

ESTENOSIS BENIGNAS DE LAS VÍAS BILIARES

FJ Pellicer
A Caunedo
R Romero

Las estenosis biliares benignas (EBB) representan un problema de difícil solución terapéutica, debido a la frecuencia de recidiva tras el tratamiento, pudiendo dar lugar, si no se soluciona adecuadamente, a colangitis de repetición y en ocasiones a cirrosis biliar secundaria. Hasta hace poco tiempo, la cirugía suponía la única opción terapéutica en este tipo de pacientes, si bien en los últimos años las técnicas percutáneas y endoscópicas han permitido la resolución de gran número de casos mediante actuaciones menos agresivas. Por ello, numerosos autores opinan que la intervención quirúrgica debe reservarse para pacientes en los que la actuación endoscópica o percutánea no es posible o no ha sido eficaz.

La localización de la estenosis resulta de importancia para el tratamiento, que es más complejo cuando se sitúa en el hilio hepático o proximal a éste. Para acceder a la estenosis por vía endoscópica habitualmente se precisa esfinterotomía previa, siendo de extraordinaria importancia el manejo correcto y el conocimiento de las propiedades físicas de las diferentes clases de guías atraumáticas. Una vez posicionada la guía, superando la estenosis, se realizará el gesto terapéutico que se considere oportuno en función de las características de la estenosis. En casos de estenosis extensas, pueden utilizarse dilatadores de calibre progresivo montados sobre la guía. Cuando la estenosis es corta, y su calibre lo permite, puede realizarse dilatación con balón neumático montado sobre guía, al que puede aplicarse un máximo de hasta 10-12 atmósferas. Como ocurre con las dilataciones percutáneas, habitualmente se precisan varias sesiones de tratamiento cada 3-6 meses. En la mayoría de los casos, después de la dilatación es preferible dejar colocada una endoprótesis. Hasta no hace mucho, las prótesis colocadas eran exclusivamente plásticas, mientras que hoy día existen ya numerosos autores que comunican muy buenos resultados a medio-largo plazo con prótesis metálicas autoexpandibles, si bien existen opiniones contradictorias. Actualmente, para superar el inconveniente de la imposibilidad de extracción de las prótesis metálicas, se está investigando por parte de la industria, el diseño de nuevas prótesis autodegradables.

Un aspecto primordial en el manejo en este tipo de lesiones es la toma de conciencia de la absoluta necesidad de emplear el mejor material, tanto fungible, como endoscópico o radiológico. Por otra parte, no debemos

empecinarnos en realizar repetidos y arriesgados intentos terapéuticos si existe la posibilidad de un tratamiento quirúrgico.

En la mayoría de las series, entre el 80% y el 90% de las EBB se deben a un trauma quirúrgico, mientras que la pancreatitis crónica es responsable del 8,5%. Otras causas, ya menos frecuentes, incluyen colangitis esclerosante primaria (CEP), fibrosis quística con afectación hepática, anillos vasculares, tuberculosis o esclerosis endoscópica de úlcera duodenal, o incluso, excepcionalmente, la existencia de mucosa gástrica ectópica en la vía biliar, como hemos podido constatar en un caso.

ESTENOSIS BILIARES POST-QUIRÚRGICAS

La mayoría de las estenosis post-quirúrgicas de la vía biliar se presentan de forma temprana después de la intervención, de forma que hasta el 70% de ellas aparecen en los primeros seis meses. La colecistectomía es la causa más frecuente de estas lesiones, habiéndose incrementado su incidencia desde la introducción de la cirugía laparoscópica, y situándose en la actualidad en torno al 0,55% de las intervenciones. Entre los factores asociados a las lesiones de la vía biliar durante la cirugía se encuentran, además de aquellos atribuibles directamente a la técnica quirúrgica (exposición inadecuada, incorrecta identificación de las estructuras anatómicas), otras circunstancias, tales como las anomalías congénitas de la vía biliar, una intensa reacción inflamatoria o la isquemia como consecuencia de excesivas disecciones.

