

## Médica Sur

Volumen 9  
Volume 9

Número 1  
Number 1

Enero-Marzo 2002  
January-March 2002

*Artículo:*

### Colangiocarcinoma primario con extensión intraduodenal

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC

### Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

### *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

# Colangiocarcinoma primario con extensión intraduodenal

Ricardo Reynoso,\* Miguel Ángel Morán,\*\* Nahúm Méndez-Sánchez\*\*

## Resumen

El colangiocarcinoma es un tumor poco frecuente que se origina del epitelio de la vía biliar, ya sea intra o extrahepática. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con condiciones inflamatorias crónicas de la vía biliar, y su presentación más habitual es la ictericia no dolorosa. Con frecuencia el tumor es irresecable al momento del diagnóstico, y sólo se puede ofrecer manejo paliativo, ya sea quirúrgico o endoscópico. La colangiografía endoscópica es una buena opción para la descompresión de la vía biliar en los tumores distales de la misma, si bien no es útil en los que involucran ambos hepáticos. El pronóstico de los pacientes con este tumor es malo, ya que tiene una alta mortalidad y morbilidad a corto plazo.

**Palabras clave:** Colangiocarcinoma, vías biliares, colangiografía.

## Caso clínico

Se trata de un paciente del sexo masculino, de 82 años de edad, que tiene antecedente de cáncer de próstata diagnosticado 6 meses antes de su ingreso, en tratamiento con flutamida.

Cinco meses antes de su ingreso inició con un cuadro caracterizado por ictericia obstructiva. Se realizó colangiografía retrógrada endoscópica, la cual demostró obstrucción compatible con lesión tumoral, se colocó endoprótesis. Hubo notable mejoría del síndrome icteríco y fue sometido a cirugía, realizándose derivación biliointestinal (hepato-duodenal), con diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante de la vía biliar (colangiocarcinoma).

En febrero de 2002 presentó un nuevo cuadro de ictericia. En las últimas 72 horas con picos febriles no cuantificados, calosfríos y temblor.

A su ingreso con los siguientes laboratorios: Hb 12.6, Hto 35.2, Plq 225 mil, leucocitos 7,400, neutrófilos 72%, TP 13.4, INR 1.26, Alb 2.08, Bilirrubina total 15.58, directa 9.70, indirecta 5.88, AST 73, ALT 51, FA 603, GGT 1,345.

Se realizó una nueva colangiografía endoscópica con los siguientes hallazgos: masa duodenal que obstruye

## Abstract

*Cholangiocarcinoma is an infrequent tumor originating from the bile duct epithelium, either intrahepatic or extrahepatic. It is more frequently present in patients with bile duct chronic inflammatory conditions. Its more usual presentation is painless jaundice. Frequently this tumor is irresectable at the time of diagnosis, and only palliative management can be offered, either surgical or endoscopic. Endoscopic cholangiography is a good option for bile duct decompression in distal tumors, although it is of little use in those tumors that involve both hepatic ducts. Prognosis for patients with this tumor is poor, since it has a high mortality and morbidity rate on short term.*

**Key words:** Cholangiocarcinoma, biliary ducts, cholangiography.

la anastomosis con extensión hacia el colédoco medio; dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas; colangitis purulenta; úlcera bulboduodenal. Se colocó prótesis de Teflón® 10 F.

## Discusión

Los colangiocarcinomas son tumores poco frecuentes que se pueden presentar en cualquier parte del árbol biliar intra o extrahepático. El riesgo para desarrollar este tumor se incrementa en condiciones inflamatorias crónicas, en particular cuando la bilis está infectada o ectásica.<sup>1</sup> Los colangiocarcinomas se clasifican anatómicamente en intrahepáticos, parahiliares y distales. Los que se originan en la vía biliar extrahepática son tumores relativamente raros, con una incidencia de 0.01 a 0.46 por ciento en series de autopsias.<sup>2</sup> De un 60 a un 80% de los casos de colangiocarcinoma son de localización perihiliar, siendo el sitio más frecuente la bifurcación del hepático. Cuando los tumores tienen esta localización reciben el nombre de tumor de Klatskin.<sup>1</sup> En México los colangiocarcinomas representan el 11.8% de todos los tumores del aparato digestivo, según el reporte hecho por el Dr. Villalobos.<sup>3</sup>

Existen varios factores de riesgo bien establecidos para el desarrollo de colangiocarcinoma, relacionados

\* Departamento de Medicina Interna.

