UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL
"DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL COLANGIOCARCINOMA EN EL HOSPITAL GENERAL " Dr. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

P R E S E N T A

LUZ ELENA ALVAREZ CHÁVEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JAIME SOTO AMARO

FEBRERO 2011

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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. GERARDO ALFONSO SAUCEDO CAMPOS

COORDINADOR DE ENSEÑANZA

HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

_____

DR. JAIME SOTO AMARO

PROFESOR TITULAR DE CIRUGIA GENERAL

ASESOR DE TESIS

HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

INDICE:

Índice……..4

Dedicatoria ……5

Agradecimientos……6

Resumen……..7

Abstract ……8

Introducción ……9

Objetivo ……14

Hipótesis ……14

Justificación ……15

Material y métodos ……..16

Resultados ……17

Discusión ……33

Conclusiones ……40

Bibliografía ……41

DEDICATORIA:

En primer lugar esta tesis va dedicada a mis padres, sin ellos no hubiera llegado hasta donde estoy, gracias por su apoyo incondicional y amor.

A mis hermosas hijas Eiffel y Valeria, ya que son mi primer motivo para seguir luchando en esta carrera, por su comprensión y apoyo en todo momento, las amo.

A Aldo cardenas Ziga, por su amor y apoyo en estos años, gracias por estar a mi lado.

AGRADECIMIENTOS

Ahora, una vez terminadas de escribir las conclusiones de esta tesis, siento la necesidad de echar una mirada atrás. Ha sido un recorrido apasionante, aunque a veces pesado y duro, pero que ha valido la pena.

Con toda certeza, lo mejor ha sido conocer y tratar con personas excepcionales. Ante mi asombro, iba viendo como me mostraban su apoyo incondicional, me ayudaban a resolver este u otro aspecto del trabajo.

Quiero dar mis más sincero agradecimiento a mi maestro y profesor el Dr. Jaime Soto Amaro él no solo ha sido el director de esta tesis, sino un entusiasta e infatigable por llevar a término un proyecto como este, le agradezco su enorme paciencia y a la vez cercanía para orientarme y afinar en la composición de cada uno de los apartados fundamentales de esta tesis.

A mis profesores por haberme orientado y ayudado en este largo camino, y a todos los que compartieron conmigo estos años de trabajo y amistad en el Hospital Dr Fernando Quiroz Gutierrez les agradezco sinceramente las posibilidades que he tenido de aprender de todos ustedes.

A los todos los pacientes que de una u otra manera han puesto su confianza en mí.

Muchas gracias a todos.

RESUMEN:

INTRODUCCION: Los tumores malignos de la vía biliar actualmente son más comunes que las neoplasias de la vesícula biliar. La distribución por sexo muestra predominancia en masculinos 2:1, la mayor parte de los tumores son adenocarcinomas, del 1 al 2% son escamosos o anaplasicos. La colangiografia fue introducida para el tratamiento a mediados de 1970 y los stents metalicos desde 1980 convirtiendose en el método terapéutico paliativo principal para obstrucción biliar maligna.

OBJETIVO: Nuestro objetivo fue conocer cuáles son las alternativas terapéuticas en pacientes con colangiocarcinomas tomando en cuenta las tres modalidades empleadas: endoscópica, radiológica y quirúrgica.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, descriptivo y abierta, en pacientes con colangiocarcinoma ingresados en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez (ISSSTE), con un período de inclusión de Marzo del 2007 a Agosto del 2010, pacientes mayores de 50 años, ambos sexos, a todos se les realizó historia clínica completa, exploración física, exámenes de laboratorio, radiología e imagen y se eligió el procedimiento terapéutico dependiendo de las características del paciente: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), tratamiento quirúrgico o tratamiento radiológico invasivo.

