

Introducción.

El Colangiocarcinoma extra hepático es un tumor maligno del epitelio ductal de la vía biliar, tipo adenocarcinoma. Es más frecuente en el hilio hepático (tumor de Klatskin) y menos frecuente en la porción distal de la vía biliar. Su presentación es rara, con muy mal pronóstico y su tratamiento es quirúrgico. La sospecha de Colangiocarcinoma se basa en signos de obstrucción biliar, así como fosfatasa alcalina y bilirrubinas elevadas. El ultrasonido abdominal es el método de imagen de primer contacto en un cuadro obstructivo de la vía biliar para demostrar la dilatación de la vía biliar intrahepática, con visualización de lesión tumoral intraductal (sensibilidad de 87-96%). La tomografía computada dinámica con protocolo biliopancreático confirma la dilatación de la vía biliar, el sitio de obstrucción por tumor y muestra el tipo tumoral como un realce heterogéneo temprano persistente y progresivo. La resonancia es superior a la tomografía en la evaluación de las lesiones intraductales, con sensibilidad y especificidad mayores a 90%.

Objetivo:

Describir un caso clínico de Colangiocarcinoma extra hepático de colédoco distal.

Material y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados

Paciente femenina de 74 años nacida y residente en la parroquia de Zumbahua de la ciudad de Latacunga, provincia de Cotopaxi, sin antecedentes patológicos personales, familiares y quirúrgicos relevantes. Paciente referida del Hospital de Zumbahua por presentar dolor abdominal de 8 días de evolución tipo cólico de moderada intensidad a nivel de hipocondrio derecho con irradiación a epigastrio y región infra escapular del mismo lado, acompañado de náuseas que llevan al vómito de contenido biliar, astenia, hiporexia y pérdida de peso no cuantificada. Cuadro clínico se exacerba hace 72 horas motivo por lo que acude. Al examen físico paciente consciente, orientada, afebril, ictericia generalizada, álgica, taquicárdica (FC: 115), taquipnéica saturando 82% con 3 litros de oxígeno por mascarilla, TA 128/80mm/Hg, escleras y conjuntivas ictericas, mucosas ictericas, Tórax: pulmones murmullo vesicular disminuido. Corazón ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos taquicardicos, soplos no audibles. Abdomen

distendido doloroso a la palpación profunda, Murphy positivo, ruidos hidroaéreos disminuidos. Extremidades: inferiores hipotonía, parestia, movilidad disminuida y presencia de edema ++/+++.

Al estudio paraclínico se evidencia leucocitosis con desviación a izquierda. Anemia moderada microcítica normo crómica. Hiperbilirrubinemia total (15,8) a expensas de la bilirrubina directa (13,3) y elevación de la fosfatasa alcalina (481). Amilasa (208), lipasa (790), creatinina (2,54), urea (49), trombocitopenia (90.000).

Eco de abdomen: reportó vesícula distendida, presencia de imagen pediculada mide 2.1mm en relación con pólipos. Páncreas Normal. Riñones Normales. Presencia de líquido libre subhepático subfrénico bilateral. Ver (figuras 1, 2,3,4)

Figura 1 ECOGRAFIA ABDOMINAL: Pólipo vesicular.



Fuente: Archivos de Imagenología HPGL

Figura 2 ECOGRAFIA ABDOMINAL: Riñones normales, líquido libre subhepático



Fuente: Archivos de Imagenología HPGL

Figura 4 ECOGRAFIA ABDOMINAL: Vesícula Biliar distendida



Fuente: Archivos de Imagenología HPGL

TAC abdominal simple y contrastada muestra un estómago con engrosamiento difuso de la pared. Hígado normal. Vesícula alitiásica. Vías intrahepáticas no dilatadas. Colédoco de 9mm de diámetro con obstrucción distal. Páncreas normal. Bazo: presencia de múltiples formaciones nodulares. Riñones normales. Derrame pleural bilateral (Ver figura 5 y 6).

Figura 6 TAC. ABDOMINAL Vesícula dilatada, alitiásica, Colédoco no dilatado. HGL.

