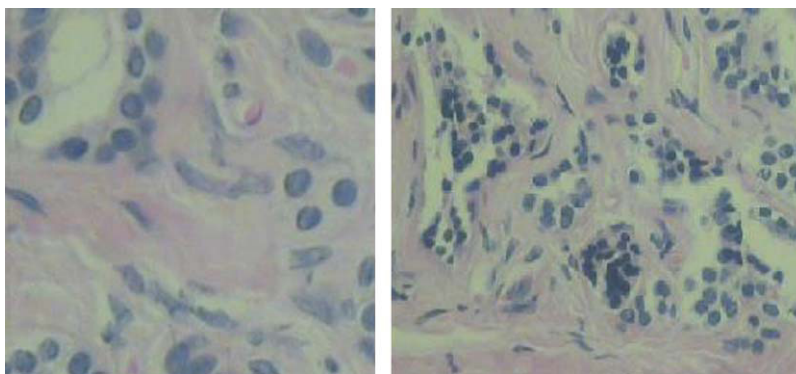


Figura 2 – Corte histológico del adenoma ductal intrahepático con un patrón celular de pequeños ductos, sin bilis, bien formados e incluidos en una estroma de tejido fibroso con células inflamatorias crónicas, rodeado de parénquima normal, sin invasión vascular ni linfática.

Se interviene por laparotomía; con guía ecográfica intraoperatoria se localiza el área dilatada y una pequeña zona indurada (< 1 cm) estenosante del conducto biliar. Se realiza la bisegmentectomía del VI y el VII y colecistectomía; lo cual insumió un tiempo quirúrgico de 265 min y tres volúmenes de glóbulos rojos de autotransfusión. Al quinto se detecta ictericia y la ecografía abdominal muestra una colección líquida perihepática. Se explora por vía laparoscópica y se encuentra: hemoperitoneo y coleperitoneo, que se procede a su aspiración y lavado. Ya asintomática, se le da el alta hospitalaria al décimo día. El examen patológico del espécimen evidenció la arquitectura hepática conservada, un sector de conductos dilatados con LIH y una estenosis por un adenoma ductal intrahepático (fig. 2).

La LIH fue descrita por Morgagni en 1765, y señalada en dos revisiones que totalizaron 200 casos por Courvoisier (1890) y Beer (1905). Carece de sintomatología clínica propia y suele diagnosticarse por sus complicaciones o incluso ser un hallazgo incidental en estudios de imagen de pacientes asintomáticos⁵. Es una entidad grave con una morbilidad del 20-30% y una mortalidad del 1-10%⁶. Sin embargo, en la práctica el problema es poder establecer la naturaleza de la estenosis biliar subyacente, sobre todo cuando es única, segmentaria y sin contexto clínico orientador. Considerando que algunos autores asocian la LIH con colangiocarcinoma hasta en un 60% de los casos⁶ y aunque no hay consenso al respecto¹, la ausencia de etiología de la estenosis impone la exéresis de los segmentos afectados con criterio diagnóstico y terapéutico.

La estenosis biliar por tumores benignos es excepcional y hay escasas comunicaciones en la literatura internacional^{5,6}. La proliferación ductal responde frecuentemente a una injuria hepática colestásica por virus, drogas que inducen hepatitis, alcoholismo y cirrosis⁵. Asimismo, el adenoma ductal intrahepático es un tumor raro, benigno, conocido también como colangioma o colangiadenoma^{5,7}. Son tumo-

res pequeños, de 1 a 20 mm, bien delimitados, habitualmente únicos⁸, de patrón histopatológico benigno, cuyo estudio de inmunohistoquímica muestra un inmunofenotipo similar a los ductos biliares intralobulares⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verone G, Ercolani G, Grazi G, et al. Surgical therapy for hepatolithiasis: a western experience. *J Am Coll Surg*. 2006;202:306-12.
2. Guma C, Viola C, Apestegui M, Thome U, Tani D, Kido N, et al. Hepatolithiasis y enfermedad de Caroli en Argentina: resultados de un estudio multicéntrico. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 1999;29:9-15.
3. Yarmuch J, Csendes A, Diaz JC, Burdiles P. Results of surgical treatment in patients with wester intrahepatic lithiasis: a Western experience. *Surg Today*. 2000;30:319-22.
4. Frank G, Frank M. Intrahepatic calculi. *Ann Surg*. 1961;153:729-44.
5. Allaire G, Rabin L, Ishak K, Sesterhenn I. Bile ductal adenoma. A study 152 cases. *Am J Surg Pathol*. 1988;12:708-15.
6. Takada T, Uchiyama K, Yasuda H, Hasegawa H. Indications for the choledoschoscopic removal of intrahepatic stones based on three biliary anatomy. *Am J Surgery*. 1996;171:558-61.
7. Choc C, Rullis I, Rogers LS. Bile duct adenomas as liver nodules. *Arch Surg*. 1978;113:272-4.
8. Masuko K, Rubin E, Popper H. Proliferation of bilis duct in cirrosis. *Arch Pathol*. 1955;59:162-72.

Patricia López Penza*, Nikolas Franco, Mauricio Pontillo, Mariella Rondan y Luis Ruso

Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lorenza@adinet.com.uy (P. López Penza).