\*\* Clínica de Gastroenterología.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

principalmente a estasis biliar, infección o exposición prolongada a carcinógenos. Entre éstos, destacan la colangitis esclerosante, la colitis ulcerativa, quistes coledocianos, hepatolitiasis, exposición a radionúclidos y a nitrosaminas, así como infección por helmintos hepáticos (*Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis*). La litiasis vesicular en los pacientes con colangiocarcinoma tienen una incidencia similar a la de la población general, sin embargo, los pacientes con hepatolitiasis tienen un riesgo de 5 a 10% de desarrollar colangiocarcinoma.<sup>4,5</sup>

De los tumores de vías biliares, más del 95% son adenocarcinomas, y la mayoría son de la variedad infiltrante nodular o infiltrante difusa. Los colangiocarcinomas tienen característicamente baja celularidad neoplásica como resultado de reacción desmoplástica. Por este motivo, la utilidad de las biopsias pequeñas y citología para establecer el diagnóstico es limitada.<sup>6</sup>

Del 19 al 66% de los colangiocarcinomas tiene sobreexpresión del gen de supresión tumoral *p53*. Se han reportado mutaciones del oncogen *K-ras* en 67% de los colangiocarcinomas, y 64% de los tumores de vías biliares tienen mutaciones del gen *p16*.<sup>7</sup>

Clinicamente, más del 90% de los pacientes con colangiocarcinoma tienen como dato inicial la ictericia. Otras manifestaciones clínicas incluyen prurito, dolor abdominal, fatiga, anorexia y pérdida de peso, y con frecuencia desarrollan colangitis posterior a la manipulación de la vía biliar. La exploración física habitualmente no aporta más datos aparte de la ictericia.

Los estudios de laboratorio suelen presentarse con un patrón colestásico, con bilirrubina total frecuentemente mayor a 10 mg/dL, con elevación de fosfatasa alcalina y  $\gamma$ -glutamil transpeptidasa. Las aminotransferasas suelen elevarse en menor grado, y también puede encontrarse hipoalbuminemia y prolongación del tiempo de protrombina.

El CA 19-9 puede estar elevado en los pacientes con colangiocarcinoma, y puede tener utilidad en la detección de colangiocarcinoma, sobre todo en los grupos de alto riesgo, si bien se ha reportado que sólo el 50% de pacientes con colangitis esclerosante y colangiocarcinoma, elevan los niveles de dicho marcador tumoral.<sup>7</sup>

Los estudios de imagen son útiles para determinar la extensión del tumor, involucro de la vía biliar, hígado, estructuras vasculares y la presencia de metástasis. Los estudios iniciales pueden ser el ultrasonido o la tomografía computada. La TAC muestra con claridad los tumores intrahepáticos. Los colangiocarcinomas perihiliares mostrarán dilatación de la vía biliar intrahepática, con vesícula biliar y vía biliar extrahepática normal

o colapsadas. Los tumores distales muestran dilatación de la vía biliar tanto intra como extrahepática. La identificación del tumor primario, sin embargo, es difícil con las técnicas convencionales, y los avances en los estudios de imagen han proporcionado una mayor utilidad. El ultrasonido dúplex tiene una sensibilidad del 87% para identificar masas perihiliares, así como para determinar el involucro de las vías biliares y de la vena porta. La tomografía helicoidal alcanza una sensibilidad para la detección de engrosamiento ductal o presencia de una masa cercana al 100%. La tomografía por emisión de positrones (PET) ha resultado útil en la detección de colangiocarcinomas menores a 1 cm en los pacientes con colangitis esclerosante.<sup>4</sup>

La definición de la anatomía de la vía biliar se obtiene preferentemente con el uso de colangiografía, ya sea retrógrada endoscópica o percutánea transhepática, o bien en forma no invasiva por medio de una colangiorresonancia magnética. La identificación de la extensión proximal del tumor es el factor más importante para determinar la resecabilidad. Para este fin la resonancia magnética ha ofrecido resultados similares a los de la colangiografía percutánea y mejores que los de la endoscópica (Figura 1).<sup>8,9</sup>

Para decidir el manejo más apropiado de un paciente con colangiocarcinoma es necesario determinar el estadiaje, extensión anatómica y riesgo quirúrgico del paciente. Para el estadiaje del colangiocarcinoma se utiliza el sistema TNM, y los tumores estadio I están limitados a la mucosa o muscular de la vía biliar; el estadio II invade



**Figura 1.** Tumor biliar exofítico (colangiocarcinoma) con proyección intraduodenal a través de anastomosis biliodigestiva.

tejidos periductales. El estadio III tiene metástasis regionales a ganglios linfáticos, mientras que los estadios IV invaden estructuras vecinas (IVA) o tienen metástasis a distancia (IVB).<sup>10</sup> Otra clasificación es la anatómica, previamente mencionada, en que los tumores se dividen en intrahepáticos, perihiliares y distales. Los tumores de la bifurcación de los hepáticos se pueden dividir a su vez con base en la clasificación de Bismuth, según la cual los tumores tipo I están confinados al hepático común, los tipo II involucran la bifurcación incluyendo tanto el conducto hepático derecho como el izquierdo. Los tipos IIIa y IIIb involucran los conductos intrahepáticos secundarios derecho e izquierdo, respectivamente, y el tipo IV involucra ambos conductos intrahepáticos.

Los datos determinantes de irresecabilidad por TAC o RM incluyen las metástasis hepáticas periféricas, la enfermedad extrahepática, la extensión proximal del tumor hacia los conductos intrahepáticos, y el involucro de la arteria hepática o la vena porta. En los pacientes con colangiocarcinoma distal la tomografía computarizada puede dar suficientes datos para predecir la resecabilidad.

