



Neoplasia papilar intraductal de la vía biliar: un reto diagnóstico para un correcto tratamiento

Intraductal papillary neoplasm of the bile duct: A diagnostic challenge for optimal treatment

La neoplasia papilar intraductal de la vía biliar (NPVB) es una entidad infrecuente caracterizada por el crecimiento exofítico papilar del epitelio biliar hacia la luz ductal. Previamente incluida en el grupo de tumores del mismo nombre de localización pancreática, presenta diferencias evidentes con ellos y desde 2010 se considera una entidad propia con demostrado potencial de malignización hacia colangiocarcinoma^{1,2}.

Presentamos el caso de un paciente afecto de NPVB intervenido en nuestro centro.

Se trata de un varón de 59 años, sin antecedentes patológicos y asintomático, a quien en una ecografía rutinaria se le detecta una lesión quística de 5 × 5 cm en el lóbulo hepático izquierdo, con dilatación de la vía biliar (VB) intrahepática izquierda, siendo la extrahepática normal. Se realizaron una tomografía computarizada y una colangiorensonancia magnética, que evidenciaron en el segmento IV una lesión quística polilobulada, con finos tabiques en su interior, sin identificar zonas sólidas ni con realce. Generaba com-

presión de la rama portal izquierda y dilatación de los conductos biliares de los segmentos II-III, que llegaban a contactar con la lesión (fig. 1). La ecoendoscopia confirmó los hallazgos descritos, así como el calibre normal de la VB extrahepática (fig. 2). La analítica mostró función hepática y marcadores tumorales normales.

Con el diagnóstico de sospecha de neoplasia mucinosa quística hepática, se indicó tratamiento quirúrgico. Mediante abordaje laparoscópico se realizó una ecografía intraoperatoria que localizó la lesión en el segmento IV, en íntimo contacto con la vena porta izquierda y la vena hepática media, y se confirmó la dilatación de la VB de los segmentos II-III. Se realizó una hepatectomía izquierda reglada laparoscópica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta al cuarto día. El estudio histopatológico reveló la presencia de ductos con dilataciones quísticas que contenían mucina, revestidas por epitelio cilíndrico, con focos de formación de proyecciones papilares, sin invasión del estroma, todo ello compatible con NPVB de tipo pancreatobiliar, con displasia de

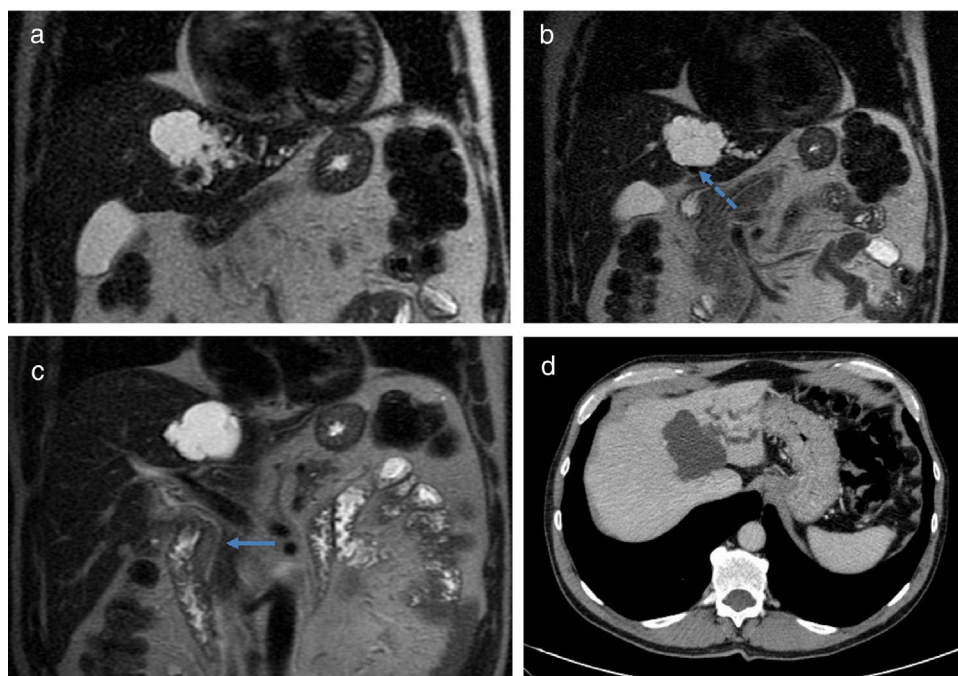


Figura 1 – a) Imagen de colangio-resonancia magnética que muestra la lesión quística y la dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda; b) imagen de colangio-RM que muestra la relación de la lesión con la rama portal izquierda, desplazándola (flecha discontinua); c) imagen de colangio-RM que muestra un calibre normal de la vía biliar extrahepática (flecha continua); d) imagen de tomografía computarizada que muestra la lesión en el segmento IV y la dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda.