RESULTADOS: un total de 18 pacientes con diagnostico de cáncer de vía biliar con predomino del sexo femenino 14 mujeres (77.7%) y 4 hombres (22.3%). Las edades oscilaron entre los 60 y 80 años. Fueron sometidos a tres tratamientos: CPRE con colocación de stent en 9 pacientes (50%), tratamiento radiológico invasivo (colangiografía percutánea transhepatica) en 6 pacientes (33%), y tratamiento quirúrgico (derivación biliodigestiva, colecistectomía con exploración de vía biliar y colocación de sonda en T) en 3 pacientes (17%). El procedimiento más realizado fue la CPRE con colocación de stent.

CONCLUSIONES: El colangiocarcinoma es un tumor maligno raro, la incidencia se ha incrementado en las ultimas 3 decadas y el pico de presentación es en la 6ª década de la vida, no se ha demostrado predilección en el sexo, aunque en nuestro estudio se reporto mayor incidencia en el sexo femenino, ninguno de nuestros pacientes contaba con antecedentes heredofamiliares. El pronóstico de estos paciente 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 la vía biliar el cual solo se llevo a cabo en 3 de nuestros pacientes, el resto solo con tratamiento paliativo debido a el estadio avanzado de la enfermedad.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: the malignant tumours of bile duct, presently are more common that bile glad bladder. Predominant masculine sex 2:1, wholesale tumours are adenocarcinoma, 1-2% scaly or anaplasic. The colangiography to introduce in 1970 middle, the metallic stents expansive since 1980, update therapeutic method for malignant obstruction of bile duct.

OBJECTIVE: determine therapeutic alternative more to utilize in the treatment of bile duct cancer.

MATERIAL AND METHODS: A prospective, longitudinal, observational and descriptive study, with bile duct cancer patients in the Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutierrez (ISSSTE) a period of inclusion the March 2007 at the August 2010, was carried out in patients of both sexes, to realize each one clinic history, physical exploration, laboratory and radiology test. To select therapeutic proceedings, each patient: surgical treatment, invasive radiology treatment and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

RESULTS: A total of 18 patientes with diagnosis of cancer of biliary route with predominance of the feminine sex, 14 women (77.3%) and 4 men (22.3%). The ages ranged between 60 and 80 years. The patients to submit three treatments: ERCP with stent 9 patients (50%), invasive radiology treatment en 6 patients (33%), surgical 3 patients (17%).
The more realize procedure or the ERCP, with mortality of 84%, half life or two years, the best prognosis in endoscopic treatment.

CONCLUSIONS: the malignant tumours of bile duct, the incident has increased in the last 3 decades and the beak of presentation is in her 6a decade of the life, predilection has not been demonstrated in the sex, though in our study I bring major incident in the feminine sex, the forecast of these patients is devastating due to the advanced stage in which the diagnosis is realized and the only one curative treatment is the surgery, with resection in block and derivation of the biliary route alone which I carry out in 2 of our patients, the alone rest with palliative treatment due to the advanced stadium of the disease.

INTRODUCCION:

El colangiocarcinoma es un tumor el cual se origina a partir del epitelio de los conductos intra o extrahepático, es el 5º tumor maligno gastrointestinal en frecuencia. Fue descrito en primer lugar por Durand-Fardel en 1840. Los colangiocarcinomas hiliares fueron descritos por Klastkin en 1965. Los colangiocarcinomas son considerados tumores raros ya que comprenden el 3% de los tumores gastrointestinales, sin embargo, su incidencia ha ido en aumento.

Los colangiocarcinomas son clasificados de acuerdo a su localización anatómica en intra y extrahepáticos, los extrahepáticos incluyen tumores que se desarrollan en la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo y constituyen alrededor del 80 a 90% y los intrahepaticos solo son del 5 a 10% de los colangiocarcinomas. Los colangiocarcinomas extrahepáticos pueden a su vez ser subdivididos de acuerdo a la clasificación de Bismuth dentro de 4 tipos.

Alrededor del mundo la edad promedio de presentación es de 50 años, siendo más frecuentes en femeninos con un 52 a 54%, globalmente la más alta prevalencia de colangiocarcinomas es en Asia.

