

1120931



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
SUBDIVISION DE ESPECIALIDADES**

**COLANGIOCARCINOMA
CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA.**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I D A D
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. JOSE LUIS ACEVES CHIMAL



IMSS

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA
CIRUGIA GENERAL



JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA

Dr. Arturo Robles Páramo

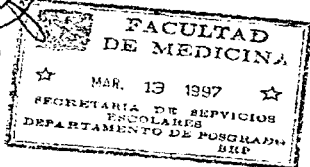
DAVID DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

JEFATURA DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Dr. José Fenig Rodríguez

ASESOR DE TESIS

Dr. Jesús Arenas Osuna



COLANGIOCARCINOMA: CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA. DR. José Luis Aceves Chimal y Dr. Jesús Arenas Osuna. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza. Servicio de Cirugía General.

JUSTIFICACION

El colangiocarcinoma es una enfermedad insidiosa, de difícil diagnóstico y manejo para el cirujano general y con baja sobrevida una vez hecho el diagnóstico.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados con colangiocarcinoma en el servicio de cirugía general del H.E.C.M.R. de enero de 1992 a agosto de 1996, analizando la edad, sexo, cuadro clínico, estudios de laboratorio y gabinete, tipo histológico, tratamiento y sobrevida. Se clasificó de acuerdo a T.N.M. y A.J.C.C.. El análisis estadístico se realizó utilizando medidas de tendencia central y Chi cuadrada.

RESULTADOS

Encontramos 10 pacientes con colangiocarcinoma, todos presentaron ictericia (60% >2+) y pérdida de peso ($X=5.7$ kg), elevación de transaminasas y F.A. ($X=579$ u/l); se realizó USG, T.C., CPRE y CP. El 60% se encontró en estadios III y IV y el 90% fué de tipo proximal (AJCC). El tratamiento fué paliativo: 50% Pigtail y 50% sonda T. La sobrevida varió de 2-18 meses (10 meses). En todos disminuyó la ictericia y toleraron la V.O.

CONCLUSIONES

En todos los pacientes mejoró la calidad de vida, el estadio se relacionó estrechamente con la sobrevida ($p=0.01$). No existió relación entre el grado de ictericia, pérdida de peso y estadio ($p=0.01$). La historia natural de la enfermedad no fue diferente a la reportada en la literatura médica.

Table of Contents

1- INTRODUCCION	5
2- MATERIAL Y METODOS	7
3- RESULTADOS	8
4- CONCLUSION	15
5- BIBLIOGRAFIA	19

COLANGIOCARCINOMA 3 AÑOS

COLANGIOCARCINOMA

Cinco años de experiencia en el servicio de
Cirugía General del Hospital de Especialidades
Centro Médico La Raza.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Jesús Arenas Osuna
Cirujano General
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza
Matrícula:

INVESTIGADOR AYUDANTE

Dr. José Luis Aceves Chimal
Médico Residente 4to. año
Cirujano General
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza
Matrícula: 10607438

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COLANGIOCARCINOMA 5 AÑOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA

**DIRECCION: Serie y Zuechile S/N
Colonia La Raza
Delegación: Azcapotzalco
México D.F.**

TELEFONO: 7 24 59 00

RESUMEN

El colangiocarcinoma es una enfermedad poco frecuente e insidiosa, se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con este padecimiento de enero 1992 a agosto 1996, analizando la edad, sexo, cuadro clínico, estudios laboratoriales y de gabinete, tratamiento y sobrevida. Se clasificaron de acuerdo a T.N.M. y A.J.C.C. Encontramos 10 pacientes con colangiocarcinoma, todos presentaron ictericia (60% > 2+) y pérdida de peso (\bar{X} =5.7 kg), elevación de transaminasas y F.A. (\bar{X} =579 u/l). Se realizó USG,TAC,CPRE y CP. En estadios III y IV estuvo el 60% y proximales 90% (AJCC). El tratamiento fué paliativo: 50% Pígeal y 50% sonda T. La sobrevida varió de 2-18 meses (\bar{X} =10). En todos mejoró la calidad de vida. El estadio se relacionó con la sobrevida ($p=0.01$). No existió relación entre la ictericia, pérdida de peso y estadio ($p=0.01$)

