

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

**COLANGIOCARCINOMA: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MANEJO Y
TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CMNS XXI**

TESIS QUE PRESENTA

DRA. VERONICA LEONOR VILLAGRAN VILLEGAS

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGIA GENERAL

ASESOR

DR. PATRICIO R. SANCHEZ FERNANDEZ

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2009



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.

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. PATRICIO R. SANCHEZ FERNANDEZ

MEDICO DE BASE DE GASTROCIRUGIA

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

1. DATOS DEL ALUMNO

Villagrán Villegas Verónica Leonor
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Cirugía General

2. DATOS DEL ASESOR

Sánchez Fernández Patricio R.
Servicio Gastrocirugía
UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI I

3. DATOS DE LA TESIS

**Título: COLANGIOCARCINOMA: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MANEJO Y
TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA EN EL HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES DEL CMNS XXI**

No. de páginas: 24
Año: 2008
Número de folio: R 2008 3001-36

INDICE:

I. RESUMEN

II. INTRODUCCION

III. OBJETIVOS

IV. MATERIAL Y METODOS

V. ANALISIS ESTADISTICO

VI. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

VII. RECURSOS PARA EL ESTUDIO

VIII. RESULTADOS

IX. CONCLUSION

X. DISCUSION

XI. ANEXOS

a. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

XII. BIBLIOGRAFIA

I. RESUMEN

Título: Colangiocarcinoma: 8 Años De Experiencia En Manejo Y Tratamiento En El Servicio De Gastrocirugía En El Hospital De Especialidades Del CMNS XXI

Introducción: El Colangiocarcinoma es el 2º tumor maligno gastrointestinal en frecuencia, la incidencia se ha incrementado en las últimas décadas y la etiología aun no es clara, afecta a ambos sexos, con pico de incidencia en la 7ª década de la vida. El cuadro clínico de presentación lo constituyen ictericia, pérdida de peso y en algunos casos tumoración palpable, las pruebas de función hepática demuestran aumento importante de bilirrubinas. Los métodos diagnósticos más utilizados son el Ultrasonido de hígado y vías biliares, TAC abdominal, CPRE, colangiografía y en algunos centros PET scan. El único tratamiento curativo es la resección quirúrgica, la mayoría de pacientes reciben únicamente tratamiento paliativo.

Objetivo: Describir y revisar la experiencia en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del colangiocarcinoma en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del CMNS XXI, en un período comprendido de 8 años.

Metodología: Estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo, observacional. Se tomaron datos de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de colangiocarcinoma, de los censos del servicio de Gastrocirugía, del período de Enero del 2000 a Enero de 2008, del Hospital de Especialidades del CMNS XXI

Resultados Y Conclusiones: Los 21 pacientes diagnosticados en los 8 años revisados en el servicio de Gastrocirugía del CMNS XXI, 15 fueron mujeres y 6 hombres, a diferencia de lo reportado en la bibliografía mundial, todos debutaron con ictericia y en menor proporción pérdida de peso, fiebre, dolor abdominal y tumoración palpable, el cien por ciento con alteración de bilirrubinas. El ultrasonido de hígado y vías biliares orientó al diagnóstico y se realizó en toda la población estudiada, la CPRE fue de utilidad diagnóstica y terapéutica en una gran proporción de pacientes, ninguno recibió tratamiento curativo, únicamente paliativo con derivación de vía biliar.

COLANGIOCARCINOMA: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MANEJO Y TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMNS XXI

II. Introducción

Históricamente el colangiocarcinoma fue descrito por primera vez por Durand -Fardel en 1840, y el colangiocarcinoma hiliar como entidad específica fue descrito por Klatskin en 1965. (1)

El cáncer del conducto biliar, es extremadamente raro, y engloba un 2 a 3% de las neoplasias malignas gastrointestinales, a razón de 1-2 casos por 100,000 habitantes en Estados Unidos (2). En la mayoría de las series informadas en la bibliografía es igual la razón de la incidencia en varones y mujeres, y los pacientes suelen estar en la séptima década de la vida y La mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad irrecusable y la supervivencia posterior al diagnóstico es de 6 meses a 1 año. No se han demostrado variaciones geográficas en la prevalencia de esta patología. Aunque el sureste de Asia, Europa Occidental y Estados Unidos.

Se desconoce la etiología del colangiocarcinoma. Varias enfermedades se han asociado con una incidencia mas elevada de este tumor, tales como la colangitis esclerosante que se asocia al colangiocarcinoma en un 8 hasta 40% , colitis ulcerosa, quistes del colédoco e infección por *Clonorchis sinensis* y *Opistorchis viverrini* (1). No esta claro cual es el factor común a estas patologías causantes del cáncer, pero parece que la inflamación crónica del conducto biliar desempeña un papel probable.

Anatomía patológica.

