

11209 58



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI IMSS

COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR:
10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN SU MANEJO EN
EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMN S XXI

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN:

C I R U G I A G E N E R A L

P R E S E N T A :

DR. JULIO GONZALEZ REBATTU Y GONZALEZ



México, D.F.

289441

200



Universidad Nacional
Autónoma de México

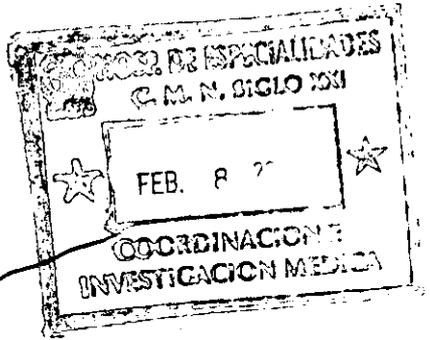


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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).

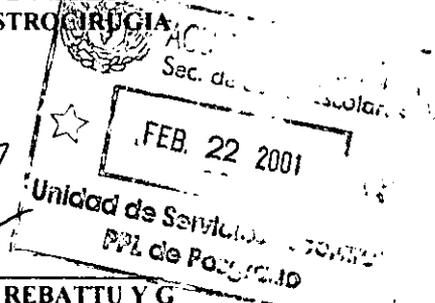
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. NIELS H. WACHER R
DIV. DE EDUC. E INV MEDICA

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERV DE GASTROCIROGIA

DR. ENRIQUE LUQUE DE LEON
MEDICO DE BASE GASTROCIROGIA



DR. JULIO GONZALEZ REBATTU Y G
RESIDENTE DE GASTROCIROGIA

AGRADECIMIENTOS:

AGRADESCO A MIS MAESTROS Y MEDICOS DE BASE POR MI FORMACION, EN ESTOS CUATRO AÑOS COMO CIRUJANO

AGRADESCO A MIS PADRES POR TODO EL APOYO Y CONFIANZA QUE ME HAN BRINDADO DURANTE MI FORMACION

AGRADESCO A MIS HERMANOS ALEJANDRO, GERARDO Y MAURICIO POR EL APOYO QUE ME HAN DADO.

INDICE:

I - ANTECEDENTES	PAG. 1
II - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	PAG. 5
III - OBJETIVOS	PAG. 5
IV - MATERIAL, PACIENTES Y METODOS	PAG. 5
V - CONSIDERACIONES ETICAS	PAG. 7
VI - RECURSOS PARA EL ESTUDIO	PAG. 8
VII - RESULTADOS	PAG. 9
VIII - DISCUSION	PAG. 14
IX - ANEXOS	
a) HOJA DE RECOPIACION DE DATOS	PAG. 21-22
b) FIGURA 1	PAG. 23
c) CUADRO I	PAG. 24
d) CUADRO II	PAG. 25
e) CUADRO III	PAG. 26
f) CUADRO IV	PAG. 27

g) TABLA I	PAG. 28
h) CUADRO V	PAG. 29
i) FIGURA 2	PAG. 30
j) FIGURA 3	PAG. 31
k) TABLA II	PAG. 32
X. - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	PAG. 33-34

I. ANTECEDENTES:

EL COLANGIOCARCINOMA ES UN TUMOR MALIGNO POCO FRECUENTE QUE PUEDE LOCALIZARSE EN CUALQUIER LUGAR DEL ARBOL BILIAR INTRA O EXTRAHEPATICO. TIENE UNA INCIDENCIA DE 1.1 X 100 000 HABITANTES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA, OCUPANDO EL OCTAVO LUGAR ENTRE LAS NEOPLASIAS DEL APARATO DIGESTIVO. (1)

EN MEXICO, EL REGISTRO HISTOPATOLOGICO DE NEOPLASIAS DEPENDIENTE DE LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA DE LA SECRETARIA DE SALUD, CLASIFICA A ESTE TUMOR EN EL DIECISIETEAVO LUGAR EN DISTRIBUCION DE CASOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN LA POBLACION GENERAL, CORRESPONDIENDO AL 1.4% DE TODOS LOS CASOS DE TUMORES MALIGNOS. (2)

LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACION DE PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR ES ENTRE LOS 60 Y 65 AÑOS DE EDAD, AUMENTANDO SU INCIDENCIA CON LA EDAD. EN GENERAL, LA DISTRIBUCION ES SIMILAR PARA AMBOS SEXOS; EN NUESTRO PAIS, SE TIENE REGISTRADO QUE ESTE TUMOR OCUPA EL ONCEAVO LUGAR EN FRECUENCIA DEL TOTAL DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN MUJERES LO CUAL CORRESPONDE AL 1.7% Y EN EL HOMBRE OCUPA EL VIGESIMOPRIMER LUGAR, SIENDO EL 1% DEL TOTAL DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS. (2)

DENTRO DE SU PATOGENESIS EL COLANGIOCARCINOMA SE HA ASOCIADO A LITIASIS BILIAR; EN OPINION DE MUCHOS AUTORES, LA INFECCION BACTERIANA CRONICA, ESTASIS BILIAR Y EL MECANISMO DE IRRITACION DE LA LITIASIS BILIAR FAVORECE EL DESARROLLO DE HIPERPLASIA ADENOMATOSA DE LA MUCOSA Y COLANGITIS PROLIFERATIVA CRONICA, LA CUAL CAUSA CAMBIOS HACIA UNA HIPERPLASIA EPITELIAL ATIPICA, PROGRESANDO FINALMENTE A UN COLANGIOCARCINOMA EN EL 4% DE LOS PACIENTES CON COLELITIASIS. (3)

LOS QUISTES DE COLEDOCO INCLUYENDO LA ENFERMEDAD DE CAROLI INCREMENTAN EL RIESGO PARA DESARROLLAR COLANGIOCARCINOMA; EN CERCA DEL 14% DE LOS PACIENTES CON ESTA PATOLOGIA, SEGUIDOS DURANTE 20 AÑOS, SE HA DIAGNOSTICADO LA NEOPLASIA. (4)

LOS PACIENTES CON COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA TIENEN UN RIESGO DE ~11% DE PRESENTAR COLANGIOCARCINOMA 10 AÑOS DESPUES DE SU DIAGNOSTICO. TAMBIEN, LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRANSPLANTE HEPATICO POR COLANGITIS ESCLEROSANTE TIENEN ENTRE UN 10% Y 35% DE RIESGO PARA DESARROLLAR COLANGIOCARCINOMA EN EL HIGADO TRANSPLANTADO. (5)

LA INCIDENCIA DE COLANGIOCARCINOMA EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA (CUCI) ES DEL 0.2 AL 1.4%, SIENDO ESTA CIFRA SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR QUE EN LA POBLACION GENERAL.

EL AGENTE DE CONTRASTE THOROTRAST SE ASOCIO A LA PRESENCIA DE ESTE TUMOR; ACTUALMENTE, YA NO ES UTILIZADO.

SE HAN REPORTADO INFECCIONES PARASITARIAS COMO *EPISTHORCHIASIS* Y *CLONORCHIS SINEASIS* COMO CAUSA PREDISPONENTE DE COLANGIOCARCINOMA EN UN NUMERO IMPORTANTE DE PACIENTES EN ASIA (PRINCIPALMENTE EN HONG KONG). (6,7)

POR OTRO LADO, EL COLANGIOCARCINOMA SE HA ASOCIADO EN EL DESARROLLO DE ABSCESOS HEPATICOS PIOGENOS EN EL 3.3% DE LOS CASOS (8)

EL COLANGIOCARCINOMA, PUEDE ENCONTRARSE EN CUALQUIER LUGAR A LO LARGO DEL ARBOL BILIAR INTRA O EXTRAHEPATICO. LA BIFURCACION DE LOS CONDUCTOS HEPATICOS ES EL SITIO MAS FRECUENTEMENTE INVOLUCRADO. APROXIMADAMENTE ENTRE EL 60% Y EL 80% DE LOS COLANGIOCARCINOMAS MANEJADOS EN CENTROS DE REFERENCIA DE TERCER NIVEL, SE LOCALIZAN EN LA REGION PERIHILIAR. MUCHOS SISTEMAS DE CLASIFICACION HAN SEPARADO LOS TUMORES INTRAHEPATICOS DE LOS EXTRAHEPATICOS, Y TIENEN UNA NUEVA SUBDIVISION, CLASIFICÁNDOLOS EN PROXIMAL, MEDIO Y DISTAL. SIN EMBARGO, EN ESTE SISTEMA, LAS LESIONES MEDIAS SON RELATIVAMENTE RARAS Y USUALMENTE SON MANEJADAS HACIA UNO U OTRO LADO DE LA LESION CON UNA RESECCION HILIAR PARA LAS LESIONES MAS PROXIMALES O CON UNA PANCREATODUODENECTOMIA PARA LAS LESIONES DISTALES. ADEMAS, LOS COLANGIOCARCINOMAS INTRAHEPATICOS USUALMENTE SON TRATADOS CON HEPATECTOMIAS INCLUYENDO LA LESION HEPATICA. POR LO TANTO, EL COLANGIOCARCINOMA SE CLASIFICA MEJOR DENTRO DE TRES GRUPOS: 1) INTRAHEPATICOS, 2) PERIHILIARES Y 3) DISTALES. ESTA CLASIFICACION SE

CORRELACIONA CON LA DISTRIBUCION ANATOMICA Y EL TRATAMIENTO IMPLICITO PREFERIDO. (9)

