

Papilitis estenosante primaria

Romeo Castillo-Castellanos, Edgar Sndoval-Valenzuela, Miguel A. González-Hernández, José R. Rosique-Maldonado, Guillermo Wilson-Gómez

Hospital General de Cárdenas, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

RESUMEN

La papilitis estenosante, conocida también como estenosis papilar, odditis, estenosis del esfínter de Oddi y estenosis ampular². La papila de Vater enferma mucho más a menudo de lo que hasta hace poco se sabía. Sólo el empleo sistemático de la radiomanometría ha revelado el hecho sorprendente de que en el 10% de las operaciones de las vías biliares se encuentra afectada la papila, aún cuando se prescindiera de los cálculos enclavados en la papila, que constituyen una minoría. No hay ningún sitio del cuerpo humano-exceptuando el sistema nervioso- donde una alteración tan pequeña de lugar a tan grandes consecuencias fisiológicas¹. El diagnóstico se basa en su mayoría en el hallazgo radiomanométrico de un estrechamiento en la región de la papila, con dificultades de evacuación, aumentando la presión en el sistema biliar. Etiológicamente se encuentra asociada a una colelitiasis, especialmente la coledocolitiasis; más del 90% de las papilitis cursan con coledocolitiasis. La papilitis estenosante es en parte una complicación de la colelitiasis y en parte una enfermedad primaria independiente de la papila.

La papilitis estenosante es de gran importancia práctica, su omisión en la cirugía conlleva la aparición de cólicos e ictericia postoperatorias y una causa importante del síndrome postcolecistectomía. Además la estenosis de la papila puede ejercer también sus efectos sobre el conducto del Wirsung y convertirse en una causa de la pancreatopatía crónica recidivante. Poner perfectamente en claro las circunstancias en que se encuentre la papila, es una parte esencial de toda operación cuya finalidad consista en lograr una curación completa de la afección biliar. Siempre es importante pensar en esta patología cuando exista la triada: dolor, ictericia y fiebre y la existencia de un colédoco dilatado con o sin litiasis, y se debe resolver lo más pronto posible con una esfinterotomía, una coledocoduodenoanastomosis, o una prótesis para drenar la vía biliar y evitar que el paciente presente una cirrosis biliar. Este caso que se presenta es una papilitis primaria por las características clínicas presentadas.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 52 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares ni patológicos de importancia, la cual refiere haber iniciado su padecimiento desde hace un mes al presentar prurito generalizado en piel, acompañándose de coluria, heces pálidas, hiporexia, astenia, pérdida de peso. Asiste a facultativo particular sin mejoría, a los veinte días

de iniciado el prurito refiere calosfríos, hipertermia no cuantificada. A la exploración física: facies ictericas, conjuntivas ictericas + +. Cardiorespiratorio sin compromiso. Abdomen blando, depresible, sin visceromegalias. El laboratorio del 4 de Enero del 2001, Bh: Hb12.3gr, Hto 37.9%, Leuc. 6800mm³, el panel de hepatitis negativo; BT: 3.20mgr, BD: 2.75mgr, BI: 0.45mgr. TGO: 375.5 U, TGP: 505.5U, Fosfatasa alcalina: 1535U; QS: glucosa 68.5mgr, Suero icterico; EGO: bilirrubinas: positiva, urobilinogeno: huellas, Gpo. y Rh: O positivo; TP:100%, TPT: 38 segundos. El ultrasonido (US) de abdomen superior del día 8 de enero de 2001 reportó dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática, dando como diagnóstico probable Cáncer de la vía biliar. El US de abdomen superior del día 10 de enero de 2001 reportó datos sonográficos de proceso hepatocelular de origen biliar, hidrocolecisto, dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, el colédoco distal de 18 mm de calibre con presencia de ecos en su interior, con relación a barro biliar, terminando en forma de punta de lápiz, no determinándose la probable neoplasia intracoledociana. La paciente inicia con calosfríos e hipertermia, ataque al estado general, por lo que se decide realizar el día 15 de enero de 2001 colecistectomía con exploración de vías biliares, encontrando como hallazgos vesícula de 12 cm de longitud con paredes a tensión, al incidir el colédoco para la exploración de vías biliares, se observa salida de secreción purulenta y bilis espesa; se pasan sondas de alimentación a duodeno, así como dilatadores hasta el número 5, así también se palpa a través del duodeno, ámpula de Vater aumentada de tamaño y consistencia. Se coloca sonda en T y se realiza colangiografía transoperatoria sin pasar el medio de contraste hacia el duodeno, se deja sonda en T y se decide esperar el tiempo indicado para extraerla. (Fig. 1).