TRATAMIENTO

El tratamiento adecuado de estas estenosis requiere en primer lugar un diagnóstico preciso con una definición suficiente de la morfología de la vía biliar mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), Resonancia Magnética de las vías biliares o colangiografía percutánea. La reparación quirúrgica es técnicamente compleja y conlleva una morbilidad relevante, así como una mortalidad no desdeñable que se sitúa entre 5-8% de los casos. Tampoco es despreciable la tasa de reaparición de estenosis. Estos factores, junto al continuo desarrollo de nuevas técnicas intervencionistas radiológicas y endoscópicas, han conducido a la progresiva introducción de diferentes alternativas de tratamiento no quirúrgico. Distintas series han evaluado la dilatación percutánea con balón de las estenosis benignas post-quirúrgicas de la vía biliar bajo control radiológico, comunicando tasas de éxito de entre el 55% y el 80%. Por su parte, el uso de dilataciones endoscópicas con o sin endoprótesis, ha mostrado buenos resultados, que distintas series sitúan entre el 55% y el 88% de los casos.

En función de estos resultados, se puede sugerir que una aproximación válida para el manejo de estas lesiones puede consistir en intentar

inicialmente una terapia endoscópica (si la localización de la estenosis lo permite) o transcutánea, recurriendo a la cirugía como tratamiento de rescate.

Mención especial merecen las estenosis biliares post-quirúrgicas que pueden ocurrir durante el trasplante hepático. Se estima que un 40% de las complicaciones biliares en el trasplante hepático incluyen estenosis de la vía biliar. Recientes estudios indican éxito terapéutico de esta complicación mediante técnicas percutáneas o endoscópicas en el 70% de los casos, evitando así la cirugía.

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA

La existencia de estenosis en la CEP se manifiesta por la aparición o empeoramiento de su ictericia, o bien por episodios de colangitis aguda. En estos casos es prioritario descartar la posibilidad de que se haya desarrollado un colangiocarcinoma, cuya incidencia en los pacientes con CEP se eleva a un 10%. Para ello es preciso realizar CPRE con cepillado de la zona y, si es posible biopsia, para lo cual puede ser útil en ocasiones el uso del coledocoscopio.

TRATAMIENTO

Si bien las series publicadas no son muy amplias, los resultados de la dilatación endoscópica o percutánea son buenos a corto plazo y parecen ser las opciones terapéuticas de elección. Además las intervenciones quirúrgicas sobre la vía biliar en estos enfermos son poco aconsejables, ya que pueden dificultar técnicamente la realización de un ulterior trasplante hepático.

