

Pólipos de la vía biliar: ¿es posible su diagnóstico preoperatorio?

J.M. Uribe^a, M. Antón^a, J. Martín^b, J. Escudero^a, N. Ventosa^a, L. Rábago^a, N. Herrera^a, E. Poves^b, J. Vázquez^a y J.L. Martínez Veiga^a

^aServicio de Cirugía. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. ^bServicio de Cirugía General y Sección de Aparato Digestivo. Hospital Príncipe de Asturias Alcalá de Henares Madrid.

RESUMEN

Los pólipos de la vía biliar son una causa muy infrecuente de ictericia obstructiva. Presentamos nuestra experiencia de 3 enfermos diagnosticados en los últimos 10 años. La forma de inicio más frecuente es la ictericia obstructiva asociada a cuadros de dolor abdominal, que simulan patología biliar litiasica. El diagnóstico suele ser quirúrgico, si bien en algunos casos la ecografía y la CPRE pueden permitir un diagnóstico preoperatorio. Los signos radiológicos que sugieren la existencia de un pólipo biliar en la CPRE serían la presencia de defectos de repleción, fijos unilateralmente a la pared del árbol biliar, sin menisco y sin estenosis circunferencial del conducto afectado. Los pólipos más frecuentemente descritos son fibroinflamatorios, con origen irritativo asociados a coledocitis, y mucho más raramente adenomatosos.

BILE DUCT POLYPS: IS PREOPERATIVE DIAGNOSIS POSSIBLE?

Bile duct polyps are a very uncommon cause of obstructive jaundice. We present our experience of three patients diagnosed in the last 10 years. Initial presentation usually takes the form of obstructive jaundice associated with abdominal pain, which simulates biliary lithiasis. The diagnosis is usually surgical. Although in some cases radiological studies and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) may sometimes detect bile duct polyps, exact diagnosis before surgery is very unusual. The radiological signs that suggest the existence of a bile duct polyp in the ERCP seem to be the presence of repletion defects, fixed unilaterally to the biliary conduit, without meniscus and without circumferential stenosis of the affected conduit. The most frequently found polyps are fibroinflammatory, and less frequently adenomatous.

(*Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 66-69)

Correspondencia: Dr. J.M. Uribe.
Luis de Góngora, 40. 19171 Cabanillas del Campo. Guadalajara.
Correo electrónico: mantonn@medynet.com

Recibido el 22-5-2000; aceptado para su publicación el 5-9-2000.

Las tumoraciones benignas de la vía biliar representan un apartado poco frecuente dentro de la patología del sistema biliar, con muy pocos casos recogidos en la literatura. Constituyen un hallazgo de exploraciones radiológicas o quirúrgicas y su diagnóstico difícilmente se establece preoperatoriamente. Presentamos los únicos 3 casos diagnosticados en nuestros hospitales en los últimos 10 años, revisando la literatura al respecto.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Caso 1

Mujer de 62 años, sin antecedentes personales de interés, enviada al servicio de cirugía por episodios de dolor abdominal de 9 años de evolución, diagnosticados de cólicos biliares. Los estudios analíticos fueron normales. La ultrasonografía abdominal mostró coledocitis y presencia de una lesión exofítica en el cuello vesicular de 16 mm con ocupación de la luz del colédoco que sugería el diagnóstico de lesión neoplásica. La tomografía axial computarizada (TAC) confirmó los hallazgos anteriores y localizó la masa en el infundíbulo vesicular, sin infiltración hepática y con dilatación del colédoco. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) objetivó coledocitis y un defecto de repleción fijo de 1,5-2 cm, que obstruía completamente la luz del colédoco y sin posibilidad de extracción endoscópica al no poder superar el defecto proximalmente (fig. 1). La obstrucción parecía originarse en la desembocadura del conducto cístico con extensión al colédoco, y asociaba dilatación del hepático común y del árbol biliar intrahepático. La imagen era compatible con un síndrome de Mirizzi. Se decidió exploración quirúrgica por sospecha de neoplasia vesicular o coledocitis complicada. Durante la intervención, se evidenciaron una vesícula con signos de colecistitis, un colédoco y un cístico dilatados pero sin datos de enfermedad tumoral. Se procedió a realizar colecistectomía con exploración de la vía biliar. Mediante la apertura del conducto cístico se visualizó una formación intracística nodular, friable, sin tallo, con extensión al colédoco y que pudo extirparse con pinzas. El estudio histológico intraoperatorio no determinó la presencia de células malignas, por lo que se optó por explorar el árbol biliar mediante coledocotomía sin hallar otras lesiones y a cerrar mediante coledocorrafia sobre tubo de Kehr. A los 10 días la colangiografía trans-Kehr fue normal. El diagnóstico histológico definitivo fue de pólipo fibroinflamatorio con reacción granulomatosa de cuerpo extraño y áreas hemorrágicas; en la vesícula se detectó una colecistitis crónica con áreas displásicas moderadas.