FIGURA 1. Colangiografía transoperatoria muestra el no paso del medio de contraste al duodeno.

Se indica ejercicios de la sonda en T sin poder tolerar el cierre de la sonda mas de 3 horas provocándole dolor, se solicita una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de la vía biliar principal el día 25 de enero de 2001, sin encontrar lito en la vía biliar ni datos de neoplasia; con estos datos se solicita valoración por el servicio de endoscopía, realizando el día 8 de febrero de 2001, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica la que reporta estenosis distal, puntiforme del colédoco y además esfinterotomía de 12 mm. Se valora el retiro de sonda en T en cuatro días, se cierra la sonda en T para valorar su retiro, presentando mucho dolor la paciente, por lo que se decide su permanencia. (Fig. 2).



FIGURA 2. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica muestra la estenosis del esfínter del colédoco.

El 22 de febrero del 2001 se le realizó TAC reportando engrosamiento de las paredes del colédoco, así como hepático común, sugestivos de colangitis, sin identificar masas en el páncreas; el 23 de febrero de 2001 la biopsia del ámpula de Vater reportó inflamación aguda y crónica, edema y congestión vascular, sin elementos de malignidad. (Fig. 3).

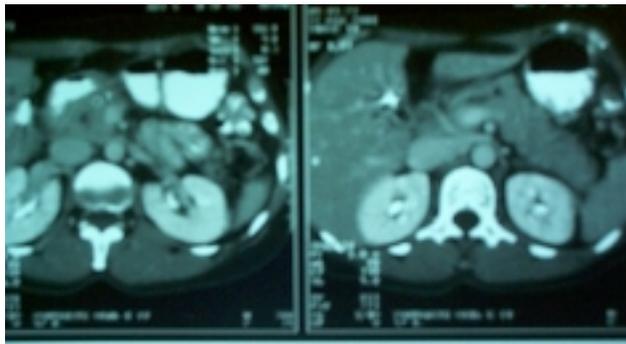


FIGURA 3. La TAC reporta ausencia de neoplasia a nivel de la encrucijada biliopancreática.

El cepillado del colédoco distal reportó epitelio cilíndrico bien diferenciado con cambios reactivos inflamatorios agudo y crónico, sin atipias ni evidencia de malignidad. El estudio histopatológico de la vesícula reportó colecistitis crónica alitiásica.

El día 2 de Marzo del 2001 se decide colocar una endoprótesis y retirar la sonda en T. La evolución de la paciente ha sido satisfactoria, ha ganado peso y se encuentra integrada a sus labores cotidianas. (Fig. 4).



FIGURA 4. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica muestra la presencia de la prótesis en colédoco.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La papilitis estenosante conocida también como odditis, estenosis del esfínter de Oddi y estenosis ampular, se conoce desde 1884, cuando Langenbuch postuló que los cambios patológicos de la papila de Vater podrían afectar el esfínter de Oddi y llevo a reconocer clínicamente a la enfermedad nombrándola “coledocodditis esclerosante.”²

En 1888, Oddi demostró una moderada resistencia del colédoco distal y que la ictericia podría ser debido a espasmos del músculo del esfínter en esta área.

