

DRENAJE ECTÓPICO DE LA VÍA BILIAR EN BULBO DUODENAL: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

J.M. Martín-Guerrero¹, J.A. Guerra², M. Bonet-Padilla¹, M. Cabello-Ramírez¹, M.T. Carrillo de Albornoz-Pallarés¹

¹Unidad de Aparato Digestivo. ²Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital de la Merced. Osuna.

Resumen

Introducción: El drenaje ectópico de la vía biliar es una entidad poco frecuente con diagnóstico retardado en muchas ocasiones. Tiene implicaciones clínicas importantes de manejo terapéutico. Se presenta un caso con tratamiento de manejo endoscópico con evolución posterior adecuada.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 63 años de edad con episodios frecuentes de colangitis, en los dos últimos años con periodicidad trimestral. Inicialmente a pesar de una endoscopia oral y una CPRE pasó desapercibida la existencia de esta entidad. El diagnóstico se orientó tras los hallazgos en un estudio esofagogastroduodenal con bario en el que se rellenó casualmente la vía biliar desde el duodeno. Se decidió hacer un tratamiento endoscópico con dilatación de la desembocadura biliar en duodeno mediante dilatación endoscópica evitando esfinterotomía.

Discusión: Esta anomalía aunque infrecuente hay que sospecharla cuando se ve un orificio por el que sale biliar a nivel de duodeno. Aunque el tratamiento establecido es quirúrgico, la CPRE con dilatación en lugar de esfinterotomía permite solucionar una gran parte de casos con evolución posterior adecuada de la mayoría de pacientes.

Palabras claves: Ectopia de la vía biliar. Colangio Pancreatografía Retrograda Endoscópica.

CORRESPONDENCIA

Juan Manuel Martín Guerrero
C/Esperanza de la Trinidad nº 12. Portal 1-5º B.
41008 Sevilla

jornadasosuna@gmail.com

Abstract

Introduction: Ectopic drainage of the bile duct is a rare entity with diagnosis often delayed. Has important clinical implications for therapeutic management. A case management with endoscopic treatment with appropriate future development

Case report: This is a male patient aged 63 with frequent episodes of cholangitis, in the last two years with quarterly periodicity. Initially despite oral endoscopy and ERCP go unnoticed existence of this entity. The diagnosis was oriented on the findings on upper GI barium study which incidentally filling the bile duct from the duodenum. It was decided to endoscopic therapy with dilatation of the mouth biliary dilatation in duodenum by endoscopic sphincterotomy prevent.

Conclusion: This rare anomaly should be suspected even when you see a hole through which exits at duodenal bile. Although surgical treatment is established, ERCP with sphincterotomy expansion rather than to manage a large proportion of cases with adequate subsequent evolution of most patients.

Key words: Ectopia of the bile duct. Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography.

Caso clínico

Paciente de 63 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Estenosis duodenal diagnosticada en 1996, de probable naturaleza péptica y colelitiasis. Consultó en Junio de 2007 por episodios de fiebre de 3 días de evolución y



Figura 1

Estudio Esofagogastroduodenal con bario. En el EGD se aprecia como se rellena la vía biliar desde el bulbo duodenal.

orinas oscuras que se habían repetido cada 2 meses en el último año. En la analítica ambulatoria destacaba un aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina dos veces los valores normales. Se realizó ecografía de abdomen y se apreció colelitiasis y dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Con el juicio clínico de colangitis de repetición por probable coledocolitiasis se pensó en indicar CPRE. Previamente se hizo endoscopia oral para valorar duodeno por el antecedente de estenosis péptica que mostró una deformidad péptica pilórica con bulbo deformado y se logró pasar con el endoscopio a 2º porción duodenal para valorar realizar CPRE. Se tomaron biopsias que fueron negativas para malignidad y se puso tratamiento erradicador para *Helicobacter Pylori* por ser positivo el test rápido de ureasa. También realizamos ColangioRNM sin que aportase datos nuevos. Posteriormente se programa CPRE pero con la estenosis duodenal no se logró pasar el duodenoscopio a 2º porción. El paciente siguió teniendo episodios recurrentes de colangitis cada 3 meses. En Julio 2008 se decide realizar colecistectomía abierta y exploración de vía biliar en quirófano con colangiografía intraoperatoria, apreciándose vía biliar que se consideró normal. No se realizó derivación biliodigestiva. Después continuó teniendo episodios de colangitis y en uno de estos episodios en Noviembre 2008 se le realiza un estudio baritado esofagogastroduodenal (EGD) (**Figura 1**) en el que se relleno la vía biliar desde el bulbo duodenal. Se solicitó de nuevo CPRE, en la que después de piloro, en el bulbo que se ve deformado se apreció un orificio por el que salía bilis y adyacente al mismo unos milímetros a la izquierda "otro orificio" de similares características (**Figura 2**). Después de pasar a 2º porción duodenal y tras maniobras de inspección y retirada no se llega a identificar la estructura papilar. Cambiamos el duodenoscopio por un gastroscopio para tener visión frontal y canalizamos con un catéter estándar el orificio por el que se vió salir bilis en bulbo y tras inyectar contraste se rellena la vía biliar que esta dilatada y termina afilada en su desembocadura a intestino (**Figura 3a**). Estos



Figura 2a

Imagen endoscopia desde el antro apreciándose una profusión en bulbo duodenal.

