



IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Colangitis imitando al colangiocarcinoma hilar



Cholangitis mimicking hilar cholangiocarcinoma

Un varón de 51 años de edad fue evaluado por ictericia obstructiva asociada a una dispepsia leve. El paciente tenía una historia médica regular, y la examinación física no reveló hallazgos significativos salvo por la ictericia. Los resultados de laboratorio mostraron enzimas hepáticas alteradas (bilirrubina total 20.1 mg/dl, bilirrubina directa 18.8 mg/dl, AST 53 U/l, ALT 144 U/l, GGT 386 U/l y ALP 203 U/l). Por medio de una tomografía computarizada (TC) y una subsiguiente colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) se demostró la presencia de una masa hilar de 1.2 cm, lo que constituía una estenosis hilar y oclusión del tracto biliar y dilatación del mismo en el área intrahepática (fig. 1), lo cual sugirió el diagnóstico de colangiocarcinoma hilar (Bismuth-Corlette II). La colangiografía percutánea para el drenado biliar interno-externo confirmó la contracción hilar (fig. 2A); una colangiografía realizada 10 días después mostró su normalización (fig. 2B). El paciente se sometió a colangioscopia, confirmando hilio biliar normal (fig. 3), y se tomaron biopsias endobiliares por medio de fórceps

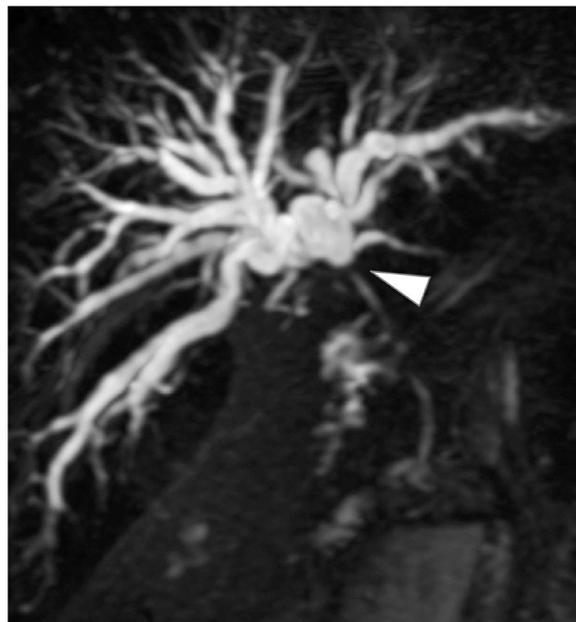


Figura 1 Reconstrucción de colangiopancreatografía por resonancia magnética coronal (CPRM) que demuestra oclusión del tracto biliar debido a estenosis hilar (punta de flecha) y dilatación de árbol biliar intrahepático.

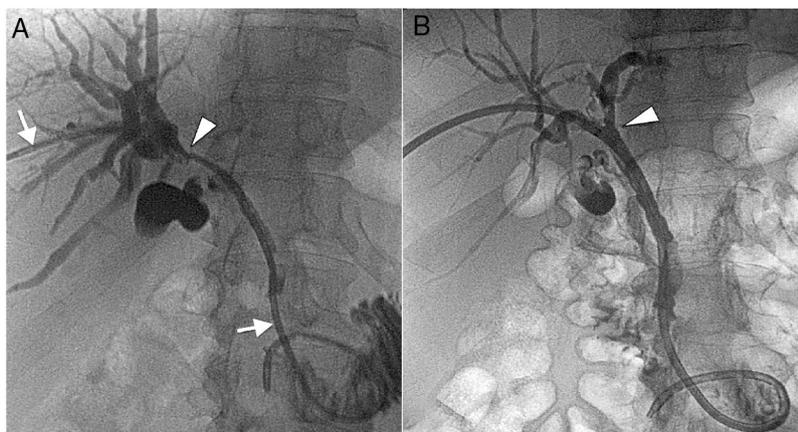


Figura 2 A) Colangiografía para drenado biliar percutáneo interno-externo (flechas) que confirma estenosis hilar (punta de flecha). B) Colangiografía 10 días posterior muestra situación normalizada, sin estenosis hilar (punta de flecha).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.11.009>

