

Patología de la Colangitis Esclerosante Primaria

FRANCISCO CAVANZO

Palabras clave: Inflamación crónica, Fibrosis cicatricial, Obliteración ductal, Cirrosis biliar.

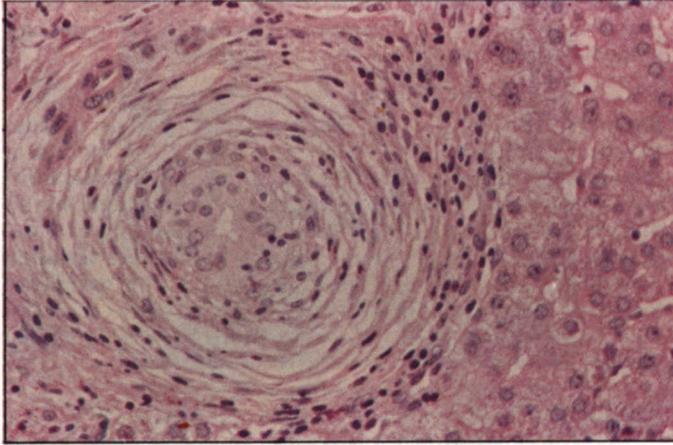


Fig. 1. Inflamación crónica periductal y fibrosis concéntrica laminar muy sugestiva de esta entidad. El tejido hepático periportal es normal. H & E x 350.

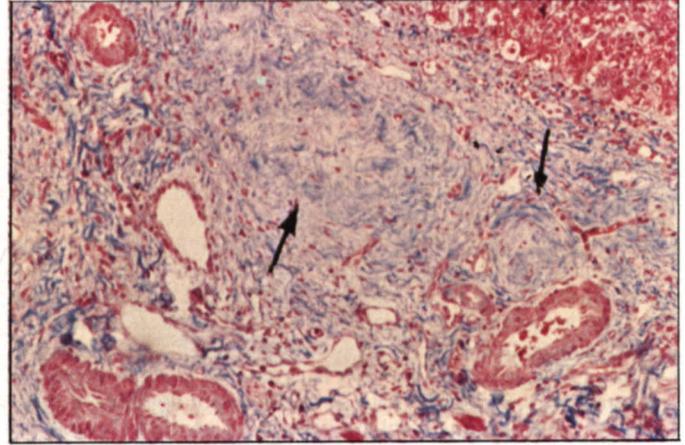


Fig. 2. Este espacio porta muestra extensa fibrosis y ausencia de ductos biliares. Las flechas indican las cicatrices dejadas por los ductos desaparecidos. Se observan numerosos vasos arteriales. Tricromo de Masson x 125.

Se describen los cambios básicos macro y microscópicos de la Colangitis Esclerosante Primaria. Se hace énfasis en la variabilidad y falta de especificidad del cuadro patológico en los ductos intra y extrahepáticos.

El cuadro patológico macro y microscópico de la Colangitis Esclerosante Primaria es muy variable. En el árbol biliar extrahepático la lesión puede ser global o segmentaria y caracterizada por ductos engrosados, de paredes edematosas o fibrosas y frecuentemente convertidas en cordones indurados; las zonas proximales no comprometidas muestran dilatación. Microscópicamente las áreas lesionadas exhiben un cuadro no específico de edema, inflamación crónica y fibrosis cicatricial que compromete el tejido submucoso. Esta fibrosis cicatricial puede semejar la reacción desmoplásica tumoral de los adenocarcinomas de vías biliares. Sin embargo, la ausencia total de glándulas neoplásicas o cambios atípicos, descartan esta última posibilidad.

El parénquima hepático y el árbol biliar intrahepático pueden ser normales o llegar al extremo de la cirrosis biliar avanzada. Las alteraciones más frecuentes son secundarias a colestasis crónica y a la lesión de ductos interlobulares.

Esto se refleja en los hepatocitos por cambio xantomatoso y presencia en su citoplasma de depósitos de cobre. Los canalículos biliares muestran frecuentes cilindros de bilis, especialmente aparentes en las áreas centrolobulillares. En los espacios porta se observa edema e inflamación crónica periductal, a veces acompañada de colangitis aguda. Puede haber proliferación y dilatación ductal y se aprecia fibrosis cicatricial reactiva que frecuentemente adopta un patrón concéntrico laminar (Fig. 1). Este último cambio puede llevar a la obliteración ductal con atrofia y desaparición de estas estructuras, las cuales se ven reemplazadas por cicatrices redondeadas o globosas, altamente sugestivas de esta entidad (Fig. 2). En casos avanzados, la severa colestasis y el proceso inflamatorio crónico llevan a extensa cicatrización y formación de septos, terminando en el cuadro de cirrosis biliar.

El cuadro histopatológico descrito no es patognomónico de esta entidad, por cuanto lesiones similares pueden ser producidas por obstrucciones biliares y colestasis de muy diversas etiologías. En el diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta los parámetros clínicos y paraclínicos que se han mencionado en otros artículos publicados en este número de CIRUGIA.

ABSTRACT

The basic gross and microscopic changes in Primary Sclerosing Cholangitis are described. Emphasis is made on the variability and lack of specificity of the pathologic pictures both in extra and intra hepatic bile ducts.

Francisco Cavanzo, M.D.: Jefe del Departamento de Patología del Centro Médico de los Andes, Bogotá, Colombia.