El tratamiento curativo para el colangiocarcinoma sólo es posible con la resección total. En los pacientes con colangiocarcinoma intrahepático anatómicamente resecable y sin metástasis el procedimiento de elección es la hepatectomía parcial.<sup>11</sup> El 40% de los pacientes con colangiocarcinoma intrahepático resecable tienen tumores múltiples o que involucran ambos lóbulos hepáticos. Se planea una resección hepática en que se reseque por completo el tumor con un adecuado margen, y se debe tener cuidado para lograr un margen negativo en las vías biliares. Los pacientes con colangiocarcinoma distal se manejan con pancreatoduodenectomía, al igual que a los pacientes con otros tumores periamplulares. Más del 90% de estos tumores son resecables.<sup>1</sup>

Los pacientes con evidencia inequívoca de irresecabilidad deben recibir tratamiento paliativo para la ictericia, el cual se puede llevar a cabo por vía endoscópica o percutánea.<sup>12</sup> El abordaje percutáneo tiene ventajas sobre el endoscópico en los pacientes con colangiocarcinoma perihiliar, los que afectan ambos hepáticos o con extensión difusa, mientras que el abordaje endoscópico se prefiere en aquéllos con colangiocarcinoma distal irresecable y los que afectan el hepático común.<sup>11,13</sup>

Existen también varias opciones de tratamiento quirúrgico paliativo, que incluyen usualmente la realización de una coledocoyeyunostomía en Y de Roux.

Este paciente había sido manejado con una cirugía paliativa, realizándose derivación biliodigestiva con una

coledocoduodeno anastomosis. Ésta se obstruyó por actividad tumoral y requirió manejo endoscópico para permeabilizar la vía biliar.

En este caso, la aparición del colangiocarcinoma representó un segundo tumor primario en el paciente. No se ha descrito ninguna asociación entre el colangiocarcinoma y el cáncer de próstata y la coexistencia de ambos tumores en este paciente es coincidental.

El pronóstico a corto plazo para este paciente es malo tanto para la vida como para la función, con una alta mortalidad y morbilidad.<sup>14</sup>

## Referencias

1. Ahrendt S, Nakeeb A, Pitt H. Liver Tumors. Cholangiocarcinoma. Clinics in Liver Disease 5:1. 2001.
2. American Joint Committee on Cancer: Gallbladder, extrahepatic bile ducts, and ampulla of Vater. In: Fleming ID, Cooper JS, Henson DE (eds): AJCC Cancer Staging Manual, ed 5. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997: 103-119.
3. Villalobos JJ. Estudio prolectivo de 10 años de cáncer del aparato digestivo. Rev Gastroenterol Mex 1990; 55: 17-24.
4. Ahrendt SA, Pitt HA, Nakeeb A et al. Diagnosis and management of cholangiocarcinoma in primary sclerosing cholangitis. Journal of Gastrointestinal Surgery 1999; 3: 357.
5. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer Statistics, 2000. CA Cancer J Clin 2000; 50: 7.
6. Chu KM, Lai EC, Al-Hadeedi S et al. Intrahepatic cholangiocarcinoma. World J Surg 1997; 21: 301.
7. Hultcrantz R, Olsson R, Danielsson A et al. A 3-year prospective study on serum tumor markers used for detecting cholangiocarcinoma in patients with primary sclerosing cholangitis. J Hepatol 1999; 30: 669.
8. Magnuson TH, Bender JS, Duncan MD et al. Utility of magnetic resonance cholangiography in the evaluation of biliary obstruction. J Am Coll Surg 1999; 189: 63.
9. Guthrie JA, Ward J, Robinson PJ. Hilar cholangiocarcinomas T2-weighted spin-echo and gadolinium-enhanced FLASH MR imaging. Radiology 1996; 201: 347.
10. Ahrendt SA, Cameron JL, Pitt HA. Current management of patients with perihilar cholangiocarcinoma. In: Cameron JL (ed): Advances in Surgery, Vol. 30. St. Louis, Mosby, 1996: 427.
11. Lai EC, Chu KM, Lo CY et al. Choice of palliation for malignant hilar obstruction. Am J Surg 1992; 163: 208.
12. Nordback IH, Pitt HA, Coleman JA et al. Unresectable hilar cholangiocarcinoma: percutaneous versus operative palliation. Surgery 1994; 115: 597.
13. Chang WH, Kortan P, Haber GB. Outcome in patients with bifurcation tumors who undergo unilateral versus bilateral hepatic duct drainage. Gastrointest Endosc 1998; 47: 354.
14. Kobayashi S, Asano T, Yamasaki M et al. Risk of bile duct carcinogenesis after excision of extrahepatic bile ducts in pancreaticobiliary malfunction. Surgery 1999; 126: 939.

### Correspondencia:

Dr. Miguel A. Morán  
Fundación Clínica Médica Sur. Puente de Piedra No. 150. Colonia Toriello Guerra, Tlalpan, C.P. 1505. México, D.F., México.