

# Utilidad de los diferentes métodos de imágenes en la caracterización de la obstrucción de la vía biliar

Coto Solari Lorena, Robles Roxana, Schneider Magdalena, Olivares Prado Gonzalo, Cadena Alejandro, Grammatico Daniela



ARGUS  
DIAGNOSTICO MEDICO

# Introducción

- Entre las técnicas no invasivas para la valoración del sistema biliar encontramos: ecografía (US), tomografía (TC), resonancia magnética (RM) y estudios de medicina nuclear.
- Las causas de dilatación de la vía biliar pueden ser obstructivas o no obstructivas.

# Objetivos

- Realizar a través de las imágenes una aproximación diagnóstica ante la dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y a través de signos directos e indirectos determinar las causas de obstrucción.

# Obstrucción de la vía biliar (OVB)

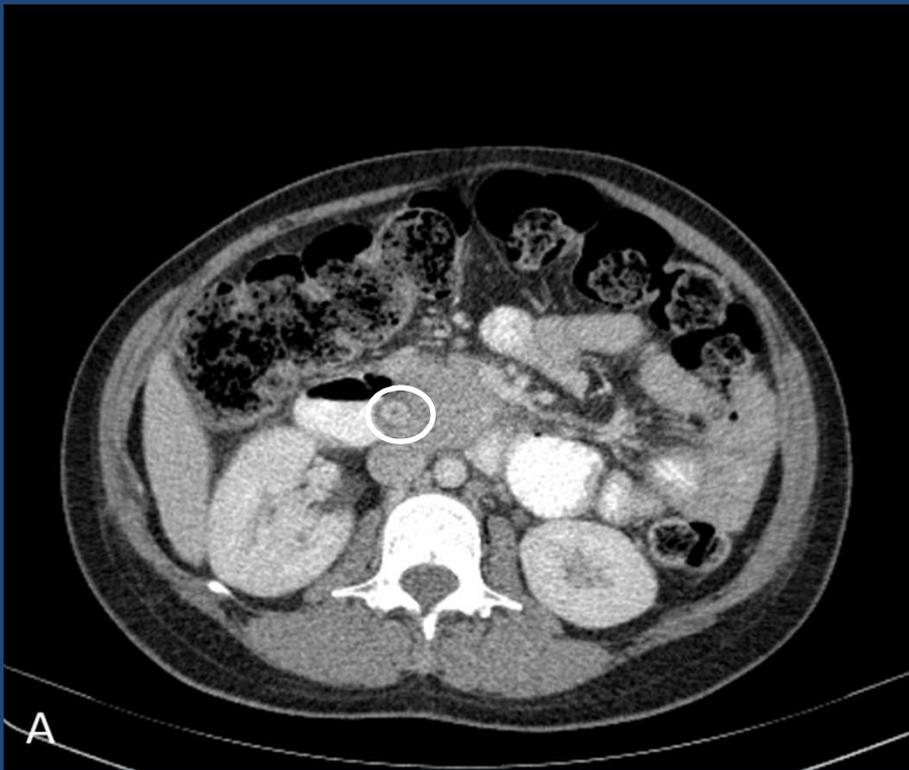
- La dilatación de la vía biliar extrahepática es un signo indirecto de OVB.
- Se pone de manifiesto por un incremento en el calibre del conducto hepático común (>5 mm) o del colédoco (>8 mm).
- Cuando se trata de la vía biliar intrahepática pueden reconocerse estructuras tubulares adyacentes a los vasos portales, anecoicos en US (signo del doble tubo), hipodensos en TC e hiperintensos en secuencias T2 de RM.

# Obstrucción de la vía biliar

- En nuestra experiencia las causas en orden decreciente incluyen: litiasis coledociana, tumores pancreáticos, patología de la ampolla de Vater, cambios postquirúrgicos y en un caso aislado hidatidosis intrabiliar.