Caso 2

Mujer de 35 años operada un año antes de un quiste hepático simple de 10 cm en el segmento IV del hígado (quistectomía parcial), que 6 meses después presenta un episodio de ictericia autolimitado. Ingresa por un segundo episodio de ictericia indolora con una masa epigástrica palpable. La ecografía y la TAC confirmaron la sospecha de recidiva del quiste hepático y mostraron una vía biliar dilatada. En los análisis destacaban datos de colestasis con una bilirrubina total de 4,9 mg/dl y serolo-

Fig. 1. Imagen de CPRE en la que se aprecia colelitiasis y un defecto de repleción fijo que obstruye completamente la luz del colédoco, afecta la desembocadura del conducto cístico y origina dilatación del conducto hepático común y del árbol biliar intrahepático. La lesión que no pudo extraerse endoscópicamente era de consistencia friable, no presentaba tallo y pudo extirparse mediante coledocotomía con pinzas durante la intervención quirúrgica. El diagnóstico final fue de pólipo fibroinflamatorio.

gía hidatídica negativa. Durante la laparotomía se drenó un quiste simple gigante adherido a la cara anterior gástrica y sin relación con la vía biliar. Las colangiografías intraoperatorias mostraron un defecto de repleción en el hepático izquierdo próximo a la confluencia (fig. 2). Mediante coledocotomía se extirpó una formación polipoide de 4 cm de longitud, con un tallo de 3 mm que lo fijaba al conducto hepático y cuya biopsia intraoperatoria resultó negativa para malignidad. El estudio histológico definitivo de la lesión fue de pólipo fibroso recubierto de epitelio biliar sin atipias. La recuperación fue completa y sin complicaciones.

Caso 3

Varón de 69 años con antecedentes de patología ulcerosa e hipertrofia prostática, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal en hipocóndrio derecho que irradia a espalda, inicialmente de tipo cólico y posteriormente continuo, que se acompaña de ictericia, coluria y acolia, sin fiebre, pérdida de peso ni otra sintomatología digestiva. En la exploración física sólo destacaba la ictericia de piel y mucosas. En los análisis bioquímicos destacaba una colestasis con bilirrubina total de 11,9 mg/dl. Los marcadores tumorales (alfafetoproteína, CEA y CA 19,9) fueron normales. La ecografía abdominal objetivó dilatación de la vía biliar con una masa hiperecogénica en su interior que podría corresponder a tumor, litiasis o barro biliar. La TAC fue normal. La CPRE mostró un defecto de repleción fijo de 11 mm, aparentemente dependiente de una de las paredes del hepático común, que ocupaba un 75% de la luz y

Fig. 2. Colangiografía intraoperatoria que muestra un defecto de repleción en el conducto hepático izquierdo próximo a la confluencia y que origina dilatación de la vía biliar intrahepática. La lesión de aspecto polipoide mostraba un tallo de 3 mm que la fijaba al conducto hepático. Mediante coledocotomía se extirpó la lesión tras la sección del tallo. El diagnóstico final fue de pólipo fibroso recubierto de epitelio biliar.

con discreta dilatación proximal. No se consiguió su extracción con Fogarty, ni su lazado con Dormia, enviándose al servicio de cirugía con el diagnóstico posible de tumor de la vía biliar. Se realizó una colecistectomía que confirmó la existencia de la formación polipoide en el colédoco, optándose por la realización de una resección segmentaria del colédoco con la formación polipoide. El diagnóstico histopatológico definitivo fue de adenoma de la vía biliar sin datos de malignidad (fig. 3). La recuperación fue completa.

DISCUSIÓN

Las lesiones tumorales benignas de la vía biliar se presentan con una escasa frecuencia, como hemos podido comprobar al repasar la literatura¹. En nuestra experiencia tan sólo hemos podido recoger 3 casos de tumoraciones benignas de la vía biliar en 10 años de funcionamiento de nuestros hospitales del Área 9 y Área 3 de la Comunidad de Madrid, con más de 700.000 habitantes. Por lo general, en la mayor parte de los casos el diagnóstico de dichas tumoraciones benignas se realiza durante la cirugía a la que son sometidos por sospecha de patología obstructiva.