En la mayoría de los pacientes no se encuentra una etiología, sin embargo hay ciertos factores de riesgos bien establecidos, uno de ellos es la colangitis esclerosante la cual se asocia a colangiocarcinomas hasta en un 15%. La hepatolitiasis se asocia en un 10% a colangiocarcinoma. Factores de riesgo adicionales son: la enfermedad de Caroli, fibrosis hepática congénita, quistes de colédoco y la infestación por parasitos como son el Opisthorchis viverrini y Clonorchis sinensis

Desde el punto de vista microscopico el colangiocarcinoma se puede dividir en 3 grupos: papilar, nodular y esclerosante. La variante papilar tiene mejor pronóstico que las otras. Los tumores papilares suelen ser bien diferenciados y pueden presentarse como multiples lesiones 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.

La mayoría de los colangiocarcinomas permanecen clínicamente silentes hasta estadios avanzados o se encuentran asociados a síntomas no específicos en etapas tempranas y la sintomatología varía de acuerdo a el sitio de localización del tumor, así los colangiocarcinomas extrahepáticos usualmente se presentan con ictericia obstructiva progresiva y síntomas relacionados a la obstrucción biliar tales como prurito, coluria y acolia, solo 10% de los casos se presenta con colangitis ascendente, la ictericia es usualmente persistente y progresiva mientras la obstrucción biliar intermitente puede observarse en pacientes con lesiones papilares que causen efecto de válvula (1), en cambio los colangiocarcinomas intrahepaticos se presentan como una masa

intrahepatica la cual causa dolor en el cuadrante superior derecho así como malestar general y caquexia. El examen físico de los pacientes con colangiocarcinoma puede revelar hepatomegalia, vesicula palpable (sígno de Courvoisier) o signos de hipertensión portal debido a trombosis venosa secundario a invasión o compresión del tumor (2)

El diagnostico del colangiocarcinoma requiere de laboratorio, radiología, endoscopia y patología.

Las pruebas de laboratorio usualmente apoya la sospecha clínica de colangiocarcinoma, la ictericia ocurre solo si hay obstrucción de 2 conductos biliares principales o del hepático común, en estas circunstancias, la elevación de los niveles de bilirrubinas y de los marcadores de lesión epitelial biliar tales como la fosfatasa alcalina y la gama glutamiltranspeptidasa son común, por otra parte en presencia de obstrucción biliar unilateral intrahepatica puede elevarse la fosfatasa alcalina o la gama glutamiltranspeptidasa sin presentar incremento de bilirrubinas. Otro hallazgo de laboratorio incluye la hipoalbuminemia y la prolongación del tiempo protrombina, los cuales combinados reflejan la disminución de la síntesis de la función hepática, la malabsorción de la vitamina K y la caquexia (6).

Los marcadores tumorales pueden apoyar el diagnostico de colangiocarcinoma, aunque ninguno de ellos son los suficientemente sensibles, los marcadores mas comúnmente usados son ACE (antígeno carcinoembrionario) así como el antígeno carbohidratado (CA 19-9), sin embargo no son específicos y se pueden elevar en otras patologías malignas (páncreas, estomago) y en condiciones benignas tales como la colangitis y la hepatolitiasis. En pacientes sin colangitis esclerosante, los niveles sericos de Ca 19-9 alrededor de 100 U/ml tienen una sensibilidad de 53% y especificidad del 75-90% para el diagnostico de colangiocarcinoma. En pacientes con colangitis esclerosante los niveles sericos de Ca 19-9 alrededor de 100 U/ml tienen una sensibilidad de 75-89% y especificidad del 80-86% para el diagnostico de colangiocarcinoma. El Ca 19-9 serico combinados con ultrasonido o tomografía computada o resonancia magnetica aumenta su sensibilidad a 91%, 100% y 96% respectivamente para el diagnostico de colangiocarcinoma. El Ca 125 se eleva en el 40 a 50% de los pacientes con esta patología (1).