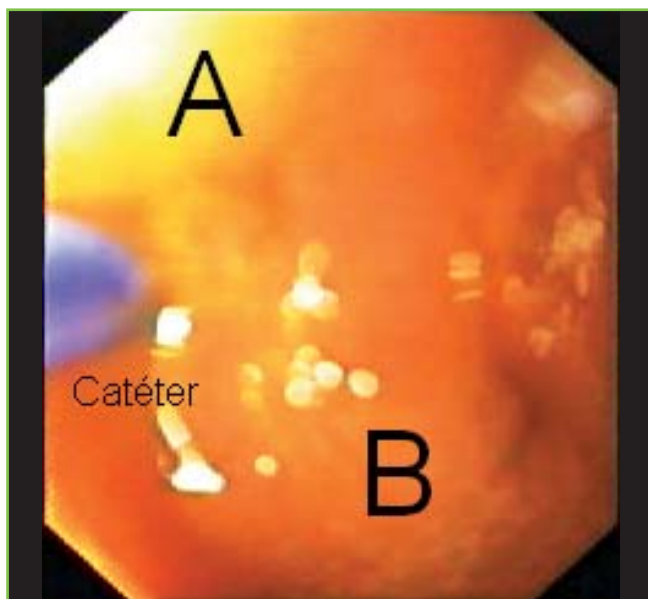


Figura 2b

Tras aproximarnos a la profusión descrita, casi con el endoscopio tocando dicha profusión, se aprecia un orificio por el que sale bilis (A) y adyacente al mismo a la derecha otro que corresponde a la desembocadura del conducto pancreático (B).

hallazgos, aunque pudieran ser compatibles con una fístula biliodigestiva, parecen más probables con un drenaje ectópico de la vía biliar. Se le realizó al paciente dilatación del orificio ectópico biliar hasta 10 mm sin esfinterotomía (**Figura 3b**) con extracción también de dos pequeños cálculos de 5 milímetros. Hasta la fecha de enviar este trabajo, Diciembre de 2009, el paciente no ha presentado nuevos episodios de colangitis.



Figura 3a

Canulando el orificio (A) se obtiene una colangiografía apreciándose un colédoco sigmoideo que termina en pico y con defectos de repleción compatibles con coledocolitiasis.



Figura 3b

Tras dilatar el orificio (A) se extrae los cálculos con balón de Fogarty.

Discusión

El drenaje ectópico de la vía biliar en duodeno, entendiéndose como tal la desembocadura de la vía biliar en un lugar diferente de la 2ª porción duodenal, es poco frecuente y a menudo pasa desapercibido diagnosticándose al cabo de varias exploraciones. La visión de un orificio en bulbo duodenal por el que se ve salir bilis plantea el diagnóstico diferencial entre otros con una fístula biliar, espontánea o quirúrgica. Por otra parte la visión de un orificio adyacente a la izquierda del que sale bilis nos apoyaba la idea de que la visión endoscópica tenía que corresponder a un drenaje ectópico de la vía biliar en duodeno¹.

Es muy frecuente su asociación a enfermedad péptica duodenal^{2,4}. En la revisión de la literatura parece que el drenaje ectópico biliar es congénito por un defecto de la embriogénesis, y que la salida de bilis al bulbo produciría una ulceración secundaria del mismo.

Por último es interesante en este caso el planteamiento del tratamiento. Dado que los episodios de colangitis de repetición en estos pacientes se deben a colangitis ascendentes y por entrada de contenido alimenticio a vía biliar, podría plantearse derivación gastroentérica para desviar el tránsito de salida de estómago. Este se había considerado durante mucho tiempo como el tratamiento de elección con una evolución buena³. Posteriormente se ha publicado series más amplias de pacientes con tratamiento endoscópico mediante CPRE con muy buenos resultados⁴. Cuando se decide la opción endoscópica es importante evitar la esfinterotomía, por el mayor riesgo de hemorragia o perforación durante la misma dado el escaso recorrido del colédoco en la porción intraduodenal al desembocar en el bulbo y a la ausencia de un verdadero esfínter biliar en esta zona, y en su lugar es

preferible realizar esfinteroplastia. Nosotros nos planteamos primero dilatar al paciente endoscópicamente porque en la literatura hay algunas series con una evolución adecuada (recurrencia tras la dilatación del 13,2% con un periodo medio de tiempo de recurrencia de 14 meses)⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Özaslan E, Saritas Ü, Tatar G, Simsek H. Ectopic Drainage of the common bile duct into the duodenal Bulb: report of two cases. *Endoscopy* 2003; 35: 545.
2. Song MH, Jun DW, Kim SH, Lee HH, Jo YJ. Recurrent duodenal ulcer and cholangitis associated with ectopic opening of bile duct in the duodenal bulb. *Gastrointest Endosc* 2007; 65(2):324-25.
3. Sang Soo Lee, Myung-Hwan Kim, Sung-Koo Lee, Kyu-Pyo Kim, Hong Ja Kim, Jong Seok Bae, Hyun Jun Kim, Dong Wan Seo, Hyun Kwon Ha, Jae Seon Kim, Chang Duk Kim, Jun Pyo Chung, Young Il Min. Ectopic opening of the common bile duct in the duodenal bulb: Clinical implications. *Gastrointest Endosc* 2003; 57:679-682.
4. Selcuk Disibeyaz, Erkan Parlak, Bahattin Cicek, Cem Cengiz, Sedef O Kuran, Dilek Oguz, Hakan Güzel, Burhan Sahin. Anomalous opening of the common bile duct into the duodenal bulb: endoscopic treatment. *BMC Gastroenterology* 2007, 7:26.