Fig. 3. Pólipo adenomatoso de la vía biliar. La CPRE realizada al ingreso mostró un defecto de repleción fijo que ocupaba el 75% de la luz, aparentemente dependiente de las paredes del conducto hepático común, con dilatación proximal de la vía biliar. En este caso se optó por una resección segmentaria con hepaticoyunostomía en Y de Roux.

va litiasica o tumoral maligna. Los casos referidos tienen similitudes en cuanto a sus características clínicas y evolutivas: historia de dolor abdominal de tipo cólico de largo tiempo de evolución y asociación en la mayor parte de estos pacientes de colelitiasis. Algunos refieren episodios de ictericia que se resuelven espontáneamente, pero en la mayoría de los casos la ictericia obstructiva es progresiva, con o sin colangitis, motivo por el cual son ingresados y estudiados. Generalmente, no asocian un síndrome constitucional, a diferencia de las patologías tumorales malignas. La mayor parte de los pacientes superan los 40 años de edad, aunque se recogen casos en la literatura en la infancia y en adultos jóvenes^{2,3}. Los estudios analíticos son totalmente inespecíficos, con diferentes grados de colestasis y los marcadores tumorales como el CEA y el CA19.9 son normales o poco elevados (elevación asociada al síndrome icterico). Los resultados de las pruebas de imagen (ecografías, TAC, CPRE, CTPH) son en la mayoría de las ocasiones inespecíficos. La ecografía y la TAC permiten objetivar la ocupación de la vía biliar y la localización de la lesión, y en algunas ocasiones plantean la sospecha diagnóstica de tumoración vesicular que infiltra la vía biliar, como en el primer caso. La CPRE aporta en nuestra experiencia mayor especificidad diagnóstica, en cuanto que demuestra la presencia de un defecto de repleción único intracoledocal, permite la valoración de la permeabilidad del cístico y la morfología vesicular. La objetivación de un defecto intracoledocal único, fijo, adherido a una de las paredes del colédoco, y no movilizable con el contraste o con la introducción del Fogarty, hacen muy sospechosa la lesión de pólipo de la vía biliar. Este hecho aparece muy claro en el caso 3. En el caso 1 la localiza-

ción del defecto en la desembocadura del cístico, la dilatación del hepático común y la asociación con colelitiasis sugirió la existencia de un síndrome de Mirizzi, si bien sorprendía la ausencia de las manifestaciones clínicas habituales de este síndrome. La naturaleza benigna o maligna preoperatoria se podría haber establecido mediante cepillado o toma de biopsias intracoledocales; no obstante, en nuestro caso el diagnóstico de sospecha fue de coledocolitiasis con posible formación de síndrome de Mirizzi, por lo que no se pudo establecer ni intentar un diagnóstico histológico preoperatorio. No obstante, se ha descrito algún caso en que se pudo tomar biopsia preoperatoria mediante CPRE o dirigida a través de coledocoscopia, incluso con extirpación endoscópica^{4,6}, pero esto último sólo es posible cuando la sospecha diagnóstica en la CPRE es muy alta y la unidad dispone de los correspondientes accesorios.

Una alternativa descrita para el diagnóstico preoperatorio de estas lesiones es la toma de biopsias con colangioscopio introducido por vía transparietohepática, siempre que se haya descrito su presencia mediante ecografía o colangiografía previa sin otra posibilidad de acceso a la lesión; se recogen datos de hasta un 86% de positividad pudiendo diferenciar entre tumores malignos, estenosis benignas y lesiones polipoides benignas de las vías biliares^{1,7}. Los signos radiológicos más sugerentes de la presencia de una lesión tumoral benigna de la vía biliar en una colangiografía serían: presencia de una *masa no movilizable que crece sólo de un lado de la pared* de un conducto extrahepático o intrahepático; el crecimiento no circunferencial (a diferencia de las lesiones malignas en que sí suele ser circunferencial) y ausencia de imagen de menisco que suele ser típica de los cálculos¹. Cuando existe obstrucción completa del colédoco, no es posible distinguir una tumoración benigna de una maligna o ambas de la presencia de un cálculo, a menos que se evidencie claramente la imagen de menisco¹. Además, la *coexistencia de ictericia y un quiste hepático simple gigante* (descartado su origen parasitario) debe hacernos sospechar, o al menos nos obliga a investigar, la presencia de un pólipo en los conductos biliares, como proponen Austin et al³ que presentan 2 casos similares al caso 2. En cuanto a la etiología de estas lesiones benignas infrecuentes, se sugiere un origen inflamatorio/irritativo secundario a la existencia de colelitiasis^{6,8}.

Su importancia clínica radica en su potencial para ocasionar colangitis recurrentes, obstrucción intermitente de la vía biliar⁹ e incluso transformación maligna, en particular de los pólipos adenomatosos^{8,10}.