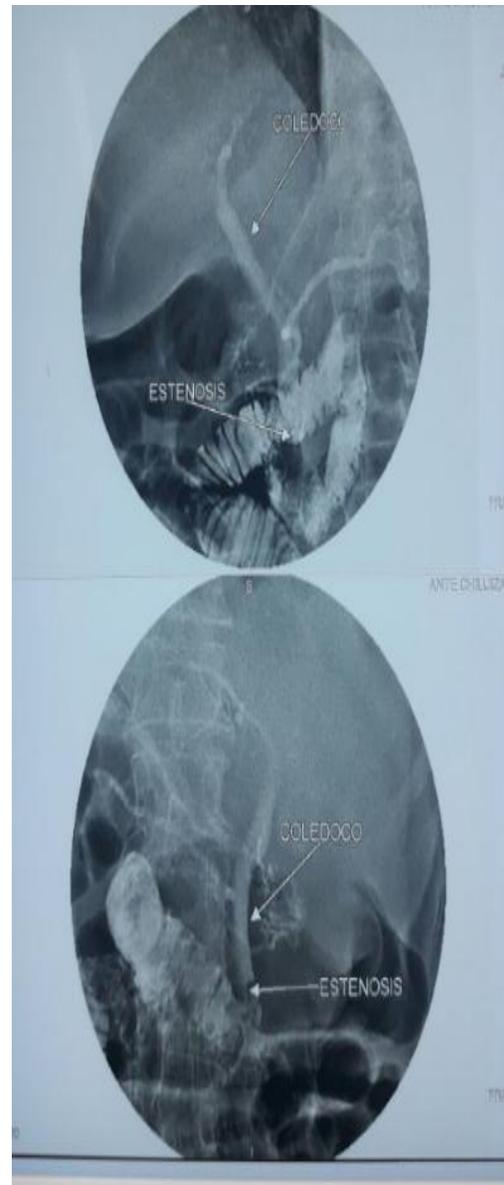


Fuente: Archivos de Imagenología HPGL

Se realiza también una endoscopia digestiva alta que sugiere una duodenopatía parasitaria. Se complementa estudio con CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica)

que mostró Colédoco dilatado 9mm, estenosis filiforme de colédoco supraampular, de posible etiología maligna. A descartar Colangiocarcinoma distal, no es posible colocar prótesis endobiliar debido al grado de estenosis de colédoco distal. No le realizan papilotomía.

Figura 7. COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA



Fuente: Archivos de Imagenología HPGL

Figura 8 VISION ENDOSCOPICA DE LA COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA



Fuente: Archivos de Imagenología HPGL

Figura 9. VISION ENDOSCOPICA DE LA COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA



Fuente: Archivos de Imagenología HPGL

Discusión:

El cáncer de vesícula es la neoplasia maligna más frecuente del árbol biliar y el quinto cáncer más común del aparato digestivo: cada año se diagnostican en EE. UU. 7.000 casos nuevos (2,5 casos/100.000 habitantes). La edad habitual de comienzo es la sexta o séptima décadas de la vida y con un predominio femenino de 3:1. El cáncer de vesícula es más común entre los norteamericanos

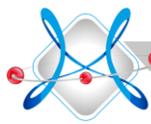
nativos, mexicanos, nativos de Alaska e hispanos, así como en los residentes de Israel, Chile y norte del Japón (1)

El Colangiocarcinoma (CC) constituye un grupo heterogéneo de tumores que derivan de los colangiocitos. El CC es el segundo tumor maligno hepático más frecuente tras el hepatocarcinoma, y representa el 3% de todos los cánceres digestivos. Hasta un 13% de las muertes por cáncer son atribuidas a los cánceres biliares, y el 10-20% de estas son atribuidas al CC (2)

Cerca del 90% de los cánceres de vesícula son adenocarcinomas (90%, escirros; 5%, papilares; y 5%, coloides). Los demás son cánceres anaplásicos o de células escamosas (2)

