



Carcinoma papilar de la vía biliar. Informe de un paciente

Papillary carcinoma of the biliary tract. Report on one patient

Dr. Patricio Sánchez Fernández,

Dr. Roberto Blanco Benavides,

Dr. José Andrade G.

Resumen

Objetivo: Descripción de un caso de carcinoma papilar de la vía biliar.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Hombre de 77 años de edad que ingresó al hospital con el diagnóstico de síndrome icterico en estudio, con dos meses de evolución, sin dolor abdominal, fiebre de 38° C, coluria y acolia, sin pérdida de peso. Las pruebas de función hepática revelaron: hiperbilirrubinemia de 14.1 mg/dl con directa de 10.1 mg/dl, fosfatasa alcalina de 350 U, el resto de ellas normales.

Los estudios de imagenología (ultrasonografía, colangiografía retrógrada endoscópica y tomografía computada abdominal) demostraron: dilatación de la vía biliar intrahepática, obstrucción en la confluencia de los conductos hepáticos por una tumoración que se extendía desde la vía biliar intrahepática hasta la extrahepática proximal. Se exploró quirúrgicamente con los siguientes hallazgos: Hígado colestásico, aumento del diámetro de la vía biliar por arriba de la inserción del conducto cístico en el conducto hepático común; al explorar la vía biliar se extrajo material de aspecto cerebroide y polipoideo, que se envió a histopatología. Se colocó una sonda en T, la cual ha permanecido cerrada por un año. El informe histopatológico fue: adenocarcinoma papilar moderadamente

Abstract

Objective: To describe a case of papillary carcinoma of the biliary tract.

Setting: Third level health care hospital.

Case description: A 77 years old man, who was admitted to the hospital with a diagnosis of jaundice syndrome, with two months evolution, without abdominal pain, fever of 38°C, cholangitis and acholia, without weight loss. Hepatic function tests revealed: hyperbilirubinemia of 14.1 mg/dl, indirect of 10.1 mg/dl, alkaline phosphatase of 350 U, the remainder tests were normal. Imaging studies (ultrasound, retrograde endoscopic cholangiography, and abdominal computed tomography) revealed dilation of the intrahepatic biliary tract, obstruction at the confluence of the hepatic ducts due to a tumor extending from the intrahepatic biliary tract to the proximal extrahepatic tract. He was surgically explored, with the following findings: cholestatic liver, increase of the biliary tract diameter above the insertion of the cystic duct into the common hepatic duct. During biliary tract exploration, a cerebroid and polypoid material was extracted, which was sent for histopathological examination. A T catheter was implanted, which has been kept closed for one year. The histopathologic report was of papillary adenocarcinoma moderately differentiated. The patient has been under surveillance for two years with labo-

Servicio de Cirugía Gastrointestinal del Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); México.

Recibido para publicación: 29 de julio de 1999.

Aceptado para publicación: 14 de septiembre de 1999.

Correspondencia: Dr. Patricio Sánchez Fernández. Paseo de la Reforma 2608 No. 1215, Colonia Lomas Altas, 11950 México, D.F.
Teléfono: 52 58 94 39.

diferenciado. Se ha vigilado por dos años con controles de laboratorio y colangiografías por la sonda en T.

Palabras clave: Hígado, vía biliar, ictericia, adenocarcinoma
Cir Gen 2000; 22:357-361

