

tumores estromales o GIST [*gastrointestinal stromal tumor* 'tumor del estroma gastrointestinal']), carcinoides y linfomas, es posible sólo en un 5% de los casos^{8,9}. Con la ecoendoscopia, al definir en qué capa de la pared se origina la lesión y cuáles son sus características ecográficas, además de permitir la obtención de material directamente de la lesión para el estudio histológico, se consigue una mayor seguridad diagnóstica y es actualmente la técnica de elección en el estudio de estas lesiones^{2,10}. Respecto al tratamiento, en pacientes asintomáticos está indicada una actitud conservadora cuando se alcanza un diagnóstico de certeza de páncreas ectópico, mientras que la resección quirúrgica es obligada en casos sintomáticos o con diagnóstico incierto.

Bibliografía

- Hedenbro JL, Ekelund M, Wetterberg P. Endoscopic diagnosis of submucosal gastric lesions. The results after routine endoscopy. *Surg Endosc.* 1991;5:20-3.
- Hwang JH, Rulyak SD, Kimmey MB. American Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastric subepithelial masses. *Gastroenterology.* 2006;130:2217-28.
- De Castro Barbosa JJ, Dockerty MB, Waugh JM. Pancreatic heterotopia: Review of the literature and report of 41 authenticated surgical cases, of which 25 were clinically significant. *Surg Gynecol Obstet.* 1946;82:527-42.
- Lai EC, Tompkins RK. Heterotopic pancreas. Review of a 26 year experience. *Am J Surg.* 1986;151:697-700.
- Chandan VS, Wang W. Pancreatic heterotopia in the gastric antrum. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128:111-2.
- Silva AC, Charles JC, Kimery BD, Wood JP, Liu PT. MR cholangiopancreatography in the detection of symptomatic ectopic pancreatitis in the small-bowel mesentery. *Am J Roentgenol.* 2006;187:W195-7.
- Emerson L, Layfield LJ, Rohr LR, Dayton MT. Adenocarcinoma arising in association with gastric heterotopic pancreas: A case report and review of the literature. *J Surg Oncol.* 2004;87:53-7.
- Cho JS, Shin KS, Kwon ST, Kim JW, Song CJ, Noh SM, et al. Heterotopic pancreas in the stomach: CT findings. *Radiology.* 2000;217:139-44.
- Hsia CY, Wu CW, Lui WY. Heterotopic pancreas: A difficult diagnosis. *J Clin Gastroenterol.* 1999;28:144-7.
- Kim JH, Lim JS, Lee YC, Hyung WJ, Lee JH, Kim MJ, et al. Endosonographic features of gastric ectopic pancreases distinguishable from mesenchymal tumors. *J Gastroenterol Hepatol.* 2008;23:e301-7.

Pedro Laguna del Estal*, Rodrigo García Madero, Daniela Dragolici Mihailescu y Pablo García Montero

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pld02m@saludalia.com
(P. Laguna del Estal).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.04.001

Estenosis biliar distal por coledocolitiasis que simula colangiocarcinoma

Distal biliary stenosis due to bile duct stones simulating cholangiocarcinoma

Sr. Director:

Las estenosis biliares pueden ser benignas o malignas y, en ocasiones, es difícil determinar correctamente su naturaleza a pesar de la utilización de nuevas técnicas de imagen y se precisa de una intervención quirúrgica para llegar a un diagnóstico definitivo ante la sospecha de un colangiocarcinoma.

Presentamos el caso de un varón de 79 años sin antecedentes personales de interés que ingresa por epigastria irradiada al hipocondrio derecho, vómitos, fiebre de 38 °C y coluria. Refiere pérdida de 8 kg de peso en los últimos 2 meses. En la exploración física presenta subictericia conjuntival y el abdomen es doloroso a la palpación en el epigastrio y el hipocondrio derecho, con signo de Murphy negativo. En la analítica se observa un hemograma normal, sin leucocitosis ni neutrofilia, aminotransferasa glutámico-xalacética de 44 U/l, aminotransferasa glutámico pirúvica de 61 U/l, gammaglutamil transpeptidasa de 680 U/l, fosfatasa alcalina de 362 U/l, bilirrubina total de 0,9 mg/dl, amilasa de 49 U/l, y lipasa de 38 U/l, con marcadores tumorales (CA) de antígeno carcinoembrionario (CA 19/9, CA 15/3 y CA 125)

dentro de la normalidad. La ecografía abdominal muestra coledocolitiasis, dilatación de la vía biliar intrahepática y la vía biliar principal (VBP) de 17 mm, con una imagen en su porción distal indicativa de coledocolitiasis, por lo que se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) 24 h después, en la que se aprecia una dilatación



Figura 1 Vía biliar principal dilatada, sin defectos de repleción, con balón de Fogarty en tercio medio.