Desde un punto de vista histológico, el colangiocarcinoma puede dividirse en tres grupos: papilar, nodular o adenocarcinoma esclerosante. La variante papilar tiene mejor pronóstico que las otras. Los tumores papilares suelen ser bien diferenciados y pueden presentarse como múltiples lesiones

2

en el interior del conducto. El tipo esclerosante tiene el peor pronóstico y, por lo general, se trata de tumores mal diferenciados. Estos tipos se localizan alrededor del hilio, mientras que el nodular y el papilar lo hacen distalmente (3).

La mayoría de los colangiocarcinomas se originan en la porción proximal del conducto. Un tipo de tumor que asienta en la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo se denomina tumor de Klatskin.

El colangiocarcinoma es un tumor de crecimiento lento y, por lo general, se extiende localmente pudiendo también metastatizar en los ganglios linfáticos regionales. Las lesiones de los tercios medio y proximal del conducto biliar extrahepático pueden comprimir e invadir la vena porta y la arteria hepática. Además, los tumores proximales pueden invadir el parénquima hepático. Se ha observado que el colangiocarcinoma del hilio invadirá el parénquima del lóbulo caudado en el 36% de los pacientes. El colangiocarcinoma muy rara vez da metástasis a distancia.

Una serie de hallazgos anatomopatológicos son importantes para predecir el desenlace en un paciente con colangiocarcinoma, tales como infiltración tumoral de la serosa del conducto biliar, metástasis en los ganglios linfáticos e invasión vascular o neural.

Clasificación anatómica:

De acuerdo a la bibliografía 20-25 % son intrahepáticos, 50-60% de todos los casos de colangiocarcinoma son perihiliares, y del 20-25% son tumores distales extrahepáticos y el 5% son multifocales (4).

Presentación clínica.

La presentación clínica depende de la localización anatómica, y el síntoma más frecuente del colangiocarcinoma es la ictericia obstructiva en 90% de los casos. En muy pocas ocasiones, un tumor muy proximal puede bloquear el conducto biliar lobular o segmentario, sin observarse ictericia, pero sí con dolor en el cuadrante superior

derecho (1) .Otros síntomas que pueden presentarse son prurito, pérdida de peso, fatiga, dolor abdominal vago y nauseas. A veces , los

3

pacientes se presentan con sepsis secundaria a la contaminación de la bilis obstruida. Excepto en lo que se refiere a la ictericia, el colangiocarcinoma no presenta hallazgos clínicos específicos. La vesícula biliar distendida (vesícula de Courvoisier) suele palpase cuando hay obstrucción de la parte media o distal del conducto, en raras ocasiones.

Diagnostico:

La ictericia, dolor abdominal y pérdida de peso, casi siempre nos hacen sospechar la presencia de una neoplasia hepatobiliar o pancreática. El diagnostico diferencial para pacientes que se presentan con estos síntomas incluyen, el carcinoma del ámpula de Vater, carcinoma duodenal, carcinoma de vesícula biliar, colangitis esclerosante, hepatolitiasis, coledocolitiasis y síndrome de Mirizzi (2).

Los exámenes de laboratorio incluyen pruebas de función hepática y marcadores tumorales como Ca-19-9, CEA, y Ca 125, estos dos últimos con menor especificidad ya que pueden elevarse en otras patologías gastrointestinales o tumores ginecológicos. El Ca 19-9 se encuentra elevado en un 85% de los pacientes con colangiocarcinoma y valores arriba de 129 U/ml tienen sensibilidad de 78% y especificidad de 98.5% (1)

Cuando hay sospecha de obstrucción del conducto biliar extra-hepático, la primera prueba diagnostica a realizar, es el ultrasonido, ya que este procedimiento puede proporcionar información muy valiosa sobre el nivel y la naturaleza de la lesión obstructiva, los hallazgos incluyen dilatación de la vía biliar intra o extrahepática o áreas de estenosis. Las imágenes de TC son tan sensibles como la ecografía para la visualización de la dilatación del conducto biliar. Dado, sin embargo que el coste económico de la TC es considerablemente superior a la ecografía, no debe utilizarse

como un instrumento diagnóstico inicial en un paciente en el que se sospecha obstrucción del conducto biliar. Si la ecografía demuestra dilatación del conducto biliar no atribuible a cálculos biliares, se deben obtener imágenes de TC. Esta última técnica tiene la ventaja de permitir la identificación de la masa tumoral real, mejor que la ecografía. Además, la TC es mejor para definir la relación del

4

tumor con las estructuras circundantes, así como para evaluar el resto del abdomen, lo cual sirve para destacar la presencia de diseminación metastásica, con una sensibilidad para evaluar la resecabilidad de 60% (2).

