

PATOLOGIA DE LA VIA BILIAR

VICTOR JAIR MORALES ALVARADO
HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS



AGENDA

PATOLOGÍA DE ORIGEN LITIÁSICA

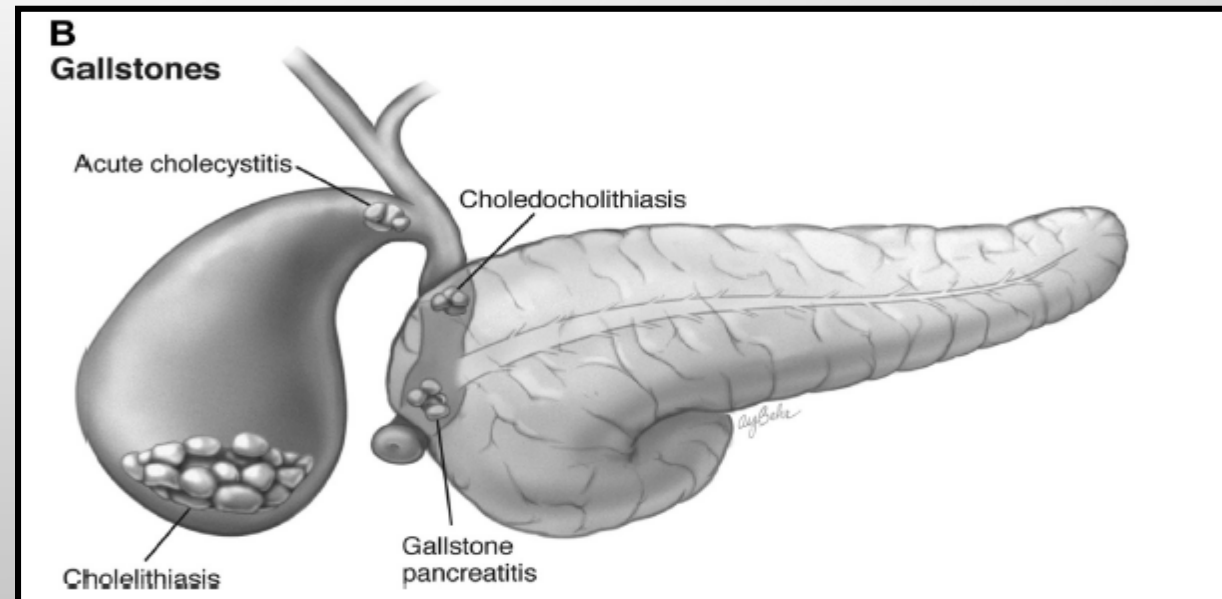
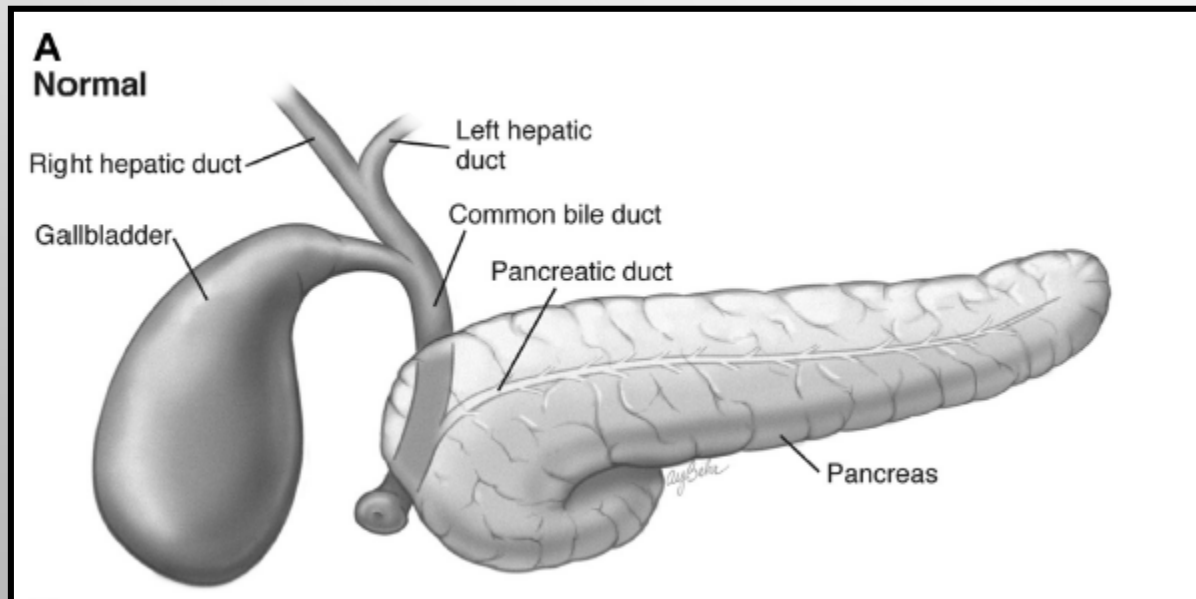
PATOLOGÍA DE ORIGEN NO
LITIÁSICA

PATOLOGÍA DE ORIGEN TUMORAL

PATOLOGÍA DE ORIGEN LITIÁSICA

COLELITASIS

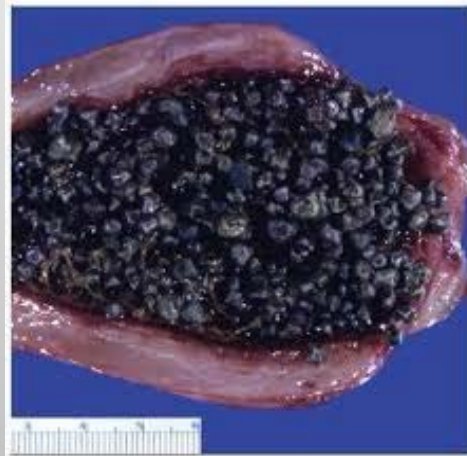
- Prevalencia en países occidentales: 10-20% (edades avanzadas y mujeres).
- Tipos según composición: colesterol y pigmentarios (marrones, negros).
- 10% casos presentan coledocolitiasis concomitante.



