



Diagnóstico diferencial de la dilatación de la vía biliar.

Manuel Brioso Díez, Marina Jiménez López, Francisco Aneiros Rosón, Daniel Moreno Real, Cristina Montes Rueda, Marina Rodríguez Yanes, Clara Gil Perea, Eduardo Rosales Martínez.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivo docente:

- ✓ Realizar una revisión de las patologías más frecuentes que producen dilatación de la vía biliar.
- ✓ Repasar las formas de presentación del colangiocarcinoma.
- ✓ Análisis de la clasificación de Todani para los quistes de colédoco.

Revisión del tema:

El árbol biliar es un conjunto de conductos que transportan la bilis desde el hígado hasta el duodeno. Se divide en dos grandes secciones, la intrahepática y la extrahepática.

La vía biliar puede estudiarse tanto por TC como por ecografía o resonancia magnética.

Imprescindible realizar un diagnóstico diferencial entre las distintas etiologías que provocan dilatación de las vías biliares para poder realizar un tratamiento y seguimiento correcto.

Dilatación de la vía biliar:

- Causa no obstructiva: enfermedad de Caroli, quistes de colédoco y colangitis (piogénicas recurrentes o esclerosante primaria).
- Causa obstructiva: litiasis, neoplasias o cambios secundarios a pancreatitis aguda o crónica.