Introducción

El cáncer de la vía biliar se presenta con una frecuencia menor al 4% de todas las neoplasias malignas que afectan el tracto gastrointestinal; tan solo en los Estados Unidos se considera que junto con el cáncer de la vesícula biliar se presentan 8,000 nuevos casos por año. En México, esta neoplasia ocupa el vigésimo segundo lugar (1.3%) de todas las neoplasias malignas que afectan al individuo. Ochoa¹ refiere que en el Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México, en un lapso de siete años, de un total de 21,029 ingresos por cáncer, el 0.52% correspondió a colangiocarcinoma. El pronóstico depende de la ubicación anatómica del tumor, lo cual afecta la posibilidad de ser resecado por lo que se considera curable en menos del 10%.² El cáncer de las vías biliares puede ocurrir con mayor frecuencia en pacientes con historia de colitis ulcerosa crónica, quistes de colédoco o infecciones por trematodos como *Clonorchis sinensis*. Se ha asociado en forma inespecífica a ciertos carcinógenos ambientales como plásticos, químicos o maderas. En la mayoría de los casos el tumor no puede ser extraído completamente por cirugía y es incurable, por lo que las resecciones paliativas u otras medidas como la radiación o procedimientos de drenaje pueden mantener un flujo biliar adecuado temporalmente y permitir una mejor sobrevida.^{3,4} Nuestro objetivo es presentar un paciente con carcinoma papilar de la vía biliar.

Descripción del caso

Hombre de 77 años quien presentó ictericia de dos meses de evolución, progresiva, sin dolor abdominal, fiebre de 38° C, ataque al estado general, coluria y acolia. Negó pérdida de peso y dolor en región dorsal. Antecedentes de importancia: Hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución en control con captopril y colecistectomía hace dos años. Es testigo de Jehová. A su ingreso, los exámenes de laboratorio demostraron Hemoglobina: 11.2 g; hematocrito: 32; leucocitos: 13,000; plaquetas: 85,000; TP: 13.2/18 seg; TTP: 35/32 seg; glucosa: 125 mg/dl; urea: 35; creatinina: 1.8; bilirrubina directa: 10.1 mg/dl; bilirrubina indirecta: 4 mg/dl; transaminasa glutámicooxaloacética: 42; transaminasa glutámico pirúvica: 50; fosfatasa alcalina: 350 U; deshidrogenasa láctica: 200 U; amilasa: 250 U; lipasa: 300 U; examen general de orina: pH: 6, células epiteliales, bilirrubina ++, hemoglobina negativo y leucocitos 2 por campo. Se realizaron radiografías de tórax y abdomen que resultaron normales. En el ultrasonido (**Figura 1**), colangiografía retro-

ratoria tests and cholangiographies through the T catheter.

Key words: Liver, biliary tract, jaundice, adenocarcinoma
Cir Gen 2000; 22:357-361



Figura 1. Ultrasonido de hígado y vía biliar intrahepática. Se observa dilatación de la vía biliar intrahepática con áreas de hipereogenicidad en su interior a nivel de la bifurcación.

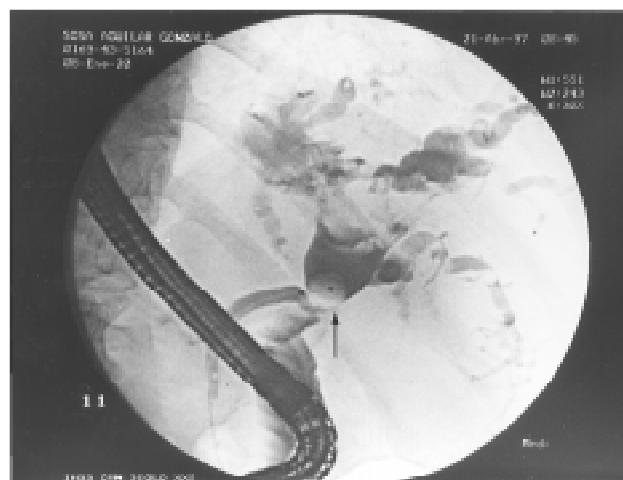


Figura 2. Colangiografía retrógrada endoscópica con dilatación de la vía biliar intrahepática con defecto de llenado en la bifurcación (flecha) sugestivo de neoplasia.

grada endoscópica (**Figura 2**) y tomografía computada (**Figura 3**) se observó dilatación de la vía biliar intrahepática con obstrucción en la confluencia de los conductos hepáticos por un tumor que se extendía desde la vía biliar intrahepática hasta la vía biliar extrahepática proximal. El paciente fue operado en for-