Palabras clave: Colangiocarcinoma; Vía Biliar; Cáncer

COLANGIOPCARCINOMA 5 AÑOS

ABSTRACT

Cholangiocarcinoma is an uncommon and insidious disease. We reviewed the patients charts with this disease from January 1992 to August 1996, assessing age, sex, clinic manifestations, laboratory and gabinete test, treatment and survival. We used TNM and A.J.C.C. classifications. We found 10 patients with cholangiocarcinoma. All showed jaundice (80% $>2+$) and loss weight (<5.7 kg), high levels transaminases and A.P. (<579 u/l). Performs USG, CT, PC and CPRE. Sixty percent were III and IV staging, 90% were proximal site (AJCC). The treatment was palliative: 50% Pigtail and 50% T tube. The survival vaing between 2-18 months (<10). All patients had best quality life. There were relationships between staging and survival ($p=0.01$), there were not relationships betwom jaundice, loss weight and staging ($p=0.01$).

Key words: Cholangiocarcinoma; biliar tree; Cancer.

COLANGIOMIOMA 5 AÑOS

COLANGIOMIOMA 5 AÑOS

COLANGIOMIOMA 5 AÑOS

INTRODUCCION

El colangioma es una patología conocida hace más de un siglo, realizándose las primeras publicaciones en 1889 por Mueser y después por Klastkin al reportar 13 casos de tumores de la bifurcación de la vía biliar. Su frecuencia mundial se reporta entre 0.1-0.4% considerando los cánceres en general y de 1% considerando las patologías de la vía biliar.[1] Se presenta entre la 6a. y 7a. década de la vida, afectando ligeramente más a las mujeres que a los hombres.[1]

El adenocarcinoma es la variedad histológica más común (95%), reportándose variedades raras como escamoso, mucosoides, fangosarcoma, rabdomiosarcoma, citadenocarcinoma y de células escamosas.[3]. Se disemina principalmente por contigüidad, seguida por vía linfática, metastatizando primariamente al hígado, vesícula biliar y ganglios linfáticos regionales.[2,3,4]

La mayoría de los pacientes se presenta al hospital hasta que se encuentra en etapas avanzadas, reportándose una supervivencia a partir del momento en que se realiza el diagnóstico de 6 meses en promedio, con una supervivencia global de 20-30% al año.[3] Considerando lo anterior el tratamiento utilizado con mayor frecuencia es de tipo paliativo, por lo que el conocimiento del desarrollo de esta enfermedad en nuestra población derechohabiente atendida en el servicio de cirugía general, proporcionará información para la realización de nueva investigación sobre esta enfermedad.

COLANGIOMCARCINOMA 5 AÑOS

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía General del H.E.C.M.R. y que fueron diagnosticados con colangiocarcinoma en el período comprendido entre enero de 1992 a agosto de 1996, excluyéndose a los pacientes diagnosticados inicialmente con la enfermedad y que posteriormente cambió su diagnóstico a otra patología como Ca. de vesícula biliar, ampulla de Vater o páncreas, así como aquellos pacientes a quienes no se pudo localizar su expediente clínico o que no se encontraba con información suficiente para realizar el análisis.

Se analizaron las siguientes variables: Edad, sexo, cuadro clínico, parámetros y métodos diagnósticos utilizados, hallazgos quirúrgicos, diagnósticos histopatológicos, evolución clínica posterior al tratamiento y supervivencia alcanzada. El sitio y grado de afectación se clasificaron de acuerdo al American Joint Committee on Cancer, clasificación de Bismuth y Collette para afectación proximal de la vía biliar y clasificación T.N.M. (4,9) El análisis estadístico se realizó utilizando medidas de tendencia central y Chi cuadrada.(19)

RESULTADOS

En el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza se atendieron a 1125 pacientes con afección de vesícula y vía biliar durante el período de estudio, diagnosticándose con colangioma a 25 pacientes, con una frecuencia de 2.2%. Se excluyeron a 15 pacientes del estudio por las siguientes causas:

- 1.- Sin expediente clínico (n=12)
- 2.- Cáncer de vesícula biliar (n=2)
- 3.- Carcinoma de páncreas (n=1)