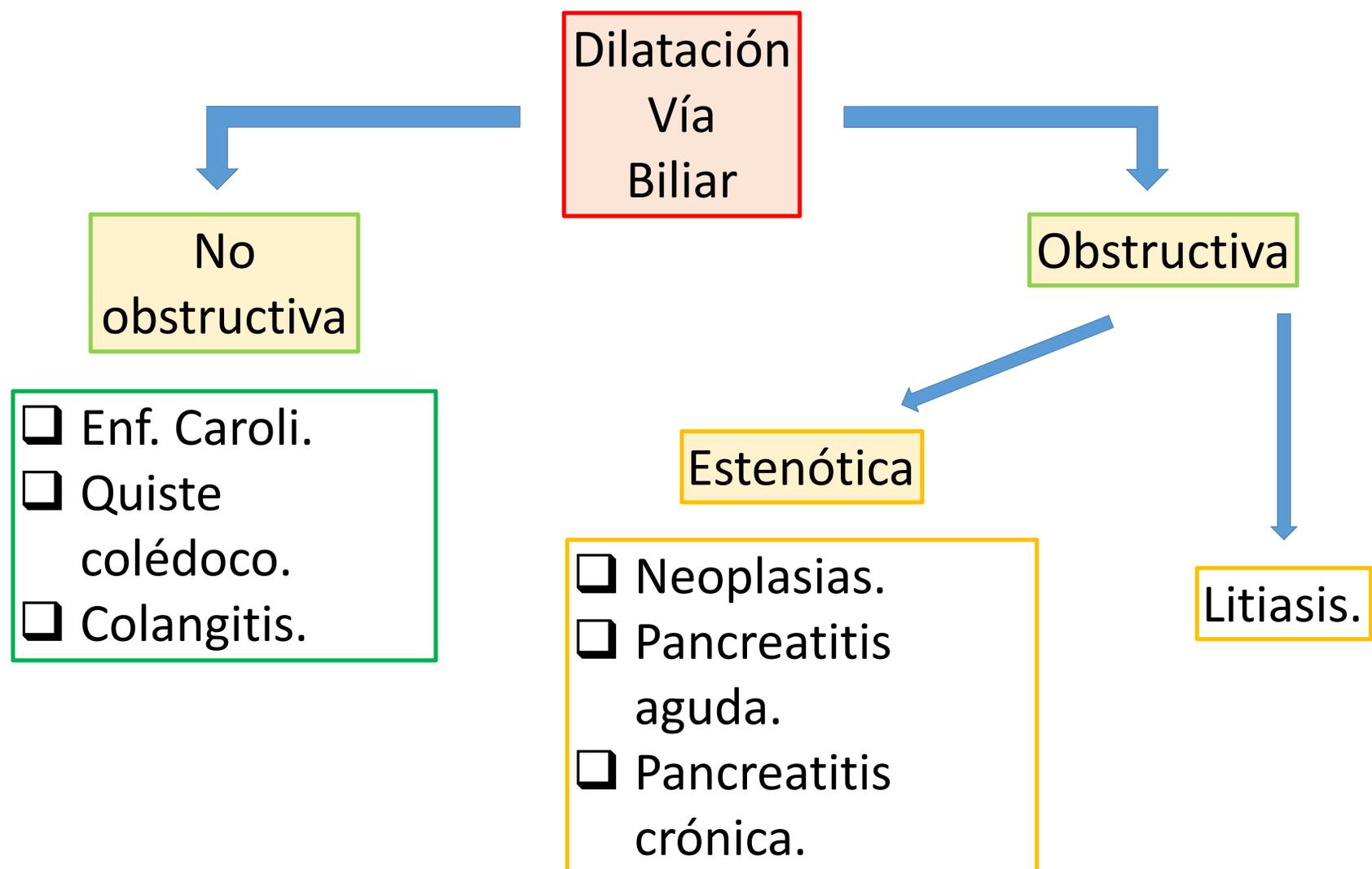


Figura 1: entidades que provocan dilatación de la vía biliar.

Causas obstructivas no estenótica: cálculos biliares:

- Composición: colesterol (amarillos) o de calcio y bilirrubina (pigmentados).
- Sintomáticos especialmente si son múltiples y pequeños.
- La colangiopancreato-resonancia magnética (CPRM), es el Gold standard para el diagnóstico, pudiendo utilizarse también la ecografía, la TC y la RM.

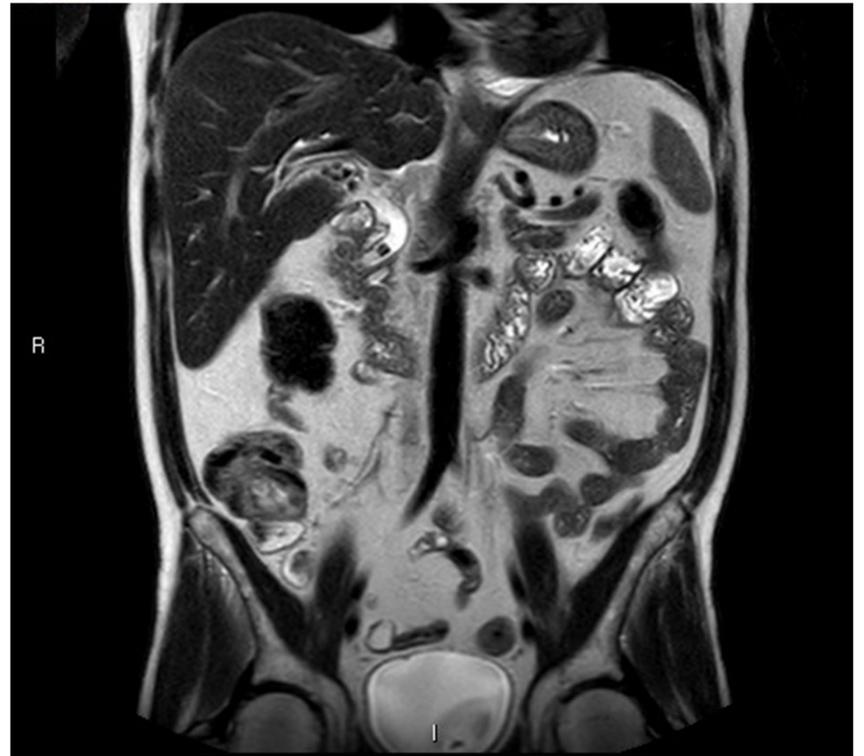


Imagen 1: corte coronal de secuencia T2 HASTE, donde se observa dilatación del colédoco con litiasis en su interior.