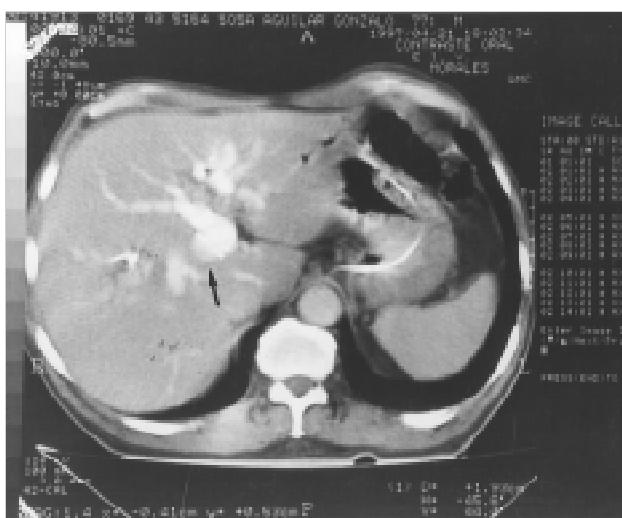


Figura 3. Tomografía computada de abdomen en donde se observa el hígado con dilatación de la vía biliar a nivel de la bifurcación de los conductos con imagen de menor densidad (flecha) que correlaciona con el estudio endoscópico. También se observa dilatación del resto de los conductos biliares intrahepáticos. El resto del parénquima hepático es normal. No hay crecimientos ganglionares perihépaticos o periaórticos.

ma electiva con los siguientes hallazgos: hígado colestásico, aumento del diámetro de la vía biliar por arriba de la inserción del conducto cístico en el conducto hepático común; adherencias del duodeno sobre el hígado secundario a la colecistectomía. Se exploró la vía biliar y se extrajo un material de aspecto cerebroide y polipoideo que obstruía la vía biliar, el cual se envió a estudio histopatológico transoperatorio y definitivo. Se aplicó una sonda en T y control transoperatorio. La estancia hospitalaria fue de tres días, satisfactoria, al igual que el egreso. Se ha controlado durante los últimos dos años a través de estudios de laboratorio y radiográficos por sonda en T, la cual ha permanecido cerrada por un año y seis meses con un recambio por salida accidental. El informe del estudio transoperatorio y definitivo de histopatología fue de adenocarcinoma papilar moderadamente diferenciado (Figura 4).

Discusión

El término de colangiocarcinoma se usa a veces para referirse a cualquier cáncer primario de la vía biliar; sin embargo, su uso está restringido con cierta frecuencia a tumores intrahepáticos. El colangiocarcinoma de las vías biliares tiene mal pronóstico y su única posibilidad de curación radica en la resección, la cual puede limitarse a extirpar en forma parcial o total el tumor. La exéresis puede combinarse con la resección hepática o con ésta más resección vascular regional. La frecuencia del colangiocarcinoma es del 0.01 al 0.85% en necropsias; es común en la edad avanzada con un pico entre la 6^a y la 7^a década de la vida, con mayor predisposición en los hombres en un 60%. Se ha asociado con algunas enfermedades inflama-