Figura 2 – Imagen de la sonoendoscopia que muestra un calibre normal de la vía biliar principal (flecha continua) y una dilatación de la vía biliar izquierda con lesiones quísticas intrahepáticas (flecha discontinua).

bajo grado y bordes de resección libres. Tras un seguimiento de 40 meses el paciente no presenta recidiva.

La NPIVB es una dolencia muy infrecuente en nuestro medio. Suele presentarse en varones de edad media orientales, siendo la hepatolitiasis y la clonorquiasis factores de riesgo³. Tiende a ser multifocal y puede presentarse en cualquier punto de la VB extra o intrahepática, siendo en estos últimos, más frecuentes en el lóbulo hepático izquierdo^{4,5}, como nuestro caso. Aunque hasta el 30% de los pacientes permanecen asintomáticos, lo habitual es la presentación en forma de dolor, ictericia obstructiva o colangitis⁴.

El diagnóstico preoperatorio resulta difícil, precisando la combinación de varias pruebas de imagen y debiendo realizar el diagnóstico diferencial con lesiones quísticas hepáticas. El aspecto radiológico evidente por ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética es la dilatación de la VB (con 3 posibles patrones: ectasia ductal difusa, dilatación segmentaria o dilatación quística), asociada o no a masas intraductales^{3,6}. En nuestro caso, la naturaleza quística tabicada, compresiva, sin aparente comunicación con la VB, nos llevó al diagnóstico de presunción erróneo de neoplasia mucinosa quística hepática⁶. La colangiografía retrógrada endoscópica puede ser útil para confirmar la dilatación de la VB y los defectos de repleción, pero solo en un tercio de los pacientes se evidencia además mucobilia⁵. También se han empleado la ultrasonografía intraductal y la colangioscopia (transhepática o peroral) con toma de biopsia, aunque estas son solo rentables para el diagnóstico de malignidad en el 50% de los casos, debido a la multicentricidad⁷.

Desde el punto de vista histopatológico, a pesar de ser más heterogéneos, se clasifican en 4 subtipos al igual que las neoplasias papilares intraductales pancreáticas

(pancreatobiliar, intestinal, gástrica y oncocítica), siendo el tipo pancreatobiliar el más frecuente en la NPIVB, que suele expresar mucin core proteins-1 -MUC-1- y asocia un peor pronóstico que el resto de los subtipos^{2,4,5,8}.

Atendiendo al grado de displasia y profundidad de la invasión, las NPIVB se clasifican en 4 estadios: 1) NPIVB con displasia leve-moderada; 2) NPIVB con displasia de alto grado; 3) colangiocarcinoma intraductal estadio T1 de la American Joint Committee on Cancer, y 4) colangiocarcinoma intraductal estadio $\geq$ T2 de la American Joint Committee on Cancer^{3,9}. Hasta en un 40-80% de los casos existirán focos de carcinoma invasivo o de adenocarcinoma mucinoso o tubular, cifra significativamente mayor que en neoplasias papilares intraductales pancreáticas^{4,8}.

Es por este potencial de malignización por lo que se indica tratamiento quirúrgico siempre que se descarte enfermedad a distancia, recomendándose la realización de hepatectomía mayor con o sin linfadenectomía, asociada o no a resección de la VB⁷. Es importante comprobar el margen de resección biliar, pues estos tumores parecen tener un patrón de diseminación superficial, responsable de una tasa de recurrencia principalmente locorregional, que según las series alcanza el 47-60% a los 5 años en casos de degeneración maligna^{3,7}. A pesar de todo, el pronóstico de estas lesiones parece ser mejor que en colangiocarcinomas convencionales, con supervivencias cercanas al 69% a los 5 años de la cirugía^{3,4,7,10}.

En conclusión, a pesar de la infrecuencia de presentación de las NPIVB en nuestro medio y la dificultad de su diagnóstico preoperatorio, esta entidad con alto potencial de malignización debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas hepáticas. Con tratamiento quirúrgico radical y márgenes de resección libres, el pronóstico de estos pacientes con lesiones localizadas es aceptable.