# Litiasis coledociana

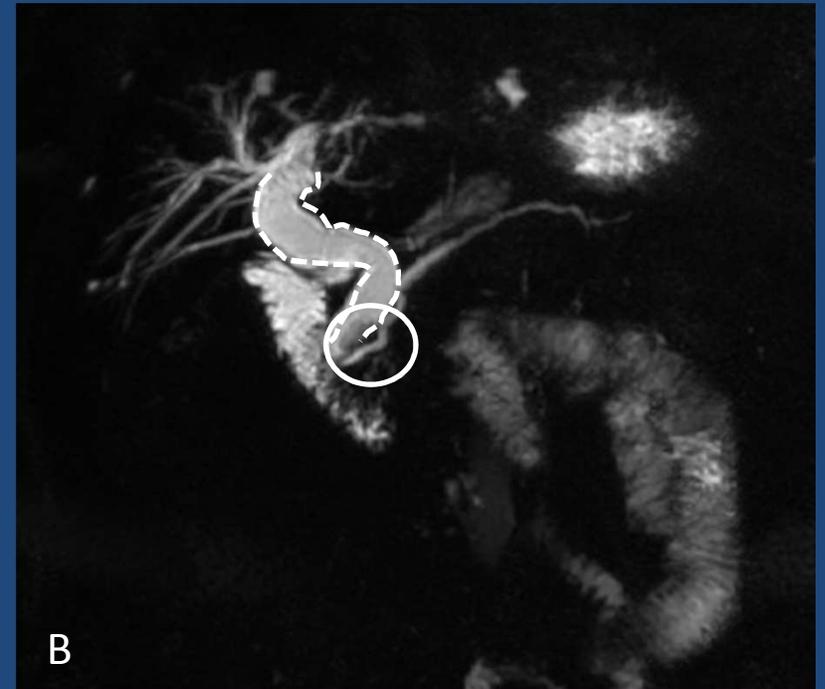
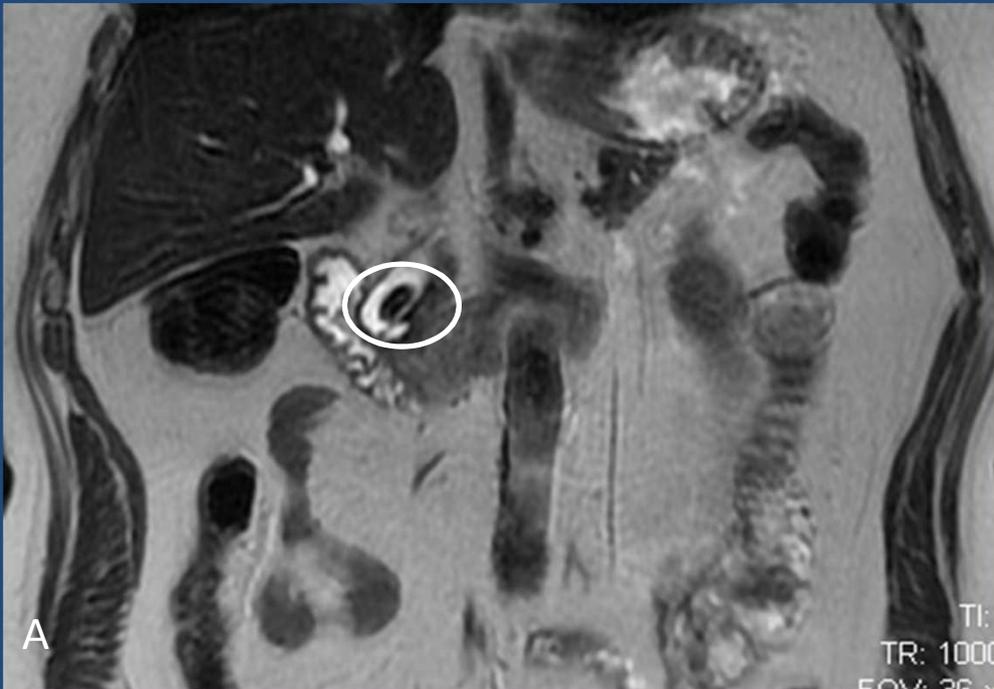
- La mayoría son 2rios a migración a través del conducto cístico



Figuras A y B – Corte axial (A) y reconstrucción coronal (B), donde se reconoce la dilatación del conducto colédoco (líneas punteadas), en relación a la presencia de lito (círculo) ubicado en la porción distal del mismo.