torias como la colitis ulcerosa, con lo que el riesgo para desarrollar cáncer de la vía biliar va del 0.4% a 1.4%, 30 veces más que en la población en general. Por el contrario, sólo el 8% de los pacientes que desarrollan colangiocarcinoma tienen historia de colitis ulcerosa. En algunas partes de Asia, la infección por *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis felineus* y *Opisthorchis vivenini* es el riesgo más importante para desarrollar colangiocarcinoma. La afección por estos parásitos da lugar a hiperplasia y a cambios adenomatosos en el epitelio biliar; el carcinoma es una manifestación tardía. El tipo histológico más frecuente de cáncer de la vía biliar es el adenocarcinoma secretor de moco; cerca del 85% a 90% son adenocarcinomas puros y cerca del 10% con elementos escamosos y, menos comúnmente, diferenciación escamosa pura, mucoepidermoide, leiomiosarcoma, rhabdomiosarcoma, cistoadenocarcinomas, carcinoide y tumores de células granulares. La mayoría de los adenocarcinomas son microscópicamente nodulares o difusos con áreas fibróticas o papilares siendo estos últimos los menos invasores y con un mejor pronóstico.⁵ Nuestro paciente presentó un adenocarcinoma tipo papilar moderadamente diferenciado con una sobrevida al momento de dos años. Cerca del 20% de los colangiocarcinomas se origina por arriba de la bifurcación y el resto se divide por igual entre el conducto hepático común y el coléodo. Las manifestaciones clínicas se presentan cuando el tumor ha producido obstrucción parcial o total de la vía biliar con el desarrollo de coluria, acolia, prurito, seguido de ictericia, la cual puede presentarse sin dolor. La obstrucción de alguno de los conductos intrahepáticos puede dar lugar a dolor leve, elevación de la fosfatasa alcalina y crecimiento moderado del lóbulo hepático obstruido; algunos pacientes presentaran colangitis aguda. Por lo general, las cifras de bilirrubina total en promedio son de 13 g/dl. Si no se trata, los síntomas progresan y el lóbulo afectado se llega a atrofiar. El principal dato clínico que presentó nuestro paciente fue la ictericia con los niveles alterados en las pruebas de función hepática. Los

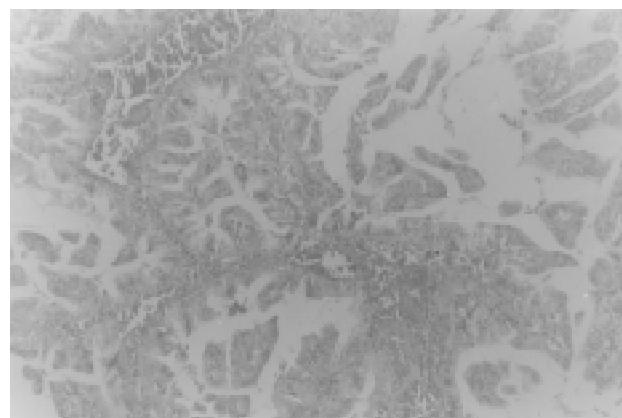


Figura 4. Imagen histológica (10x) que muestra adenocarcinoma papilar moderadamente diferenciado.

colangiocarcinomas se diseminan principalmente por invasión directa, usualmente hacia el hígado; las metástasis a ganglios son comunes, inicialmente a los ganglios linfáticos situados a lo largo del ligamento hepatoduodenal. La diseminación intraductal es un riesgo importante; no se sabe si en el 3% al 25% de los casos la afección de los conductos es multicéntrica o difusa al momento del diagnóstico, como resultado de la diseminación, o si la multicentricidad es una característica *de novo*. La diseminación intraductal es más común en el tipo papilar y en presencia de obstrucción. Desde un punto de vista clínico y práctico, los tumores malignos de las vías biliares pueden ser considerados localizables (resecables) o irresecables. Los primeros representan una minoría y son generalmente aquéllos con una lesión de la vía biliar distal en donde se puede lograr una tasa de sobrevida a cinco años de un 25%. Se pueden llevar a cabo resecciones extendidas de tumores de la bifurcación de las vías biliares (Klatskin), incluyendo el hígado adyacente, ya sea por lobectomía o segmentectomía 4 y 5 del hígado. Pichlmayr y colaboradores,⁶ en un período de 18 años estudiaron 249 pacientes sometidos a cirugía; de acuerdo al tipo de cirugía fue la mortalidad a 30 días lo que informaron. Así, en la resección hepática fue de 10.5%, después de resección hilar de 3.3%, al combinar hepatectomía y resección hilar de 12.7% y después de trasplante hepático de 12%. Los factores pronóstico para llevar a cabo resección o trasplante hepático que describieron fueron: resección en categoría N, etapificación del tumor, infiltración vascular y resección tipo RO. Para trasplante, categorías T y N, etapificación del tumor e infiltración hepática. Su,⁷ en un período de 12 años, analizó 49 casos con diagnóstico de colangiocarcinoma hilar (lesiones que emergen del conducto hepático común, derecho e izquierdo, o ambos, y cáncer intrahepático que invade el hilio), encontró una mortalidad intrahospitalaria de 10.2% y una morbilidad de 46.9%; la complicación más seria posoperatoria fue la insuficiencia hepática. Los factores pronóstico detectados en este estudio fueron: La bilirrubina total mayor de 10mg/dl (<10mg/dl, sobrevida de 24% y > 10mg/dl, sobrevida de 0%); resección curativa con márgenes libres de tumor, tipo histológico, en donde los tumores bien diferenciados tienen mayor sobrevida (los adenocarcinomas escamosos con la peor sobrevida y en los papilares no se encontró correlación alguna con la sobrevida). El autor recomienda un adecuado drenaje preoperatorio para disminuir la ictericia y resección curativa con márgenes adecuados para conseguir una larga sobrevida. En el tratamiento del cáncer de la vía biliar del hilio existen contraindicaciones para realizar la cirugía, como por ejemplo: trombosis de la vena porta, metástasis a distancia o extensión bilateral por los conductos, los cuales pueden ser detectados por ultrasonido, Doppler, tomografía computada y colangiografía transhepática percutánea. Las indicaciones que restringen la exploración quirúrgica para los mejores casos pueden privar a algunos pacientes de una oportunidad