Delfor del Valle y Donovan dieron finalmente 1927 una descripción histológica y clínica detallada. La estenosis inflamatoria de la papila se consideraba, sin embargo, como poco frecuente hasta que Mallet-Guy (1943) y Capola (1949) demostraron su verdadera frecuencia. En 1975, Nebel identificó una zona de alta presión que llamo presión del esfínter de Oddi. Bart y cols. en 1979 fueron los primeros que describieron la manometría endoscópica en pacientes con sospechas de estenosis papilar.⁵

La papila de Vater enferma mucho más a menudo de lo que hasta hace poco se sabía. Solo el empleo sistemático de la radiomanometría ha revelado el hecho sorprendente de que en el 10% de todas las operaciones de las vías biliares se asocia con una afección de la papila. No hay ningún sitio del cuerpo humano-exceptuando el sistema nervioso-donde una alteración tan pequeña de lugar a tan grandes consecuencias fisiológicas.

Es lícito preguntarse ¿porqué la papila de Vater es un sitio tan frecuente de alteraciones inflamatorias?, parece ser que peculiaridades anatómicas y fisiológicas la predisponen a ello. Etiológicamente desempeña en gran parte de los casos el principal papel una colelitiasis, especialmente la coledocolitiasis, pero incluso con vías biliares

completamente normales se encuentran papilitis estenosantes cuya etiología resulta difícil de establecer⁵.

La colelitiasis simple y la colecistitis acalculosa, rara vez cursa con estenosis de la papila, mientras que en la litiasis del colédoco se encuentran en casi la mitad de los casos. Todas estas papilitis se consideran secundarias.

La estenosis de la papila puede provocar todos los síntomas de la oclusión del colédoco: ictericia,⁹ colangitis, cólicos, dilatación de la vía biliar principal; las estenosis de la papila no conducen por sí solas a una oclusión completa del colédoco. La papilitis imita en ocasiones un tumor cuando aparece sin grandes cólicos, con brotes colangíticos y una ictericia progresiva. La papilitis estenosante tiene una forma evolutivaseudolitiásica yseudotumoral.

Se denomina papilitis estenosante primaria la que cursa sin colecistitis o colelitiasis, o sea, cuando fuera de la papila no esta afectada ninguna porción del sistema biliar. El 10.8% de todas las papilitis estenosantes se presentan a pesar de su baja frecuencia, su importancia radica en los problemas postquirúrgicos por desconocimiento u omisión. Al igual que la forma secundaria, la forma primaria de la papilitis estenosante puede repercutir sobre el páncreas y convertirse en causa de una pancreatitis por retención. La forma primaria no se distingue histológicamente de la secundaria, pero existen algunas diferencias importantes en sus consecuencias.

Macroscópicamente en el estado agudo puede presentar una tumefacción flemosa, estar enrojecida y edematosa y destacar en la luz duodenal como un hocico. Con mayor frecuencia esta retraída, recia, dura como la madera, en cuyo caso la papila puede palpase ya a través del duodeno intacto, como una clara resistencia.

En las biopsias se encuentran los más diversos estudios de una inflamación aguda y crónica. Hay que admitir que una parte de los hallazgos agudos son reversibles y sanan espontáneamente, no así los cuadros fibrosos.

Las papilitis, tanto primarias como secundarias, pueden abarcar todo el aparato esfintérico,^{6,8} es decir, el esfínter de la ámpula, el esfínter del colédoco propio y el esfínter pancreático, o bien solo porciones del aparato esfintérico y producir en ellas la consiguiente estenosis.

Las estenosis del esfínter de Oddi (papilitis estenosante) es tres veces más común en mujeres que en hombres. Esta patología puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común entre los treinta y cincuenta años.

El diagnóstico preoperatorio de la papilitis estenosante es difícil. La papilitis estenosante clínicamente es una obstrucción incompleta. Existe un cuadro clínico de la oclusión incompleta de las vías biliares fácilmente reconocible y que a menudo no puede pasar de ningún modo inadvertido, corresponde a la triada descrita por Villard: cólicos, fiebre, ictericia. Sin embargo, la triada clásica se encuentra solamente en una minoría de las oclusiones incompletas del colédoco. Mas del 70% muestran una sintomatología atípica, pueden presentarse como completamente asintomáticas y con sintomatología incompletas, es decir pueden existir temperaturas sin

ictericias y cólicos, cólicos sin ictericia y fiebre, ictericia sin cólicos. Únicamente la conformación de un aumento de la fosfatasa alcalina permite hacer una interpretación correcta. En las oclusiones incompletas pueden faltar también los cólicos temporal o permanentemente. Son precisamente los obstáculos asintomáticos de las vías biliares los que crean un verdadero problema, ya que por lo regular se reconocen tardíamente; de esta manera se originan la mayoría de las cirrosis biliares. En ocasiones el aumento de la fosfatasa alcalina sérica puede proporcionar una clave para el diagnóstico, rara vez hay aumento de la bilirrubina sérica y enzimas pancreáticas.