0375-0906/© 2019 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

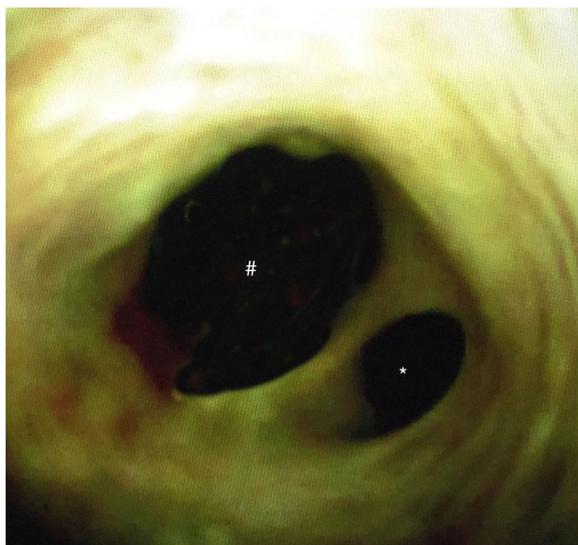


Figura 3 Colangiografía del ducto biliar a nivel del hilio que muestra anatomía del área de confluencia del tracto biliar hepático derecho (#) e izquierdo (*) normal.

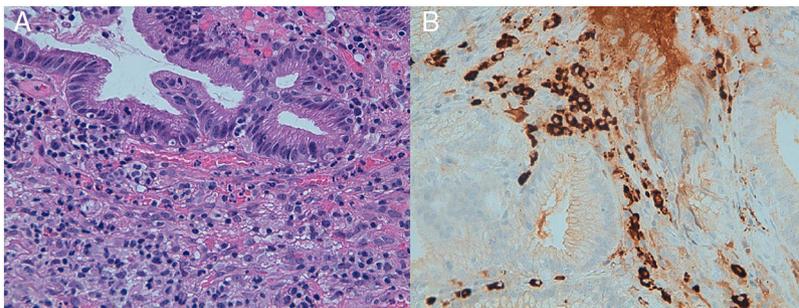


Figura 4 A-B: Biopsias del ducto biliar proximal con erosiones superficiales e infiltrados inflamatorios intersticiales crónicos.

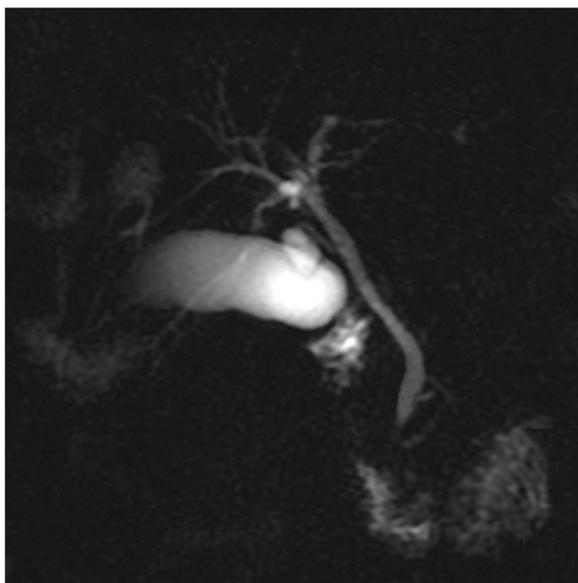


Figura 5 Reconstrucción de colangiopancreatografía por resonancia magnética coronal (CPRM) que muestra un árbol biliar normal.

en la misma sesión. La evaluación histopatológica reveló infiltrado celular inflamatorio crónico transmural sin signos de malignidad. La tinción inmunohistoquímica mostró células plasmáticas IgG4 positivas (figs. 4A y B). Seis meses después se confirmó un árbol biliar normal por medio de una CPRM (fig. 5).

Financiación

No se recibió ningún apoyo financiero con relación a este estudio/artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

A. Barberis^{a,*}, U.G. Rossi^b y M. Filastro^a

^a *Unidad de Cirugía General y Hepatobiliar, Departamento de Cirugía Abdominal, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Génova, Italia*

^b *Unidad de Radiología Intervencionista, Departamento de Diagnóstico por Imagen, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Génova, Italia*

*Autor para correspondencia. Unidad de Cirugía General y Hepatobiliar, Departamento de Cirugía Abdominal, Ente Ospedaliero Ospedali Galliera, Mura delle Cappuccine, 14, 16128 Génova, Italia. Teléfono: -39 010 5634210; Fax: +-39 010 57481312.

Correo electrónico: andrea.barberis@unige.it (A. Barberis).