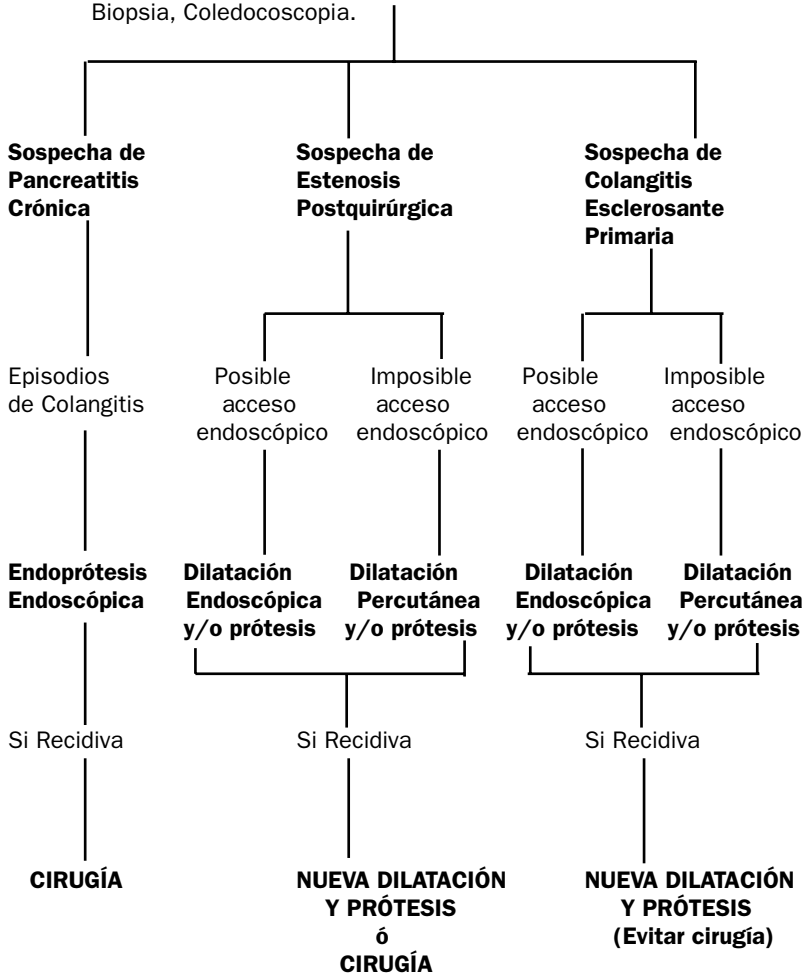
PANCREATITIS CRÓNICA

La estenosis distal del colédoco se asocia en ocasiones a pancreatitis crónica. Numerosos autores han sugerido que la colocación de prótesis plástica biliar por vía endoscópica en estos pacientes da excelentes resultados en los episodios agudos de colangitis. Sin embargo, los resultados son menos satisfactorios a largo plazo. Actualmente, en función de los datos disponibles se puede optar en estos casos por un intento terapéutico con drenaje endoscópico antes de proceder a la intervención quirúrgica definitiva.

RESUMEN

- **1. DESCARTAR CLÍNICA** (Cirugía biliar, colangitis repetida, sd. diarréico, Diabetes, Sd. Constitucional
- BIOQUÍMICA. HEMOGRAMA. ECOGRAFÍA, COLANGIO-RNM, ECOENDOSCOPIA Y TAC ABDOMINAL
- **2. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y TRATAMIENTO**

-Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE): Cepillado Biopsia, Coledoscopia.



BIBLIOGRAFÍA

- Choudari CP, Fogel E, Gottlieb K, et al. Therapeutic biliary endoscopy. *Endoscopy* 1998; 30:163-173
- De Masi E, Fiori E, Lamazza A, et al. Endoscopy in the treatment of benign biliary strictures. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1998;30:91-5
- Dumonceau JM, Deviere J, Delhaye M, et al. Plastic and metal stents for postoperative benign bile duct strictures: the best and the worst. *Gastrointest Endosc* 1998;47:8-17
- García Vila JH, Ambit S, Gil S. Metallic stents in recurrent benign biliary stricture. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:381-2
- Gibbons JC, Williams SJ. Progress in the endoscopic management of benign biliary strictures. *J Gastroenterol Hepatol* 1998;13:116-24
- Lillemoen KD. Benign post-operative bile duct strictures. *Benign Clin Gastroenterol* 1997;11:749-79.
- Liverani A, Correnti SF, Paganelli MT, et al. Benign biliary stricture. Personal experience and technical notes. *Minerva Chirg* 1999;54:117-22
- Lu SC. Disease of the biliary tree. En: Yamada T, ed. *Textbook of Gastroenterology*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1999:2281-2325
- Smits ME, Rauws EA, Van Gulik TM, et al. Long term results of endoscopic stenting and surgical drainage for biliary stricture due to chronic pancreatitis. *Br J Surg* 1996;83:764-768
- Villanueva C, Roca M. Tratamiento endoscópico de las estenosis benignas de las vías biliares. En: Balanzó J, ed. *LXXXI Curso de la Escuela de Patología Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Barcelona: Prous Science, 1998;74-80