El ultrasonido es el 1er estudio de imagen que se solicita en un paciente con colestasis o disfunción hepática, la sensibilidad y seguridad del ultrasonido para los colangiocarcinomas son de 89% y 90% respectivamente, el uso del ultrasonido Doppler es para evaluar la invasión portal y al parénquima hepático el cual llega detectarlo hasta en un 86%. Pero como este tipo de estudio es operador dependiente la mayoría de los pacientes con sospecha de colangiocarcinoma debe confirmarse con otro tipo de estudios (6).

La sensibilidad del ultrasonido aumenta significativamente en presencia de elevación del marcador Ca 19-9. Los niveles sericos del Ca 19-9 por arriba del 20 U/ml en pacientes con colangitis esclerosante ha demostrado un incremento en la sensibilidad del ultrasonido abdominal hasta del 91% con una especificidad del 62%, con un valor predictivo positivo de 23% (1), los hallazgos inespecíficos en casos de colangiocarcinomas extrahepaticos son la dilatación intrahepatica con un

cambio abrupto en el calibre del conducto. En los colangiocarcinomas intrahepaticos se identifica una masa intrahepatica (5).

La tomografía computada es usada para diagnosticar y realizar el estadiaje del colangiocarcinoma, ya que provee información valiosa sobre invasión local, vascular, involucro de ganglios linfáticos y presencia de metástasis distantes.

La sensibilidad de la tomografía de triple fase en la detección de colangiocarcinomas hiliares es en rango de 90 a 100% y cada vez es mas sensible para detectar colangiocarcinomas intrahepaticos mayores de 1 cm, la tomografía es también útil para evaluar los vasos y nódulos linfáticos de los pacientes afectados con colangiocarcinomas. La precisión de la tomografía para determinar la resecabilidad del colangiocarcinoma es en rango de 60 a 85%. Recientemente la colangiotac ha demostrado ser una modalidad promisora para delinear el árbol biliar, en un estudio la colangiotac fue superior a la tomografía convencional o ultrasonido e igual a la colangiografia retrograda endoscópica para el diagnostico del colangiocarcinoma hiliar, en otro estudio la sensibilidad y especificidad de la colangiotac para obstrucción biliar maligna fue ambas de 94%, una de las limitaciones de la colangiotac es que la calidad de las imágenes depende de la función del hígado. Para los pacientes con colangitis esclerosante la combinación marcador tumoral Ca 19-9 alrededor del 20 U/ml y la tomografía abdominal contrastada ha demostrado sensibilidad del diagnostico del 100% y especificidad de 38% con un valor predictivo positivo de 22% (1).

La resonancia magnetica y la colangiopancreatoresonancia son los mejores estudios de imagen para esta patología ya que provee información sobre la extensión del tumor, la anatomía de los conductos biliares y las metástasis intrahepaticas

La colangiopancreatografía es uno de los más importantes estudios para la evaluación de los colangiocarcinomas, ya que provee imágenes dinamicas pero requiere un acceso invasivo a el sistema biliar, la cual puede ser hecha por colangiopancreatografía retrograda endoscópica o percutánea, ambas técnicas pueden detectar anormalidades del árbol biliar y determinar la localización y extensión del colangiocarcinoma. La selección de colangiopancreatografia retrograda endoscópica o colangiografia percutánea esta generalmente dictada por la disponibilidad, la experiencia y las características anatomicas del tumor. En los pacientes con obstrucción biliar completa la CPRE no siempre puede evaluar el árbol biliar proximal mientras la colangiografia percutánea no puede evaluar la extensión de los tumores distales(6).

En un estudio prospectivo la sensibilidad de la citología varía de 9 a 24% y la especificidad varia de 61 a 100% (1).

Debido a el empleo de la colangiografía retrograda endoscópica , las indicaciones de la colangiografia percutánea transhepatica han disminuido en los últimos años quedando reservadas para el estudio de la vía biliar proximal en las lesiones iatrogénicas o tumorales altas de la vía biliar, en los fracasos o imposibilidad técnica de la colangiografia retrograda endoscópica y como primer paso para la colocación de drenajes o prótesis por vía percutánea en la vía biliar.