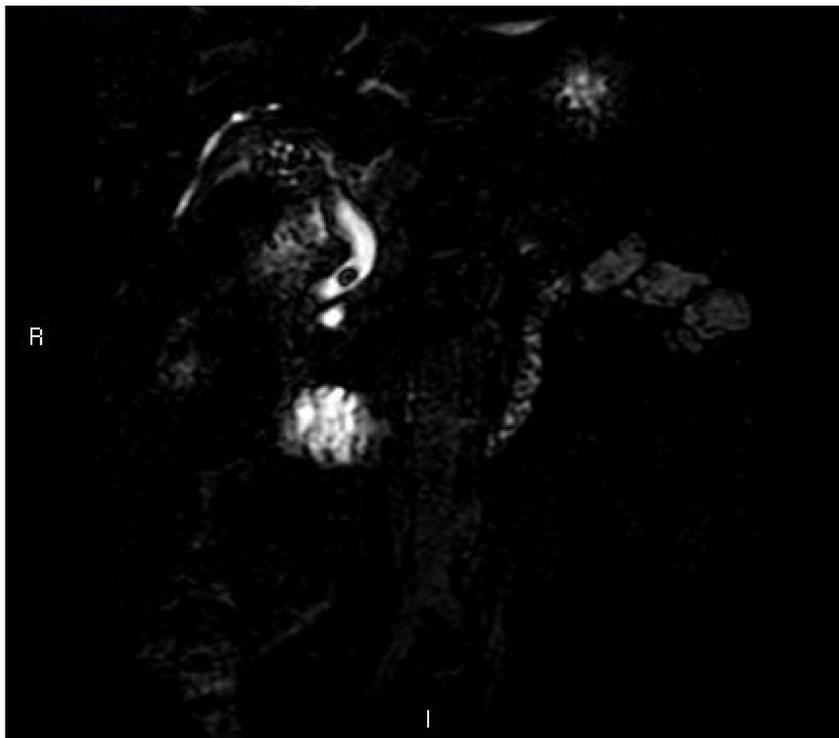


Imagen 2: corte coronal de secuencia Colangio-RM, en la que se observa la dilatación del colédoco y la litiasis en su interior del paciente anterior.

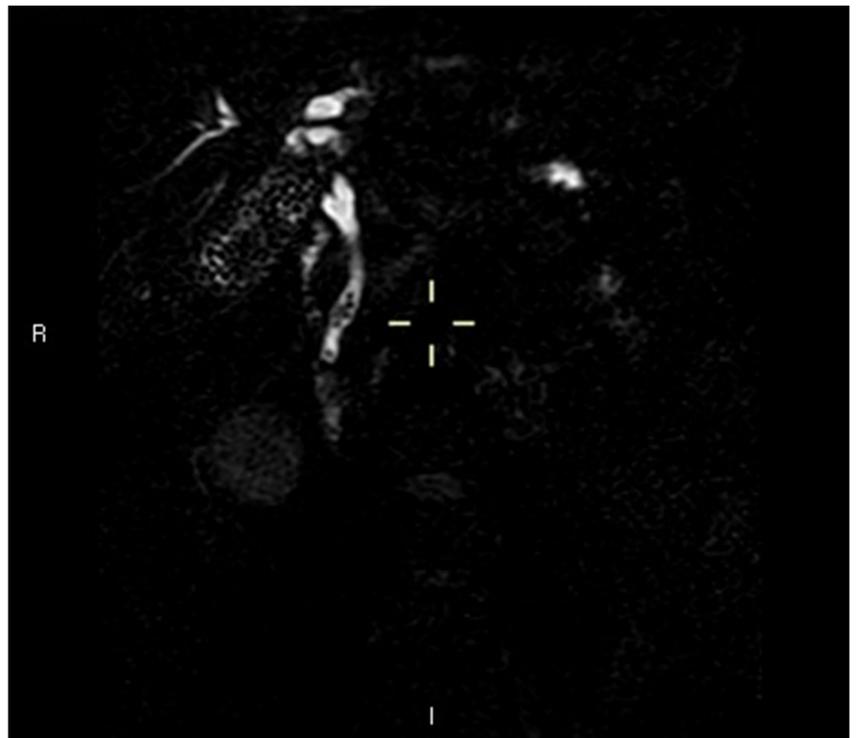


Imagen 3: corte coronal de secuencia de Colangio-RM, donde se visualizan múltiples litiasis biliares en el colédoco distal, con dilatación retrógrada del colédoco, junto con ocupación prácticamente completa de la vesícula biliar por litiasis.

Causas no obstructivas:

Enfermedad de Caroli: provoca una dilatación quística multifocal de los ductos biliares intrahepáticos y extrahepáticos.

➤ Dos entidades:

Enfermedad de Caroli: afecta a adultos con parénquima hepático normal y provoca una dilatación sacular del árbol biliar.

Síndrome de Caroli: afecta a niños y se asocia a la Fibrosis Hepática Congénita (FHC).

➤ Complicaciones: litiasis, colangitis, abscesos, cirrosis hepática y colangiocarcinoma.

➤ En TC: pequeñas lesiones quísticas en la periferia del árbol biliar dilatado. Signo patognomónico “dot sign” (hiperrealce de la vena porta, rodeada de estas lesiones quísticas).

Colangitis piógena recurrente:

➤ Enfermedad crónica, endémica en el sudeste asiático, forma cálculos pigmentarios en la vía biliar intrahepática.

➤ Asociado a la infestación por *Clonorchis sinensis* y otros parásitos.