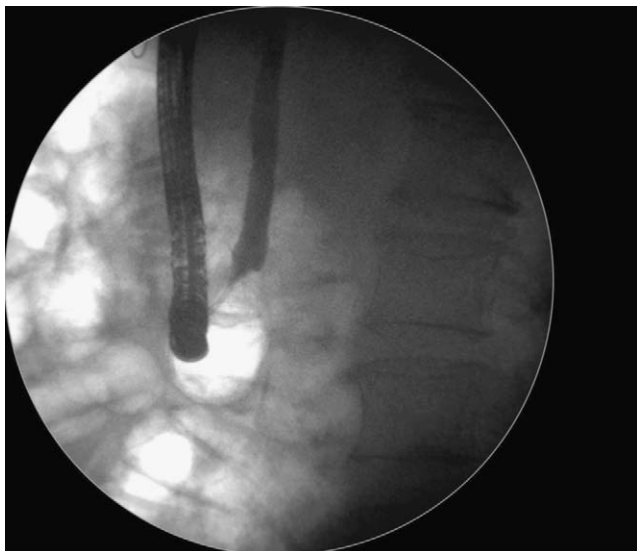


Figura 2 Estenosis irregular de colédoco distal indicativa de malignidad.

de la VBP sin defectos de repleción y aflamamiento en la zona de la encrucijada biliopancreática. Se realiza esfinterotomía y varios pases con balón de Fogarty (fig. 1) sin extracción de cálculos, se coloca una prótesis plástica biliar de 7 cm y 10 Fr, con buen drenaje. Se toman biopsias y citología del tercio distal, que son negativas para malignidad, con presencia de inflamación aguda y crónica inespecífica y ulceración superficial. Ante la duda diagnóstica y el aspecto maligno de la estenosis, se solicita colangiografía magnética (CRM), que confirma la presencia de estenosis biliar distal de unos 15 mm indicativa de colangiocarcinoma. El paciente presenta varios picos febriles, por lo que se inicia un tratamiento con piperacilina con tazobactam, y se realiza una segunda CPRE: la exploración es similar a la previa y se aprecian aflamamiento irregular y amputación de colédoco distal (fig. 2) con dilatación supraestenótica, sin conseguir extraer litiasis; ante la sospecha de colangitis, se deja una nueva prótesis plástica de mayor calibre. Los resultados de la segunda citología y de la biopsia también resultan negativas para malignidad. Dada la discrepancia entre las imágenes radiológicas y los resultados analíticos e histológicos se decide realizar una intervención quirúrgica programada. Se realiza laparotomía subcostal derecha y a la palpación se identifican colelitiasis y coledocolitiasis, con estenosis de VBP distal y biopsia intraoperatoria de la zona negativa para malignidad, confirmada en el análisis de la pieza quirúrgica. Se procede a colecistectomía y coledocoduodenostomía laterolateral, con buena evolución en el postoperatorio.

La evaluación precisa de las estenosis biliares puede ser complicada en ausencia de masa tumoral y en pacientes sin antecedente de cirugía biliar previa, ya que la etiología más

frecuente de la estenosis biliar benigna es la lesión de la VBP durante la colecistectomía laparoscópica¹. Como en el caso presentado, a pesar de la utilización de diversas técnicas de imagen con una alta sensibilidad y especificidad² (CRM y CPRE), para obtener el diagnóstico fue necesario realizar una intervención quirúrgica, ya que cuando no es posible excluir definitivamente malignidad, la estenosis biliar debe tratarse como un colangiocarcinoma^{3,4}. Actualmente, la ultrasonografía endoscópica es una técnica muy útil para el diagnóstico de coledocolitiasis, especialmente cuando la sospecha es baja o intermedia, previo a una CPRE, así como para la evaluación del colangiocarcinoma, y su rentabilidad aumenta en combinación con la punción aspirativa con aguja fina y el uso de minisondas en la vía biliar⁵. Asimismo, el colangioscopio Spyglass[®], de reciente aparición, parece aportar alta sensibilidad y especificidad especialmente en el diagnóstico de estenosis malignas. Aunque el tratamiento de la estenosis biliar benigna ha sido tradicionalmente quirúrgico mediante anastomosis bilioentérica con una alta tasa de éxito, en la actualidad, el tratamiento endoscópico es de primera elección en las estenosis posquirúrgicas y postransplante hepático mediante dilatación e inserción de múltiples prótesis biliares⁶.

Bibliografía

1. Farah M, McLoughlin M, Byrne MF. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of benign biliary strictures. *Curr Gastroenterol Rep*. 2008;10:150–6.
2. Pamos S, Rivera P, Canelles P, Quiles F, Ortí E, Cuquerella J, et al. Colangiopancreografía por resonancia magnética (CPRM) versus colangiopancreografía endoscópica retrógrada (CPRE): utilidad diagnóstica. *Gastroenterol Hepatol*. 1998;21:174–80.
3. Principe A, Ercolani G, Bassi F, Paolucci U, Raspadori A, Turi P, et al. Diagnostic dilemmas in biliary strictures mimicking cholangiocarcinoma. *Hepatogastroenterology*. 2003;50:1246–9.
4. Läufer JM, Baer HU, Schajor M, Halter F, Büchler MW. Cholelithiasis at the hepatic confluence mimicking a hilar cholangiocarcinoma. *Hepatogastroenterology*. 1998;45:2339–43.
5. Moparty B, Bhutani MS. Endoscopic ultrasonography for cholelithiasis and biliary malignancy. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2005;50:2153–8.
6. Judah J, Draganov P. Endoscopic therapy of benign biliary strictures. *World J Gastroenterol*. 2007;13:3531–9.

Rocío Plaza Santos*, Aurora Burgos García, Francisco Gea Rodríguez, Pedro Mora Sanz, Rafael Rey Sanz, Pilar Castro Carbajo y José Manuel Suárez de Parga

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rocio_plaza@yahoo.es (R. Plaza Santos)