La localización del tumor y, lo que es más importante, su extensión proximal, deben definirse antes de decidir el tipo de intervención quirúrgica. Esto se puede hacer utilizando cualquiera de los siguientes procedimientos: colangiografía transhepática percutánea (CTP) o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Si se sospecha que el lugar de la obstrucción es proximal, la CTP, es el mejor método de visualización del tracto biliar. Cuando hay sospecha de lesiones distales en el conducto biliar, por el contrario la CPRE es superior a la CTP, ya que permite obtener imágenes tanto del conducto biliar como del pancreático. Recientemente, se ha demostrado que la colangiopancreatografía con RM es capaz de diagnosticar neoplasias pancreatobiliares y de delinear su anatomía, tratándose además, de un método no invasivo (1).

El proceso diagnóstico cuando existe sospecha de colangiocarcinoma se completa con angiografía y portografía visceral. Como se ha mencionado anteriormente, estos tumores tienen tendencia a afectar la vena porta y a la arteria hepática mediante invasión local. La evidencia de infiltración tumoral de estas estructuras vasculares indica irresecabilidad. Sin embargo en los últimos tiempos este criterio se ha convertido en una contraindicación solo relativa de resección quirúrgica, y muchos cirujanos, actualmente resecan porciones de la vena porta y/o arteria hepática.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento definitivo de todos los carcinomas del conducto biliar es la resección quirúrgica; sin embargo, solo una fracción de estas lesiones pueden finalmente ser resecadas. Las tasas globales de resecabilidad oscilan del 10 al 85 %, dependiendo de las series. Las lesiones del tercio inferior presentan una tasa más elevada de resecabilidad, seguidas por las del tercio medio. Los colangiocarcinomas proximales son técnicamente difíciles de abordar quirúrgicamente, lo que explica por qué estas lesiones presentan las tasas más bajas de resecabilidad.

6

Los criterios estándares para decidir que un tumor es irresecable son: a) afectación de los ganglios linfáticos por fuera del pedículo hepático, b) metástasis a distancia, c) extensión tumoral bilateral a los conductos hepáticos secundarios o d) la extensión tumoral bilateral del tumor al parénquima hepático y e) una combinación de afectación vascular unilateral y diseminación ductal contralateral. Los colangiocarcinomas que afectan la bifurcación de los dos conductos hepáticos principales, la resección quirúrgica es un reto al cirujano, debido a la localización en el hilio, en íntimo contacto con el pedículo hepático, el pronóstico de este tipo de tumores generalmente es infausto, la cirugía radical que incluye linfadenectomía regional y la resección hepática, es la que ofrece mejores expectativas, porque consigue con mayor facilidad bordes libres (6) Como se ha señalado anteriormente, algunos cirujanos resecan la parte afectada de la vena porta o arteria hepática, considerando por lo tanto, que la afectación de estas estructuras vasculares es solo una contraindicación relativa de resección quirúrgica.

Con objeto de lograr resecciones R0, en los últimos años se ha incrementado el número de hepatectomías mayores, lo cual se ha asociado con una mayor resecabilidad y mejores resultados, se recomienda la simultánea del lóbulo caudado, ya que es un lugar frecuente de recidiva tumoral (8). El estudio mediante biopsias por congelación

de los márgenes de resección del conducto biliar debe ser realizado de manera sistemática. La invasión de la vena porta tiene un impacto negativo en la supervivencia, sin embargo no debe de ser una contraindicación para la cirugía (5, 7)

El tratamiento del colangiocarcinoma proximal aun no esta del todo definido, la mayoría coinciden en escisión radical del conducto y de cualquier parte del hígado. Sin embargo, algunos cirujanos consideran que la morbi-mortalidad asociada con una resección hepática es demasiado elevada como para justificar el tratamiento quirúrgico. Es también controvertido si se debe o no reseca el lóbulo caudado en bloque con el conducto biliar. Los autores que defienden tal resección sostienen que el estudio anatomopatológico de las muestras de exéresis quirúrgica, demuestra que existe

6

invasión directa por el tumor en el parénquima hepático o en el conducto biliar del lóbulo caudado en un porcentaje tan elevado de hasta el 35%. Además, la localización de la recidiva después de la resección del conducto biliar es con frecuencia el lóbulo caudado (7).

La duodenopancreatectomía es el mejor tratamiento de las lesiones resecables del tercio inferior el conducto biliar. La parte proximal de este conducto debe de ser resecada hasta obtener márgenes quirúrgicos negativos.

Las lesiones del tercio medio, se encuentran cercanas a la arteria hepática y la vena porta, y tienen la tendencia a invadir estas estructuras vasculares. Cuando uno de estos tumores se considera resecable, el mejor tratamiento es la escisión local con disección de los ganglios linfáticos regionales (9). Se debe hacer todo lo posible para obtener márgenes de resección microscópicamente negativos. El drenaje biliar se restablece mediante hepatoyeyunostomía en Y de Roux.