nidad de cura. La mortalidad por cirugía para cáncer del hilio biliar en la literatura va desde 5%, cuando no hay ictericia, hasta 13-28% cuando la cifra de bilirrubina es superior a 10 mg/dl.^{8,9} La descompresión de la vía biliar disminuye el calibre de la vía biliar y engrosa la pared de la misma por lo que hace el abordaje (dissección) y la determinación de los límites tumorales más difícil. Ningún estudio ha demostrado ventaja alguna del procedimiento sobre la morbilidad y/o mortalidad. Lai y colaboradores¹⁰ en un estudio aleatorio compararon dos grupos de pacientes con ictericia neoplásica, uno con descompresión biliar endoscópica y el otro sin procedimiento alguno, demostró que la morbilidad y mortalidad fue la misma. Existe fuerte evidencia de que la resección del lóbulo caudado debe realizarse en bloque con la resección de los tumores hiliares, ya que el lóbulo caudado está adyacente a la parte posterior del hilio y envía pequeños conductos hacia los conductos hepáticos derecho e izquierdo y su confluencia. Parc¹¹ refiere que se pueden obtener excelentes resultados con resecciones curativas, cuando son posibles, sin procedimientos de extensión. Aunque la evaluación preoperatoria puede mostrar contraindicaciones para cirugía, la evaluación de la extensión local del tumor requiere de la exploración quirúrgica con toma de biopsia; cuando la resección curativa parezca imposible, la aplicación de férulas o "bypass" resulta ser una buena alternativa. Kanai¹² describe que la mortalidad poshepatectomía para los pacientes con cáncer de vía biliar es aún elevada, de 4 a 27%. El desarrollo de colangitis preoperatoria en pacientes sometidos a segmentectomía afecta la evolución de la resección hepática que involucra el hilio hepático para cáncer avanzado. Los carcinomas de la vía biliar proximal se reconocen por ser lesiones incurables debido a su localización anatómica y a varios factores como son: afección del tumor en límites quirúrgicos, metástasis a ganglios, invasión perineural e infiltración pancreática. La frecuencia de metástasis a lo largo del conducto hepático y la arteria hepática se incrementa entre más proximal esté el tumor, comparado con las neoplasias de la parte media.¹³ Bismuth¹⁴ ha informado que la afección local de ganglios linfáticos no influye en la evolución del paciente y que es menos importante que la afección microscópica de los márgenes resecados.