COLELITIASIS

- LITIASIS PIGMENTARIAS

- Marrones y negras
- Originan de vesícula (negras) o conductos biliares (marrones) (primarios)
- Pequeñas, irregulares (<2 cm)
- Alto contenido en bilirrubina y calcio (marrones)
- Fxs riesgo: estasis biliar, infección, cirrosis y anemia hemolítica



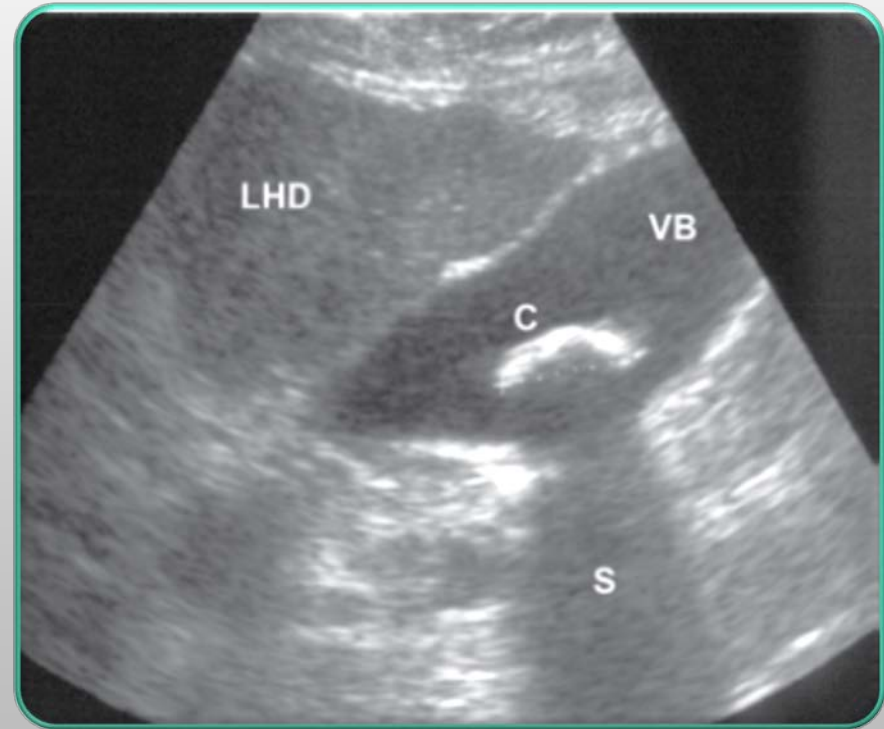
- LITIASIS DE COLESTEROL

- Originan en la vesícula (secundarios)
- Grandes y lisas
- Alto contenido en colesterol
- Fxs riesgo: sexo femenino, edad avanzada (>40 años), obesidad, embarazo, multiparidad
pérdida de peso rápida, hipertrigliceridemia o HDL bajos
fármacos: estrógenos exógenos, ACO, clofibrato, octreótido, ceftriaxona
etnia (nativos americanos, escandinavos)



Colelitiasis Asintomática

- Diagnóstico incidental
- Gran mayoría de los pacientes: 60-80%
- Incidencia anual complicaciones y neoplasia vesicular 0.3% y 0.02%.
- Alto riesgo desarrollo cáncer de vesícula: pólipos crecimiento rápido o > 1 cm, vesícula en porcelana, litiasis > 3 cm, mujer joven origen amerindio.



664 Pacientes Asintomáticos

Pacientes con
nuevos
eventos
relacionados
con litiasis

17 años

19.6 %

Factores de riesgo
independientes:

Sexo Femenino
Edad avanzada
Litiasis > 10 mm
Múltiples litiasis

• Colelitiasis Sintomática No Complicada: Cólico Biliar Simple

- Clínica: Dolor biliar, diaforesis, náuseas, vómitos, inquietud.
- Síntomas No Relacionados: Meteorismo, distensión abdominal, flatulencia y dispepsia.
- DIAGNOSTICO
 - Parámetros de laboratorio(Pruebas función hepática): Elevados o Normales
 - Patrón oro: ecografía abdominal (S y E > 95% en litiasis > 4mm)
- TRATAMIENTO
 - Reposo digestivo. Analgesia (AINES)
 - Colecistectomía diferida
 - Tto No Qx: Baja eficacia y altas tasas de recurrencia
(Acido Ursodesoxicólico 8-10 mg/kg de peso/día antes de acostarse)

DOLOR TIPO BILIAR

- **CRITERIOS DIAGNOSTICOS:**

* Dolor localizado en epigastrio y/o hipocondrio derecho con todos siguientes criterios:

1. Constante que aumenta gradualmente y dura 30 minutos o más
2. Ocurre a diferentes intervalos (no diariamente)
3. Bastante severo para interrumpir las actividades diarias o haber acudido a urgencias
4. No significativamente (<20%) relacionado con los movimientos intestinales
5. No significativamente (<20%) aliviado por cambios posturales o supresión ácida

- * **Criterios de Soporte**

El dolor puede estar asociado con:

1. Náuseas y vómitos
2. Irradiado hacia hombro derecho y/o región infraescapular derecha
3. Despertar durante el sueño

Colelitiasis Sintomática Complicada: Colecistitis Aguda

- Litiasis biliar agente causal en 90%



Fx progresión

Grado y duración obstrucción del c. cístico.

- CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Signos locales de inflamación

1. Signo de Murphy
2. Dolor, masa o sensibilidad en HCD

Signos sistémicos de inflamación

1. Fiebre
2. Elevación de PCR (> 3 mg/dl)
3. Leucocitosis

Hallazgos de imagen característicos de CA.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Un ítem en A y un ítem en B positivos
C confirma el diagnóstico de sospecha

The New England
Journal of Medicine

Interventional Approaches to
Gallbladder Disease

Colelitiasis Sintomática Complicada: Colecistitis Aguda

- CRITERIOS DIAGNOSTICOS ECOGRAFICOS

Signo de Murphy ecográfico: dolor con el transductor colocado.

Engrosamiento de la pared vesicular > 4 mm (si el paciente no tiene hepatopatía crónica y/o ascitis y/o insuficiencia cardiaca derecha).

Aumento del diámetro vesicular > 8 cm.