➤ Clínica: colangitis recurrente, formación de abscesos y dilatación del árbol biliar.

Quistes de colédoco: dilatación congénita de la vía extrahepática formada a partir de un defecto subyacente en la unión pancreato-biliar.

➤ Clasificación de Todani:

- Tipo I: dilatación fusiforme del colédoco en su porción proximal o de forma difusa.
- Tipo II: divertículo sacular del colédoco.
- Tipo III: divertículo intramural o coledococoele.
- Tipo IV: quistes intra y extrahepáticos múltiples o únicamente extrahepáticos.
- Tipo V: dilataciones múltiples de las vías biliares intrahepáticas (Enfermedad de Caroli).

➤ Complicaciones del quiste del colédoco: litiasis, colangitis y abscesos hepáticos.

Causa obstructiva estenótica:

Neoplasias:

Colangiocarcinoma: tumor que puede generarse en cualquier segmento del árbol biliar.

- Segundo tumor hepático primario más frecuente entre la 5ª y 6ª décadas de la vida.
- Factores de riesgo: litiasis biliares, colangitis esclerosante primaria, clonorquiasis, enfermedad de Caroli y la exposición al Thorotrast (dióxido de torio).
- Clínica: dolor abdominal, ictericia, masa palpable en hemiabdomen derecho y pérdida de peso.
- Cuatro patrones de crecimiento macroscópico:
 - Exofítico (formador de masa)
 - Infiltrante (periductal)
 - Polipoide (intraductal)
 - Combinado.



Imagen 4: corte axial de TC de abdomen y pelvis en el que se visualiza una masa de consistencia sólida que provoca una retracción de la cápsula de Glisson en el segmento IV hepático.

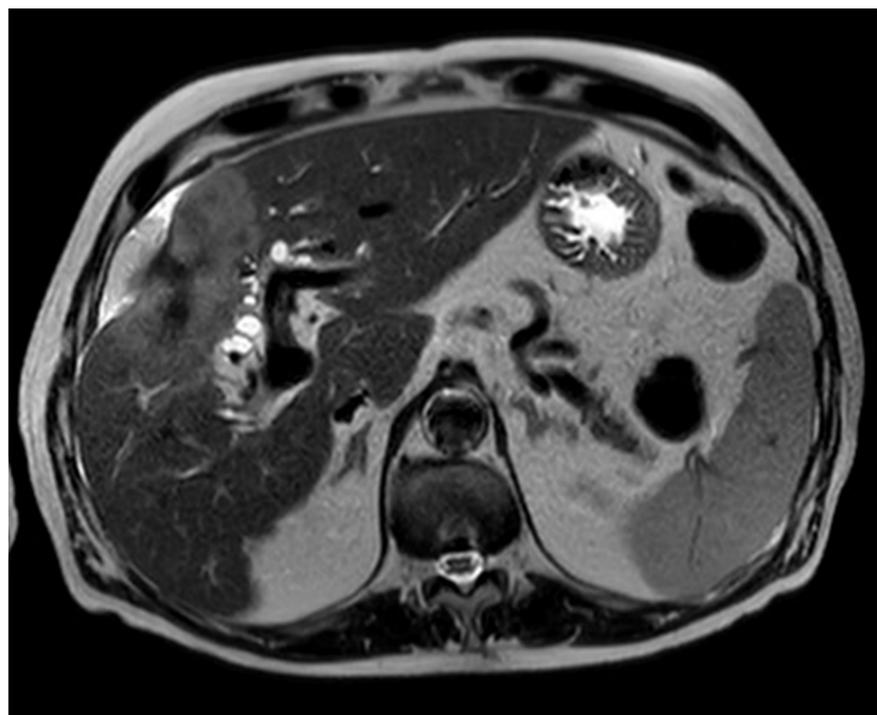


Imagen 5: corte axial de RM en secuencia T2 HASTE en el que se observa lesión hipointensa en segmento IV, dilatación de la vía biliar intrahepática. El diagnóstico fue de colangiocarcinoma subcapsular.

- RM: prueba prínceps para su caracterización y valoración de la vía biliar.
- Hipointenso en imágenes ponderadas en T1 e hiperintenso en imágenes ponderadas en T2.
- En los estudios dinámicos, presenta realce periférico con progresión centripeta heterogénea y un realce tardío que revela la presencia de fibrosis intratumoral.
- El tratamiento del colangiocarcinoma es quirúrgico y rara vez es curativo.