Los stents pueden colocarse de manera endoscópica o percutánea, los primeros son mas frecuentes y los percutáneos se colocan cuando hay falla del drenaje endoscópico o no es posible realizarse, los stent percutáneos pueden ser internos, externos o ambos, por lo general solo los pacientes con tumores avanzados que obstruyen en su totalidad la vía biliar son candidatos para drenaje biliar externo percutáneo. Los stents endoscópicos pueden ser expandibles metalicos o plásticos (polietileno), los stent metalicos son más costosos que los plásticos, pero tienen mayor diámetro y mejores rangos de permeabilidad (6).

Los stents metalicos pueden tener una cubierta de malla metalica con una membrana que previene el crecimiento tumoral. Los stent plásticos tienen la necesidad de ser cambiados cada 2 o 3 meses, mientras los metalicos tienen durabilidad hasta de 9 meses (6, 9, 10).

Hay varios estudios que comparan los stents metalicos vs los plásticos para el tratamiento de los pacientes con obstrucción biliar maligna inoperable, estos estudios mostraron que los stents metalicos tienen mayor costo para los pacientes quienes tienen una expectativa de supervivencia mayor de 5 meses (6).

Durante la última década la progresiva habilidad para visualizar el árbol biliar y facilitar la evaluación diagnostica de estos pacientes ha llevado a el desarrollo de algoritmos de manejo clínico, así mismo, el advenimiento de nuevas técnicas para acceder al tracto biliar ha impulsado una reevaluación de los principios terapéuticos existentes para pacientes con obstrucción biliar.

El tratamiento quirúrgico se puede llevar a cabo en pocos pacientes dado su retardo en el diagnostico y los estadios avanzados en que se encuentra el paciente al momento del diagnostico. Por lo que se menciona solo un 9 a 18% de sobrevida a 5ª para lesiones proximales de la vía biliar y un 20 a 30% para lesiones distales.

La resección quirúrgica con intento curativo es el tratamiento de primera elección en los colangiocarcinomas extrahepaticos. Sin embargo las tasas globales de resecabilidad oscilan del 10 al 85%. Las lesiones del tercio inferior presentan una tasa mas elevada de resecabilidad, seguidas por las del tercio medio. Los colangiocarcinomas proximales son técnicamente difíciles de abordar quirúrgicamente, lo que explica porque estas lesiones presentan las tasas mas bajas de resecabilidad. Los criterios para irresecabilidad incluyen: afectación de los ganglios linfáticos por fuera del pediculo hepático, metástasis a distancia, ambos hepáticos involucrados, atrofia de uno de los lobulos hepáticos, invasión a la vena porta. Los colangiocarcinomas intrahepaticos solitarios son resecados por medio de una lobectomía o segmentectomía.

Con objeto de lograr resecciones R0, en los últimos años se ha incrementado el número de hepatectomías mayores, lo cual se ha asociado con mejores resultados.

La duodenopancreatectomía es el mejor tratamiento de las lesiones resecables del tercio inferior del conducto biliar, la parte proximal de este conducto debe ser resecada hasta obtener márgenes 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, se debe hacer todo lo posibles para obtener márgenes microscópicamente negativos. El drenaje biliar se restablece con hepatoyeyunostomía en Y de Roux.

En algunos centros (MD Anderson) el procedimiento quirúrgico que se utiliza depende de la localización en relación a 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, los tipos IIIa y IIIb escisión local y lobectomía hepática derecha o izquierda, respectivamente, las lesiones tipo IV se consideran irresecables.

Los procedimientos paliativos son los métodos que se han utilizado con mejores resultados dado que solo ayuda a disminuir la sintomatología que se presenta, por lo que la colocación de endoprotesis biliares funciona como drenaje biliar, también se menciona la radio y quimioterapia sin resultados alentadores.

OBJETIVO:

El objetivo del estudio es observar los diferentes tipos de manejo en el colangiocarcinoma en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutierrez así como los resultados en las 3 modalidades terapéuticas: quirúrgico, endoscópico y de radiología intervencionista, así como identificar grupo de edad y sexo más frecuente.