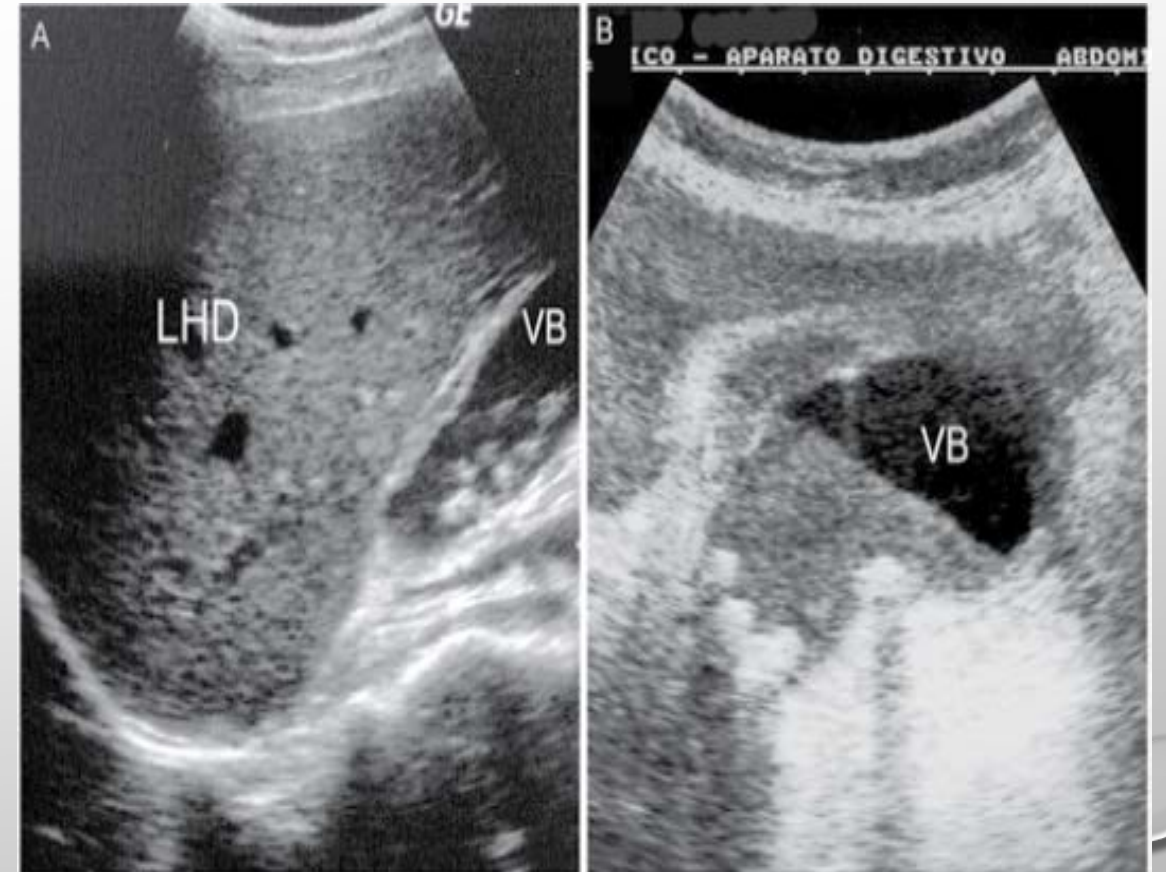
Demostración de litiasis biliar.

Colecciones líquidas pericolecísticas.

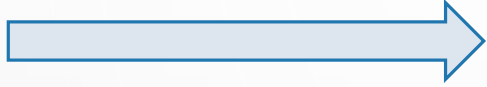
Presencia de barro biliar.

Trilaminación de la pared vesicular.

Banda intermedia continua y focal hiperecogénica.

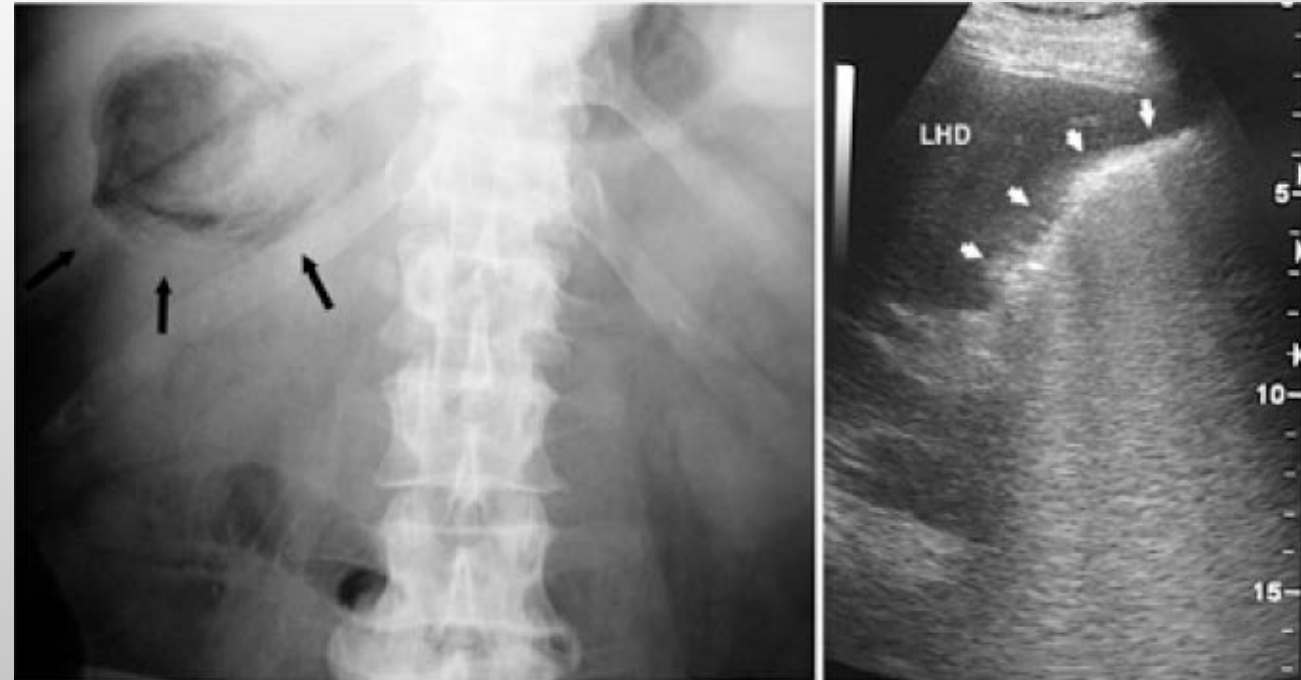


Colecistitis Aguda No Litiásica

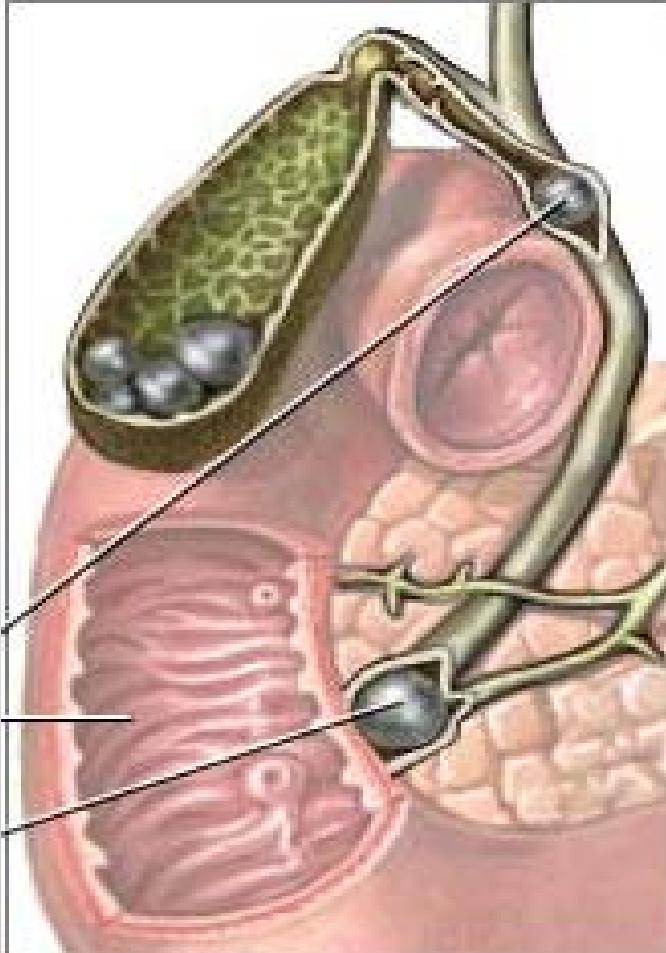
- Mayoría de ocasiones en pacientes en estado crítico o asociado a DM, ICC, Ins. Renal terminal, SIDA.
- Mortalidad 30%  rápida evolución a gangrena y perforación
- Colecistostomía percutánea: Eficaz y mínimamente invasiva

