



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA  
SISTEMA NACIONAL DE REDSIDENCIA MÉDICA



## **“ESTENOSIS DE LA VIA BILIAR”**

**INCIDENCIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN  
ENERO A DICIEMBRE DEL 2007  
I.G.B.J. – COCHABAMBA  
TRABAJO DE GRADO**



**AUTOR: DR. YVAN PATIÑO SANCHEZ  
RESIDENTE R - III  
ESPECIALIDAD: GASTROENTEROLOGIA  
TUTOR: DR. DANIEL GUERRA HERBAS**

**MARZO DE 2008  
COCHABAMBA - BOLIVIA**

## INDICE DE MATERIAS

1. Índice de materias.....	Pág. 1.
2. Introducción.....	Pág. 2.
2.1. Estenosis de la vía biliar.....	Pág. 2.
2.1.1. Estenosis benigna de la vía biliar (EBVB).....	Pág. 2.
2.1.2. Estenosis maligna de la vía biliar (EMVB).....	Pág. 8
3. Planteamiento del problema.....	Pág. 25
4. Justificación.....	Pág. 25
5. Objetivos.....	Pág. 25
5.1 Objetivo general.....	Pág. 25
5.2 Objetivos específicos.....	Pág. 26
6. Diseño metodológico.....	Pág. 26
7. Variables.....	Pág. 27
8. Resultados.....	Pág. 29
9. Conclusiones.....	Pág. 29
10. Recomendaciones.....	Pág. 38
11. Bibliografía.....	Pág. 38
12. Anexos.....	Pág. 40

# ESTENOSIS DE LA VIA BILIAR

## 1. INTRODUCCION:

La **estenosis de la biliar (EVB)** Es el estrechamiento anormal de la vía biliar, el conducto que lleva la bilis (un químico utilizado en la digestión) desde el hígado hasta el intestino delgado. Siendo las principales causas clasificadas en dos grupos principales: estenosis benigna (EBVB) y maligna de vía biliar (EMVB).

## ESTENOSIS BENIGNAS DE LA VIA BILIAR

La **estenosis benigna de la vía biliar (EBVB)** implica una disminución de la luz biliar de mayor o menor calibre, de longitud y morfología variables, única o múltiple, que puede afectar a cualquier segmento de la vía biliar (VB), y que provoca una obstrucción al flujo de la bilis al duodeno.

Su **etiología** es múltiple (Ver tabla). La heterogeneidad de sus causas y la variabilidad de las características de las estenosis determinan pautas de tratamiento diferentes.

**Tabla 42-1 Causas de estenosis benignas de la vía biliar**

Cirugía
• Colectomía abierta, colecistectomía laparoscópica, trasplante hepático, anastomosis biliodigestivas, cirugía de hidatosis hepática, resecciones hepáticas
Compresiones extrínsecas
• Pancreatitis crónica, fibrosis retroperitoneal, adenopatías, sarcoidosis, quistes hepáticos
Colangitis esclerosante
• Primaria
• Secundaria: a sustancias químicas (infusión de 5-fluorouracilo por arteria hepática), a isquemia
Infecciosas/inflamatorias
• Sida (criptosporidiasis, citomegalovirus)
• Colangitis purulenta, colangitis recurrente
• Infecciones pericoledocales (abscesos subhepáticos)
• Coledocolitiasis
Estenosis papilar
Congénitas
• Asociadas a quiste coledococal o anomalía de la unión biliopancreática
Parasitarias
• <i>Ascaris</i> , <i>Fasciola</i> , <i>Clonorchis sinensis</i> , <i>Opisthorchis viverrini</i>
Traumatismos hepáticos
Otras
• Neoplasias hepáticas benignas, anillos vasculares, hígado poliquistico, radioterapia

Las **manifestaciones clínicas** de una EBVB suelen ser dolor en hemiabdomen superior, ictericia o colangitis, asociándose en algunos casos prurito. Siempre existe un aumento persistente de las enzimas hepáticas de colestasis, pero, a veces, la progresión de la enfermedad es insidiosa y subclínica, y es el hallazgo de las alteraciones analíticas el motivo de consulta, pudiendo existir en el momento del diagnóstico una cirrosis biliar secundaria ya establecida.