El diagnóstico preoperatorio resulta complicado porque los resultados analíticos pueden ser normales o inespecíficos, incluso si la enfermedad avanzada se manifiesta por hipoalbuminemia y anemia. No existe ningún marcador tumoral fidedigno. Los resultados de las pruebas hepáticas se alteran cuando el tumor o las adenopatías peri portaes se acompañan de obstrucción biliar. La ecografía posee una sensibilidad del 75 al 80% para la detección del cáncer de vesícula, y los signos varían desde una masa luminal compleja hasta el engrosamiento de la pared de la vesícula, una masa polipoidea o cálculos biliares. Las imágenes transversales de la TC o de la resonancia magnética detectan la extensión de la enfermedad, incluso las metástasis regionales y remotas. La ecoendoscopia ayuda a establecer el grado de invasión local y afectación ganglionar, pero rara vez se precisa para el estudio preoperatorio. La CPRE está indicada solo en los pacientes con signos clínicos de obstrucción biliar si se plantea la colocación de una endoprótesis para paliar la ictericia. (3)

Los pacientes con cálculos biliares mayores de 3 cm corren un riesgo 10 veces mayor de cáncer de la vesícula, por lo que se planteará la colecistectomía profiláctica, incluso ante casos asintomáticos. La vesícula en porcelana, con calcificación difusa de la pared, es otra indicación de la colecistectomía del enfermo asintomático, debido al mayor riesgo de cáncer. La colecistectomía también está indicada ante un pólipo de la vesícula mayor de 1 cm, quistes del colédoco diferentes al tipo III, anomalías de la unión pancreatobiliar y adenomiosis vesicular (4)



La supervivencia mediana de la enfermedad irreseccable (estadio IV) tan solo llega a 2-3 meses. No se ha demostrado que la radioterapia surta efecto, mientras que los regímenes de quimioterapia conllevan tasas de respuesta aproximadas del 20% en la enfermedad irreseccable (muy parecidas a las de los regímenes para el cáncer de páncreas) (5)

El Colangio Carcinoma extra hepático es una entidad ya reconocida, infrecuente y descrita como una de las variantes de cáncer vesicular más agresivas dando un promedio de supervivencia menor de 5% en 5 años,

Los principales factores de riesgo asociados son los cálculos biliares, infecciones crónicas de la vesícula biliar, la exposición ambiental a sustancias químicas específicas como el dióxido de torio (Thorotrast), la presencia de quistes en el colédoco, la edad avanzada y la obesidad. Sin duda alguna la colelitiasis es el factor más importante con aumento del riesgo hasta 10 veces superior en pacientes con cálculos mayores de 3 cm, esta es la razón por la cual el médico debe adueñarse una correcta habilidad para discrepar y realizar el

Entre los factores de riesgo de adenocarcinoma vesicular cabe destacar el sexo femenino, la colelitiasis crónica, la colecistitis crónica, los antecedentes de pólipos vesiculares y las anomalías del conducto colédoco. A menudo se considera que la calcificación de la vesícula biliar («vesícula de porcelana») constituye un factor de riesgo, pero solo se ha observado una asociación muy débil con el desarrollo de este tumor.

Ante el contexto que envuelve esta patología el médico debe apropiarse de un criterio clínico que resultará determinante debido a que la correcta historia clínica, en búsqueda de factores de riesgos y la valoración del tiempo de evolución de una colecistitis aguda obligarán al médico a la inclusión de Colangiocarcinoma dentro del cuadro de probables diagnósticos, recordarle al médico además, el alto riesgo que tienen estos pacientes de ser subdiagnosticados y por lo tanto acrecentar la tasa de baja supervivencia (< de 5% en 5 años) su incidencia y prevalencia resulten ser bajas.

Conclusiones

La precisión diagnóstica y terapéutica puede modificar el pronóstico en pacientes con Colangiocarcinoma extra hepático de colédoco distal.