POR OTRO LADO, LOS TUMORES PERIHILIARES SON DIVIDIDOS SEGUN LA CLASIFICACION DE BISMUTH-CORLETTE, BASANDOSE EN ESTUDIOS DE ULTRASONIDO, COLANGIOGRAFIA Y ASPECTO MACROSCOPICO EN:

- TIPO I. CUANDO EL TUMOR AFECTA EL CONDUCTO HEPATICO COMUN.
- TIPO II. CUANDO EL TUMOR SE LOCALIZA EN LA BIFURCACION DEL CONDUCTO HEPATICO, SIN INVOLUCRAR LOS CONDUCTOS SECUNDARIOS IZQUIERDO O DERECHO.
- TIPO IIIa: CUANDO EL TUMOR SE EXTIENDE A LOS CONDUCTOS SECUNDARIOS DERECHOS.
- TIPO IIIb: CUANDO EL TUMOR INVADE LOS CONDUCTOS SECUNDARIOS IZQUIERDOS.
- TIPO IV: CUANDO EL TUMOR AFECTA AMBOS CONDUCTOS INTRAHEPATICOS SECUNDARIOS (IZQUIERDO Y DERECHO). (10)

NO EXISTE SINTOMATOLOGIA TEMPRANA, SIN EMBARGO, SE PRESENTA ICTERICIA EN EL 90% DE LOS CASOS, OTROS SÍNTOMAS SON DOLOR ABDOMINAL (47%), PERDIDA DE PESO (45%), ANOREXIA (42%), PRURITO (42%), FIEBRE (22%) Y MASA PALPABLE (4%). EN EL 5% DE LOS PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA, PUEDE EXISTIR COLANGITIS DEBIDO A LA OBSTRUCCION BILIAR MALIGNA, CARACTERIZADA POR FIEBRE, LEUCOCITOSIS, HIPERBILIRRUBINEMIA Y DOLOR ABDOMINAL. (11)

DENTRO DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO DESTACAN LA ELEVACION DE LAS BILIRRUBINAS, DESHIDROGENASA LACTICA (DHL) Y LA FOSFATASA ALCALINA (FA), LO CUAL NOS INDICA UN PATRON OBSTRUCTIVO DE LA VIA BILIAR. TAMBIEN SE ENCUENTRAN ALTERADAS, LA ALBUMINA, PROTEINAS TOTALES, ALANINOTRANSFERASA, ASPARTATOAMINOTRANSFERASA, HEMOGLOBINA Y CREATININA, ESTA ULTIMA COMO CONSECUENCIA DE LESION POR PIGMENTOS BILIARES A NIVEL RENAL. (12).

EL DIAGNOSTICO EXACTO Y LA EVALUACION DE LA EXTENSION DE LA ENFERMEDAD SE HA LOGRADO CON LA COMBINACION DE ULTRASONIDO (USG), TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA (TAC), RESONANCIA MAGNETICA (RM), COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CRE), COLANGIOGRAFIA TRANSHEPATICA PERCUTANEA (CTP) Y

ARTERIOGRAFIA (AR); ESTOS ESTUDIOS DETERMINAN LA LOCALIZACION Y RESECABILIDAD DE LA LESION. (5,7)

EL TRATAMIENTO SE ENCUENTRA ENFOCADO A LA RESECCION DEL COLANGIOCARCINOMA Y LA RECONSTRUCCION BILIOENTERICA, EXISTIENDO DIFERENTES TIPOS DE CIRUGIAS, QUE INCLUYEN RESECCIONES LOCALES O RESECCIONES HEPATICAS ANATOMICAS, SIN EMBARGO, DEBIDO A LO AVANZADO DE LA ENFERMEDAD ESTO USUALMENTE ES POCO FACTIBLE. CUANDO NO ES POSIBLE EL TRATAMIENTO CURATIVO, EXISTEN TRATAMIENTOS PALIATIVOS, LOS CUALES INCLUYEN LA COLOCACION DE DRENAJES BILIARES EXTERNOS POR MEDIO DE COLAGIOGRAFIA TRANSHEPATICA PERCUTANEA Y DRENAJES BILIARES INTERNOS POR MEDIO DE ENDOPROTESIS DE POLIETILENO O POR MEDIO DE STENTS METALICOS EXPANDIBLES, LOS CUALES SE COLOCAN POR VIA ENDOSCOPICA. (12,13,14)

LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO ESTABLECIDO DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR TIENEN UN POBRE PRONOSTICO A CORTO PLAZO, CON UNA SOBREVIDA MEDIA DE 19 MESES PARA LOS PACIENTES CON RESECCIONES CURATIVAS Y DE 9 MESES PARA LA RESECCION PALIATIVA (15) TENIENDO COMO PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE EL CRECIMIENTO TUMORAL, FALLA HEPATICA, COLANGITIS, SEPSIS, SANGRADO GASTROINTESTINAL Y FALLA RENAL (16)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿CUAL ES LA EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI EN CUANTO AL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS?

III. OBJETIVOS:

LOS OBJETIVOS PRINCIPALES SON DESCRIBIR Y REVISAR LA EXPERIENCIA EN EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DEL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN S XXI EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS, ESPECÍFICAMENTE:

1. IDENTIFICAR EL GRUPO DE EDAD Y SEXO MAS AFECTADO POR COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR.
2. IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SINTOMAS ASOCIADOS CON COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR.
3. CONOCER LOS PRINCIPALES ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE REALIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR.
4. CONOCER LA LOCALIZACION ANATOMICA DEL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR SEGUN LA CLASIFICACION DE BISMUTH-CORLETTE.
5. CONOCER EL TRATAMIENTO DEFINITIVO Y/O PALIATIVO DE LOS PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR.
6. SABER CUAL ES EL PRONOSTICO Y LOS RESULTADOS CON EL TRATAMIENTO ESTABLECIDO EN LOS PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR.

IV. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS:

1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

ESTE ES UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, LONGITUDINAL, DONDE SE REVISARON LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE AGOSTO DE 1990 Y DICIEMBRE DE 1999.

2. UNIVERSO DE TRABAJO:

LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR EN EL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI.

3. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE: PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR.

VARIABLE INDEPENDIENTE: SEXO, EDAD, FACTORES DE RIESGO, METODOS DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO REALIZADO.

4. SELECCION DE LA MUESTRA:

A) TAMAÑO DE LA MUESTRA: SE INCLUIRAN A TODOS LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR IDENTIFICADOS Y TRATADOS EN EL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI EN EL PERIODO DE AGOSTO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1999.

B) CRITERIOS DE SELECCION:

1. CRITERIOS DE INCLUSION:

- PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR.

2. CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- PACIENTES TRATADOS FUERA DEL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN S XXI
- PACIENTES CON EXPEDIENTES INCOMPLETOS O EXTRAVIADOS

3. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPatico O COLANGIOCARCINOMA DISTAL.

5. PROCEDIMIENTOS:

ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION SE REALIZO DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE OCTUBRE DE 1999 Y EL 31 DE ENERO DEL 2000.

SE OBTUVO LA INFORMACION DE LOS PACIENTES EN LAS LIBRETAS DE REGISTRO DE INGRESO Y EGRESO HOSPITALARIO. TAMBIEN SE ACUDIO AL S.I.M.O. PARA REVISAR LAS TARJETAS DE DIAGNOSTICOS PARA OBTENER NOMBRE Y NUMERO DE AFILIACION DE TODOS LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR HOSPITALIZADOS DE AGOSTO DE 1990 A DICIEMBRE DE 1999.

SE SOLICITARON LOS EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS, LOS CUALES SE REVISARON Y SE VACIO LA INFORMACION OBTENIDA DE INTERES EN LAS HOJAS DE REGISTRO DE DATOS.

LOS DATOS OBTENIDOS SE RECOPIARON Y SE AGRUPARON EN TABLAS, Y SE DESCRIBIERON LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

6. ANALISIS ESTADISTICOS:

SIENDO ESTE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO Y CON UNA MUESTRA PEQUEÑA, LOS RESULTADOS FUERON SOLO DESCRITOS Y SE REPRESENTARON EN CUADROS Y GRAFICAS

V. CONSIDERACIONES ETICAS:

DEBIDO A QUE ESTE ESTUDIO ES RETROSPECTIVO Y SOLO IMPLICA LA REVISION DE EXPEDIENTES CLINICOS, LA REALIZACION DEL MISMO NO CONLLEVA SITUACIONES ETICAS QUE CONSIDERAR.

VI. RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

1. RECURSOS HUMANOS:

A. UN MEDICO DE BASE ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN S XXI

B. UN RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL.

2.- RECURSOS MATERIALES:

A. LIBRETAS DE CONTROL DE INGRESO Y EGRESO HOSPITALARIO DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN S XXI.

B. INFORMACION DE LAS TARJETAS DE DIAGNOSTICO DEL S.I.M.O

C. EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA.

D. HOJA DE RECOPIACION DE DATOS

E. COMPUTADORA PERSONAL.

2. RECURSOS FINANCIEROS:

EL MATERIAL UTILIZADO Y LOS GASTOS QUE SE GENEREN DURANTE EL DESARROLLO DEL ESTUDIO, SERAN SOLVENTADOS POR LOS AUTORES.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL PRIMERO DE DICIEMBRE DE 1999 Y EL 31 DE ENERO DEL 2000, SE REVISARON LOS EXPEDIENTES CLINICOS, SE RECOPIARON LOS DATOS OBTENIDOS Y SE VACIARON EL LAS HOJAS DE REGISTRO.

