



IMAGEN DEL MES

Estenosis biliar secundaria a quiste hidatídico fistulizado que simula tumor de Klatskin



Biliary stenosis secondary to fistulised hydatid cyst that mimics Klatskin tumour

Cristina Saldaña*, Federico Bolado, Belén González de la Higuera, Erika Borobio y Maria Angeles Casi

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Mujer de 87 años que ingresa por ictericia obstructiva indolora (bilirrubina 5,8 mg/l) con dilatación de la vía biliar intrahepática y la sospecha de Klatskin en la tomografía computarizada (TC) (fig. 1). Se describe además, lesión quística calcificada adyacente (fig. 2).

En la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se rellena quiste en hilio hepático fistulizado a vía biliar, y que



Figura 1 Imagen de la tomografía computarizada donde se visualiza dilatación de la vía biliar intrahepática de manera bilateral y área de efecto de masa asociada en hilio sugestiva de malignidad (círculo amarillo).

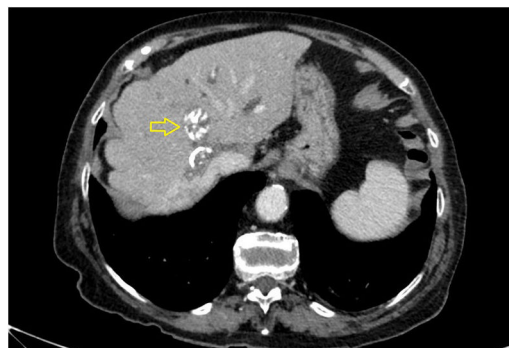


Figura 2 Imagen de la tomografía computarizada visualizando 2 lesiones calcificadas redondeadas sugestivas de quistes hidatídicos (flecha amarilla).

produce estenosis y compresión biliar secundaria (fig. 3). Dada la edad y el riesgo de nuevo llenado del quiste se decidió colocar prótesis biliar metálica no cubierta de 8 cm comprobando vaciamiento del contraste. Posterior resolución clínica y analítica.

La hidatidosis es una zoonosis causada por *Echinococcus granulosus* (con una prevalencia entre el 5-10% en el área mediterránea) asociada a perros y ganado¹⁻³, y que afecta principalmente al hígado (45-75%)¹.

Aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, se han descrito complicaciones graves como la fistulización².

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crisaldu@hotmail.com (C. Saldaña).

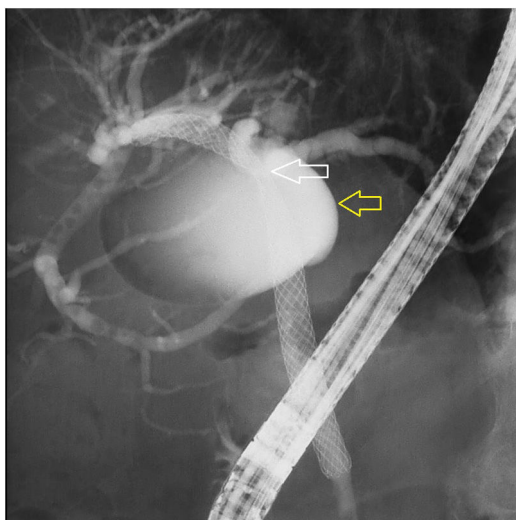


Figura 3 Imagen de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica visualizando lesión quística que se rellena de contraste (flecha amarilla) fistulizada a vía biliar que condiciona estenosis (flecha blanca), por lo que se coloca prótesis biliar metálica no cubierta de 8 cm de longitud y 1 cm de calibre comprobando drenaje.

La presencia de fístulas (2-75%) puede deberse a la comunicación del quiste con el conducto liberando hidátides al sistema biliar o por comunicación oculta entre radicales biliares (suelen permanecer asintomáticos)⁴.

Se han descrito diversos factores de fistulización como son el tamaño (> 8,8 cm), el tipo de quiste (tipo 3 o 4 de Gharbi⁵) o la localización hilar^{2,3}.

Los avances endoscópicos permiten un manejo no invasivo siendo de elección la colocación de prótesis biliares asociadas o no a dilatación con balón³.

Bibliografía

1. Ahmad BS, Afzal A, Ashraf P, Abubakar SA, Munir A. Manifestation of hydatid cyst of liver with pancreatitis, cholangitis and jaundice: A case report. *J Pak Med Assoc.* 2018;68:1097-9.
2. Akkapulu N, Aytac HO, Arer IM, Kus M, Yabanoglu H. Incidence and risk factors of biliary fistulation from a hepatic hydatid cyst in clinically asymptomatic patients. *Trop Doct.* 2018;48:20-4.
3. Stojkovic M, Junghanss T, Veaser M, Weber TF, Sauer P. Endoscopic Treatment of Biliary Stenosis in Patients with Alveolar Echinococcosis-Report of 7 Consecutive Patients with Serial ERC Approach. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016;10:e0004278.
4. Ramia JM, Figueras J, de la Plaza R, García-Parreño J. Cystobiliary communication in liver hydatidosis. *Langenbecks Arch Surg.* 2012;397:881-7.
5. Gharbi HA, Hassine W, Brauner MW, Dupuch K. Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology.* 1981;139:459-63.