Las edades de los pacientes oscilaron entre 48-90 años de edad, con mayor frecuencia en la 7a. década de la vida (n=5), afectando más al sexo femenino con una relación hombre mujer 1:2. Ningún paciente reportó antecedentes heredo-familiares relacionados con la enfermedad y 2 pacientes reportaron colecistectomías previas. (Tabla II). La evolución del padecimiento actual desde el inicio de los signos y síntomas hasta recibir valoración por el servicio de cirugía general osciló entre 20-180 días. Todos los pacientes presentaron ictericia: +(n=1); ++(n=3); +++(n=1); ++++(n=5). (Tabla II) Seis pacientes presentaron dolor en hipocóndrio derecho secundario a ingesta de colecistocinéticos. (Tabla II).

Con respecto a la pérdida de peso, en 3 pacientes no se refirió en el expediente, el resto presentó una pérdida que varió de 3-10 kg con una media de 5.7 kg y una DE de 1.87 en un período de tiempo de 20-180 días. (Tabla II) En 3 pacientes se reportó masa abdominal en hipocóndrio derecho o epigástrico y 3 pacientes reportaron prurito. (Tabla II)

A nueve pacientes se les realizó ultrasonido de hígado y vías biliares, reportando dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas (n=6), litiasis vesicular (N=3) y metástasis hepáticas (n=1). A 4 pacientes se realizó tomografía computada, reportándose dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas (n=3) y metástasis hepáticas y ganglios retroperitoneales (n=1). A 3 pacientes se realizó colon-

COLANGIOCARCINOMA 5 AÑOS

giografía endoscópica reportando estenosis del tercio proximal del coledoco. A 3 pacientes se realizó colangiografía percutánea, reportando estenosis a nivel de la carina (n=2) y estenosis del hepático común (n=1) (Tabla III)

Las pruebas de función hepática fueron las siguientes: Bilirubina total 8-42 mg/dl con una media de 24.2 mg/dl y una DE 7.7, bilirubina directa 5.8-34 mg/dl con una media de 19.9 mg/dl y una DE de 6.3, bilirubina indirecta de 0.4-18 mg/dl con una media de 9.2 mg/dl y una DE de 4.9, TGO de 42-304 u/l con una media de 173 u/l y una DE de 74.3, TGP de 32-382 u/l con una media de 116.6 u/l con una DE de 20.4, F.A. de 148-1010 u/l con una media de 579 u/l y una DE de 92.97, albumina de 2.2 a 4.1 mg/dl con una media de 3.2 mg/dl y una DE de 0.68. (Tabla IV)

De acuerdo al sitio de afección en la vía biliar, 9 pacientes presentaron afección proximal y una media (AJCC). Dos pacientes se clasificaron como bismuth I, 4 como bismuth II, 2 como bismuth IIIa y 1 como bismuth IIIb. A un paciente no se pudo clasificar por no encontrar datos en el expediente. (Tabla V). La estadificación por T.N.M., 3 pacientes se clasificaron en estado II, 2 en estado III y 4 en estado IV. Un paciente no se estadificó por falta de datos en el expediente clínico. (Tabla V)

Todos los pacientes fueron llevados a cirugía, realizándose los siguientes procedimientos paliativos: Hepaticoyeyunoanastomosis termino terminal con ferulización de la vía biliar (n=1), colecistectomía y ferulización de la vía biliar con sonda T (n= 2), colecistoyeyunoanastomosis (n=1), colecistotomía (n=1), al resto de los pacientes no fue posible realizar ningún procedimiento, por lo que se derivó la vía biliar en forma externa a través de catéter FISTAIL (n=5) (Tabla V). La calidad de vida mejoró en todos los pacientes, disminuyendo la ictericia, el dolor y tolerando la vía oral adecuadamente (Tabla VI). Solo se encontraron estudios de laboratorio postratamiento en 5 pacientes (solo un estudio), disminuyendo los niveles de bilirubina (Tabla VI). La supervivida fue de 2-18 meses con una media de 10 meses (Tabla V)

COLANGIOCARCINOMA 5 AÑOS

TABLA I
FRECUENCIA DE PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA POR AÑO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HECMR DE ENERO DE 1992 A AGOSTO DE 1996

ANO	TOTAL	CASOS INCL	CASOS EXCL	CASOS E	CASOS F	CASOS G
1992	5	3	2	256	1.9	1.17
1993	5	3	2	205	2.4	1.46
1994	3	1	2	236	1.1	0.42
1995	5	1	4	208	1.4	0.85
1996	7	2	5	220	5.1	0.90
TOTAL	25	10	15	1025	2.2	0.97

E = Número de pacientes con afección de la vía biliar y vesícula biliar.