EN EL PERIODO DEL PRIMERO DE FEBRERO AL 15 DE FEBRERO DEL 2000 SE REALIZO LA TABULACION Y EL ANALISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA.

DURANTE EL PERIODO DEL 16 FEBRERO AL 29 DE FEBRERO DEL 2000 SE LLEVO A CABO EL INFORME FINAL DEL ESTUDIO.

VII. RESULTADOS:

DURANTE EL PERIODO DE REVISION, SE ENCONTRARON 17 EXPEDIENTES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLANGIOPCARINOMA PERIHILIAR, DE LOS CUALES SE INCLUYERON PARA ESTE ESTUDIO A 14 PACIENTES; 3 FUERON EXCLUIDOS POR ENCONTRARSE LOS EXPEDIENTES INCOMPLETOS.

LOS 14 PACIENTES ERAN DE NACIONALIDAD MEXICANA; 6 (43%) FUERON DEL SEXO MASCULINO Y 8 (57%) DEL SEXO FEMENINO CON UNA RELACION M:F DE 1:1.3. FIGURA 1 EL RANGO DE EDAD FUE DE 32 A 82 AÑOS (MEDIA 67 AÑOS). CUADRO I.

CUATRO PACIENTES (28%), TUVIERON ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE NEOPLASIAS, 2 PACIENTES FEMENINOS TUVIERON ANTECEDENTE DE CANCER DE MAMA, UNA DE CANCER DE TIROIDES Y UN PACIENTE MASCULINO, CON ANTECEDENTE DE CANCER DE PROSTATA . EN NINGUNO DE ESTOS SE HA ESTABLECIDO RELACION ALGUNA CON EL COLANGIOPCARINOMA.

OCHO PACIENTES (57%) TUVIERON LITIASIS BILIAR ASOCIADA; Y TODOS ELLOS TUVIERON ALGUN TIPO DE CIRUGIA BILIAR PREVIA. A 6 SE LES REALIZO COLECISTECTOMIA (CCT) EN PROMEDIO 5 AÑOS (RANGO, 1 - 10 AÑOS) PREVIOS AL DIAGNOSTICO DE COLANGIOPCARINOMA PERIHILIAR Y A 2 SE LES REALIZO CCT + EXPLORACION DE LA VIA BILIAR (EVB), 3 Y 6 AÑOS PREVIOS AL DIAGNOSTICO.

CABE NOTAR QUE EN UNA DE LOS PACIENTES OPERADOS DE CCT, SE DIAGNOSTICO QUISTE DE COLEDOCO TIPO III DE LA CLASIFICACION DE TODANI, BASADOS EN LOS HALLAZGOS OPERATORIOS Y DE CRE POSTOPERATORIA 4 MESES ANTES DEL DIAGNOSTICO DE COLANGIOPCARINOMA. SIN EMBARGO, ESTE DIAGNOSTICO NO SE CORROBORO EN UNA CRE POSTERIOR, NI DURANTE LA OPERACIÓN A LA QUE FUE SOMETIDA POR LA NEOPLASIA.

EN CUANTO A LA SINTOMATOLOGIA REFERIDA, SE ENCONTRO QUE LOS 14 PACIENTES (100%) PRESENTARON ICTERICIA PROGRESIVA CON UNA MEDIA DE 3 MESES (RANGO, 1 - 12 MESES) PREVIO AL DIAGNOSTICO. DIEZ PACIENTES (71%) PRESENTARON DOLOR

TIPO COLICO EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO. DOCE PACIENTES (85%) PRESENTARON PERDIDA DE PESO CON UNA MEDIA DE 10 KG (RANGO, 3 - 20 KG) EN UN PERIODO DE TIEMPO DE 1 A 8 MESES.

SIETE PACIENTES (50%) PRESENTARON FIEBRE, SIN EMBARGO SOLO 5 PACIENTES (35%) PRESENTARON COLANGITIS, CARACTERIZADA POR FIEBRE, ICTERICIA Y DOLOR.

A LA EXPLORACION FISICA DESTACO PRINCIPALMENTE LA ICTERICIA MUCOCUTANEA EN LOS 14 PACIENTES (100%). DOS PACIENTES (21%) SE PRESENTARON CON UNA TUMORACION PALPABLE Y DOLOROSA EN HIPOCONDRIO DERECHO. EN 12 PACIENTES (85%) SE PRESENTO PRURITO GENERALIZADO.

TRECE PACIENTES (93%) PRESENTARON MALESTAR GENERAL CARACTERIZADO POR ASTENIA, ADINAMIA Y ANOREXIA. CUADRO II

DENTRO DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO DESTACARON PRINCIPALMENTE LA HEMOGLOBINA CON UNA MEDIA DE 12 GR/DL (RANGO, 9.- 15), LEUCOCITOS CON UNA MEDIA DE 6307 UI (RANGO, 4502 - 9878), ENCONTRANDO EN CUATRO PACIENTES LEUCOCITOSIS POR ARRIBA DE 10000 UI (RANGO, 11500 - 20000); TP Y TPT DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES CON MEDIA DE 13.3" (RANGO, 11.3 - 16.3) Y 32.1" (RANGO, 29.2 - 37.8) RESPECTIVAMENTE.

LOS PARAMETROS NUTRICIONALES CON PROTEINAS TOTALES DE 6.3 GR/L (RANGO, 4.3 - 8.6), ALBUMINA CON UNA MEDIA DE 2.8 GR/L (RANGO, 1.3 - 5.1), Y GLOBULINA DE 3.4 GR/L (RANGO, 2.4 - 4.9)

LAS PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA DEMOSTRARON BILIRRUBINA TOTAL ELEVADA EN LOS CATORCE PACIENTES (100%) CON UNA MEDIA DE 15 MG/DL (RANGO, 4.5 - 32), Y UN PREDOMINIO DE LA BILIRRUBINA DIRECTA 11 MG/DL (RANGO, 3.1 - 24), SOBRE LA BILIRRUBINA INDIRECTA CON MEDIDA DE 4.1 MG /DL (RANGO, 0.6 - 8); LA FOSFATASA ALCALINA SE ENCONTRO ELEVADA EN 12 PACIENTES (85%) CON UNA MEDIA DE 993 UI (RANGO, 480 - 1396); LA DESHIDROGENASA LACTICA SE ENCONTRO ELEVADA EN 11 (78%) PACIENTES CON UNA MEDIA DE 463 U/L (RANGO, 151 - 860); LA ALANINOTRASFERASA CON UNA MEDIA DE 107 U/L (RANGO, 92 - 270), Y LA

ASPARTATOTRANSFERASA CON UNA MEDIA DE 165 U/L (RANGO, 89 - 423), SE ENCONTRARON ELEVADAS EN 12 PACIENTES (85%) CADA UNA. TODOS ESTOS VALORES DEMUESTRAN EL DAÑO HEPATOCELULAR QUE CURSABAN ESTOS PACIENTES.

DENTRO DE LAS PRUEBAS DE FUNCION RENAL SE ENCONTRO QUE 4 PACIENTES (28%) TENIAN ELEVACION DE LA CREATININA CON UNA MEDIA DE 2 U/L (RANGO, 1.7 - 4.2) Y UNA UREA CON UNA MEDIA DE 98 MG/DL (RANGO, 58 - 210), LO QUE NOS INDICA EL PROBABLE DAÑO RENAL POR PIGMENTOS BILIARES EN ESTOS PACIENTES.

DENTRO DE LOS ESTUDIOS DE GABINETE UTILIZADOS PARA EL DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR, DESTACA EL ULTRASONIDO DE HIGADO Y VIAS BILIARES QUE FUE REALIZADO EN LOS 14 PACIENTES (100%), ENCONTRANDO PRINCIPALMENTE DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPATICA, ASI COMO OBSERVANDOSE EL TUMOR A NIVEL DE LA CARINA EN 5 PACIENTES (35%) Y TROMBO EN LA VENA PORTA EN 1 SOLO CASO (14%). CUADRO III

SE REALIZO TAC ABDOMINAL A 7 PACIENTES(50%). SE ENCONTRO DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPATICA EN TODOS LOS CASOS Y TUMOR A NIVEL DE LA CONFLUENCIA DE AMBOS HEPATICOS Y A NIVEL DE LA CARINA EN 5 PACIENTES (71%).

SE OBSERVARON EN 2 PACIENTES (28%) IMAGENES SUGESTIVAS DE METASTASIS INTRAHEPATICAS, PRINCIPALMENTE EN EL LOBULO HEPATICO DERECHO, TAMBIEN SE ENCONTRARON IMAGENES SUGESTIVAS DE CRECIMIENTO GANGLIONAR EN LA REGION PERIportal Y SUPRADUODENAL. CUADRO III

LA COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CRE) Y LA COLANGIOGRAFIA TRANSHEPATICA PERCUTANEA (CTP) SE REALIZARON EN 10 PACIENTES (71%) Y 3 PACIENTES (21%), RESPECTIVAMENTE. SE DEMOSTRO EN TODOS LOS CASOS LA DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPATICA, ASI COMO EL NIVEL DE LA TUMORACION Y SU EXTENSION HACIA UNO U OTRO CONDUCTO HEPATICO. A NINGUN PACIENTE SE LE REALIZO ANGIOGRAFIA. CUADRO III Y CUADRO IV

DENTRO DE LA CLASIFICACION DEL COLANGIOPCARINOMA PERIHILIAR CORRESPONDIENTE A BISMUTH-CORLETTE SE ENCONTRO LA SIGUIENTE DISTRIBUCION: TIPO I A 5 PACIENTES (35%); TIPO II A 6 PACIENTES (42%); TIPO IIIa A 2 PACIENTES (14%); TIPO IIIb 0 PACIENTES Y TIPO IV A UN PACIENTE (7%) CUADRO IV Y TABLA I

SE REVISO MINUSIOSAMENTE EN UNA PACIENTE LA CRE POR UN DIAGNOSTICO PREVIO DE QUISTE DE COLEDOCO TIPO III DE LA CLASIFICACION DE TODANI BASADOS EN HALLAZGOS OPERATORIOS (CCT) Y COLANGIOGRAFICOS, SIN EMBARGO SE DESCARTO ESTE DIAGNOSTICO POR MEDIO DE UNA NUEVA CRE Y DURANTE LA OPERACIÓN A LA QUE FUE SOMETIDA POR LA NEOPLASIA.

