

Estenosis biliar postoperatoria media por neuroma de amputación del plexo pericoledociano

Dres. Carlos Juambeltz¹, Gonzalo Fernández², Marta Chiossoni³, Jorge Vercelli⁴, José Praderi⁵, Alberto Beguiristain⁶, Raúl Praderi⁷

Resumen

Dos antiguos coledocotomizados hicieron estenosis tardías de la vía biliar principal (3 años y 1 año). Ambos fueron tratados con resección de la estrictura y anastomosis hepático-yeyunal. El estudio histológico mostró neuromas de amputación en los dos casos. Esta rara lesión ha sido comunicada en muy pocas ocasiones en la literatura que se refieren en el texto.

Palabras clave: Vía biliar principal – complicaciones
Neuromas de amputación

Summary

Two patients who had undergone choledochotomy suffered from late stenosis of the main biliar viae (3 and 1 year later). Both were treated by stricture resection and hepatico-jejunal anastomosis. The histological study showed amputation neuromas in both cases. This rare lesion has been reported in very few cases in reference literature.

Introducción

En el tratamiento de las estenosis postoperatorias mediatas de la vía biliar principal debe de researse el nódulo estenosante (por lo general de tejido fibroso cicatrizal), realizar la derivación bilio-digestiva y en-

viar la pieza al anatómo-patólogo para descartar un cáncer de vía biliar.

Estudiando las piezas de dos enfermos operados por uno de nosotros en esta situación, dos patólogos distintos (J.V.R. y M.Ch.) hicieron informes similares describiendo neuromas de amputación del plexo pericoledociano con forma pseudotumoral.

Motiva esta comunicación el relato de ambas historias y la revisión de la literatura sobre el tema.

Casos clínicos

Caso 1. MP de S. Hospital Británico.

Paciente de 45 años, sexo femenino, operada un año antes por litiasis vesicular y coledociana. Se le realizó una colecistectomía más una coledocolitotomía sobre tubo de Kehr; llamó la atención la delgadez del colédoco. Colangio intra y postoperatoria normal. Se retira tubo de Kehr. Pasa un año asintomático, al cabo del cual presenta episodios de ictericia fugaces y luego instala ictericia fría obstructiva progresiva.

Ecografía abdominal muestra dilatación de la vía biliar intrahepática.

Operada el 24/10/89, incisión transversa de hipocóndrio derecho. Se comprueba estenosis nodular del hepático con dilatación supraestriktural.

Se reseca la convergencia, la estenosis y 1 cm de colédoco infratumoral.

Se realizó hepático-yeyunostomía sobre asa diverticular anastomosando ambos hepáticos por separado. Debido al gran calibre de los mismos, no se dejó tubo tutor transhepático. Buena evolución postoperatoria. Alta al cuarto día. asintomática hasta la fecha.

Caso 2. D.B. sexo femenino, 41 años. Hospital Maciel.

Paciente operada 3 años antes en Hospital de Salto por litiasis vesicular y coledociana, realizándose

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3» Prof. Raúl C. Praderi. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.

¹ Asistente de Clínica Quirúrgica. ² Residente de Cirugía. ³ Profesor Adjunto Cátedra Anatomía Patológica. ⁴ Profesor Agregado de Anatomía Patológica. ⁵ Médico Cirujano MSP. ⁶ Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica. ⁷ Profesor de Clínica Quirúrgica.

Presentado como Tema Libre al XL Congreso Uruguayo de Cirugía, Piriápolis, diciembre de 1989.

Correspondencia: Dr. C. Juambeltz. Desalines 2020 11400 Montevideo.

colecistectomía y colédocolitotomía. Se deja tubo de Kehr.

Pasa asintomática estos 3 años, hasta que comienza con episodios de colangitis aguda simple reiterados.

Estudiada con ecografía muestra discreta dilatación de la vía biliar intrahepática, no aportando otros datos en cuanto a la etiología.

Se realiza C.T.P.H. que mostró estenosis de la convergencia de los hepáticos.

Se operó el 7/9/88 realizándose la resección de la vía biliar extrahepática incluyendo la convergencia biliar.

Anastomosis látero-lateral del paramediano y el lateral derecho. Hepático-yeyunostomía sobre asa diverticular de ambos hepáticos por separado con tubos trans-hepáticos en sedal calibrando las anastomosis. Colangiografía postoperatoria a los 16 días. Alta con tubos en seda unidos en «O» asintomática.

A los 2 meses nueva colangiografía que muestra buen calibre de las anastomosis. Se retiran tubos.