F = Frecuencia x 100 en relación al total de casos de colangiocarcinomas

G = Frecuencia x 100 en relación al número de casos incluidos en el estudio.

Las causas de exclusión se observan en el texto.

Fuente: Hojas de alta del archivo de Cirugía General y expedientes clínicos del HECMR

TABLA II
CUADRO CLINICO, EDAD, SEXO Y ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LOS PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HECMR DE ENERO DE 1992 A AGOSTO DE 1996.

No.	EDAD	SEXO	A.P.P.	ICTERIA	PRURITO	PERD. PESO	DOLOR X CCK	MASA ABD.	EVOL. P.A.
1	62	F	NO	+++	NO	8KG	NO	NO	40 D
2	63	F	NO	+	NO	6KG	SI	NO	180 D
3	64	F	?	++++	SI	10KG	NO	SI	20 D
4	56	F	NO	++	NO	?	SI	SI	?
5	60	M	NO	++++	SI	8KG	NO	SI	120 D
6	80	M	NO	++++	NO	8KG	SI	NO	90 D
7	49	M	NO	++	NO	?	SI	NO	?
8	65	F	CCT	++	NO	?	NO	NO	60 D
9	48	M	NO	++++	NO	3KG	SI	NO	90 D
10	74	F	CCT	+++	SI	5KG	NO	NO	30 D

? Sin referencia en el expediente clínico

CCT = Colocistectomía

Fuente: Expedientes clínicos.

COLANGIOMIOMA 5 AÑOS

TABLA III
ESTUDIOS REALIZADOS A LOS PACIENTES CON COLANGIOMIOMA ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HECMR DE ENERO 1992 A AGOSTO 1996

No.	U.S.G.	T.A.C.	C.P.R.E.	C.P.
1	Dilatación v/a biliar proximal	Dilatación v/a biliar proximal	Estenosis del hepático común	NO
2	Dilatación v/a biliar intra y extrahepática	Dilatación v/a biliar intra y extrahepática sin hígado y colangio- neó.	NO	NO
3	?	?	?	?
4	Dilatación del coledoco modulo hepático lobulo derecho.	NO	NO	Tumor de anastomosis biliar
5	Dilatación v/a biliar proximal	NO	NO	NO
6	Dilatación v/a biliar intra y extrahepática	Dilatación v/a biliar intra y extrahepática	NO	NO
7	Coledocosis	NO	Estenosis v/a biliar proximal	NO
8	Dilatación v/a biliar intra y extrahepática	NO	NO	NO
9	Coledocosis	Dilatación v/a biliar intra y extrahepática	NO	Estenosis de carina
10	Coledocosis+dilatación v/a biliar proximal	NO	Estenosis tercio proximal de coledoco	Amputación del hepático común

USG= Ultrasonido TAC= Tomografía computada CPRE= Colangiografía endoscópica

CP= Colangiografía percutánea

Fuente: Expediente clínico

COLANGIOCARINOMA SAÑOS

TABLA IV

BILIRUBINAS Y ENZIMAS HEPATICAS DE LOS PACIENTES CON COLANGIOCARINOMA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HECMR DE ENERO 1992 A AGOSTO DE 1996

No.	BILIRUB. TOTAL	BILIRUB. DIRECTA	BILIRUB. INDIRECTA	T.G.O. u/l	T.G.P. u/l	FA	ALBUM
1				114	88	617	35
2	1.2	0.3	0.9	42	53	60	3.2
3	?	?	?	?	?	?	?
4	8	5	3	132	150	363	3.4
5	42.4	24.3	18.1	113	86	508	4.1
6	13.6	11.2	0.4	304	362	1010	3.4
7	34.8	24.8	10.0	98	148	?	?
8	38.0	34.0	4.0	64	32	408	3.2
9	25.2	20.2	4.7	100	44	680	2.2
10	19.3	16.6	2.7	105	67	600	4.0