Los tumores no resecables ocurren en la mayoría de los pacientes con cáncer de las vías biliares. A menudo el tejido adyacente al tumor está invadido al igual que las vías biliares y los ganglios linfáticos adyacentes. En estos pacientes, el alivio de la obstrucción de las vías biliares está indicado cuando síntomas como el prurito y la disfunción hepática prevalecen sobre otros. La terapia paliativa puede lograrse mediante ferulización de la vía biliar a través del tumor con una sonda transhepática o por endoscopia o drenaje percutáneos. Estos métodos son recomendables en pacientes ancianos o en quienes padecen de enfermedad avanzada por ser menos invasivos y agresivos. La mortalidad intrahospitalaria va de un 5%

hasta un 15%, con sobrevida hasta de 12 meses. En el caso que presentamos, además de la falta de autorización para un procedimiento resectivo por parte del paciente, la afección de la vía biliar a nivel de la carina y el conducto intrahepático derecho, detectada en la cirugía, condicionó la aplicación de una sonda en T, con una rama larga hacia el hepático derecho para aliviar la obstrucción. Por las características macroscópicas polipoideas del tumor, de su grado de diferenciación, moderadamente diferenciado, y su histopatología de adenocarcinoma papilar, el paciente ha permanecido con una sobrevida de dos años.

Referencias

1. Ochoa Carrillo FJ. Colangiocarcinoma. *Rev Gastroenterol Mex* 1997; 62: 194-201.
2. Henson DE, Albores-Savedra J, Corle D. Carcinoma of the extrahepatic bile ducts: histologic types, stage of disease, grade, and survival rates. *Cancer* 1992; 70: 1498-501.
3. Stain SC, Baer HU, Dennison AR, Blumgart LH. Current management of hilar cholangiocarcinoma. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175: 579-88.
4. Bhuiya MR, Nimuro Y, Kamiya J, Kondo S, Fukata S, Hayakawa N, et al. Clinicopathologic studies on perineural invasion of bile duct carcinoma. *Ann Surg* 1992; 215: 344-9.
5. Extrahepatic bile ducts In: American Joint Committee on Cancer. *Manual for Staging of Cancer*. Philadelphia JB Lippincott Company 4th ed. 1992: 99-103.
6. Pichlmayr R, Weimann A, Klempnauer J, Oldhafer KJ, Maschek H, Tusch G, et al. Surgical treatment in proximal bile duct cancer. A single-center experience. *Ann Surg* 1996; 224: 628-38.
7. Su CH, Tsay SH, Wu CC, Shyr YM, King KL, Lee CH, et al. Factors influencing postoperative morbidity, mortality, and survival after resection for hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 1996; 223: 384-94.
8. Baer HU, Stain SC, Dennison AR, Eggers B, Blumgart LH. Improvements in survival by aggressive resections of hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 1993; 217: 20-7.
9. Beazley RM, Hadjis N, Benjamin IS, Blumgart LH. Clinicopathological aspects of high bile duct cancer. Experience with resection and bypass surgical treatments. *Ann Surg* 1984; 199: 623-36.
10. Lai ECS, Mok FPT, Fan ST, Lo CM, Chu KM, Liu CL, et al. Preoperative endoscopic drainage for malignant obstructive jaundice. *Br J Surg* 1994; 81: 1195-8.
11. Parc YP, Frileux P, Balladur P, Delva E, Harnnoune L, Pare R. Surgical strategy for the management of hilar bile duct cancer. *Br J Surg* 1997; 84: 1675-9.
12. Kahai M, Nimura Y, Kamiya J, Kondo S, Nagino M, Miyachi M, et al. Preoperative intrahepatic segmental cholangitis in patients with advanced carcinoma involving the hepatic hilus. *Surgery* 1996; 119: 498-504.
13. Kuroski I, Tsukada K, Hatakeyama K, Muto T. The mode of lymphatic spread in carcinoma of the bile duct. *Am J Surg* 1996; 172: 239-43.
14. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 1992; 215: 31-8.