Colecistitis Enfisematosa

- Más prevalente en varones, DM y Enf. Vascular periférica
- Ecografía abdominal menor S y E que Rx o Tc abdomen
- Colecistectomía inmediata: Tratamiento de elección



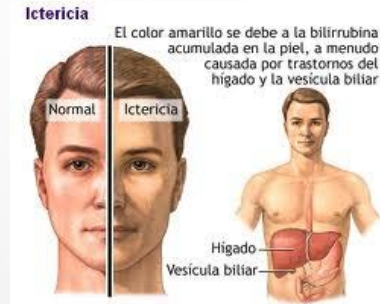
Colelitiasis Sintomática Complicada: Coledocolitiasis



- 5-20% en el momento de la colecistectomía.
- La mayoría son secundarios.
- Primarios: Conducto biliar largo, divertículo periampular, colangitis piógena recurrente.

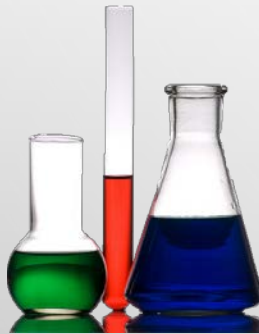
Colelitiasis Sintomática Complicada: Coledocolitiasis

ENFOQUE DIAGNÓSTICO INICIAL



Clínica

- Dolor: HCD, epigastrio
- Náuseas, vómitos, ictericia
- Fiebre



Laboratorio

- ALT
- AST
- GGT
- FA
- Bilirrubina
- Amilasa
- Lipasa
- Leucocitosis



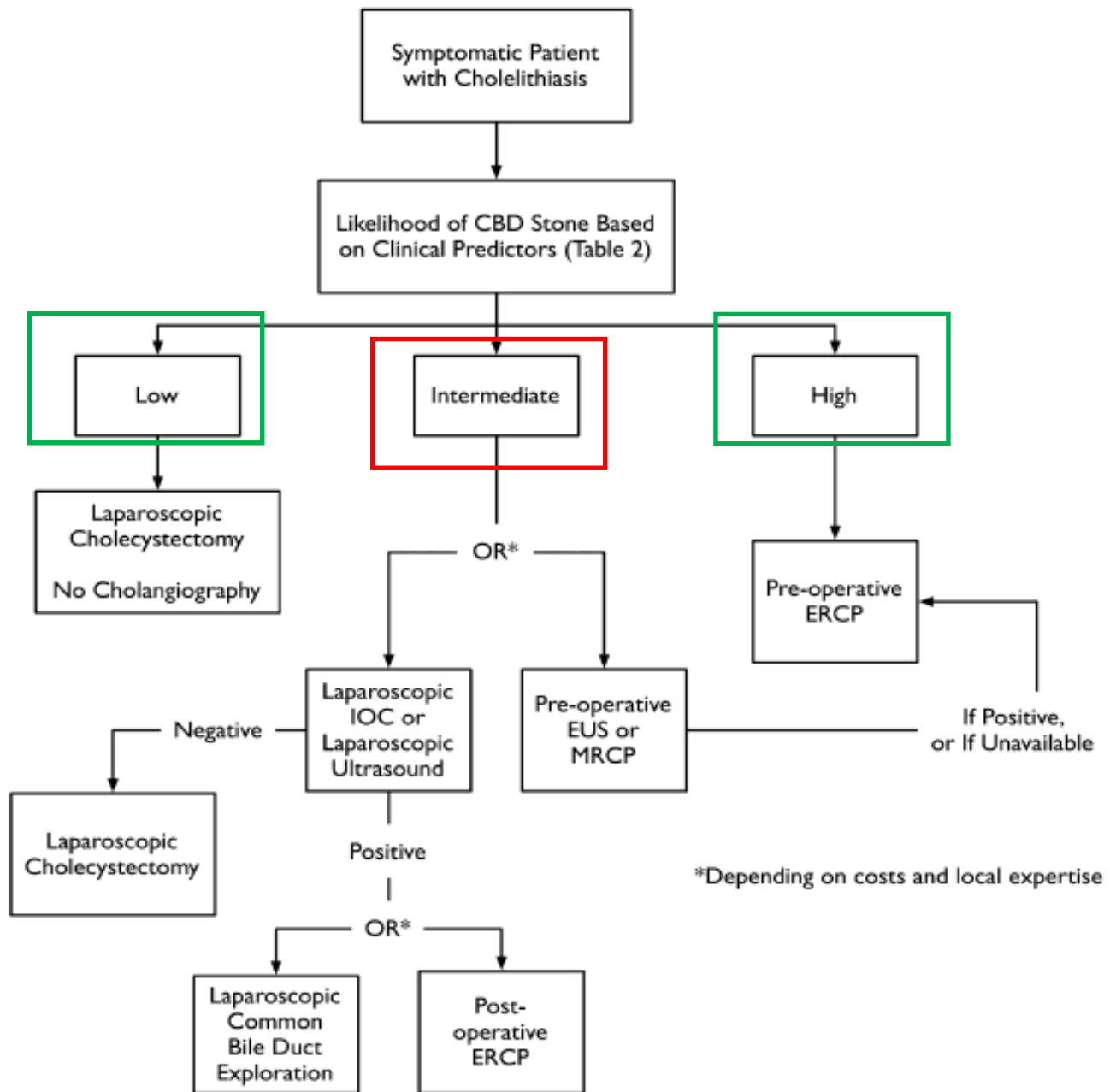
Ecografía abdominal

- Colelitiasis y complicaciones
- Dilatación de colédoco
- Coledocolitiasis

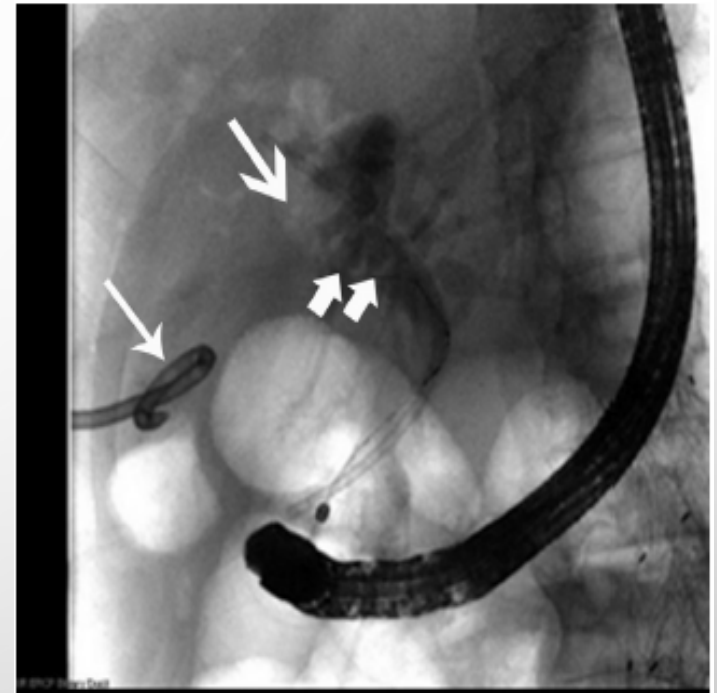
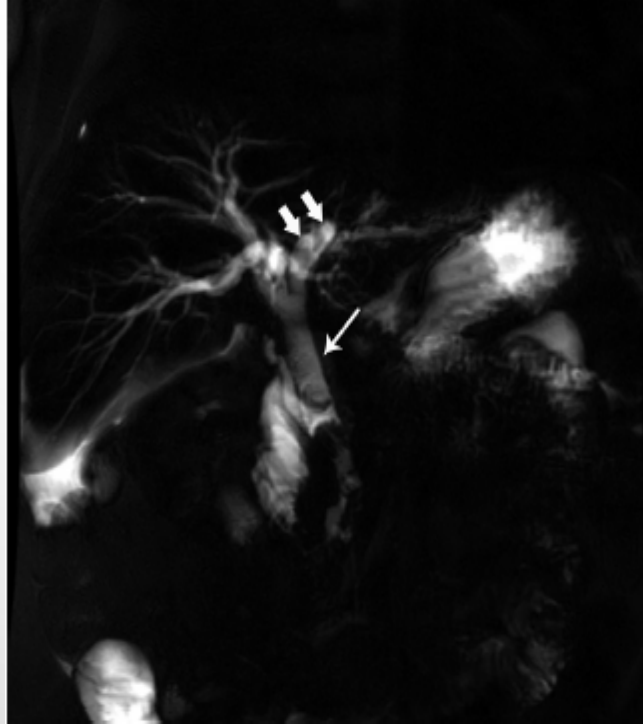
Escala de Probabilidad de Coledocolitiasis en Colelitiasis Sintomática

Predictores de coledocolitiasis	
Muy fuertes	Clínica de colangitis
	Bilirrubina >4 mg/dl
	Ecografía: Coledocolitiasis
Fuertes	Bilirrubina: 1,8 – 4 mg/dl
	Ecografía: Dilatación del colédoco >6mm en pacientes con vesícula
Moderados	Enzimas hepáticas elevadas (GGT, FA, AST, ALT).
	Edad > 55 años
	Clínica de pancreatitis biliar aguda

Escala de probabilidad de coledocolitiasis	
Probabilidad Alta (> 50 %)	Presencia de cualquier predictor “muy fuerte”
	Presencia de ambos predictores “fuertes”
Probabilidad Intermedia (10 – 50 %)	Presencia de otros predictores pero sin cumplir criterios de alta probabilidad.
Probabilidad Baja (< 10 %)	Ningún predictor presente



COLEDOCOLITIASIS/CPRE



AGENDA



PATOLOGÍA DE ORIGEN LITIÁSICA

PATOLOGÍA DE ORIGEN NO
LITIÁSICA

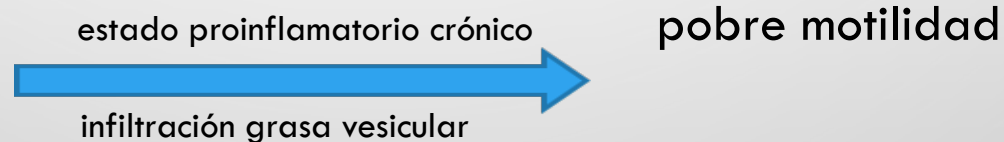
PATOLOGÍA DE ORIGEN TUMORAL

PATOLOGÍA DE ORIGEN NO LITIÁSICA

DISCINESIA BILIAR

- Comprenden: Desorden funcional de vesícula (FGD) y Disfunción del Esfínter de Oddi (SOD).
- Representa tipo de dismotilidad como Sd Intestino Irritable o Estreñimiento crónico
- Cuadro clínico: Dolor biliar típico en ausencia de litiasis o causas orgánicas
- Incremento de incidencia (5 a 25%)   colecistectomías