SE CORROBORO HISTOLOGICAMENTE EL DIAGNOSTICO DE COLANGIOPCARINOMA EN SOLO 7 PACIENTES (50%), ENCONTRANDOSE ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO EN 3 PACIENTES (43%), MODERADAMENTE DIFERENCIADO EN 2 (28%) Y POCO DIFERENCIADO EN 2 PACIENTES (28%). EN LOS OTROS 7 PACIENTES (50%) EL DIAGNOSTICO DE COLANGIOPCARINOMA SE ESTABLECIO MEDIANTE CLINICA E IMAGENOLOGIA. LA EVOLUCION Y EL COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO DE LA TUMORACION DE ESTOS PACIENTES (NO OPERADOS) CORROBORO ESTE DIAGNOSTICO.

EL TRATAMIENTO FUE PALIATIVO EN 10 PACIENTES (71%). DENTRO DE LOS CRITERIOS DE NO RESECABILIDAD SE ENCONTRARON PRINCIPALMENTE FIBROSIS A NIVEL DEL LIGAMENTO HEPATODUODENAL Y LA SOSPECHA QUIRURGICA DE METASTASIS LOCORREGIONALES. SE REALIZARON COMO MEDIDA PREVENTIVA 5 CCT CON EVB Y COLOCACION DE SONDA EN T. Y 2 REEXPLORACIONES DE LA VIA BILIAR CON COLOCACION DE SONDA EN T. CUADRO V

ADEMAS, SE REALIZARON 3 COLOCACIONES DE ENDOPROTESIS BILIARES INTERNAS POR VIA ENDOSCOPICA; 2 DE LAS PROTESIS FUERON METALICAS AUTOEXPANDIBLES Y UNA DE SILASTIC; ESTA ULTIMA REQUIRIO DE RECAMBIOS EN 3 OCASIONES A LOS 3, 6 Y 11 MESES DEL DIAGNOSTICO Y COLOCACION INICIAL DE LA ENDOPROTESIS. CUADRO V

DENTRO DEL TRATAMIENTO CON INTENTO CURATIVO SE REALIZARON 4 RESECCIONES DEL TUMOR CON HEPATICOYEUANOANASTOMOSIS: 2 EN Y DE ROUX CON SONDAS TRANSHEPATICAS (UNA DE LAS CUALES SE REALIZO CON YEYUNOSTOMIA Y VALVULA DE BLANCO), OTRA EN Y DE ROUX SIN SONDAS Y OTRA HEPATICOYEUANOANASTOMOSIS EN OMEGA DE BRAUN SIN SONDAS TRANSHEPATICAS. CUADRO V Y FIGURA 2

A NINGUN PACIENTE SE LE ADMINISTRO TRATAMIENTO ADYUVANTE (QUIMIOTERAPIA Y/O RADIOTERAPIA)

LA MEDIANA Y RANGOS DE SOBREVIDA TANTO PARA LOS SUBGRUPOS DEL TIPO DE TRATAMIENTO (PALIATIVO O CURATIVO), COMO PARA EL GRUPO GLOBAL DE PACIENTES SE DEMUESTRA EN LA TABLA II

LA SOBREVIDA GLOBAL FUE DE 16 MESES. CASI EL 60% DE LOS PACIENTES ESTABAN VIVOS A 6 MESES, 35% A UN AÑO, 21% A 2 AÑOS, 14% A 3 AÑOS Y 7% A 4 AÑOS.

AL COMPARAR LA SOBREVIDA ENTRE LOS PACIENTES OPERADOS MEDIANTE RESECCION CON INTENTO CURATIVO (N = 4) Y AQUELLOS CON TRATAMIENTO PALIATIVO (N = 10), ENCONTRAMOS UNA SOBREVIDA SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR PARA LOS PRIMEROS. ESTO SE DEMOSTRO TAMBIEN EN FORMA GRAFICA MEDIANTE CURVAS DE KAPLAN-MEIER EN LA FIGURA 3

LA SOBREVIDA DURANTE DIFERENTES PERIODOS DE TIEMPO PARA LOS SUBGRUPOS Y EL GRUPO GLOBAL SE DEMUESTRA EN LA TABLA III

VIII. DISCUSION:

EL COLANGIOCARCINOMA ES UN TUMOR MALIGNO RARO QUE PUEDE ENCONTRARSE A LO LARGO DEL ARBOL BILIAR TANTO INTRAHEPatico COMO EXTRAHEPatico. EL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR O TUMOR DE KLATSKIN (8,17), INVOLUCRA LA BIFURCACION DUCTAL HEPATICA QUE ES EL SITIO MAS FRECUENTE DE LOCALIZACION E INVOLUCRA ENTRE EL 60 A 80% DEL TOTAL DE LOS CASOS.

A NIVEL MUNDIAL EL COLANGIOCARCINOMA TIENE UNA VARIACION GEOGRAFICA MENOR QUE EL CARCINOMA HEPATOCELULAR, EXCEPTO EN PAISES DE ORIENTE COMO HONG KONG Y TAILANDIA, DONDE SE CONSIDERA ENDEMICO. EN LOS PAISES DE OCCIDENTE ES APROXIMADAMENTE 20% MENOS FRECUENTE QUE EL CARCINOMA HEPATOCELULAR. (17) EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA OCUPA EL OCTAVO LUGAR DE LAS NEOPLASIAS DEL APARATO DIGESTIVO (1), Y EN NUESTRO PAIS OCUPA EL DIESICIEVEAVO LUGAR DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN GENERAL, CORRESPONDIENDO AL 1.4% DE TODOS LOS CASOS (2)

LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACION DEL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR ES A LOS 65 AÑOS, CON UN RANGO DE 50 A 70 AÑOS DE EDAD (17) EN NUESTRO ESTUDIO LA EDAD MEDIA FUE DE 67 AÑOS CON UN RANGO DE 32 A 82 AÑOS, ENCONTRANDO SOLO UN PACIENTE POR DEBAJO DE 40 AÑOS.

EN CUANTO A LA RELACION HOMBRE : MUJER, LA LITERATURA REPORTA UNA MAYOR PREDISPOSICION DEL SEXO MASCULINO DE 2.2 A 1; SIN EMBARGO, EN NUESTRO PAIS SE TIENE REGISTRADO QUE EN EL SEXO FEMENINO ESTE TUMOR OCUPA EL ONCEAVO LUGAR Y EN EL SEXO MASCULINO EL VIGESIMOPRIMER LUGAR DE TODAS LAS NEOPLASIAS MALIGNAS (2). EN NUESTRO ESTUDIO DE 14 PACIENTES, 6 FUERON MASCULINOS Y 8 FEMENINOS CON UNA RELACION M:F DE 1:1.3. SE CORROBORA ASI UNA LIGERA PREDOMINANCIA DE ESTA TUMORACION PARA EL SEXO FEMENINO EN NUESTRO PAIS.

SE HAN ASOCIADO ALGUNAS PATOLOGIAS COMO PREDISONENTES EN EL DESARROLLO DEL COLANGIOCARCINOMA. DESTACA ENTRE ELLAS LA LITIASIS BILIAR; SE CONSIDERA QUE LA IRRITACION PERSISTENTE DEL EPITELIO BILIAR, AUNADA A LA INFECCION BACTERIANA CRONICA PUEDE PROGRESAR HACIA EL COLANGIOCARCINOMA (3) EN NUESTRO ESTUDIO 8 PACIENTES (57%) PRESENTARON ESTA PATOLOGIA ASOCIADA AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO; ADEMAS A LOS 8 PACIENTES (57%) SE LES REALIZO ALGUN TIPO DE CIRUGIA BILIAR (A 6 CCT Y A 2 CCT + EVB) DENTRO DE LOS 10 AÑOS PREVIOS AL DIAGNOSTICO DE COLANGIOCARCINOMA.

ALGUNOS AUTORES HAN CONSIDERADO A LOS QUISTES DE COLEDOCO COMO UNA ENTIDAD PREMALIGNA YA QUE LOS PACIENTES CON ESTA PATOLOGIA PUEDEN DESARROLLAR COLANGIOCARCINOMA APROXIMADAMENTE EN EL 15% DE LOS CASOS.(4) A UN PACIENTE EN NUESTRO ESTUDIO SE LE DIAGNOSTICO QUISTE DE COLEDOCO TIPO III DE LA CLASIFICACION DE TODANI INICIALMENTE (4). SIN EMBARGO ESTO FUE DESCARTADO CON LA REALIZACION DE ESTUDIOS POSTERIORES Y DURANTE LA CIRUGIA.