TGO= Glutamiloxaloacético transaminasa TGP Glutamilpiruvica transaminasa

FA= Fosfatasa Alcalina ALBUM= Albumina

? No se encontraron datos en el expediente clínico

Fuente: Expediente clínico

TABLA V

CLASIFICACION T.N.M, BISMUTH, DX HISTOPATOLOGICO, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA DE LOS PACIENTES CON COLANGIOCARINOMA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HECMR DE ENERO 1992 A AGOSTO DE 1996

No.	T.N.M.	AJ.C.C.	BISMUTH	DX HISTOPATOLOGICO	TRATAMIENTO	SOBREVIDA
1	?	PROXIMAL	I	ADENOCAR	PIGTAIL	3 MESES
2	IV	PROXIMAL	II	ADENOCAR	PIGTAIL	3 MESES
3	IV	PROXIMAL	IIIa	ADENOCAR	PIGTAIL	3 MESES
4	IV	MEDIO		ADENOCAR	Hepaticoyesun anastomosis + ferulización	25 MESES
5	II	PROXIMAL	IIIb	ADENOCAR	con sonda T	18 MESES
6	II	PROXIMAL	I	ADENOCAR	Colecistoyesun anastomosis	12 MESES
7	IV	PROXIMAL	IIIa	ADENOCAR	Colecistostoma	2 MESES
8	III	PROXIMAL	II	ADENOCAR	PIGTAIL	?
9	III	PROXIMAL	II	ADENOCAR	PIGTAIL	2 MESES
10	II	PROXIMAL	I	ADENOCAR	con sonda T	VIVA

Fuente: Expediente clínico

COLANGIOCARCINOMA 5 AÑOS

TABLA VI

EVOLUCION CLINICA Y LABORATORIO POSTRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON COLANGIO CARCINOMA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HECMR DE ENERO DE 1992 A AGOSTO DE 1996

Nº	BILIRUS TOTAL	BILIRUS DIRREC	BILIRUS INDIREC	ICTERICA	DOLOR X DDX	FRUNTO	VIA ORAL
1				?	?	?	?
2				++	NO	NO	SI
3	?	?	?	?	?	?	?
4	0.6	0.5	0.1	++	NO	NO	SI
5	13.7	8.5	5.2	++	NO	NO	SI
6	5.4	5.0	0.4	++	NO	NO	SI
7	18.7	12.8	5.3	++	NO	NO	SI
8				?	?	?	?
9				++	NO	NO	SI
10	8.8	7.4	1.3	++	NO	NO	SI

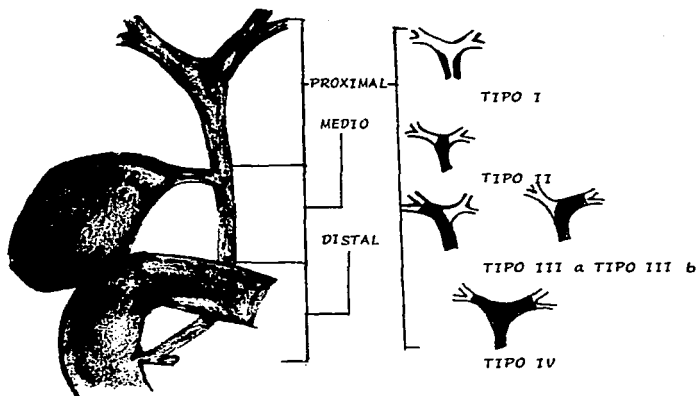
? No se reporta en el expediente clínico

— No se realizó seguimiento

Fuente: Expediente clínico

COLANGIOPCARCINOMA 5 AÑOS

D I B U J O 1



A. J. C. C.

BISMUTH Y CORLETTE

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (6)