- Fisiopatología: (1) Contracción vesicular no adecuada (2) No coordinación contracción vesicular/relajación esfínter de Oddi (3) Obstrucción estructural o funcional de la salida de bilis

• Asociación con Obesidad



DESORDEN FUNCIONAL DE VESÍCULA (FGD)

- Término empleado en pacientes con dolor biliar y vesícula intacta (no litiasis ni barro biliar)
- Diagnóstico de exclusión.
- Resolución espontánea de síntomas frecuentemente



colecistectomía precoz injustificada

- Tratamiento sintomático: antiespasmódicos, neuromoduladores, ácido ursodesoxicólico
- Sintomatología severa: Valorar colecistectomía

E1a. Diagnostic Criteria for Functional Gallbladder Disorder

1. Biliary pain
2. Absence of gallstones or other structural pathology

Supportive Criteria

1. Low ejection fraction on gallbladder scintigraphy
2. Normal liver enzymes, conjugated bilirubin, and amylase/lipase

DISFUNCION DEL ESFINTER DE ODDI

- Generalmente empleado en pacientes con dolor biliar después de la colecistectomía en ausencia de litiasis u otras causas orgánicas.
- Puede ser causa de pancreatitis recurrente de causa desconocida
- Más frecuente en mujeres de mediana edad
- Diagnóstico de exclusión (descartar dispepsia ulcerosa/funcional, SII)

DISFUNCION DEL ESFINTER DE ODDI

Tipo disfunción		Definición
Biliar tipo I	Clásica	Dolor + elevación enzimas hepáticos* + VB dilatada (>12 mm)** + retraso del drenaje (>45 minutos)**
	Roma III ³	Dolor + elevación enzimas hepáticos* + VB dilatada (>8 mm) en US
Biliar tipo II	Clásica	Dolor + 1 o 2 de: elevación enzimas hepáticos* + VB dilatada (>12 mm)** + retraso drenaje (>45 minutos)**
	Roma III ³	Dolor + elevación enzimas hepáticos* o VB dilatada (>8 mm) en US
Biliar tipo III		Dolor biliar sólo
Pancreático tipo I	Clásica	Dolor + elevación enzimas pancreáticos* + VP dilatada (> 6 mm en cabeza o >5 mm en cuerpo)** + retraso drenaje (>8 minutos)**
	Roma III ³	Dolor + elevación significativa enzimas pancreáticos + VP dilatada
Pancreático tipo II	Clásica	Dolor + 1 o 2 de: elevación enzimas pancreáticos* + VP dilatada (>6 mm en cabeza o >5 mm en cuerpo)** + retraso drenaje (>8 minutos)**
	Roma III ³	Dolor + elevación significativa enzimas pancreáticos o VP dilatada
Pancreático tipo III		Dolor pancreático sólo

EO: esfínter de Oddi VB: vía biliar VP: vía pancreática

* Elevación de enzimas ≥ 2 veces el límite superior de la normalidad, al menos en 2 episodios de dolor.