Imagen 6: corte coronal de RM en secuencia T2 HASTE donde se observa dilatación del colédoco con unafilamiento en pico de loro en su unión con la ampolla de Vater. El diagnóstico fue de colangiocarcinoma del colédoco distal.

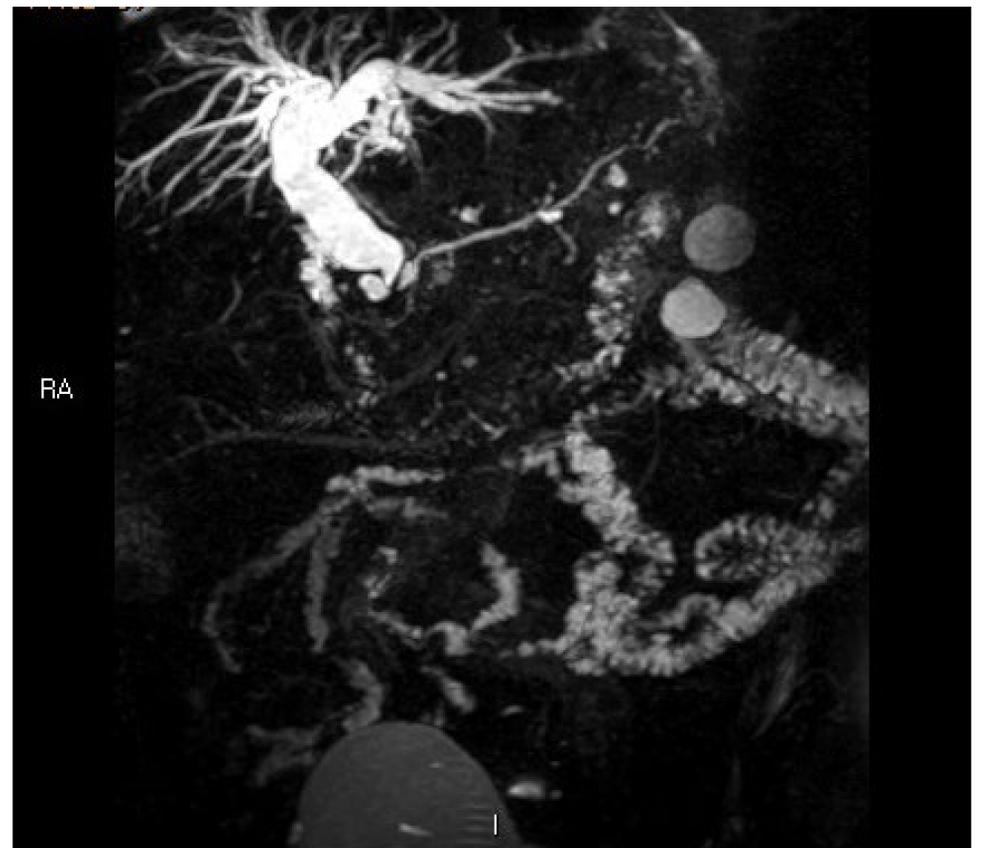


Imagen 7: corte coronal de Colangio-RM del paciente anterior, donde se observa dilatación de la práctica totalidad del árbol biliar, secundaria al colangiocarcinoma estenosante del colédoco distal.

Neoplasias de la cabeza del páncreas: origina dilatación retrógrada de todo el árbol biliar.

Neoplasias ampulares:

- Adenocarcinomas originados en el epitelio de la ampolla de Vater.
- Síntomas obstrucción biliar y sangrado digestivo alto.