El cuadro clínico induce a sospechar la presencia de una ictericia obstructiva, pero el diagnóstico de que la causa es una estenosis sólo se puede sugerir

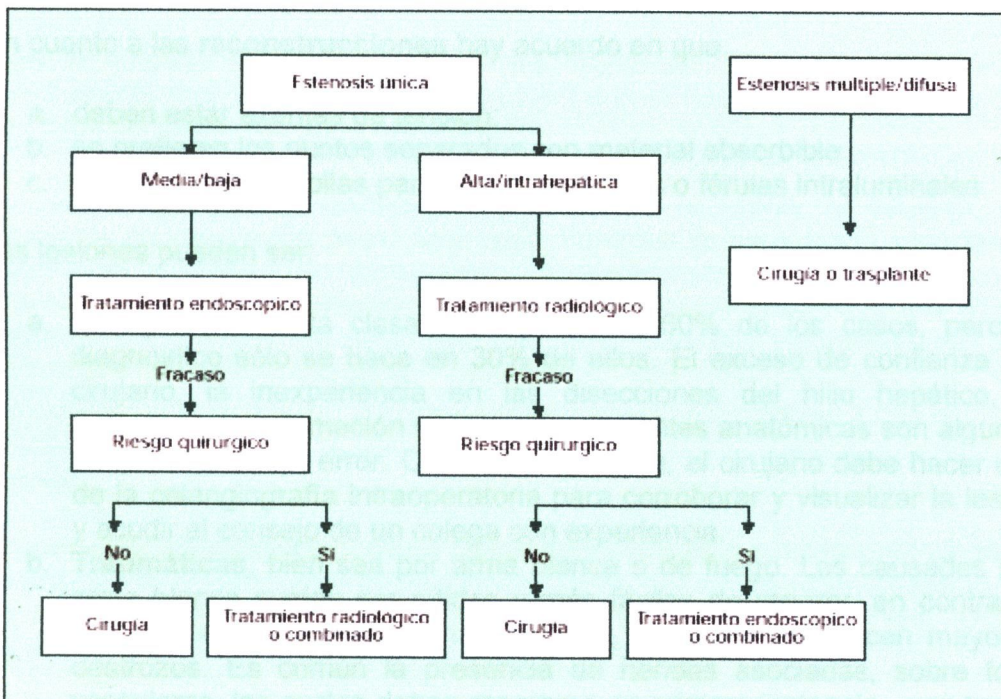
cuando concurren ciertas circunstancias: el antecedente reciente de cirugía biliar o cuando la colestasis aparece en el contexto de ciertas entidades, como la enfermedad inflamatoria intestinal o el sida.

Los **métodos diagnósticos de imagen** aportan información más o menos útil, dependiendo del tipo de estenosis, especialmente de su número (única o múltiple) y de su topografía. La **ecografía percutánea** permite observar una dilatación de la VB por encima de la obstrucción, pero no es capaz de identificar la estenosis. Tiene su máxima rentabilidad diagnóstica en la evolución inmediata de una yatrogenia quirúrgica grave de la VB, en cuyo caso con frecuencia se acompaña de la presencia de líquido libre en el espacio subhepático, consecuencia del desarrollo de una fístula biliar.

El diagnóstico de estenosis múltiples que interesan los conductos intrahepáticos es muy difícil, y hasta hace poco tiempo el método de elección era la opacificación directa del árbol biliar por vía endoscópica o percutánea.

Actualmente se prefiere practicar una **colangiografía por resonancia magnética (CRNM)**, que añade a su alto rendimiento diagnóstico en las alteraciones biliares, la posibilidad de explorar el parénquima hepático y estructuras vecinas, y realizar luego exploraciones invasivas, como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) o la colangiografía transparietohepática (PTC), cuando se precise la toma de muestras de tejido para estudio citológico e histológico o por sus vertientes terapéuticas. La **resonancia magnética** ayuda a decidir cuál de estas dos técnicas es la idónea y a planificar de antemano el tratamiento más óptimo.

## Tratamiento



Conducta que se ha de seguir en el tratamiento de las estenosis benignas de la vía biliar.

Las dos opciones terapéuticas de una EBVB son su resección quirúrgica o la dilatación del segmento estenosado, seguida o no de la inserción de una prótesis, bien por vía endoscópica, bien por vía percutánea.

La elección del tratamiento suele ser difícil y debe ser siempre individualizado. Los factores que determinarán esta elección se exponen en la tabla 42-2. A ellos se añade, además, la experiencia que en el centro se tenga en cirugía biliar, radiología intervencionista y endoscopia terapéutica.