D I S C U S I O N

El colangiocarcinoma es una patología poco frecuente, pero cuyo comportamiento clínico con un rápido deterioro desde el momento de iniciar los signos y síntomas, produce gran inquietud en el paciente que lo lleva a buscar ayuda médica especializada. Para el cirujano general, esta enfermedad representa un problema de difícil manejo, tanto en la realización del diagnóstico como en la aplicación del tratamiento que más conviene a cada paciente. La casuística del servicio de Cirugía General del HECMR en los últimos 5 años es ligeramente mayor que la reportada en la literatura médica mundial, sin embargo, si consideramos el número de pacientes incluidos en el estudio, la frecuencia baja a los parámetros reportados (Tabla I). (3)

La mayoría de los pacientes tuvieron una edad mayor a los 60 años (70%), afectando más a las mujeres que a los hombres con una relación mujer:hombre de 2:1 (Tabla II). Aunque no se ha determinado la etiología del colangiocarcinoma, se han reportado patologías relacionadas, por ejemplo: Enfermedad de Carolí, colodocofibrosis, quistes de coledoco, colélitiasis, cirugías de la vía biliar y de vesícula, colangitis esclerosante, etc. (1) En nuestro estudio a 2 pacientes se les realizó colecistectomía previa (Tabla II) y en 3 pacientes se reportó colélitiasis por ultrasonido (Tabla III).

El cuadro clínico consiste esencialmente de pérdida de peso e ictericia y en el 50% de los casos se presenta prurito y ligero dolor abdominal. En etapas avanzadas con metástasis hepáticas se puede encontrar ascitis. (1,3) En nuestros pacientes el 100% presentó ictericia y pérdida de peso ($\bar{x}=5.7\text{kg}$). No existió relación entre el grado de ictericia, el estadio de la enfermedad y el grado de pérdida de peso ($p=0.01$). Tampoco existió relación entre la presencia de prurito e ictericia ($p=0.01$) (Tabla III).

La presencia de masa abdominal es un signo poco frecuente, que solo se reporta en grados avanzados de la enfermedad. (2,4,8) En nuestro estudio solo se reportó masa abdominal a la palpación en 3 pacientes (Tabla II). El tiempo de evolución del padecimiento actual varió de 20-180 días, acreditando esta variación a que los pacientes se presentan a recibir valoración especializada cuando la sintomatología

COLANGIOMIOMA 5 AÑOS

logía es alarmante (pérdida de peso e ictericia) (Comunicación personal de los familiares de los pacientes). En lo que respecta al dolor, en la literatura se describe de tipo inespecífico en epigástrico e hipocondrio derecho en el 40-50% de los casos. (2,7) En nuestros pacientes el 50% lo presentó relacionado a ingesta de colesticoquinéticos (Tabla II).

Para corroborar el diagnóstico de colangioma en los pacientes con sospecha clínica, se recomienda la siguiente ruta crítica: 1) Determinación de bilirubinas y enzimas hepáticas (TGO, TGP, DHL, FA), 2) USG de hígado y vías biliares. 3) Colangiografía endoscópica y/o percutánea y 4) Tomografía computada. (2,7,10) En nuestro estudio solo a 2 pacientes se les realizó la ruta crítica completa, en los que se realizó tomografía computada, esta no reportó datos que indicaran estadios avanzados, siendo necesaria la estadificación a través de laparotomía exploradora, encontrando estadios avanzados sin posibilidad de realización de tratamiento paliativo quirúrgico (50%). La colangiografía endoscópica y percutánea fueron de utilidad para determinar el sitio y grado de obstrucción, coincidiendo con los hallazgos quirúrgicos en los 6 pacientes a quienes se les realizó estos estudios (Tabla III). Aunque el ultrasonido no es el estudio ideal para valorar las vías biliares, proporciona información indirecta sobre la estrechez de la vía biliar, a través de la dilatación por arriba de la estenosis. (2,7) Esto coincidió con nuestros paciente, reportándose dilatación de la vía biliar por arriba de la estrechez en el 90% de los casos, pero no fue útil para detectar metástasis hepáticas, reportándose nódulo hepático solo en un paciente, a pesar de que en la literatura médica se reporta al USG y TAC con una sensibilidad y especificidad del 90% para detectar metástasis hepáticas. (7,10,18) Considerando lo anterior, es recomendable realizar estudios prospectivos en donde se relacione lo reportado en los estudios radiológicos realizados en los pacientes llevados a cirugía en el HECMR..