HIPOTESIS:

Cuáles son los diferentes manejos en el colangiocarcinoma así como los resultados de cada uno de ellos realizados en el Hospital Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE en el periodo de marzo del 2007 a Agosto del 2010. El manejo del colangiocarcinoma tiene como objetivo la exceresis del mismo, tratar la ictericia, promover una razonable calidad de vida. El único tratamiento curativo es la resección quirúrgica, pero en casos donde no es posible realizarla se cuenta con tratamientos paliativos no quirúrgicos como son la colocación de prótesis endoscópicas y quirúrgicos como la derivación biliodigestiva termino- lateral y en Y de Roux.

JUSTIFICACION:

Las neoplasias de la vía biliar son pocos frecuentes y se asocian con una alta mortalidad y mal pronóstico, ocupan el 5º lugar entre los canceres digestivos, la mortalidad se relaciona con el grado de diseminación locorregional, como causas de muerte encontramos la falla hepática y colangitis, secundarias a la progresión local de la enfermedad con obstrucción biliar, esto se debe a que en el momento del diagnostico generalmente se encuentran localmente avanzados. Pocos centros cuentan con experiencia en su tratamiento, y el mismo es complejo y se encuentra asociado a una alta morbimortalidad. El 95% son adenocarcinomas.

Los factores de riesgo relacionados con el colangiocarcinoma son el sexo femenino, la edad entre 66 y 70años, así como la colelitiasis.

Debido a que la mayoría de los colangiocarcinomas se encuentran avanzados al momento del diagnostico es importante conocer sobre los diferentes tipos de tratamiento ya sean de tipo curativos o paliativos.

El único tratamiento curativo para estos tumores es la resección quirúrgica, los criterios de irresecabilidad son mala condición general del paciente, presencia de metástasis, afección extensa del tronco principal de la vena porta o de la arteria hepática y afección bilateral de ambas ramas portales o arteriales. Más del 80% de los pacientes con ictericia obstructiva de origen maligno requiere tratamiento paliativo, el cual puede ser quirúrgico, percutáneo o endoscópico. En los casos donde la cirugía no es posible, se describen diversos procedimientos para paliar la ictericia con una razonable calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizo un estudio observaciones, longitudinal, prospectivo, y descriptivo, en el periodo comprendido de marzo del 2007 a Agosto del 2010, con diagnostico de colangiocarcinoma por cuadro clínico, laboratorios, marcadores tumorales y confirmación por imagen con ultrasonografia, tomografía y Colangiopancreatografia retrograda endoscópica.