**Tabla 42-2 Factores que determinan la elección del tratamiento en las estenosis benignas de la vía biliar**

Paciente	Sin riesgo quirúrgico	Con riesgo quirúrgico (edad avanzada, cirrosis, enfermedades graves)
Tipo de estenosis	Única, extrahepática media y baja	Única, extrahepática alta o intrahepática Múltiple
Etiología		
Experiencia en cirugía biliar, radiología intervencionista y endoscopia terapéutica		

## Modalidades terapéuticas

**Técnicas quirúrgicas.** En las EBVB únicas y localizadas en la porción extrahepática, la técnica quirúrgica que ofrece mejores resultados es la resección del segmento estenosado y una anastomosis tipo coledocoyeyunostomía o hepaticoyeyunostomía en Y de Roux terminolateral. Cuando la estenosis afecta a los conductos IH., puede obligar a intervenciones más agresivas, como una segmentectomía o una lobectomía, que incrementan la morbimortalidad. En algunos casos, la única opción es el trasplante hepático.

En cuanto a las **reconstrucciones** hay acuerdo en que:

- deben estar exentas de tensión;
- se prefieren los puntos separados con material absorbible
- deben quedar amplias para evitar los tutores o férulas intraluminales.

Las lesiones pueden ser:

- iatrogénicas.** Esta clase corresponde al 60% de los casos, pero el diagnóstico sólo se hace en 30% de ellos. El exceso de confianza del cirujano, la inexperiencia en las disecciones del hilio hepático, la presencia de inflamación severa o las variantes anatómicas son algunas de las causas del error. Cuando éste ocurre, el cirujano debe hacer uso de la colangiografía intraoperatoria para corroborar y visualizar la lesión y acudir al consejo de un colega con experiencia.
- Traumáticas,** bien sea por arma blanca o de fuego. Las causadas por arma blanca suelen ser nítidas y más fáciles de reparar, en contraste con las producidas por arma de fuego, las cuales producen mayores destrozos. Es común la presencia de heridas asociadas, sobre todo vasculares, las cuales deben repararse en primera instancia. una lesión

sobre la superficie del hígado puede llegar al hilio hepático y lesionar la vía biliar, hecho que con frecuencia pasa desapercibido hasta cuando aparecen las complicaciones correspondientes.

Desde el punto de vista de su **gravedad**, las lesiones traumáticas de la vía biliar extrahepática pueden ser clasificadas en:

1. **Simples.** Se trata de lesiones tangenciales que afectan menos del 50% de la circunferencia del canal.
2. **Complejas.** Incluyen las que afectan más del 50% de la circunferencia, las que presentan pérdida de sustancia de la pared del canal y las transacciones completas.

**H. Bismuth (1982)** ha establecido una clasificación que se basa en la ubicación de la lesión, la cual es particularmente en la actualidad, cuando las lesiones iatrogénicas de la vía biliar se han hecho más frecuentes con la popularización de la colecistectomía laparoscópica.

#### CLASIFICACION DE BISMUTH

**Tipo 1.** Estrechez baja del colédoco, el segmento proximal es > 2.0 cm. de longitud.

**Tipo 2.** Estrechez a nivel de la porción media del colédoco; el segmento proximal <2.0 cm. de longitud.

**Tipo 3.** Estrechez alta con la confluencia de los hepáticos intacta: el hepático común no existe. Hay comunicación, por encima de la confluencia, entre los dos canales hepáticos.

**Tipo 4.** La estrechez hiliar interrumpe la comunicación entre los dos canales hepáticos.

**Tipo 5.** Cuando el trauma involucra una distribución anómala de las ramas segmentarias derechas ("convergence étagée"), uno de estos dos canales puede ser separado del tracto biliar por la estrechez.

Cualquiera que sea la ubicación anatómica de la lesión, el cirujano que emprende su reparación debe, ante todo, controlar la hemorragia para poder identificarla y definirla en forma total. La movilización del duodeno y de la cabeza del páncreas (maniobra de Kocher), es indispensable para una buena exploración. Siempre se debe practicar colangiografía intraoperatoria. Los pacientes hemodinámicamente estables y con lesiones sencillas son candidatos para reparación primaria, pero en aquellos inestables y con lesiones complejas debe practicarse drenaje y colocarse tubo en T para una reparación diferida.

El pronóstico de estas lesiones ha mejorado mucho en los últimos veinte años, no sólo por el advenimiento de mejores recursos sino por la estandarización de las técnicas. Hasta 1970 la mortalidad entre nosotros era de 100%; hoy la supervivencia a largo plazo está por encima de 80%.