LA COLITIS ULCERATIVA Y LA COLANGITIS ESCLEROSANTE TIENEN UNA ASOCIACION BIEN ESTABLECIDA EN LA FORMACION DEL CARCINOMA DUCTAL BILIAR. EL COLANGIOCARCINOMA SE HA ASOCIADO EN < 2% DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA. EN PACIENTES CON COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA, LA INCIDENCIA DE COLANGIOCARCINOMA ESTA REPORTADA EN ~11% DESPUES DE 10 AÑOS DE SU DIAGNOSTICO (5). EN NUESTRO ESTUDIO NO SE REPORTO NINGUN PACIENTE CON ESTE TIPO DE PATOLOGIAS.

LA INCIDENCIA DEL COLANGIOCARCINOMA ES MAS ELEVADA EN PAISES; DE ORIENTE POR LA ASOCIACION ENTRE ESTE TUMOR Y LA INFECCION PARASITARIA DE EPISTHORCHIASIS Y CLONORCHIS SINERESIS, REPORTANDOSE EN EL 77% DEL TOTAL DE LOS COLANGIOCARCINOMAS (6,7 17) TODOS NUESTROS PACIENTES FUERON DE NACIONALIDAD MEXICANA, CON UNA DISTRIBUCION PREDOMINANTE DE ALGUNOS ESTADOS DEL CENTRO DE LA REPUBLICA.

EN CUANTO A LA SINTOMATOLOGIA REFERIDA ENCONTRAMOS SIMILITUD CON LA DESCRITA EN LA LITERATURA, PRESENTANDO EL 100% DE LOS PACIENTES CON ICTERICIA PROGRESIVA; TAMBIEN, DOLOR ABDOMINAL EN EL 71%, PERDIDA DE PESO EN EL 86%, FIEBRE EN EL 50% Y COLANGITIS EN EL 36% (11)

DENTRO DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO PRINCIPALMENTE ENCONTRAMOS ALTERACION DE LAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO, CON UNA MARCADA ELEVACION DE LA BILIRRUBINA (PRINCIPALMENTE DE LA DIRECTA), ELEVACION DE LA FOSFATASA ALCALINA Y DE LA DESHIDROGENASA LACTICA, LO QUE NOS INDICA DATOS DE OBSTRUCCION DEL FLUJO BILIAR HACIA EL INTESTINO CON EL CONSECUENTE DAÑO HEPATOCELULAR QUE PUEDE SER IRREVERSIBLE E INCLUSO REPERCUTIR EN ALGUN OTRO ORGANNO O SISTEMA DEL ORGANISMO, COMO SE DEMOSTRO EN 4 DE NUESTROS PACIENTES, LOS CUALES TUVIERON ALTERACION A NIVEL RENAL, DEMOSTRADO POR ELEVACION DE LA UREA Y LA CREATININA.

DENTRO DE LOS PARAMETROS NUTRICIONALES, ENCONTRAMOS QUE LOS 14 PACIENTES PRESENTARON ALGUN DATO DE DESNUTRICION; ESTO DISMINUYE LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DEBIDO A UNA ELEVADA MORBI-MORTALIDAD POSTOPERATORIA (11).

DENTRO DE LOS ESTUDIOS DE GABINETE ENCONTRAMOS QUE EL ULTRASONIDO DE HIGADO Y VIA BILIAR FUE EL ESTUDIO MAS COMUNMENTE UTILIZADO.

EN LOS 14 PACIENTES (100%), SE DEMOSTRO DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPATICA. ADEMÁS, EN 3 PACIENTES (21%) SE LOGRO VISUALIZAR LA TUMORACION Y EN UN PACIENTE SE DEMOSTRO UN TROMBO A NIVEL DE LA VENA PORTA.

LOS DATOS TOMOGRAFICOS USUALMENTE SOLO SUGIEREN EN FORMA INDIRECTA LA PRESENCIA DEL COLANGIOMIOMA PERIHILIAR. DEBIDO A QUE EL TUMOR PRIMARIO A MENUDO ES PEQUEÑO, ASI COMO HIPODENSO O ISODENSO Y SOLAMENTE SE PUEDE VISUALIZAR ENTRE EL 20 Y EL 40% DE ESTOS PACIENTES. ESTOS DATOS INCLUYEN LA DILATACION DEL ARBOL BILIAR INTRAHEPATICO, CON UNA VESICULA BILIAR NORMAL O COLAPSADA Y UN PANCREAS NORMAL. EN ESTE ESTUDIO SE REALIZO TAC AL 50% DE NUESTROS PACIENTES, ESTA PERMITIO DEMOSTRAR LA DILATACION DE LA VIA BILIAR INTRAHEPATICA EN TODOS LOS CASOS Y SOLAMENTE EN 5 CASOS (36%) SE

ENCONTRO TUMOR A NIVEL DE LA CONFLUENCIA DE AMBOS HEPATICOS ASI COMO DEL HEPATICO COMUN.

POSTERIOR A LA DOCUMENTACION DE LA DILATACION DEL CONDUCTO BILIAR, SE EVALUA LA ANATOMIA DE LA VIA BILIAR POR MEDIO DE COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CRE) O POR COLANGIOGRAFIA TRANSHEPATICA PERCUTANEA (CTP). EN NUESTRA SERIE SE REALIZO CRE A 10 PACIENTES (71%) Y CTP A 3 PACIENTES (21%), RESPECTIVAMENTE. ESTA ULTIMA SE RECOMIENDA PORQUE NOS PERMITE UNA MEJOR DEFINICION DE LA EXTENSION DEL TUMOR PROXIMAL A NIVEL DEL HILIO HEPATICO.

LA ANGIOGRAFIA VISCERAL SELECTIVA HA PROBADO SU UTILIDAD AL EVALUAR LA POTENCIAL RESECABILIDAD DE LOS TUMORES PROXIMALES. LA DEMOSTRACION ANGIOGRAFICA DE INVASION A LA ARTERIA HEPATICA O A LA VENA PORTA SUGUIERE LA IMPOSIBILIDAD DE RESECCION CON INTENTO CURATIVO (6,8,17)

LA CLASIFICACION DE BISMUTH-CORLETTE, DEL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR (9) SE REALIZA EN BASE A LOS HALLAZGOS DEL ULTRASONIDO, COLANGIOGRAFIA (CRE Y CTP) Y TAMBIEN POR EL ASPECTO PATOLOGICO MACROSCOPICO DURANTE LA CIRUGIA. SE OBERVAN MAS FRECUENTEMENTE LOS TIPOS I Y II (12%), TIPO IIIa (35%), TIPO IIIb (27%) Y TIPO IV (15%). ESTA PROPORCION ES MUY SEMEJANTE A LA DE NUESTRO ESTUDIO, CON EXCEPCION DEL TIPO IIIb QUE NO SE REPORTO NINGUN CASO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA PATOLOGICO, ENCONTRAMOS QUE EL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR O TUMOR DE KLATSKIN, ES UNA MASA INFILTRATIVA, FIRME, DE COLOR GRIS-BLANCO, LA CUAL SE EXTIENDE DEL HILIO HEPATICO HACIA EL PARENQUIMA, COMO UN TUMOR A LO LARGO DEL CONDUCTO BILIAR, O COMO UN TUMOR POLIPOIDEO QUE INVADIE LA LUZ DEL CONDUCTO BILIAR Y EN LA CUAL SE PUEDE OBSERVAR NECROSIS CENTRAL E INVASION VENOSA TANTO PORTAL COMO HEPATICA.

A NIVEL MICROSCOPICO EL COLANGIOCARCINOMA SE CLASIFICA COMO ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO, MODERADAMENTE DIFERENCIADO Y POCO DIFERENCIADO EXISTEN GLANDULAS O ESTRUCTURAS ACINARES Y MUCINA INTRACITOPLASMATICA.

SE CORROBORO EL COLANGIOCARCINOMA HISTOLOGICAMENTE EN 7 PACIENTES (50%). SE CLASIFICO COMO ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO EN 3 PACIENTES (43%), MODERADAMENTE DIFERENCIADO EN 2 PACIENTES (28%) Y POCO DIFERENCIADO EN 2 PACIENTES (28%).

DENTRO DEL PRONOSTICO PARA EL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR SE HA REPORTADO QUE LA SOBREVIDA ES POBRE A CORTO PLAZO.

PARA EL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR, LA RESECCION DEL CONDUCTO BILIAR CON O SIN HEPATECTOMIA PARCIAL ES EL PROCEDIMIENTO DE ELECCION PARA LOS PACIENTES CON TUMORES RESECABLES SIN CIRROSIS AVANZADA O COLANGITIS ESCLEROSANTE (17).

LA DECISION SOBRE EL TIPO DE TRATAMIENTO U OPERACION DEBE INDIVIDUALIZARSE DE ACUERDO A LA EXTENSION TUMORAL Y AL ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE. ENTRE LAS ALTERNATIVAS QUIRURGICAS SE INCLUYE LA EXCISION LOCAL DEL TUMOR Y EL CONDUCTO BILIAR SUPRAPANCREATICO, CON DISECCION LINFATICA DEL LIGAMENTO HEPATODUODENAL. DEBE RESTABLECERSE LA UNION BILIO-ENTERICA MEDIANTE UNA HEPATICO-YEYUNO ANASTOMOSIS (CON O SIN SONDAS TRANSHEPATICAS) Y EN CASO DE RESECCION VASCULAR (PRINCIPALMENTE DE LA VENA PORTA), SE REQUIERE DE LA UTILIZACION DE UN INJERTO PARA SU RECONSTRUCCION.