La necesidad o no de proceder a un drenaje biliar preoperatorio ha sido un tema de arduo debate en la bibliografía quirúrgica. Los primeros informes observaban que la

hiperbilirrubinemia preoperatorio era un indicador pronóstico adverso, y que la normalización del nivel de bilirrubina antes de la operación, se asociaba a una reducción de la morbimortalidad. Tres estudios prospectivos aleatorios han examinado el papel del drenaje biliar preoperatorio. No se ha evidenciado reducción en la morbilidad o mortalidad en estos estudios. Sin embargo, Cameron recomienda la colocación rutinaria preoperatoria del catéter de drenaje biliar para facilitar la identificación y disección del conducto biliar durante la cirugía y para ayudar a la colocación intraoperatoria de un stent mayor, blando transhepático de Silastic. (11)

En algunos centros (MD Anderson) el procedimiento quirúrgico que se utiliza depende de la localización en relación con la clasificación de Bismuth y Corlette (1975). Las lesiones tipo I y II se tratan mediante escisión local y disección de los ganglios linfáticos locales. Tipo IIIa y IIIb escisión local y lobectomía hepática derecha o izquierda, respectivamente, las lesiones tipo IV se consideran irresecables.

III. Objetivos:

Objetivo General:

Describir y revisar la experiencia en del diagnostico, tratamiento y pronóstico del colangiocarcinoma en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del CMNS XXI, en un período comprendido de 8 años.

Objetivos específicos:

1. Identificar el grupo de edad y sexo mas afectado por Colangiocarcinoma.
2. Demostrar de acuerdo a la incidencia los signos y síntomas de presentación en los pacientes con diagnostico de Colangiocarcinoma.
3. Conocer de acuerdo a la localización anatómica el tratamiento otorgado a cada paciente.
4. Conocer los métodos diagnósticos mas utilizados para el diagnóstico y planteamiento de la estrategia terapéutica.
5. Identificar las principales alteraciones de laboratorio en este grupo de pacientes.
6. Conocer el tratamiento quirúrgico realizado para la población afectada, de acuerdo a los hallazgos de estudios de gabinete.

IV. Material y métodos:

1. Diseño del estudio:

Estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo, observacional.

2. Sujetos y Período de estudio:

Expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de colangiocarcinoma, tomados de los censos del servicio de Gastrocirugía, del período de Enero del 2000 a Enero de 2008, del Hospital

8

de Especialidades del CMNS XXI

3. Ámbito de estudio:

Hospitalario

4. Descripción de las variables:

- Sociodemográficas:

- Edad: al momento del diagnóstico
- Sexo, determinado como hombre o mujer, para comparar la incidencia de colangiocarcinoma.
- Procedencia, el lugar de origen referido en los expedientes, documentado por credencial de IFE.

- Clínicas:

- Cuadro clínico, analizando presentación de la sintomatología, estando o no presentes, ictericia, pérdida de peso, malestar general, masa palpable, prurito, fiebre y dolor abdominal
- Pruebas diagnósticas de laboratorio
- Gabinete

- Tratamiento.

V. Análisis estadístico:

- Análisis descriptivo a través de razones y proporciones mencionando las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación estándar)

9

- para los valores continuos

VI. Selección de la muestra:

Se incluyeron 21 pacientes tomando información de los censos del servicio de Gastrocirugía para incluir a todos los pacientes con diagnóstico de Colangiocarcinoma al estudio, recabando nombre y número de afiliación, de enero de 2000 a enero de 2008.

De todos aquellos pacientes seleccionados se acudió al archivo clínico para recabar los datos solicitados en la hoja de recolección de datos.

b) Criterios de selección:

1. Criterios de inclusión:

Se incluyeron al estudio, todos aquellos pacientes con diagnóstico confirmatorio de colangiocarcinoma.

2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes con tratamiento previo fuera del servicio de Gastrocirugía, del Hospital de Especialidades del CMNS XXI.

- Pacientes con expedientes incompletos o extraviados.

4. Procedimientos:

El estudio se realizo tomando información de los censos del s ervicio de Gastrocirugía para incluir a todos los pacientes con diagnostico de Colangiocarcinoma al estudio, recabando nombre y número de afiliación, de enero de 2000 a enero de 2008.

De todos aquellos pacientes seleccionados se acudió al archivo clínico para recabar los datos solicitados en la hoja de recolección de datos.

Análisis de los datos del trabajo reportado entre agosto de 1990 y diciembre de 1999.

10

VII. Recursos para el estudio:

1. Recursos humanos:

- a. Un médico adscrito al servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades del CMNS XXI.
- b. Un médico residente de cuarto años de la especialidad de Cirugía General.