Un examen radiológico valioso es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En un sólo examen puede descartarse una hernia hiatal, úlcera péptica, cálculos biliares y otras patologías y definir el estado de los conductos pancreáticos y biliares.^{4,7}

La radiomanometría biliar es el método más utilizado. Las películas intraabdominales y el radiocine facilitan la observación del desfiladero oddiano. La caudometría es de suma importancia para detectar estenosis papilar y orientar la terapéutica.

El diagnóstico quirúrgico de la estenosis papilar es hecho pasando dilatadores a través de la papila de Vater. Hay acuerdo general que la dificultad para pasar un dilatador de 3 mm o menos a través del esfínter bajo suave presión es evidencia suficiente que existe estenosis papilar.²

Desde el punto de vista histórico, el tratamiento era quirúrgico y por lo común consistía en derivación biliar-entérica. Sin embargo, en los últimos 10 años ha tenido gran aceptación la colocación de una endoprótesis de vías biliares. Algunos grupos han informado sus experiencias con la colocación de endoprótesis por endoscopia en estenosis benignas de la porción distal del colédoco. En casi todos los casos, el seguimiento se ha hecho a mediano plazo. En los últimos 10 años se ha acumulado experiencia con la colocación de endoprótesis por laparoscopia, y en la actualidad se reservan las intervenciones quirúrgicas sólo para las estenosis más complejas o pérdida tisular.¹⁰

DISCUSIÓN

La papilitis estenosante primaria, es una variedad de estenosis del esfínter de Oddi muy poco común, ocupando el 10.8% de todas las papilitis estenosantes. Se presume que esta paciente cursó con una papilitis estenosante primaria por que no fue provocada por obstáculos mecánicos: tumor, divertículos duodenales, lesiones pancreáticas benignas o malignas, cálculos biliares, etc. El cuadro clínico que presentó la paciente con un mes de evolución, el prurito, la ictericia y la carencia de cólicos, heces pálidas, indican que existía una obstrucción incompleta, que estaba generada solamente a nivel de la papila de Vater lo que se demostró ultrasonográficamente con la presencia de hidrocolecisto, el colédoco de 18 mm y su terminación en forma de punta

de lápiz. La topografía computarizada no mostró ni litiasis, ni neoplasia en la encrucijada biliopancreática, la intervención quirúrgica demostró un colédoco dilatado, al incidirlo se observó salida de secreción purulenta y bilis espesa, lo que muestra que toda papilitis estenosante cursa con infección ascendente. A la exploración, pasó la sonda hacia el duodeno así como los dilatadores hasta el número 5. Se palpó la ampolla de Vater aumentada de tamaño y de consistencia dura, pero al realizar la colangiografía transoperatoria el medio de contraste no pasó hacia el duodeno, por lo que se decidió dejar sonda en T. Cuando se iniciaron los ejercicios de la sonda en T, la paciente presentó mucho dolor, por lo que se pidió valoración por el endoscopista quien realizó esfinterotomía de 12 mm, sin resultado positivo ya que al cerrar la sonda en T persistía el cólico, esto hace pensar que la papilitis estenosante abarcó el esfínter del colédoco. Se decidió colocar una prótesis en colédoco para drenar la vía biliar y retirar la sonda en T. Los resultados de la biopsia de la papila y del cepillado del colédoco mostraron inflamación aguda y crónica. Hay que admitir que una parte de los hallazgos agudos son reversibles y que curan espontáneamente, lo que apenas cabe esperar de los cuadros fibrosos; hay aquí un problema significativo, no se sabe cuantas y cuales de las papilitis comprobadas requieren un tratamiento quirúrgico y cuales involucionan espontáneamente. Es posible que ante esta inseguridad, se amplíe en este caso las indicaciones quirúrgicas de manera excesivas, como por ejemplo: esfinterotomías³ y anastomosis innecesarias. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía es el método estándar para tratar la estenosis de la ampolla de Vater y no la esfinteroplastia transduodenal que se utilizaba en épocas pasadas.