BIBLIOGRAFÍA

- Albores-Saavedra J, Kloppel G, Adsay NV, Sripa B, Crawford JM, Tsui WMS, et al. Carcinoma of the gallbladder and extrahepatic bile duct. En: Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND, editores. WHO classification of tumors of the digestive system Lyon: IARC Press; 2010. p. 266-73.
- Nakanuma Y, Kakuda Y, Uesaka K, Miyata T, Yamamoto Y, Fukumura Y, et al. Characterization of intraductal papillary neoplasm of bile duct with respect to histopathologic similarities to pancreatic intraductal papillary mucinous neoplasm. *Hum Pathol.* 2016;51:103-13.
- Wan XS, Xu YY, Qian JY, Yang XB, Wang AQ, He L, et al. Intraductal papillary neoplasm of the bile duct. *World J Gastroenterol.* 2013;19:8595-604.
- Rocha FG, Lee H, Katabi N, DeMatteo RP, Fong Y, D'Angelica MI, et al. Intraductal papillary neoplasm of the bile duct: A biliary equivalent to intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas? *Hepatology.* 2012;56:1352-60.
- Ohtsuka M, Shimizu H, Kato A, Yoshitomi H, Furukawa K, Tsuyuguchi T, et al. Intraductal papillary neoplasms of the bile duct. *Int J Hepatol.* 2014;2014:459091.
- Egri C, Yap WW, Scudamore CH, Webber D, Harris A. Intraductal papillary neoplasm of the bile duct: Multimodality imaging appearances and pathological correlation. *Can Assoc Radiol J.* 2017;68:77-83.
- Kim WJ, Hwang S, Lee YJ, Kim KH, Park KM, Ahn CS, et al. Clinicopathological features and long-term outcomes of intraductal papillary neoplasms of the intrahepatic bile duct. *J Gastrointest Surg.* 2016;20:1368-75.
- Kloek JJ, van der Gaag NA, Erdogan D, Rauws EA, Busch OR, Gouma DJ, et al. A comparative study of intraductal papillary neoplasia of the biliary tract and pancreas. *Hum Pathol.* 2011;42:824-32.
- Hwang S, Lee YJ, Song GW, Park KM, Kim KH, Ahn CS, et al. Prognostic impact of tumor growth type on 7th AJCC staging system for intrahepatic cholangiocarcinoma: A single-center experience of 659 cases. *J Gastrointest Surg.* 2015;19:1291-304.
- Luvira V, Pugkhem A, Bhudhisawasdi V, Pairojkul C, Sathitkarnmanee E, Luvira V, et al. Long-term outcome of surgical resection for intraductal papillary neoplasm of the bile duct. *J Gastroenterol Hepatol.* 2017;32:527-33.

Sofía de la Serna*, Elia Pérez-Aguirre, Luis Ignacio Díez-Valladares, Alejandra García-Botella y Antonio José Torres García

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sdlserna@me.com (S. de la Serna).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.12.002>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Rotura de un pseudoaneurisma anastomótico de la arteria femoral común tras el diagnóstico erróneo de hernia inguinal

Ruptured Anastomotic Pseudoaneurysm of the Common Femoral Artery After Wrongful Diagnosis of Inguinal Hernia

Los pseudoaneurismas arteriales femorales son una complicación en aumento en los últimos años; pueden ser causados por cateterismos periféricos o aparecer en el lugar de la anastomosis de un *bypass* (con vena o prótesis)^{1,2}. Los pseudoaneurismas anastomóticos (PAA) complican las anastomosis arteriales de un 1,4 a un 4% según las últimas series, y muestran un intervalo de presentación medio de 6 años, menor si se asocia a sobreinfección (la presencia de colonización bacteriana en los PAA es del 80%)^{3,4}. Los PAA se presentan como una dilatación de la pared arterial adyacente a la anastomosis, y su manifestación más común es una masa dolorosa e hiperpulsátil inguinal², por lo que ha de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de toda tumoración inguinal; los PAA trombosados sobreinfectados pueden presentarse como masa no pulsátil con eritema circundante imitando una hernia

estrangulada⁵. El riesgo vital es la rotura de PAA con *shock* hemorrágico, siendo así una urgencia quirúrgica que hace su diagnóstico precoz de suma importancia⁶.

Presentamos el caso de un varón de 76 años, diabético insulín dependiente, hipertenso, obeso, con índice de masa corporal de 37,5; cardiopatía isquémica revascularizada con triple *bypass* coronario y fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom®. Como antecedentes quirúrgicos de interés destacan endarterectomía carotídea izquierda y reparación de aneurisma de aorta abdominal no complicado mediante *bypass* aorto-bi-ilíaco más *bypass* iliofemoral derecho con prótesis de Dacron® junto con endarterectomía femoral derecha hace 12 años. El paciente acudió a consulta externa de cirugía general por tumoración inguinal derecha sintomática que aumenta con maniobras