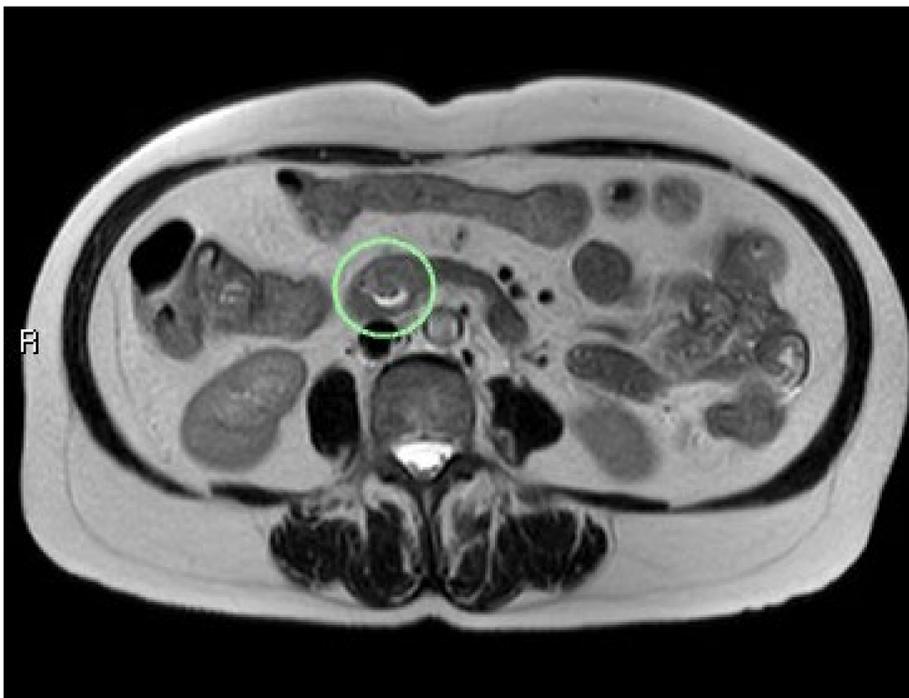


Imagen 8: corte axial de RM en secuencia T2 HASTE, donde se visualiza ocupación parcial de la ampolla de Vater por una masa isointensa con respecto al páncreas. El diagnóstico fue de ampuloma.



Imagen 9: corte coronal de RM en secuencia T2 HASTE, donde se visualiza dilatación de la vía biliar extrahepática, secundaria a ampuloma en la ampolla de Vater. Obsérvese la amputación roma del final del colédoco que orienta a este diagnóstico.

Metástasis:

- Primer diagnóstico diferencial con el colangiocarcinoma.
- El tumor que con mayor frecuencia metastatiza en el árbol biliar es el carcinoma colorectal.
- En colitis ulcerosa, diagnóstico diferencial entre el colangiocarcinoma y las metástasis del carcinoma colorectal.

Causas post-inflamatorias:

Pancreatitis:

- Cambios inflamatorios pueden comprometer la vía biliar.
- Cambios post-radioterapia pueden ocasionar dilatación de la vía biliar por estenosis focales.

Causas inflamatorias:

Colangitis esclerosante primaria:

- Produce inflamación y posterior fibrosis del conducto biliar intra y extrahepático progresando a cirrosis, HTP e insuficiencia hepática.
- Varones jóvenes de 30-40 años relacionada con la colitis ulcerosa.
- Las estenosis de la CEP son cortas (patrón “en collar de perlas”).
- En ecografía: engrosamiento de la pared del conducto hepático.
- En TC: inicialmente, dilatación discontinua, engrosamiento de la pared biliar a nivel de la porta y linfadenopatía. En estadios avanzados cambios típicos de cirrosis (aumento del lóbulo caudado y disminución del lóbulo derecho) y dilatación pronunciada de los conductos biliares.
- La colangiografía se utiliza en el diagnóstico inicial, observando el patrón en “collar de perlas”.

Colangiopatía asociada al SIDA, dos presentaciones:

- Colangiopatía infecciosa por citomegalovirus o *Cryptosporidium*.
- Colangiopatía compresiva por crecimiento de los ganglios del hilio hepático en relación con linfoma asociado al SIDA.

Conclusión:

- ✓ La dilatación de la vía biliar es un hallazgo frecuente.
- ✓ El diagnóstico diferencial de las diferentes patologías que pueden producir dilatación de la vía biliar, debe comenzar con la diferenciación entre obstructivas y no obstructivas.
- ✓ Es necesario una visión integrada de los hallazgos encontrados en el TCMD, ecografía y RM para el diagnóstico de las lesiones.

Bibliografía:

1. Morgan, M., Baba, Y. Bile duct dilatation. Reference article, Radiopaedia.org.
2. María Isusi Fontán, Ane Ibáñez Zubiarrain, María Victoria Barcena Robredo, Gonzalo Lecumberri Cortés, Eider Alcalde Odriozola, Marta Pérez Bea. Colangitis esclerosante primaria. Hallazgos por resonancia magnética. En: XVII Congreso de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen, Imagen de la patología biliar del páncreas y vía biliar: presente y futuro. Alicante (ES) 10-11 de noviembre de 2017.
3. Radiologyassistant.nl. 2022. *The Radiology Assistant : Biliary duct pathology*. [online] Available at: <<https://radiologyassistant.nl/abdomen/biliary-system/biliary-duct-pathology>> [Accessed 10 March 2022].