** Dilatación de la VB o VP y retraso del contraste del conducto biliar o pancreático en la CPRE.

DESORDEN FUNCIONAL DEL ESFINTER BILIAR (DISFUNCION DEL ESFINTER DE ODDI II)

- Criterios Diagnósticos propuestos:

E1b. Diagnostic Criteria for Functional Biliary Sphincter of Oddi Disorder	3. Absence of bile duct stones or other structural abnormalities
1. Criteria for biliary pain	<i>Supportive Criteria</i>
2. Elevated liver enzymes or dilated bile duct, but not both	1. Normal amylase/lipase
	2. Abnormal sphincter of Oddi manometry
	3. Hepatobiliary scintigraphy

- **Manometría Esfínter de Oddi:** Invasiva y riesgo de complicaciones
- **Tratamiento médico sintomático:** nitratos, amitriptilina, ranitidina
- **Tratamiento invasivo:** Esfinterotomía mediante CPRE.

DISCINESIA BILIAR

Table 7

Rome IV criteria for the diagnosis of functional gallbladder disorder and functional biliary sphincter of Oddi disorder

Rome IV Criteria for the Diagnosis of Biliary Pain	Rome IV Criteria for the Diagnosis of Functional Gallbladder Disorder	Rome IV Criteria for the Diagnosis of Functional Biliary Sphincter of Oddi Disorder
<p>Pain located in the epigastrium and/or RUQ and all of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Builds up to a steady level and lasting 30 min or longer 2. Occurs at different intervals (not daily) 3. Severe enough to interrupt daily activities or lead to an emergency department visit 4. Not significantly (<20%) related to bowel movements 5. Not significantly (<20%) relieved by postural change or acid suppression 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Must meet criteria for biliary pain 2. Absence of gallstones or other structural pathology 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Must meet criteria for biliary pain 2. Elevated liver enzymes or dilated bile duct, but not both 3. Absence of bile duct stones or other structural abnormalities
<p>Supportive criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nausea and vomiting • Pain that radiates to the back and/or right infrascapular region • Pain that wakes patient from sleep 	<p>Supportive criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Low ejection fraction on gallbladder scintigraphy • Normal liver enzymes, conjugated bilirubin, and lipase 	<p>Supportive criteria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal lipase • Abnormal sphincter of Oddi manometry • Abnormal HIDA scan

AGENDA

PATOLOGÍAS DE ORIGEN LITIÁSICA

PATOLOGÍAS DE ORIGEN NO
LITIÁSICAS

PATOLOGÍAS DE ORIGEN TUMORAL

PATOLOGÍA DE ORIGEN TUMORAL

TUMORES DE LA VESICULA BILIAR

Tumores benignos

1. Pólipos:

- Tumores más frecuentes
- Mayoría son resultado de depósitos lipídicos o colesterol
- Diagnóstico incidental (ecografía o pieza de resección)
- Tipos: Colesterol (más comunes, <10mm, múltiples)

Adenomiomas (fundus, 10-20 mm, solitario)

Inflamatorios (5-10mm, solitario 50%/2-5 50%)

Adenomas (más raros, 5-20 mm, solitarios, cualquier lugar vesícula)

- Estrategia: “watch and wait”
- Colectomía electiva: síntomas, tamaño >10 mm, colangitis esclerosante primaria.



TUMORES DE LA VESÍCULA BILIAR

Tumores benignos

2. Colesterolosis o pseudotumor:

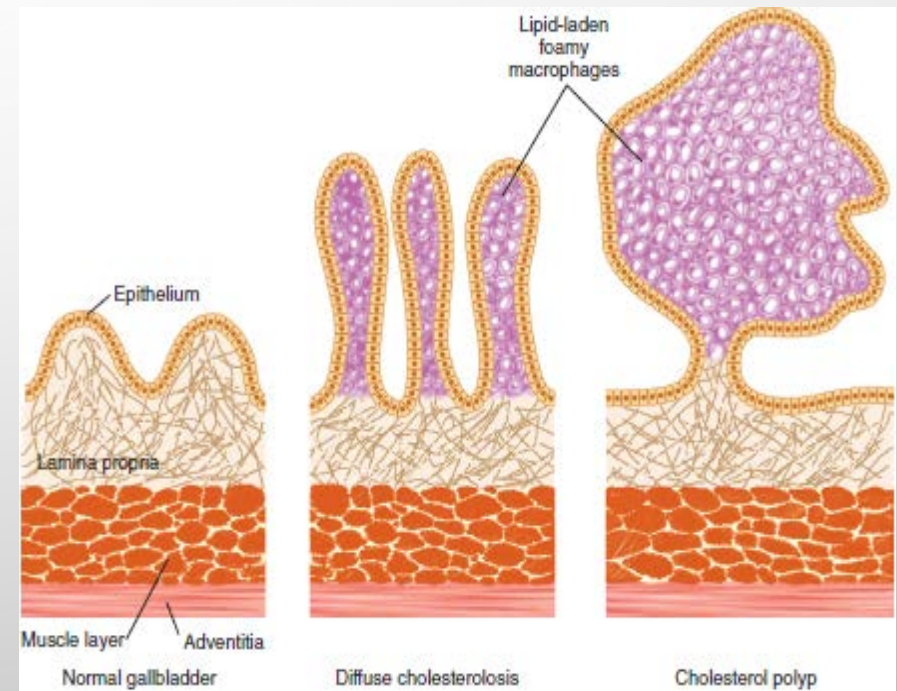
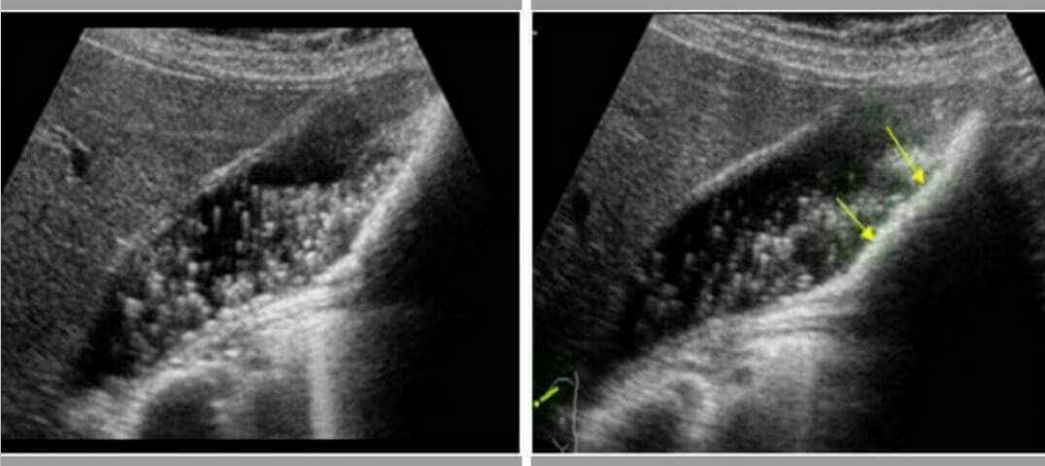
- Anormalidad histológica adquirida caracterizado por acumulación de CL y TG en macrófagos epiteliales.