2. Recursos materiales:

- a. Libretas de censos del servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades del CMNS XXI.
- b. Expedientes clínicos de los pacientes seleccionados
- c. Hoja de recolección de datos

VIII. Resultados

Durante el período de revisión de expedientes, se seleccionaron 71 pacientes que reunían los criterios establecidos en el objetivo del estudio, de estos se excluyeron 50 por no reunir los criterios de inclusión, solamente 21 pacientes tenían el diagnóstico confirmado por histopatología de Colangiocarcinoma. Veinte pacientes eran de nacionalidad Mexicana, 1 Chileno, 15 fueron mujeres (71.4%) y 6 hombres (28.5%) Fig. I, el grupo de estudio incluyó el grupo etáreo de la 5ª a 8ª década de la vida, con una edad promedio de 64.1 años. Ninguno de los pacientes presentó antecedentes heredofamiliares en relación a Colangiocarcinoma. Catorce de los 21 pacientes tenían cirugía previa de vía biliar, representando un 66.6% de la población estudiada, incluyendo colecistectomía y exploración de vía biliar solamente en dos casos (0.95%).

El cuadro clínico con el que debutaron fue ictericia en 100% de los pacientes, con promedio de 21 días de duración, mínimo de 9 días y máximo 90 con una mediana de 30 (DT 34.7), dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho en 11 pacientes, representando el 52.3%, la pérdida de peso en 17 pacientes con un promedio de 6.8 kg perdidos al momento del diagnóstico, con mínimo de 2kg, máximo 18kg (DT 4.8), tumoración palpable en solo 1 paciente, prurito en 7 pacientes representando 33.3%, fiebre en 6 (28.5%), malestar general en 18 (85.7%) y en 5 de 21 pacientes se presentaron con cuadro de colangitis, caracterizado por dolor abdominal, ictericia y fiebre 23.8%. Fig. II

Los estudios de laboratorio con Hemoglobina de 12.8g/dl promedio, mínimo 9g/dl, máximo de 16.1g/dl mediana 12.7g/dl (DT 1.9), leucocitos en promedio 10300UI, el mínimo del conteo de 5000UI, máximo 20,100UI, estudios de coagulación con Tiempo de protrombina dentro de parámetros normales, Tiempo Parcial de Protrombina con promedio de 30.4seg., mínimo 22.5seg. y máximo de 53seg., con una mediana de 29.6 (DT 7.2), el valor de albúmina al momento del diagnóstico con cifras que oscilan de 1.5 – 4.3g/dl con promedio de 2.9g/dl (DT

0.82), respecto a las pruebas de función hepática, el cien por ciento presentó alteraciones de las bilirrubinas, reportándose la Bilirrubina total con un promedio de 14.8 mg/dl en un rango de 0.9- 46.6mg/dl, mediana 10.2 (DT13.5) y la Bilirrubina Directa con un promedio de 13.0mg/dl, en un rango de 0.5 -30.2mg/dl mediana 14.3 (DT 9.8), Fosfatasa Alcalina con un de promedio de 439.7mU/L con valores que oscilan entre 4.3 – 1244mU/L mediana 370mU/L (DT 328.1), solamente 4 (19.0%) pacientes presentaron alteraciones de la Deshidrogenasa láctica, el resto se mantuvo dentro de los parámetros normales, el 61.9% presentó aumento de Transaminasa Piruvica, con rango de 3-525U/L, con un promedio de 96.8U/L, mediana 54 (DT 120.8) 15 pacientes reportaron alteraciones de la Transaminasa oxalacetica, que oscilaban entre 3-525U/L, con un promedio de 100U/L mediana 90 (DT 78.3), la función renal, monitorizada con Creatinina y BUN, no presentó alteración al momento del diagnóstico.

Dentro de las pruebas de gabinete se realizó uso de Ultrasonido de Hígado y Vías biliares, Tomografía helicoidal, CPRE y Colangiografía, 17 de los pacientes contaban con ultrasonido, representando el 80% y en todos se reportó dilatación de vía biliar intra y extrahepática, Tomografía solamente en 10 pacientes (47.6%), CPRE en 16 pacientes (76.1%) corroborando los datos del ultrasonido y definió la localización para la clasificación de acuerdo a Bismuth - Corlette, Colangiografía en 4 (19%).Fig. III

A ninguno de los pacientes por el tipo de tumor y las alteraciones de laboratorio se les ofreció tratamiento curativo que de acuerdo a la literatura constituye la resección en bloque, con derivación biliodigestiva, 4 (19%) pacientes no aceptaron tratamiento de ningún tipo, por causas no especificadas en los expedientes, 6 pacientes se colocó prótesis biliar al realizar CPRE, y 11 (52.3%) recibieron tratamiento quirúrgico paliativo, que incluía desde hepático -yeyunoanastomosis,

hepaticoyeyunoanastomosis y colocación de sondas transhepáticas, derivación externa más yeyunostomía, colédoco-duodenoanastomosis y en 2 Procedimiento de Whipple, de acuerdo al tipo por clasificación de Bismuth -Corlette, 4 pacientes fueron

13

clasificados como tipo I, 6 tipo II y sin diferencia en relación al sexo, 3 reportado como IIIa el cien por ciento mujeres , uno tipo IIIb del sexo masculino y de tipo IV 7 pacientes presentándose 6 en mujeres y 1 hombres. Fig. IV

Fig. I.