En cuanto al *tratamiento* de estas lesiones, se recurre habitualmente al tratamiento quirúrgico. La extracción endoscópica, aunque posible^{4,6}, resulta por lo general de extrema dificultad técnica, permitiendo a lo sumo la toma de biopsias previa a la intervención quirúrgica. En aquellos casos en que se ha podido obtener un diagnóstico anatomopatológico preoperatorio y la lesión es pediculada, se podrá intentar su extirpación a través de una coledocotomía con sección del tallo⁸. Igualmente se procederá con aquellas lesiones de las que no se ha podido obtener

un diagnóstico histológico previo pero en las que existe una alta sospecha diagnóstica tras la realización de la CPRE o la colangiografía intraoperatoria (defecto de repleción fijo, no circunferencial, sin menisco). La realización de biopsia intraoperatoria con aguja fina tiene una sensibilidad y especificidad de aproximadamente el 90% para el diagnóstico de malignidad, facilitando la toma de decisiones terapéuticas; su utilidad radica principalmente en casos de neoplasias malignas irresecables¹¹. En los casos de tumoraciones sésiles o no extirpables por coledocotomía por su extensión, se procederá a la resección de la porción de la vía biliar afectada con anastomosis terminoterminal si las condiciones lo permiten. Si la resección es muy extensa, será preferible la realización de una reconstrucción de la vía biliar mediante una hepaticoyeyunostomía o una coledocoyeyunostomía en Y de Roux⁸.

En conclusión, los pólipos de la vía biliar son una causa infrecuente de ictericia obstructiva de muy difícil diagnóstico preoperatorio. En los últimos 10 años tan sólo hemos podido recoger 3 casos, de los que sólo en dos se sospechó el diagnóstico preoperatoriamente mediante pruebas de imagen (CPRE y TAC), y en los que se obtuvo el diagnóstico final tras la intervención quirúrgica. Los signos radiológicos (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. Los pólipos más frecuentemente descritos son fibroinflamatorios, con origen irritativo asociados a colelitiasis, y más raramente adenomatosos. El tratamiento de estas lesiones dependerá de su extensión, de su ubicación dentro de la vía biliar, de su morfología y de si se ha obtenido o no un diagnóstico histológico previo a la

resección; por lo general, se recurrirá a la extirpación quirúrgica, si bien en algunos casos será posible su extirpación endoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Udoff EJ, Harrington DP, Kauffman SL, Cameron JL. Cystoadenoma of the common bile duct demonstrated by percutaneous transhepatic cholangiography. *Am J Surg* 1979; 45: 662-664.
2. Stamatakis JD, Howard ER, Williams R. Benign inflammatory tumour of the common bile duct. *Br J Surg* 1979; 66: 257-258.
3. Austin EH, Mitchell GE, Oliphant M, Killenberg P, Oddson T, Thompson WM et al. Solitary hepatic cyst and benign bile duct polyp: a heretofore unheralded association. *Surgery* 1981; 89: 359-363.
4. Van Steenberg W, Ponette E, Marchal G, Vanneste A, Geboes K, Van Rijkel JP et al. Cystadenoma of the common bile duct demonstrated by endoscopic retrograde cholangiography: an uncommon cause of extrahepatic obstruction. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 466-470.
5. Shepherd HA, Laidlow JM, Ross AP, Vincenti A, Lane RH. Extrahepatic biliary obstruction by a common bile duct inflammatory polyp in association with a gallstone, and treatment by endoscopic sphincterotomy. *Endoscopy* 1986; 18: 66-68.
6. Yokohata K, Yamaguchi K, Kimura H, Tanaka M. Hyperplastic polyp of the common bile duct. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 237-239.
7. Nimura Y, Kamiya J, Hayakawa N, Shinoya S. Cholangioscopic differentiation of biliary strictures and polyps. *Endoscopy* 1989; 21 (Supl 1): 351-356.
8. Banna P, Privitera U, Torrisi V, Saggio A. I polipi dell'epatocolodoco. *Minerva Chir* 1978; 15; 33: 109-114.
9. Lautatzis M, Shoenut JP, Scurrah J, Micflikier AB. Pseudocalculus of the common bile duct. *Can J Surg* 1988 31: 37-38.
10. Pera C, Fernández-Cruz L. Tumoraciones benignas poliposas del colédoco terminal. Su asociación con lesiones displásicas. *Rev Esp Enf Ap Dig* 1970 15; 30: 139-156.
11. Pitt HA, Dooley WC, Yeo CJ, Cameron JL. Malignancies of the biliary tree. *Curr Probl Surg* 1995; 1: 11-90.