LAS RESECCIONES HEPATICAS MAS UTILIZADAS COMPRENDEN: TRISEGMENTECTOMIA DERECHA, TRISEGMENTECTOMIA IZQUIERDA, LOBECTOMIA DERECHA, LOBECTOMIA IZQUIERDA, LOBECTOMIA DERECHA O IZQUIERDA EXTENDIDA, Y LA EXCISION DEL LOBULO CUADRADO. PARA LA RECONSTRUCCION BILIAR SE REALIZA HEPATICOYEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX A UNO, DOS O TRES CONDUCTOS BILIARES (18).

EN NUESTRO GRUPO DE PACIENTES ENCONTRAMOS QUE A 4 (28%) SE LES REALIZO RESECCION TUMORAL Y DEL CONDUCTO BILIAR CON ANASTOMOSIS BILIOENTERICA EN Y DE ROUX; 2 DE LAS CUALES FUERON CON SONDAS TRANSHEPATICAS, UNA SIN SONDAS, Y UNA HEPATICOYEYUNOANASTOMOSIS EN OMEGA DE BRAUN.

DENTRO DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO PALIATIVO PARA LOS PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR INOPERABLE, SE ENCUENTRA LA COLOCACION DE ENDOPROTESIS, MEDIANTE CRE. ESTAS ENDOPROTESIS SON DE METAL AUTOEXPANDIBLE O DE SILASTIC. DENTRO DE LAS COMPLICACIONES POTENCIALES SE ENCUENTRA LA PANCREATITIS Y LA OBSTRUCCION DE LA ENDOPROTESIS POR CRECIMIENTO TUMORAL O LA MIGRACION DE LA MISMA PRINCIPALMENTE HACIA EL DUODENO (13).

RECIENTEMENTE SE HAN MANEJADO PALIATIVAMENTE LOS COLANGIOCARCINOMAS CON LA REALIZACION DE DERIVACIONES BILIOENTERICAS INTRAHEPATICAS CON LA TECNICA DE BLUMGART Y KELLY (18). ASI COMO LA COLOCACION DE ENDOPROTESIS PERCUTANEAS TRANSHEPATICAS.

ACTUALMENTE LA HEPATECTOMIA CON TRANSPLANTE HEPATICO ES UNA ALTERNATIVA PARA PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA. SE HAN REPORTADO BUENOS RESULTADOS, PRINCIPALMENTE EN LA UNIVERSIDAD DE PITTSBURGH, DONDE SE REALIZAN TRANSPLANTES HEPATICOS ORTOTOPICOS CON UNA SOBREVIDA A 1, 3 Y 5 AÑOS DEL 60%, 36% Y 36% RESPECTIVAMENTE (17)

SE HA SUGERIDO QUE TANTO LA RADIOTERAPIA COMO LA QUIMIOTERAPIA PUEDEN PROLONGAR LA SOBREVIDA DESPUES DE UNA RESECCION CON INTENTO CURATIVO EN PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN CON UN ESTADO FUNCIONAL Y HEPATICO MALO, SIN EMBARGO EN EL MANEJO DEL COLANGIOCARCINOMA AUN ES CONTROVERSIAL (6).

LAS CAUSAS DE MUERTE MAS COMUNES SON LA INSUFICIENCIA HEPATICA O LA INFECCION USUALMENTE SECUNDARIA A COLANGITIS Y SEPTICEMIA.

LA SOBREVIDA ACTUAL DE PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR ES MALA A CORTO PLAZO. SE HAN REPORTADO CIFRAS DE ~ 6% A 5 AÑOS CON UNA MEDIA DE SOBREVIDA DE 8 MESES SIN TRATAMIENTO QUIRURGICO. EN GENERAL, CUANDO SE REALIZA ALGUN TIPO DE RESECCION SE INCREMENTA LA SOBREVIDA ~11% A 5 AÑOS CON UNA MEDIA DE SOBREVIDA DE 19 MESES (8)

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

LA SOBREVIDA GLOBAL EN NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO FUE DE 16 MESES. LOS PACIENTES SIN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TUVIERON UNA SOBREVIDA DEL 80% A LOS 6 MESES, 64% A LOS 12 MESES Y 0% A LOS 3 AÑOS; EN LO QUE CORRESPONDE AL GRUPO MANEJADO CON INTENTO CURATIVO SE ENCONTRO QUE EL 100% ESTABA VIVO A LOS 6 MESES, EL 93% A LOS 12 MESES, EL 78% A LOS 3 AÑOS Y SOLO EL 52% A LOS 4 AÑOS. ESTO SIGNIFICA QUE LOS PACIENTES MANEJADOS CON INTENTO CURATIVO TIENEN UNA SOBREVIDA SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR QUE LOS PACIENTES MANEJADOS SOLO CON TRATAMIENTO PALIATIVO.

HOJA DE REGISTRO DE DATOS
COLANGIOMCARCINOMA PERIHILIAR
H. ESPECIALIDADES CMN S XXI

NOMBRE
CEDULA
SERVICIO

LUGAR DE NACIMIENTO:	EDAD: _____
SEXO (M) (F)	
OCUPACION:	

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES	SI	NO
CANCER		
ICTERICIA		
D.M.		
E.I.I.		
OTROS		

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	SI	NO
LITIASIS BILIAR		
CIRUGIA VIAS BILIARES		
QUISTES COLEDOCO		
COLANGITIS ESCLEROSANTE		
ENF. INFLAMATORIA INTESTINAL		
ABSCESO HEPATICO		

SIGNOS Y SINTOMAS

ICTERICIA
DOLOR ABDOMINAL
PERDIDA DE PESO
MASA PALPABLE
PRURITO
FIEBRE
MALESTAR GENERAL

LABORATORIOS

HEMOGLOBINA	BILIRRUBINA
HEMATOCRITO	FOSFATASA ALC.
LEUCOCITOS	DHL
TP	ALT
TPT	AST
PROTEINAS TOT	CREATININA
ALBUMINA	BUN
GLOBULINA	