Referencias bibliográficas

1. Evan L. Fogel y Stuart Sherman. Enfermedades de la vesícula y los conductos biliares,

CAPÍTULO, Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna, 2015, 155, 1038-1048, Disponible en [https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-](https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130338001555?scrollTo=%23h10000307)

B9788491130338001555?scrollTo=%23h10000307

2. M.Rodríguez-Soler y R. Jover. Colangiocarcinoma y cáncer vesicular, CAPÍTULO, Cáncer digestivo: patogenia, diagnóstico, tratamiento y prevención, Capítulo 7, 2015, 101-115, Disponible en [https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-](https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B978849022683400007X?scrollTo=%23h10000643)

B978849022683400007X?scrollTo=%23h10000643

3. Sotelo-Martínez Sánchez-Luna, Colangiocarcinoma del colédoco distal. Revisión de un caso, Anales de Radiología México 2014;13:260-266, disponible en [file:///C:/Users/Biblioteca%20Salud/Downloads/caso.clinico_colangiocarcinoma%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Biblioteca%20Salud/Downloads/caso.clinico_colangiocarcinoma%20(2).pdf)

4. Gainant, M. Mathonnet, Cáncer de la vesícula biliar. Técnica quirúrgica, EMC - Técnicas quirúrgicas - Aparato digestivo 1 Volume 31 > n°1 > febrero 2015, Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1282912915698336?via%3Dihub>

5. Welzel T.M., McGlynn K.A., Hsing A.W., O'Brien T.R., and Pfeiffer R.M.: Impact of classification of hilar cholangiocarcinomas (Klatskin tumors) on the incidence of intra- and extrahepatic cholangiocarcinoma in the United States. J Natl Cancer Inst 2006; 98: pp. 873-875, Disponible en

<https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/djj234>

6. Deoliveira M.L., Schulick R.D., Nimura Y., Rosen C., Gores G., Neuhaus P., and Clavien P.A.: New staging system and a registry for perihilar cholangiocarcinoma. Hepatology 2011; 53: pp. 1363-1371 Disponible en

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.24227/abstract;jsessionid=B695E5F3E3E1F43704F4E16F2966B6BE.f02t02?systemMessage=Wiley+Online+Library+%27Journal+Subscribe+%2F+Renew+%27+page+will+be+down+on+Wednesday+05th+July+starting+at+08.00+EDT+%2F+13.00+BST+%2F+17.30+IST+for+up+to+75+minutes+due+to+essential+maintenance>.

7. Edge S.B., and Compton C.C.: The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. Ann Surg Oncol 2010; 17: pp. 1471-1474, Disponible en



<https://link.springer.com/article/10.1245%2Fs10434-010-0985-4>

8. Claessen M.M., Vleggaar F.P., Tytgat K.M., Siersema P.D., and van Buuren H.R.: High lifetime risk of cancer in primary sclerosing cholangitis. *J Hepatol* 2009; 50: pp. 158-164, Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827808006351?via%3Dihub>
9. Khan S.A., Davidson B.R., Goldin R.D., Heaton N., Karani J., Pereira S.P., et al: Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: an update. *Gut* 2012; 61: pp. 1657-1669, Disponible en <http://gut.bmj.com/content/61/12/1657>
10. Fernandes, ESM, MELLO, FT, Ribeiro-Filho, J. The largest western experience with hepatopancreatoduodenectomy: lessons learned with 35 cases. *Brasileiros de Cirurgia. SciELO Brasil*; 2016
11. Meyer, L, Simian, D, Kronberg, U, Estay, C. Desarrollo de neoplasia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista médica. SciELO Chile*; 2015
12. Coelho, R, Silva, M, Rodrigues-Pinto, E. CA 19-9 as a marker of survival and a predictor of metastization in cholangiocarcinoma. *GE-Portuguese Journal karger.com*; 2017;
13. Achurra, P, Rebolledo, R, Contreras, T, Saez, J. Surgical treatment of hilar colangiocarcinoma: perioperative and survival analysis. *HPB. hpbonline.org*; 2016
14. Riechelmann, R, coutinho, AK. Guideline for the management of bile duct cancers by the brazilian gastrointestinal tumor group. *Arquivos SciELO Brasil*; 2016