# Litiasis coledociana

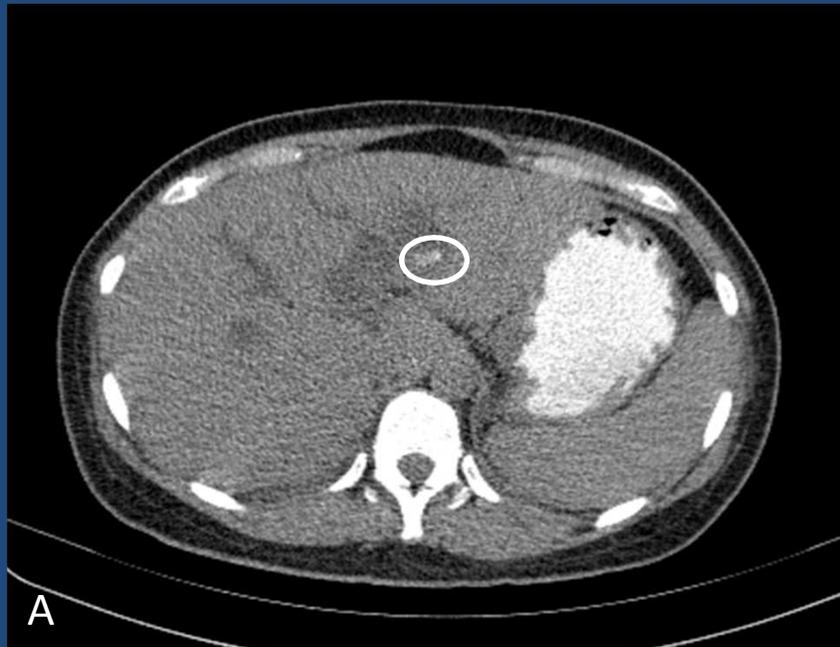
- La mayoría son 2rios a migración a través del conducto cístico



Figuras A y B – Imágenes en plano coronal, secuencia T2 (A), y serie colangiográfica (B), donde se reconoce la dilatación del conducto colédoco (líneas punteadas), en relación a la presencia de lito (círculo) ubicado en la porción distal del mismo.

# Litiasis intrahepática

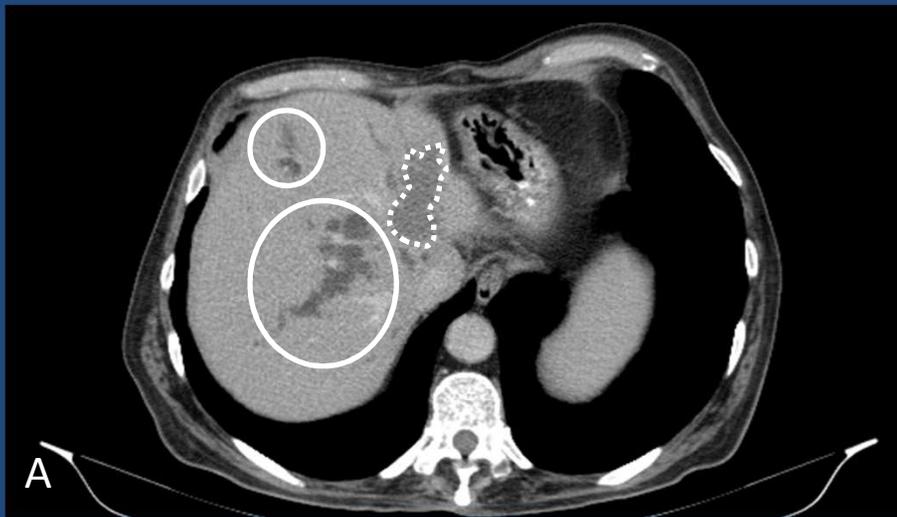
- Presencia de litos en la vía biliar intrahepática
- Mayor prevalencia en sudeste asiático



Figuras A y B – Corte axial (A) y reconstrucción coronal (B) donde es posible visualizar lito en conducto biliar izquierdo (círculo), asociado a dilatación de la vía biliar intrahepática y conducto colédoco (líneas punteadas).