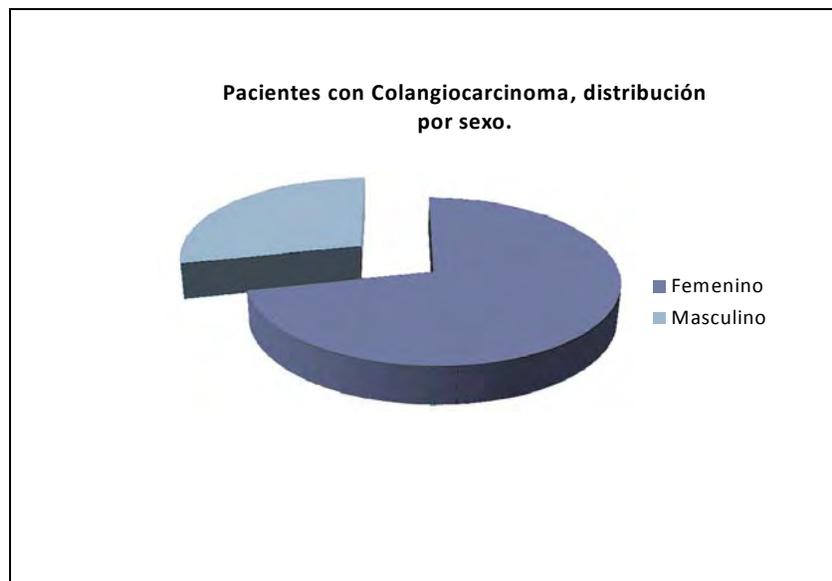
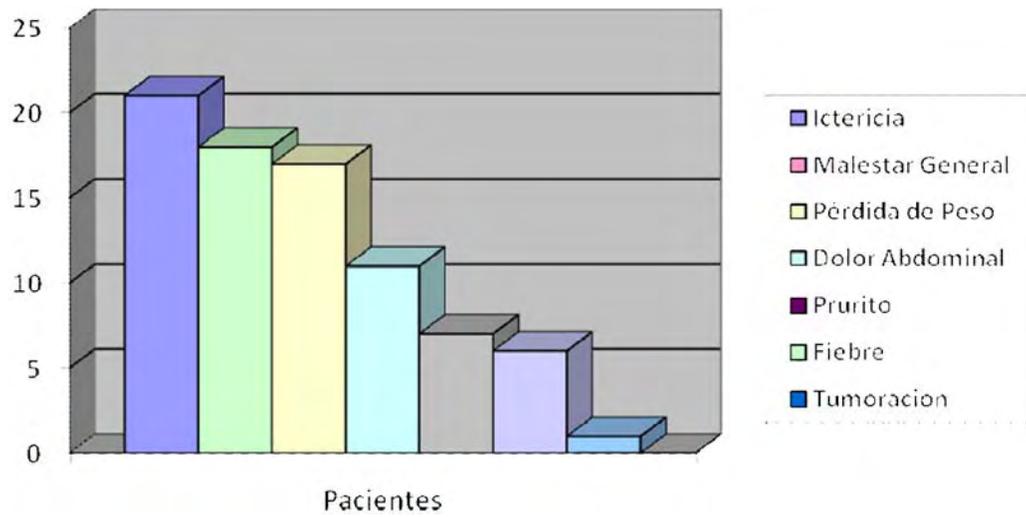