Los niveles de bilirubina (directa e indirecta) y las enzimas TGO y TGP, son las pruebas de laboratorio más utilizadas para determinar el tipo de ictericia y evaluar el daño hepático, estas en conjunto con la fosfatasa alcalina, aunque inespecífica, son útiles para apoyar el diagnóstico de colangioma.

COLANGIOPCARINOMA 5 AÑOS

(2.7.9.10) En nuestro estudio todas las enzimas mencionadas, se encontraron elevadas, aunque estas elevaciones no tuvieron relación con el grado ni con el sitio de afección sobre el árbol biliar ($p=0.01$). El 90% de los pacientes presentaron niveles de albúmina por arriba de 3 g/dl, sin tener tampoco relación con el grado de afección ni con la pérdida de peso ($p=0.01$) (Tabla IV).

El tipo histológico fue adenocarcinoma en todos los pacientes, pero no se reportó la diferenciación, misma que se ha relacionado con la sobrevida. (5) El American Joint Committee on Cancer clasifica al colangiocarcinoma de acuerdo al sitio de afección sobre el árbol biliar en proximal, medio y distal, y para el tipo proximal utiliza la clasificación de Bismuth y Corlette en 4 tipos (dibujo 1). En estas clasificaciones, entre menor es el tipo, mejor es la posibilidad terapéutica quirúrgica. (3,6) En nuestra casuística, el 90% fué de tipo proximal y de estos el 30% fué Bismuth I, 30% Bismuth II y 30% Bismuth IIIa o IIIb, sin embargo, no tuvieron relación con el estadio TNM ($p=0.01$), de tal forma, que fué posible realizar procedimientos paliativos quirúrgicos en estadios I y II independientemente del sitio de afección, en comparación con los estadios III y IV, en donde solo se pudo realizar derivación externa con PIGTAIL colocado por vía percutánea (50%).

La sobrevida de los pacientes fué baja, existiendo una relación estrecha con el estadio TNM ($p=0.01$). El 60% de los pacientes de los pacientes en estadio III y IV tuvo una sobrevida menor a 3 meses, el resto con estadio menor tuvo una sobrevida mayor a 1 año (Tabla V). No fue posible relacionar los tipos de tratamiento (PIGTAIL o sonda T) con la sobrevida, debido a que los pacientes se encontraban en estadios avanzados (Tabla V). La calidad de vida mejoró en todos los pacientes con los tratamientos aplicados, disminuyendo el grado de ictericia clínica, desapareciendo el dolor y el prurito y tolerando la vía oral adecuadamente (Tabla VI). En ningún paciente se realizó tratamiento curativo. Solo a 5 pacientes se les realizó determinación de bilirubinas en una ocasión durante el posoperatorio mediato, realizan dose solo seguimiento clínico en la consulta externa.

COLANGIOMIOMA 5 AÑOS

Finalmente, el tratamiento curativo de los pacientes con colangioma es difícil de realizar, debido a que la mayoría de los pacientes se presentan a valoración médica especializada cuando se encuentran en estadios avanzados, por lo que al igual que en nuestro estudio, en las series publicadas el tratamiento que más se realiza es de tipo paliativo. Considerando esto, es recomendable realizar líneas de investigación encaminadas al diagnóstico precoz de la enfermedad y tener mejores posibilidades de tratamiento, en este sentido, Nihaloo A. y colaboradores recomiendan el monitoreo de antígeno carcinoembrionario en la bile de los pacientes, con patologías relacionadas con colangioma (5)