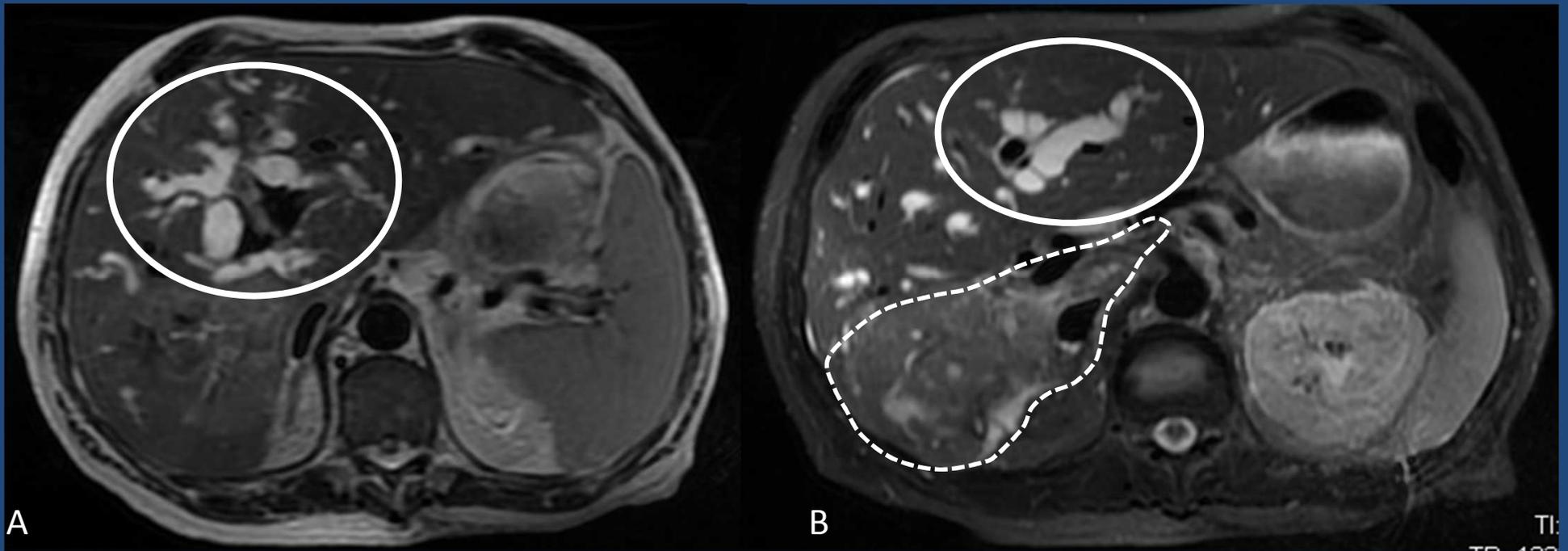
# Tumor de Carrefour (De Klatskin)

- Son AdenoCa sumamente infrecuentes ubicados en la confluencia de los conductos hepáticos derecho (CHD) e izquierdo (CHI).
- Tendencia a infiltrar los conductos intrahepáticos.
- TC: masa en la confluencia de CHD y CHI, con realce progresivo y persistente, sin dilatación de la vía biliar extrahepática.



Figuras A y B – Cortes axiales donde se evidencia dilatación de la VBIH (círculos), en relación a tejido con densidad de partes blandas, de límites imprecisos, en la confluencia de los CHD y CHI (flecha), con extensión a los conductos intrahepáticos (línea punteada).