CLASIFICACION BISMUTH-CORLETTE

TIPO I
TIPO II
TIPO IIIa
TIPO IIIb
TIPO IV

ESTUDIOS DE GABINETE

ULTRASONIDO
TAC
CPRE
CTP
ANGIOGRAFIA

TRATAMIENTO

CURATIVO
PALIATIVO

**PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA
DISTRIBUCION POR SEXO
(N = 14)**

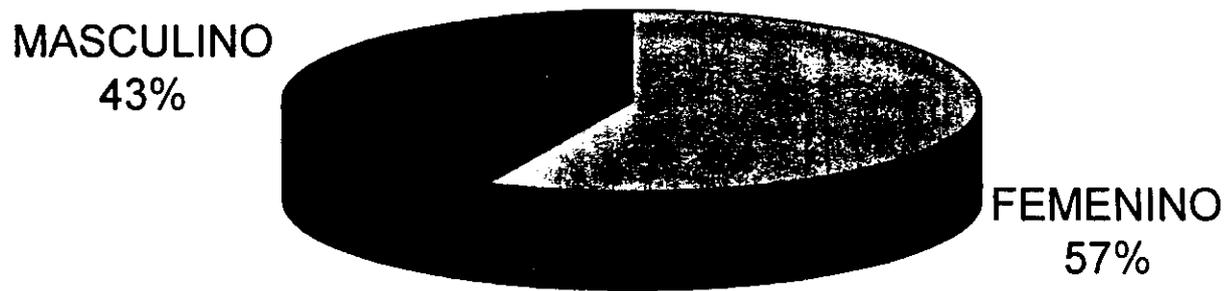
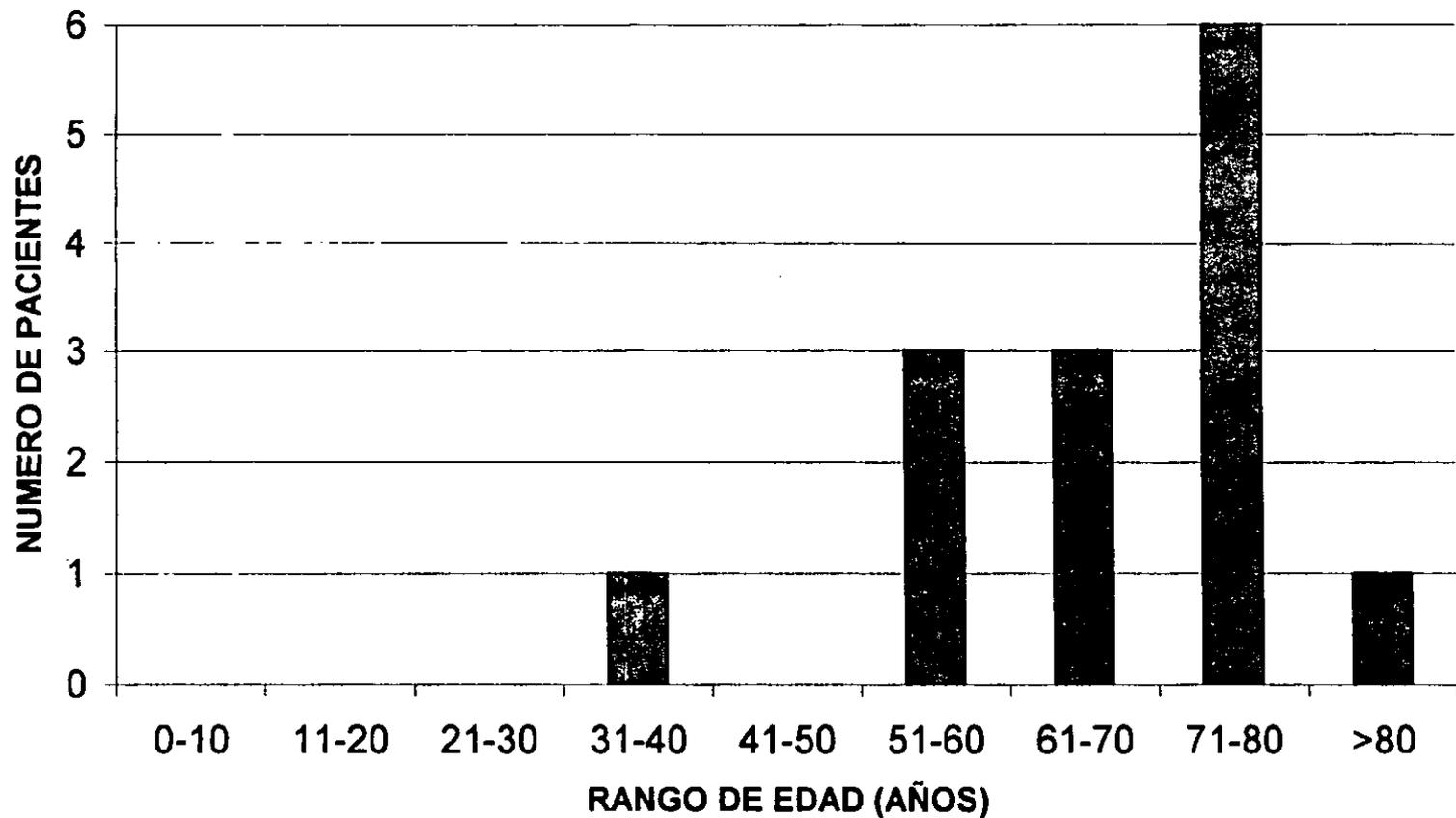
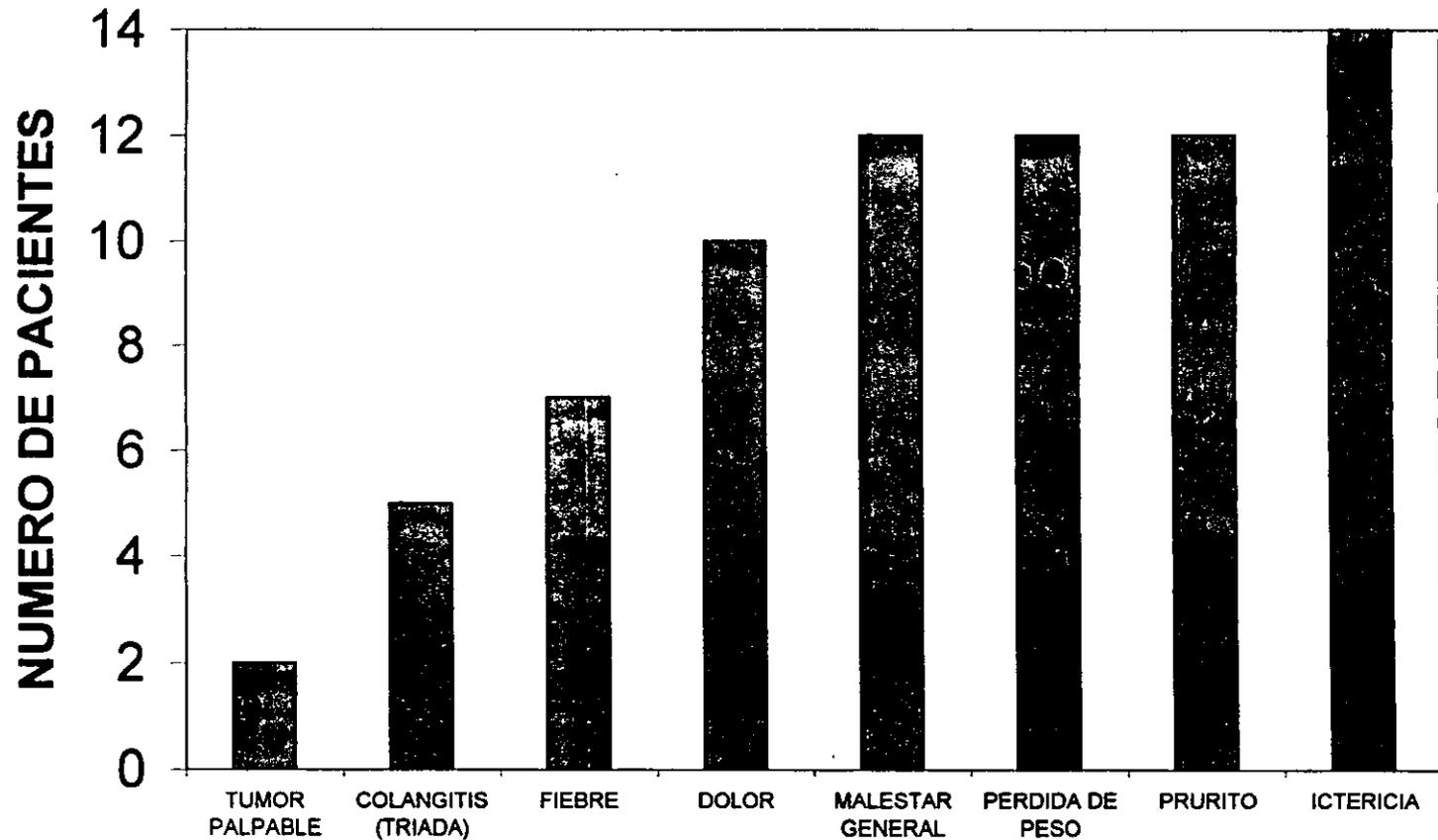


FIGURA 1

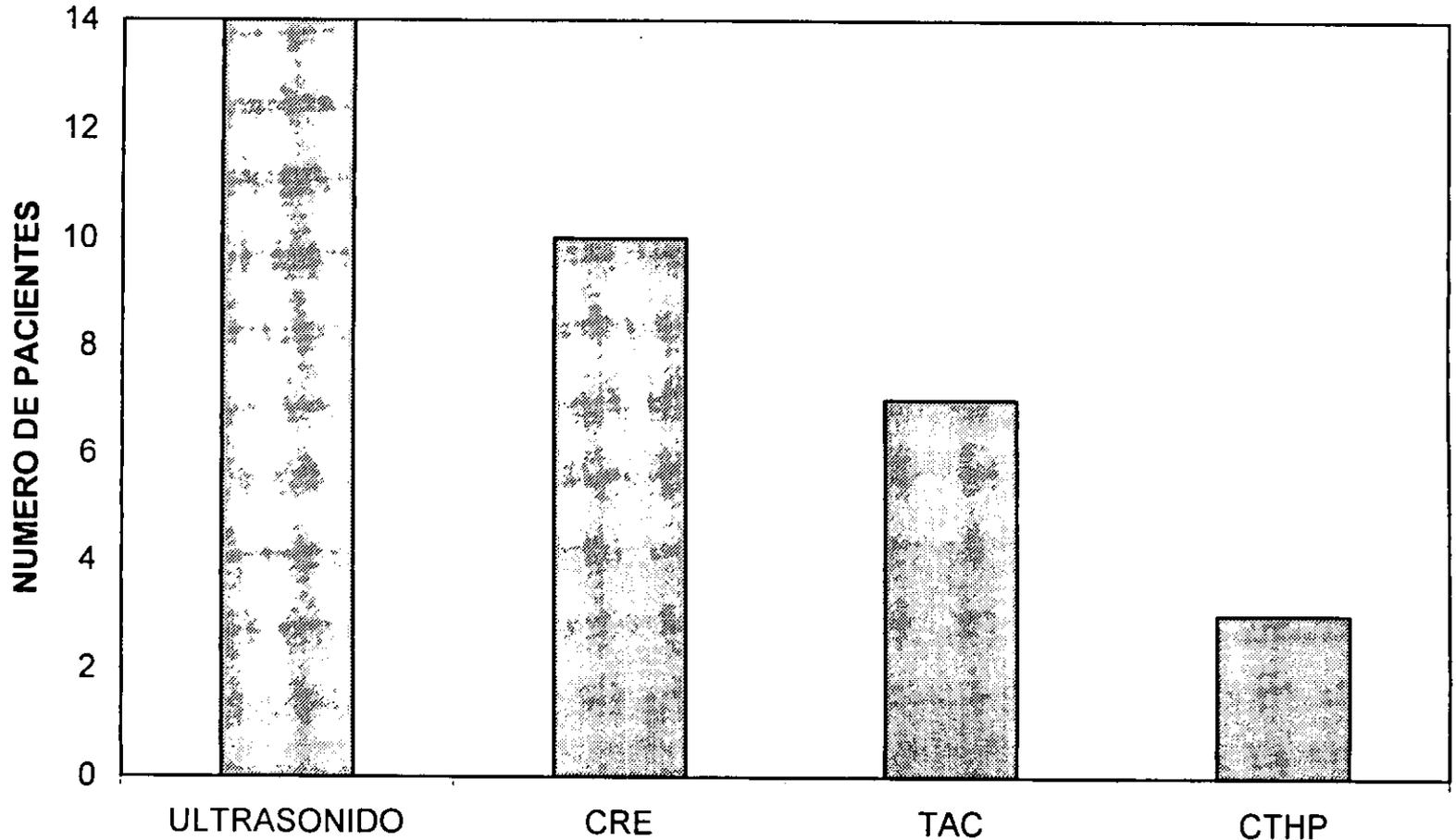
PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA
GRUPO DE EDAD
(N = 14)