(“Vesícula en fresa”)

- Hallazgo incidental tras colecistectomía

- Más frecuentes en mujeres hasta 60 años y obesidad

- Solitarios o múltiples, 2-10 mm

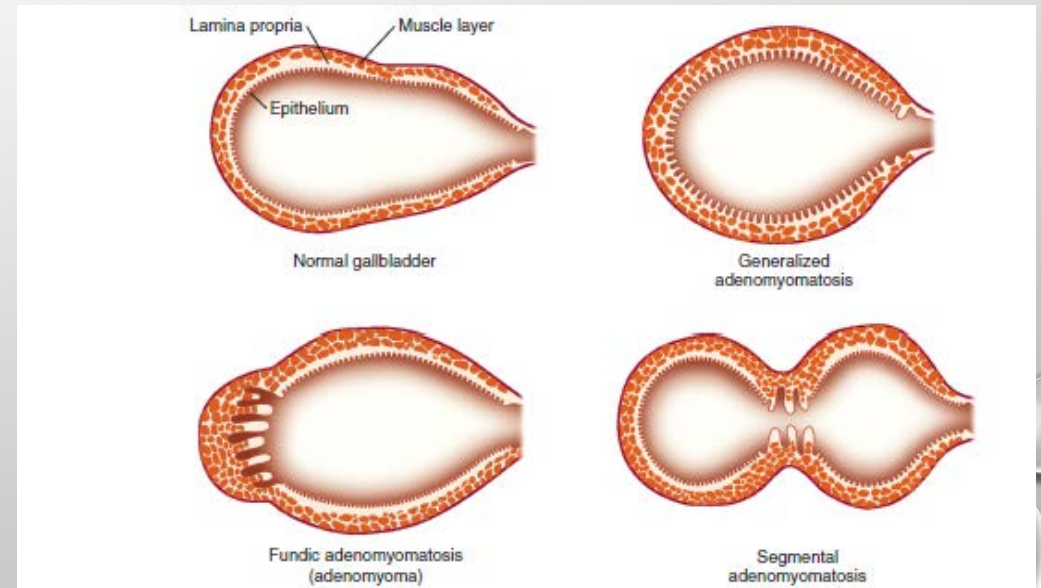
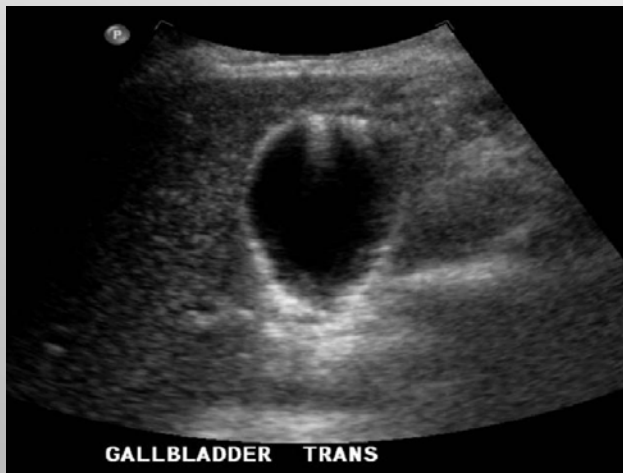


TUMORES DE LA VESICULA BILIAR

Tumores benignos

3. Adenomiomatosis:

- Proliferación de la mucosa e hipertrofia de la capa muscular subyacente.
- Más frecuente en mujeres y aumenta prevalencia con la edad
- Hallazgo incidental tras colecistectomía o eco abdominal
- Colecistectomía electiva: síntomas, tamaño >10 mm



TUMORES DE LA VESICULA BILIAR

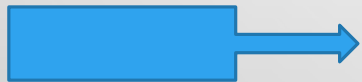
TUMORES MALIGNOS

- Neoplasia vesicular: 5º frecuencia del tracto digestivo y más frecuente de la vía biliar
- Más frecuente en mujeres y en edades avanzadas
- Factores de riesgo: pólipos crecimiento rápido o > 1 cm, vesícula en porcelana, litiasis > 3 cm, mujer joven origen amerindio, desembocadura común conducto pancreático y biliar.
- Cuadro clínico indistinguible de patología benigna.
- Diagnóstico incidental tras colecistectomía o estadios avanzados
- Tratamiento: Forma de presentación, Estudio de extensión
- Pronóstico: Supervivencia 5% en 5 años, supervivencia media < 6 meses

TUMORES DE LA VIA BILIAR

Tumores benignos

- Extremadamente infrecuentes
- Incluyen: adenomas, leiomiomas, lipomas, NET
- Indistinguibles de tumores malignos