Fig. II Cuadro clínico al diagnóstico Colangiocarcinoma



14

Fig. III

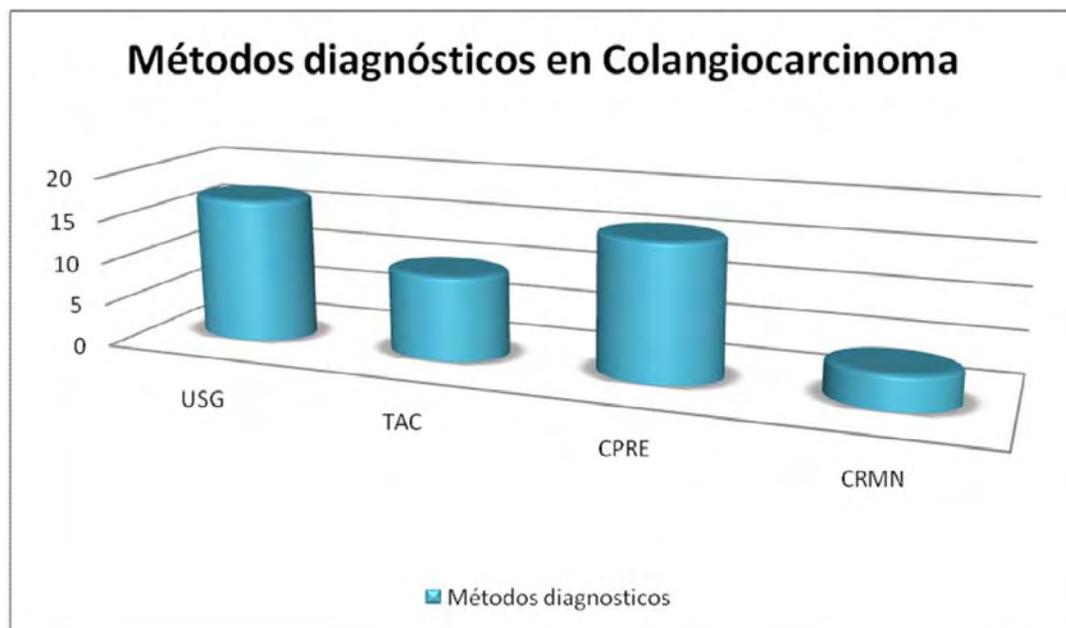
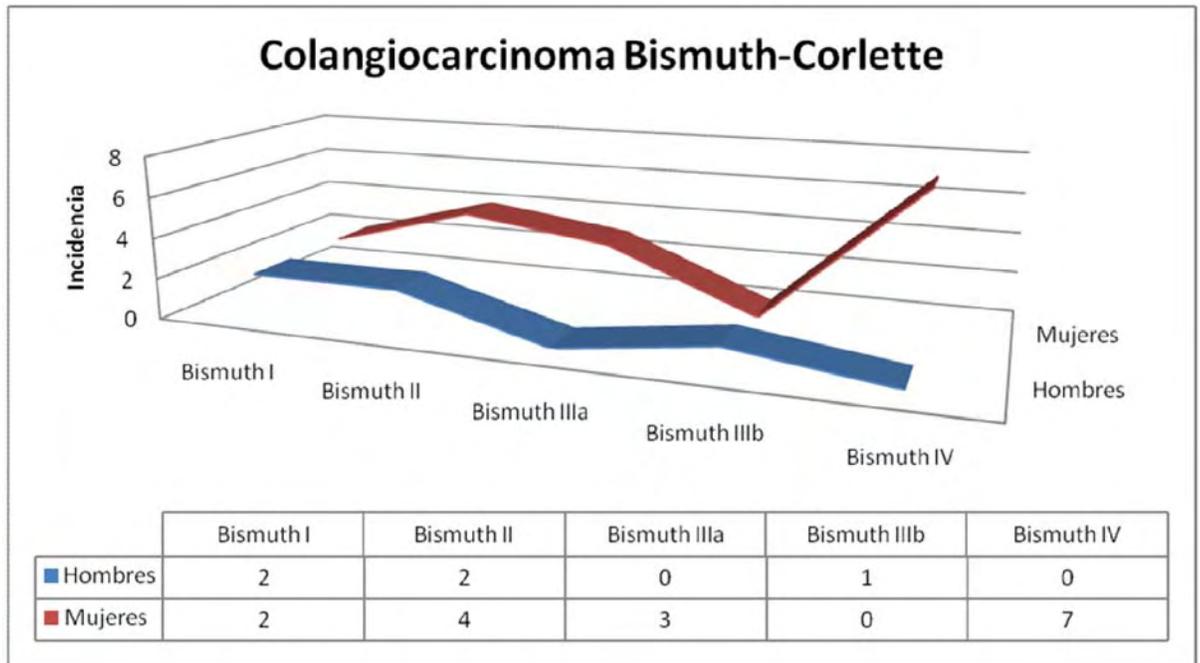


Fig. IV



IV. Discusión

En el presente estudio, de tipo descriptivo, la población femenina y con antecedente de colelitiasis fue la más afectada, a diferencia de lo que reporta la bibliografía a nivel mundial, solamente podemos identificar a la ictericia y la pérdida de peso como orientadores para iniciar el protocolo de estudio y realizar el diagnóstico oportuno, aunque por los hallazgos de los estudios de gabinete y laboratorio se demostró que la etapa en la que se encuentran todos los pacientes del estudio estuvieron fuera del alcance de tratamiento curativo, solamente se realizó tratamiento paliativo.

La Colangiopancreatografía retrograda endoscópica, es un método útil de diagnóstico y tratamiento y aunque lo ideal es ofrecer tratamiento curativo en todos los pacientes, los métodos de mínima invasión son de gran importancia y se demostró fueron de gran utilidad en esta población.

Desafortunadamente el cien por ciento de nuestros pacientes han fallecido por procesos infecciosos asociados a los procedimientos realizados, falla multiorganica

y en algunos sin determinar la misma, todo asociado a la etapa avanzada en la que se identifica esta patología.

Por los datos arrojados en este breve estudio, se sugiere continuar la investigación del sexo como factor predisponente para Colangiocarcinoma y en caso de encontrarse en etapa avanzada derivación de vía biliar por vía endoscópica.