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

COLANGIOCARCINOMA 5 AÑOS

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Yeo Ch.J.,MD, Pitt H.A.,MD, Cameron J.L.,MD. COALNGIOCARCINOMA. CL. Q.N.A. 1990; 70:1453-71
- 2.- Perez C.,Dr.,Gutiérrez S.,CG, ICTERICIA OBSTRUPTIVA. En Gutiérrez S.,CG,Arzuaveña M.,CG, eds Fisiología de la Reproducción. 1988: 239-46
- 3.- Yaymond R.,MD, Buard J.L.,MD Guy L.,MD, Bernard L.,MD. SURGICAL MANAGERMENTS OF 552 CARCINOMAS OF THE EXTRAHEPATIC BILE DUCTS (Gallbladder and Periapapular Tumors Excludad). Ann.Surg. 1991;215: 31-38
- 4.- Bismuth H.,MD,Nakache R.,MD, Diamond T.,MD. MANAGEMENT STRATEGIES IN RESECTION FOR HILAR COLANGIOCARCINOMA. Ann.Surg. 1992;213: 236-41
- 5.- Norback I.,MD, Pitt A.,MD, Coleman J.,MD, Verbrut A.,MD, Dooley C.,MD,Yau N.,MD.UNRESECA BLE HILAR CHOLANGIOCARCINOMA: Percutaneous vs operative palliation. Surgery 1994; 115: 597-603
- 6.- American Joint Commite on Cancer. EXTRAHEPATIC BILE DUCTS.: Manual for Staging Cancer. 4o. De., Philadelphia, 1992: 91-94 y 99-111
- 7.- Blumgart H.,Dr.,TUMORES DE LA VESICULA Y DE LOS CONDUCTOS BILIARES. En Maingot S. Operaciones Abdominales. 8o. Ed.,Panamericana,1986:1939-46
- 8.- Bismuth H.,MD,Corflete, MB,INTRAHEPATIC CHOLANGIOENTERIC ANASTOMOSIS IN CARCINOMA OF THE HILUS OF THE LIVER. Surg. Gin.Obst.1975;140:170-78
- 9.- Savage A.,MD,Malk R.,MD. SURVIVAL AFTER HEPATIC RESECTION FOR MALIGNANT TUMORS. Br. J. Surg. 1992;79:1095-1101
- 10.- Guthrie C.,MD, Banning S.,MD,Garden O.,MD,Carter D.,MD. SEGMENT III CHOLANGIOYEUY NOANASTOMY FOR PALLIATION FOR MALIGNANT HILAR OBSTRUCTION. Br. J. Surg. 1994;81: 1639-41

COLANGIOPCARCINOMA 5 AÑOS

- 11.- Solomon J. MD, Stephen F. MD, Gallinger S. MD, White G. MD. DOES INTRAOPERATIVE HEPATIC ULTRASONOGRAPHY CHANGE SURGICAL DESITIONS MAKING DURING LIVER RESECTION. *Am. J. Surg.* 1994;168:307-10
- 12.- Bhaskar B. MD, Teplitz S. MD. NONSURGICAL MANAGEMENT OF PRIMARY CHOLANGIOPCARCINOMA: Analisis retrospectivo of 40 cases. *Dig. Dis. Sci.* 1995;140:701-705
- 13.- Millikan W. MD, Gleason T. MD, Desai D. MD. THE CURRENT ROLE TUBE U FOR BENING AND MALIGNANT BILLIARY OBSTRUBTIONS. *Ann. Surg.* 1993;205:221-29
- 14.- Guthrie C. MD, Haddock D. MD, DeBroux A. MD. CHANGING TRENDS IN THE MANAGEMENT OF EXTRAHEPATIC CHOLANGIOPCARCINOMA. *Br. J. Surg.* 1993;80:1434-39
- 15.- Voyles R. MD, Bowley N. MD, Allison D. MD. CARCINOMA OF THE PROXIMAL EXTRAHEPATIC BILLIARY TREE RADIOLOGY ASSESSMENT AND THERAPEUTIC ALTERNATIVES. *Ann. Surg.* 1993;218:188-94
- 16.- Chen M. MD, Jan Y. MD, Wang Ch. MD. A REPRASAL OF CHOLANGIOPCARCINOMA IN PATIENT WITH HEPATOLITHIASIS. *CANCER.* 1993;71:2461-65
- 17.- Aoki K. MD, Takayasu M. MD. COMBINED HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND CHOLANGIO CARCINOMA: Clinical Features and Tomographic findings. *Hepatology.* 1993;18:1080-95
- 18.- Gibean R. MD, Young E. MD, Thompson J. MD. BILE DUCT OBSTRUBTION: Radiologic evaluation of level, cause and tumor resectability. *Radiology.* 1986;160:43-47
- 19.- Bloomer J., Henry L. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, CUI CUADRADA Y FRUEBA EXACTA DE FISHER. En *Introducción a la Bioestadística.* 1989:55-73