Deben ser resecados

TUMORES DE LA VIA BILIAR

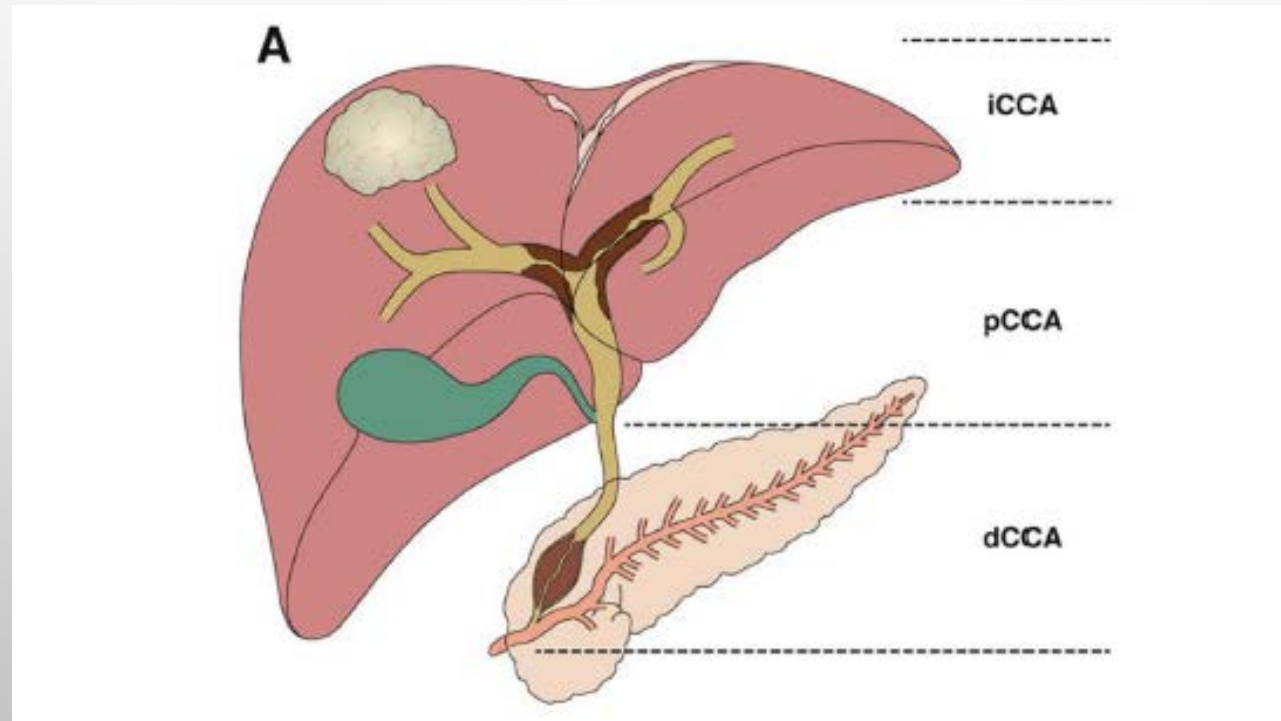
- TUMORES MALIGNOS: COLANGIOCARCINOMA

- Poco frecuente, mayor incidencia en Asia
- Edad > 65 años
- Sexo: mujer/varón (2-3/1)
- Etiología: Desconocida, mayoría esporádica.
- Fxs riesgo: CEP, quistes coledocales, Enf. Caroli,
Clonorchis sinensis, Opistorchis viverrini
- Clínica: Ictericia, colangitis, dolor abdominal inespecífico, prurito.
- Diagnóstico: perfil hepático, eco abdominal, Tc abdominal, ColangioRMN, USE, CPRE.

TUMORES DE LA VIA BILIAR

- TUMORES MALIGNOS: COLANGIOCARCINOMA

LOCALIZACION



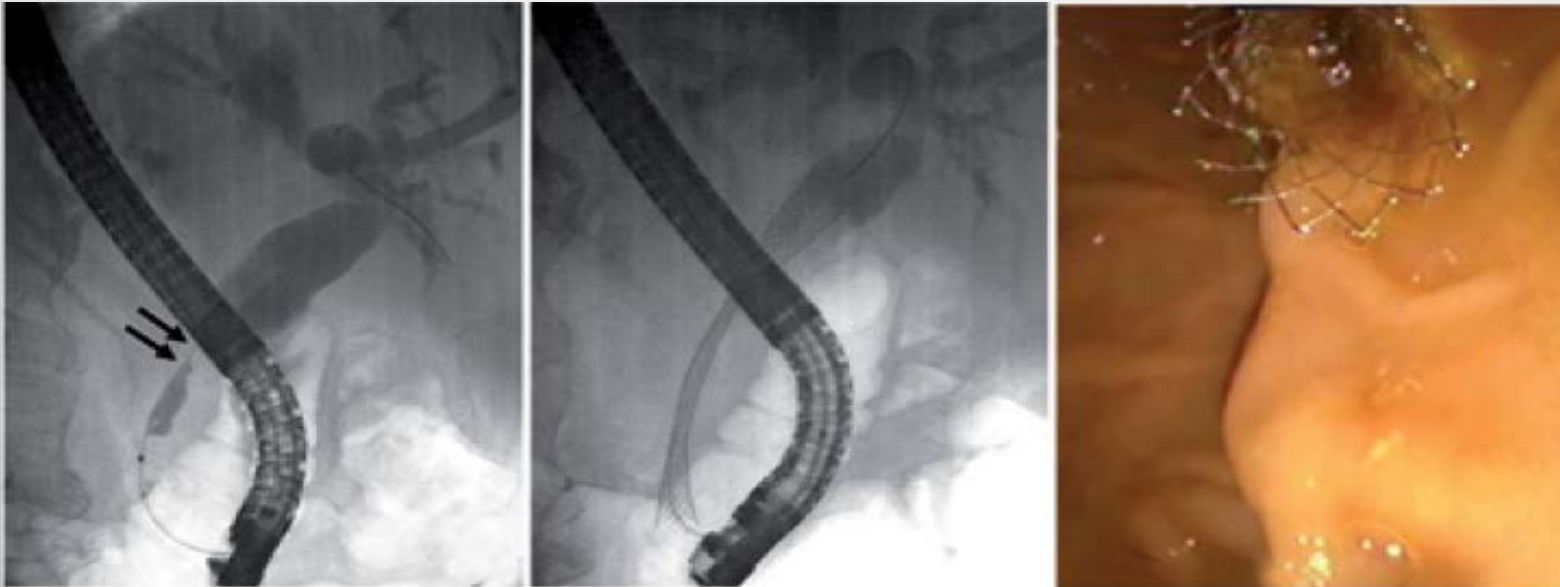
Intrahepático
(10-20%)

perihiliar
(50%)

distal
(30-40%)

TUMORES DE LA VIA BILIAR

- TUMORES MALIGNOS: COLANGIOCARCINOMA
- Tratamiento: Depende del estadiaje
 - Resecable: Duodenopancreatectomía cefálica o Resección hepática (IV, V)
 - Irresecable: Drenaje de la vía biliar
- Pronóstico: Malo. Supervivencia 12-24 meses



TUMORES DE LA PAPILA DE VATER

- Benignos (adenomas, lipomas, tumores estromales o neuroendocrinos) o Malignos
- Adenocarcinoma (**Ampuloma**) es el más frecuente (secuencia adenoma-carcinoma)
- Fx riesgo Ampuloma: PAF (60% presentan ampulomas) y Sd. De Peutz-Jeghers
- Edad 70 años
- Sexo: varón/mujer (1.48/1)
- Clínica: ictericia (80%), pérdida de peso (75%), dolor abdominal (50%), rara vez pancreatitis aguda.
- Diagnóstico: Analítica, ecografía abdominal, Tc abdominal, ColangioRMN, USE, CPRE

TUMORES DE LA PAPILA DE VATER

- Tratamiento: Depende del estadiaje
 - Resecable: Endoscópica (T1N0M0) o Duodenopancreatectomía cefálica
 - Irresecable: Drenaje de la vía biliar
- Pronóstico: Malo si es irresecable (similar al Ca de Páncreas).