Desafortunadamente el cien por ciento de nuestros pacientes han fallecido por procesos infecciosos asociados a los procedimientos realizados o falla multiorganica .

IX. Conclusión

El colangiocarcinoma es un tumor maligno raro, es el segundo mas frecuente después del hepatocarcinoma. La incidencia se ha incrementado en las últimas tres décadas y el pico de presentación es en la séptima década de la vida, no se ha demostrado predilección por sexo, aunque en nuestro estudio se reportó mayor incidencia en mujeres, ninguno de los pacientes contaba con antecedentes heredofamiliares, la etiología del Colangiocarcinoma aun no esta clara, solamente se han asociado a algunas patologías benignas de la vía biliar, reportándose en nuestro estudio litiasis biliar en más del cincuenta por ciento de la población estudiada.

En el cuadro clínico de presentación, la ictericia es el síntoma más frecuente, aunado a la pérdida de peso, no se demostró que ninguno de estos síntomas oriente al tipo de acuerdo a la clasificación de Bismuth - Corlette, ni la alteración de las pruebas de función hepática. De los estudios de gabinete el ultrasonido de hígado y vías biliares, fue el estudio de diagnostico inicial, demostrando en todos dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, que asociado al cuadro clínico fue orientador para el diagnostico de Colangiocarcinoma. El resto de estudios de gabinete utilizados en esta población de pacientes confirmo los datos arrojados por ultrasonido y en el caso de la CPRE, fue un método diagnostico y terapéutico de gran utilidad. El pronóstico en estos pacientes es devastador debido a la etapa avanzada en la que se realiza el diagnostico y el único tratamiento curativo es la cirugía, con resección en bloque y derivación de vía biliar, en ninguno de nuestros pacientes se realizo este tratamiento, únicamente tratamiento de tipo paliativo.

X. Discusión

En el presente estudio, de tipo descriptivo, la población femenina y con antecedente de colelitiasis fue la más afectada, a diferencia de lo que reporta la bibliografía a nivel mundial, solamente podemos identificar a la ictericia y la pérdida de peso como orientadores para iniciar el protocolo de estudio y realizar el diagnóstico oportuno, aunque por los hallazgos de los estudios de gabinete y laboratorio se demostró que la etapa en la que se encuentran todos los pacientes del estudio estuvieron fuera del alcance de tratamiento curativo, solamente se realizó tratamiento paliativo.

La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, es un método útil de diagnóstico y tratamiento y aunque lo ideal es ofrecer tratamiento curativo en todos los pacientes, los métodos de mínima invasión son de gran importancia y se demostró fueron de gran utilidad en esta población.

Desafortunadamente el cien por ciento de nuestros pacientes han fallecido por procesos infecciosos asociados a los procedimientos realizados, falla multiorgánica y en algunos sin determinar la misma, todo asociado a la etapa avanzada en la que se identifica esta patología.

Por los datos arrojados en este breve estudio, se sugiere continuar la investigación del sexo como factor predisponente para Colangiocarcinoma y en caso de encontrarse en etapa avanzada derivación de vía biliar por vía endoscópica.

Desafortunadamente el cien por ciento de nuestros pacientes han fallecido por procesos infecciosos asociados a los procedimientos realizados o falla multiorgánica .

XII. Bibliografía

- 1.- Cholangiocarcinoma, Blechacz & Gores, Clin Liver Dis 12 (2008) 131 -150
2. - Diagnosis and Treatment of Cholangiocarcinoma, Anderson, Pinson, Berlin et al. The Oncologist 2004; 9:43-57
3. - Pathology of cholangiocarcinoma JH Lim and C:K: Park; abdom Imaging (2004) 29:540-547
- 4.- Guidelines for diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. Khan, Davidson, Goldin, et al Gut 2002; 51 (Suppl VI) vi1 -vi9
- 5.- Radicalidad en la cirugía del colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin) Ramos Rubio Cir. Esp 2007; 82(1):11-5
- 6.- Tumor de Klatskin con invasión de la vena porta. Utilización de injertos vasculares criopreservados tras la resección quirúrgica radical C. Fondevila et al. Cir. Esp.70, 2001, Num. 4
- 7.- Improved Outcome of resection of hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumor) Sander et al Ann. Surg. Oncol. Vol.13, No6, 2006
- 8.- Stage does not predict survival after resection of hilar cholangiocarcinomas promoting an aggressive operative approach, E. E. Zervos et al, The Am Jour Surg 190 (2005) 810-815
- 9.- Major hepatic resection for hilar cholangiocarcinoma, Rea et al, Arch Surg 2004; 139:514-525
- 10.- Original article: new surgical approaches to the Klatskin tumor, T.M. Van Gulik et al; Aliment Pharmacol Ther 2007, 26 (suppl2) 127-132
- 11.- Palliation of Malignant Obstructive Jaundice, Todd H. Baron; Gastroenterol Clin N Am 35 (2006) 101-112