En los últimos 10 años ha tenido gran aceptación la colocación de una endoprótesis por endoscopia de vías biliares. Algunos grupos han informado sus experiencias con la colocación de endoprótesis por endoscopia en estenosis benignas de la porción distal del colédoco. Se han señalado lapsos de permanencia de la endoprótesis de un año o más y se piensa que un periodo mayor estimula la curación.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico preparatorio de la papilitis estenosante es difícil. La papilitis estenosante clínicamente es una obstrucción incompleta, la fisiopatología esta esencialmente

determinada por dos factores: el aumento de la presión intrahepática y la presencia de infección. Existe un cuadro clínico de la oclusión de las vías biliares fácilmente reconocible que corresponde a la triada: cólicos, fiebre e ictericia. Sin embargo, la triada clásica se encuentra solamente en una minoría de las oclusiones incompletas del colédoco. Mas del 70% muestran sintomatología atípica, de acuerdo a la sintomatología se pueden encontrar las formas siguientes:

a) Formas completamente asintomáticas: faltan los cólicos, la ictericia y una fiebre manifiesta.

b) Sintomatologías incompletas: puede existir fiebre sin ictericia, ictericias sin cólicos; únicamente la comprobación de un aumento de la fosfatasa alcalina permite hacer una interpretación correcta, como sucedió con este caso clínico que nunca presentó cólicos, pero si una considerable elevación de la fosfatasa alcalina.

Siempre que se presenten dos signos de la triada, se está obligado a pensar en una papilitis estenosante, y desde ese momento iniciar el protocolo de estudio.

De acuerdo a la literatura consultada, la conducta que se tomó con la paciente de colocarle la endoprótesis, es la que se está realizando actualmente a nivel mundial.¹⁰

REFERENCIAS

1. Walter Hess. Enfermedades de las vías biliares y del páncreas. 7a. ed. Ed. Científico Médica 1985: 90-107.
2. Bick JE. Papillary stenosis. 4a. ed. 1985; 6: 3799-3807.
3. Cotton PB, Vallon AC. British experience with duodenoscopic sphinterotomy for removal of bile duct stones. British J Surg 1981; 68 (6):373-375.
4. Nakajima M, Kizum, Akasakay, Kawaik. Five years experience of endoscopic sphinterotomy Japan. A collective study from 25 centers. Endoscopy 1979; 11 (2):138-141.
5. Delmont J, Hayton R, Vedel JP. The evaluation of suspected papillary stenosis. Dig Dis Science 1980; 25 (6).
6. Enciclopedia Médico Quirúrgica. Técnicas quirúrgicas aparato digestivo, 1998; 3:900, 40-915, 40-930.
7. Operaciones abdominales. 8a. ed. Ed. Media Panamérica 1998; 2:1855-1858.
8. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Anatomía y embriología quirúrgicas. Interamericana 2000; 1:203-214.
9. Vicente B, Cerecedo-Cortina, Gutiérrez-Romero M, Lazos-Ochoa M. Hematología clínica. Ed. Prado 2000: 17-29.
10. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía muy poco invasora. Ed. Interamericana 2000; 1 (4):1221-1252.

XXV EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS

El día 6 y 7 de octubre se llevará a cabo en diferentes sedes de la República Mexicana, la aplicación del XXV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, del cual será sede nuevamente el estado de Tabasco; las inscripciones se realizarán en la Dirección de Investigación

y Enseñanza de la Secretaría de Salud en horario de 9 a 14 horas del 4 al 29 de junio de 2001 para médicos que cuenten con título y cédula profesional y del 2 al 27 de julio para médicos que estén realizando el servicio social o que aún no cuentan con su cédula profesional.

Fuente: Dirección de Investigación y Enseñanza, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.