**PACIENTES CON COLANGICARCINOMA
SIGNOS Y SINTOMAS
(N = 14)**



**PACIENTES CON COLANGIOPCARCINOMA
METODOS DE GABINETE
(N = 14)**



CUADRO III

**PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA
ESTUDIOS DE GABINETE Y CLASIFICACION DE BISMUTH-CORLETTE**

NUMERO DE PACIENTES	US	TAC	CRE	CTH	CLASIFICACION BISMUTH
1	+		+		II
2	+				I
3	+	+	+		IIIa
4	+	+			II
5	+	+	+	+	IIIa
6	+	+	+	+	I
7	+		+		II
8	+	+	+		IV
9	+		+		II
10	+				I
11	+	+	+		I
12	+		+		II
13	+			+	II
14	+	+	+		I

US = ULTRASONIDO

TAC = TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

CRE = COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

CTH = COLANGIOGRAFIA TRANSHEPATICA PERCUTANEA

CUADRO IV

PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA

CLASIFICACION DE BISMUTH-CORLETTE

N = (14)

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
I	5	35
II	6	42
IIIa	2	14
IIIb	0	0
IV	1	7

TABLA I

PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA

MANEJO

N = (14)

N° PACIENTES	CLASIFICACION BISMUTH	PROTESIS BILIAR (PALIATIVA)	EVB (PALIATIVA)	CCT + EVB (PALIATIVA)	HEPATICOEYUNO- ANASTOMOSIS C/SONDAS	HEPATICOEYUNO- ANASTOMOSIS S/ SONDAS	HEPATICOEYUNO- ANASTOMOSIS OMEGA DE BRAUN
1	I			+			
2	I					+	
3	I			+			
4	I		+				
5	I				+		
6	II			+			
7	II				+		
8	II			+			
9	II			+			
10	II		+				
11	II	+					
12	IIIa						+
13	IIIa	+					
14	IV	+					

CUADRO V

**PACIENTES CON COLANGIOPANCREATOCARCINOMA
HEPATICOYENOANASTOMOSIS
(N = 4)**

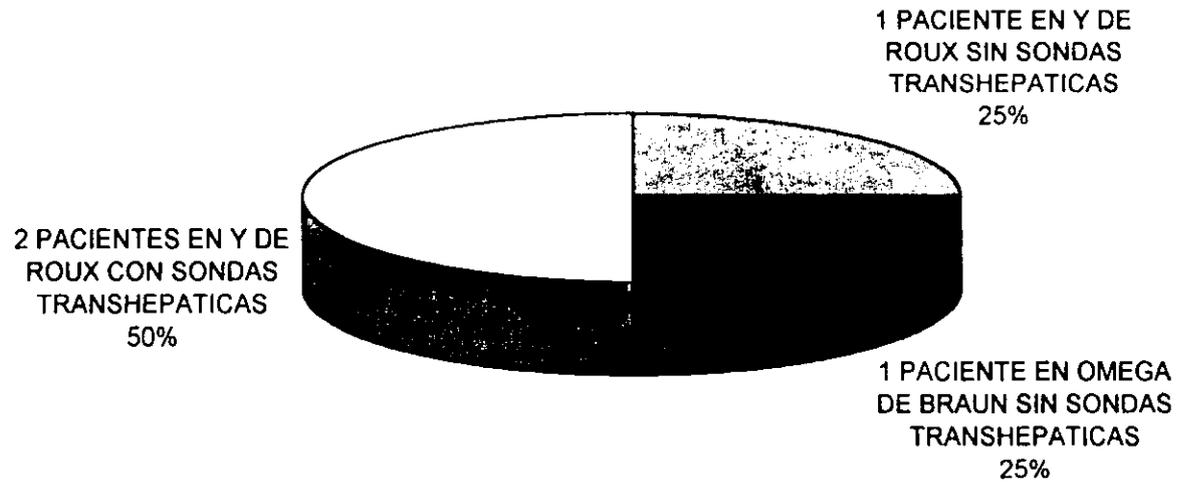


FIGURA 2

ANALISIS DE SOBREVIDA

TRATAMIENTO PALIATIVO vs TRATAMIENTO CURATIVO

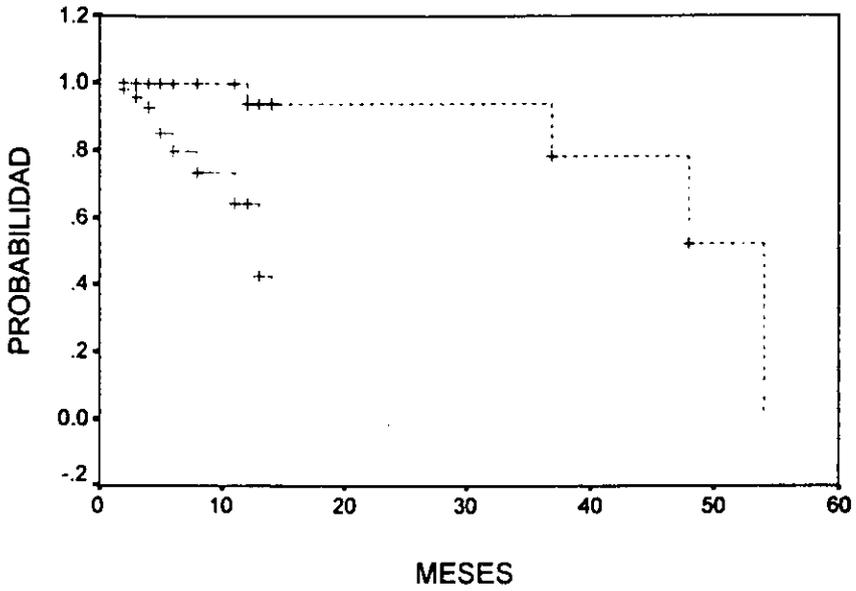


FIGURA 3. CURVAS DE SOBREVIDA DE KAPLAN-MEIER PARA PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA.

**SOBREVIDA DE PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA
DE ACUERDO AL TIPO DE TRATAMIENTO**

TIPO DE TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES	SOBREVIDA * MESES	RANGO
PALIATIVO	10	13	Feb-14
CURATIVO	4	47	Dic-54
GLOBAL	14	16	Feb-54

* MEDIANA, P = 0.0001

TABLA II

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Parkel SL, Tong T, Bolden S. *Ca Cancer J. Clinic* 1997;47:5-27
2. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. 1997. P g: 15-19.
3. Su C, Shyr Y, Lui W. Hepatolithiasis associated with cholangiocarcinoma. *Br J Surg* 1997; 84: 969-973.
4. Rha S, Stovroff M, Glick P, et al. Choledochal Cysts: A ten Year Experience. *Am Surg* 1996; 62: 30-34.
5. Kornfeld D, Ekbohm A, Ihre T. Survival and Risk of Cholangiocarcinoma in Patients with primary Sclerosing Cholangitis. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 1042-1045.
6. Ochoa F. Colangiocarcinoma. *Rev Gastroenterol M,x* 1997; 62: 194-201.
7. Okuda K, Kubo Y, Okazaki N. et al. Clinical Aspects of intrahepatic Bile Duct Carcinoma including Hiliar Carcinoma. *Cancer* 1977; 39: 232-246.
8. Jan Y, Yeh T, Chen M. Cholangiocarcinoma Presenting as Pyogenic Liver Abscess: Is its Outcome influenced by Concomitant Hepatolithiasis?. *Am J Gastroenterol* 1998;93:253-5.
9. Nakeeb A, Pitt H, Sohn T, et al. Cholangiocarcinoma. A Spectrum of intrahepatic, Perihiliar, and Distal Tumors. *Ann Surg* 1996; 224: 463-475.
10. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management Strategies in Resection for Hiliar Cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 1992; 215: 31-38.
11. Nomura T, Shirai Y, Hatakeyama K. Cholangitis in Malignant Biliary Obstruction. *Br J Surg* 1998; 85: 407.
12. Su C, Tsay S, Wu C, et al. Factors influencing Postoperative Morbidity, Mortality and Survival After Resection for Hiliar Cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 1996; 223: 384-394
13. Miyazaki M, Ito H, Nakagawa K, et al. Aggresive surgical approaches to hilar cholangiocarcinoma: Hepatic or local resection?. *Surg* 1998; 123: 131-136.
14. Prat F, Chapat O, Ducot B, et al. Predictive factors for survival of patients with inoperable malingnat distal biliary strictures: a practical management guideline. *Gut* 1998; 42: 76-80.
15. Tompkins R, Thomas D, Wile A, et al. Prognostic Factors in Bile Duct Carcinoma. Analysis of 96 Cases. *Ann Surg* 1981; 194: 447-457.

16. Molmenti E, Marsh J, Dvorchik I, et al. *Surgical Clinics of North America* 1999;79:43-56
17. Jarnagin W, Burke E, Blumgart L, et al. Intrahepatic Biliary Enteric Bypass Provides Effective Palliation in Select Patients with Malignant Obstruction at the Hepatic Duct Confluence. *Am J Surg* 1998; 175: 453-460.
18. Madariaga J, Iwatsuki S, Todo S, et al. Liver Resection for hilar and peripheral cholangiocarcinomas: A Study of 62 cases. *Am Surg* 1998; 227: 70-79.