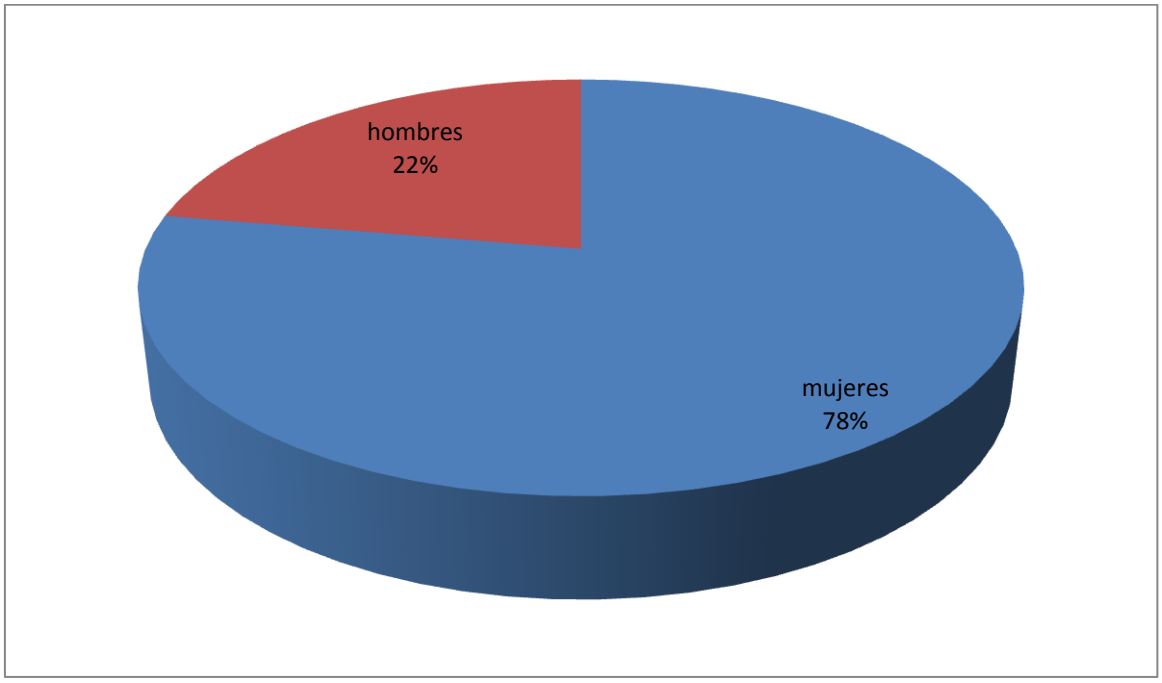
Se analizaron 3 tipos de tratamiento: primero el quirúrgico del tipo derivación biliodigestiva, segundo tratamiento radiológico invasivo y tercero colocación de stent por colangiopancretografia retrograda endoscópica o por vía percutánea transhepatica.

Se efectuo seguimiento a los pacientes sometidos a dichos tratamientos, valorando su evolución y pronostico posterior al procedimiento para la determinación del mejor método terapéutico en la practica en nuestro hospital.

RESULTADOS:

Se estudiaron 18 pacientes en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez de marzo del 2007 a Agosto del 2010 con diagnostico de cáncer de vía biliar con predomino del sexo femenino 14 mujeres (77.7%) y 4 hombres (22.3%). Las edades oscilaron entre los 60 y 80 años. (Grafica 1)

Grafica 1



La historia clínica y la exploración física revelaron los siguientes signos y síntomas: siendo la ictericia progresiva el síntoma más frecuente presente en el 100% de los casos, entre otros síntomas y signos destacan anorexia, astenia, pérdida de peso de 5-10kgs, prurito y dolor, a la exploración física la ictericia es ostensible, la vesícula se encuentra aumentada de volumen compatible con el sígno de Courvousier Terrier en el 27% de los casos (vesicula palpable, no dolorosa en pacientes ictéricos) está íntimamente relacionada con la localización distal del tumor, en cambio las lesiones localizadas en la región hilar la vesicula es de tamaño normal y no palpable.

Los signos y síntomas nos orientan y sugieren el diagnostico de ictericia obstructiva maligna como se demuestra en la tabla 1

Tabla 1 signos y síntomas en 18 casos con colangiocarcinoma

Signos y síntomas	No. De pacientes	Porcentaje
Ictericia	18	100%
Anorexia, astenia	18	100%
Perdida de peso	17	94.4%
Prurito	5	27.7%
Fiebre	2	11.1%
Dolor abdominal	9	50%
Signo de Courvousier Terrier	5	27.7%

LABORATORIO.

Los estudios de laboratorio revelaron anemia en 14 pacientes con cifras que oscilaron de 9-11 de hemoglobina, leucocitosis en 7 pacientes que oscilaron de 11 mil a 17mil, la química sanguínea revelo elevación de la glucosa en pacientes diabéticos con cifras que oscilaron de 150-250 mg en 8 pacientes, controlada con esquema de insulina rápida.

En todos los pacientes se realizaron pruebas de función hepática compatibles con ictericia obstructiva maligna siendo relevante las cifras elevadas de bilirrubinas totales entre 15 y 29 mg con predominio de la bilirrubina directa, niveles que usualmente están presentes en los pacientes con colangiocarcinoma.