Asintomática hasta la fecha. Último control en octubre de 1989.

Comentarios

Se trata de dos mujeres jóvenes colecistectomizadas y coledocotomizadas por litiasis que sin mediar ninguna circunstancia especial desarrollaron estenosis pseudotumorales totales de la vía biliar extrahepática.

La operación fue sencilla en ambos casos y los resultados postoperatorios alejados excelentes.

En más e 100 reparaciones de lesiones iatrogénicas de la vía biliar tratadas por uno de nosotros (R.P.) no hemos encontrado este tipo de lesiones salvo en estos 2 casos.

En el artículo publicado por Bergalli con nosotros se estudió la anatomía patológica en 2 de los 3 casos y no apareció este tipo de lesión, aunque la evaluación era muy parecida, pues se trataba de estenosis tardías de coledocotomías, una de ellas de 7 años⁽¹⁾.

Discusión

Los neuromas de amputación fueron descritos por Odier al principio del siglo XIX, en enfermos que recibieran amputaciones de alguno de sus miembros por heridas de guerra⁽²⁾.

Se desarrollan en el sector distal del cabo proximal del nervio seccionado, el cual puede agrandarse simulando un tumor en el que se observa la existencia de tejido de granulación y gran cantidad de axones

que forma racimos y se entrecruzan en todas direcciones; algunos cubiertos por vainas de Schwann⁽³⁾.

Esta lesión clásica en los nervios periféricos fue descrita por primera vez en un neuroma del cístico de autopsia por Husseinoff en 1928⁽⁴⁾.

Creslak y Stouth describen 1 caso postcolecistectomía en 1946.

El dolor postcolecistectomía es atribuido a neuromas de amputación en 6 casos por Womack y Crider en 1947⁽⁵⁾.

Troppoli y Cella relatan 2 casos similares en 1953⁽⁶⁾.

La primera descripción de estenosis de la vía biliar principal por neuroma de amputación fue comunicada por Comfort y Walters en un caso en 1931⁽⁷⁾.

Stembridge en 1951 comunica un caso en el cual la obstrucción biliar y la ictericia se produjeron como consecuencia de un neuroma de amputación postcolecistectomía en la cual hubo una lesión de la vía biliar principal⁽⁸⁾.

Bartlett y Mc Dermont comunican en 1954 dos casos de estenosis de la vía biliar por neuroma de amputación en dos pacientes a los que se le había realizado una colecistectomía más coledocotomía y destacan el largo tiempo que media entre la primera operación y la aparición de los síntomas de obstrucción biliar⁽⁹⁾.

En nuestro país A. del Campo en su trabajo «Patología del cístico postcolecistectomía» hace referencia a los neuromas de amputación aunque no comunica casos de estenosis de la vía biliar⁽¹⁰⁾.

Es de destacar que tanto en nuestros casos como en la revisión de la literatura salvo en uno⁽⁷⁾ todos los pacientes que desarrollaron estenosis por neuromas de amputación se les había practicado coledocotomía o lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal.

Bibliografía

1. Bergalli LE, Placenza G, Chifflet J, Gateño N, Estefan A, Priario J, Praderi R. Estenosis postoperatorias tardías de la vía biliar intermedia. *Cir. Uruguay* 1975; 45: 189.
2. Huber GG, Lewis D. Amputation Neuromas. Their Development and prevention. *Arch. Surg.* 1920; 1: 85.
3. Creslak, AK, Stout AP. Traumatic and Amputation Neuromas. *Arch Surg* 1946; 53: 646.
4. Husseinoff D. Über einen fall von Wucherung des Nervengewebes nach Wiederholten Operation der Gallengänge. *Zentralbl. F. Allg. Path. U. Path. Anat.* 1928; 43: 344.
5. Womack MA, Crider RL. Persistence of sytome followin cholecystectomy. *Ann Surg* 1947; 126: 31.
6. Troppoli DV, Cella LJ. Postcholecystectomy Syndrome. *Ann Surg* 1953; 137: 250.
7. Comfort MW, Walters W. Intermittent Jaundice due to neuroma of cystic and common bile ducts. *Ann Surg* 1931; 93: 1142.
8. Stembridge VA. Amputation neuroma followin cholecystectomy. *Ann Surg* 1951; 134: 1048.
9. Bartlett MK, Mc Demott WV Jr. Amputation neuroma of the bile ducts with obstructive Jaundice. *N Engl J Med* 1954; 6: 213.
10. Del Campo A. Patología del Cístico postcolecistectomía. *An Fac. Med (Montevideo)* 1965; 50: 197.