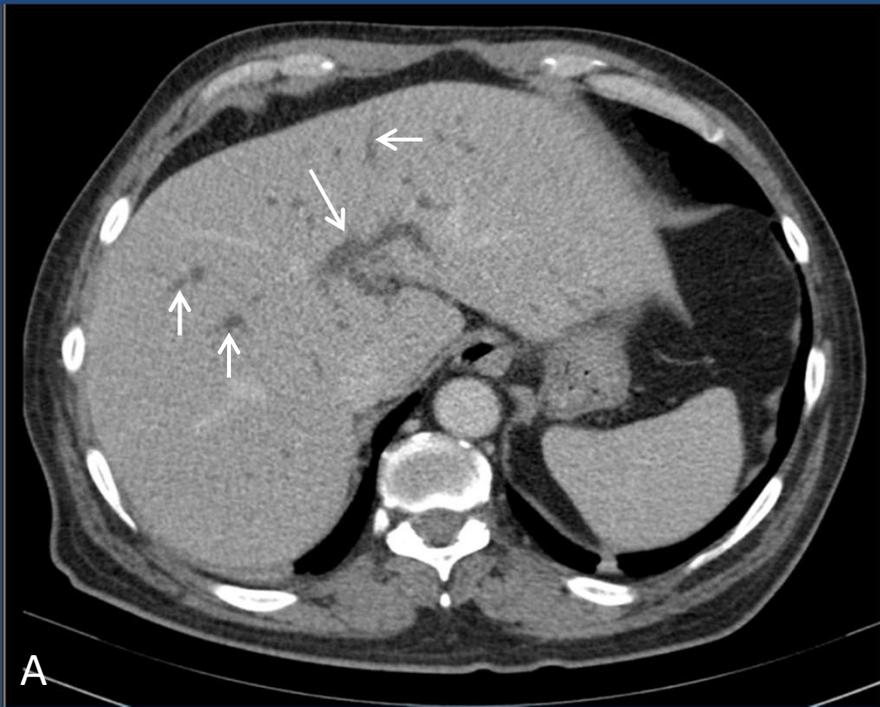
# Tumoración hepática en estudio



Figuras A y B – Cortes axiales de RM, secuencia T2 FS, donde se evidencia dilatación de la VBIH (círculos), en relación a formación de señal gris intermedia localizada en el segmento VI, con extensión al Carrefour (líneas punteadas).

# Tumoración periampular

- Son tumores de la segunda porción duodenal, ampolla de Vater o vía biliar distal.



Figuras A y B – Cortes axiales donde puede visualizarse incipiente dilatación de la vía biliar intrahepática (flechas) asociado a tumoración sólida, de aspecto heterogéneo a nivel periampular (círculo), asociada a discreta ectasia del conducto de Wirsung (líneas punteadas).

# Conclusiones

- Si bien el espectro etiológico es amplio, los diferentes métodos de imágenes se complementan para determinar la causa de la obstrucción, que condiciona dicha dilatación.

# Bibliografía

- Valoración por RM de la patología biliar. Correlación con CPRE y hallazgos quirúrgicos. González De Las Heras E, Sánchez Hernández J, Arenas García BR, Martín Pérez MA, Martín García I, De La Fuente Olmos R. SERAM 2012.
- Vía biliar, capítulo 4. Ecografía. Middleton, Kurtz, Hertzberg. Pp 87 a 101.
- Enfermedad litiásica biliar. Tejedor Bravo M, Albillos Martínez A. Medicine. 2012; 11(8): 481 – 488.
- Litiasis coledociana. Perrone N, Hernández C. Rev Arg de ultrasonido. 2008; 7 (4): 246 – 247.
- Carcinoma de vías biliares. Tumor de Klatskin. Gimenez M, Andreacchio A. Cirugía digestiva, F Galindo, [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar), 2009; IV – 446, pag 1 – 12.