La tabla 2 nos demuestra las alteraciones de las pruebas de función hepática en pacientes con cáncer de vía biliar.

Tabla 2 pruebas de función hepática en pacientes con colangiocarcinoma

PFH	CIFRAS
AST	50-200
ALT	50-350
DHL	150-500
FOSFATASA ALCALINA	250-1350
BILIRRUBINA TOTAL	15-29
BILIRRUBINA DIRECTA	7-17
ALBUMINA	2-3
TIEMPO DE PROTROMBINA	16-23 seg
COLESTEROL	250-350

MARCADORES TUMORALES.

Los marcadores tumorales pueden apoyar el diagnostico de colangiocarcinoma, aunque ninguno de ellos son los suficientemente sensibles, los marcadores más comúnmente usados son ACE (antígeno carcinoembrionario) así como el antígeno carbohidratado (CA 19-9), sin embargo no son específicos y se pueden elevar en otras patologías malignas (páncreas, estomago) y en condiciones benignas tales como la colangitis y la hepatolitiasis.(1) Los marcadores tumorales tales como el Ca 19-9 y antígeno carcinoembrionario se realizaron en 8 pacientes encontrando elevaciones de Ca 19-9 hasta por arriba de los 5000, y Antigeno Carcinoembrionario >175.

ESTUDIOS DE RADIOLOGIA E IMAGEN:

El ultrasonido es el 1er estudio de imagen que se solicita en un paciente ictérico por ser un procedimiento no invasivo y fácilmente disponible en toda unidad hospitalaria y principalmente por la capacidad de establecer el diagnostico diferencial entre ictericia obstructiva extrahepatica y hepatocelular, al revelar dilatación de vías biliares intra y extrahepaticas, incluso nos sugiere el diagnostico de ictericia obstructiva maligna en aquellos pacientes mayores de 60 años con dilatación de vías biliares intrahepaticas, vesicula aumentada de volumen, de paredes delgadas y sin cálculos en su interior.

La sensibilidad y especificidad del ultrasonido en el diagnostico de ictericia obstructiva maligna oscila entre 89 y 90% respectivamente.

Se realizo ultrasonido de hígado y vías biliares en los 18 pacientes estudiados y el 100% de los casos revelo dilatación de vías biliares intrahepaticos, así como vesicula aumentada de tamaño y de paredes delgadas en 5 pacientes con edades que oscilaron entre los 60 y 80 años.

Dichos hallazgos en combinación con la edad sugirieron el diagnostico de ictericia maligna y dentro de las posibilidades mas viables fueron de colangiocarcinoma y/o cáncer de cabeza de páncreas

como se demuestra en las figuras 1, 2, 3 y 4 de pacientes del sexo femenino cuyas edades oscilaron entre 60 y 80 años de edad.

El uso del ultrasonido Doppler es para evaluar la invasión portal y al parénquima hepático el cual llega detectarlo hasta en un 86%. Pero como este tipo de estudio es operador dependiente la mayoría de los pacientes con sospecha de colangiocarcinoma debe confirmarse con otro tipo de estudios (6).

Fig. 1 paciente del sexo femenino de 62 años de edad con ictericia obstructiva silente, progresiva se le realizo ultrasonido hepático y de vía biliar donde se encontró dilatación importante de vía biliar intrahepatica, el diagnostico definitivo fue de colangiocarcinoma.

Fig. 2 ultrasonido de una paciente del sexo femenino de 85 años de edad, con un padecimiento de 25 días de evolución, con ictericia obstructiva, malestar general y pérdida de peso, a la Ef con signo de Courvoisier Terrier, se realiza ultrasonido en el cual se encuentra vesicula aumentada de tamaño, con lodo biliar en su interior, con un colédoco de 12mm.

Fig. 3 paciente del sexo femenino de 70 años de edad con ictericia de 1 mes de evolución, malestar general e ictericia progresiva, se realiza ultrasonido hepático el cual reporta dilatación de vía biliar intrahepatica importante.

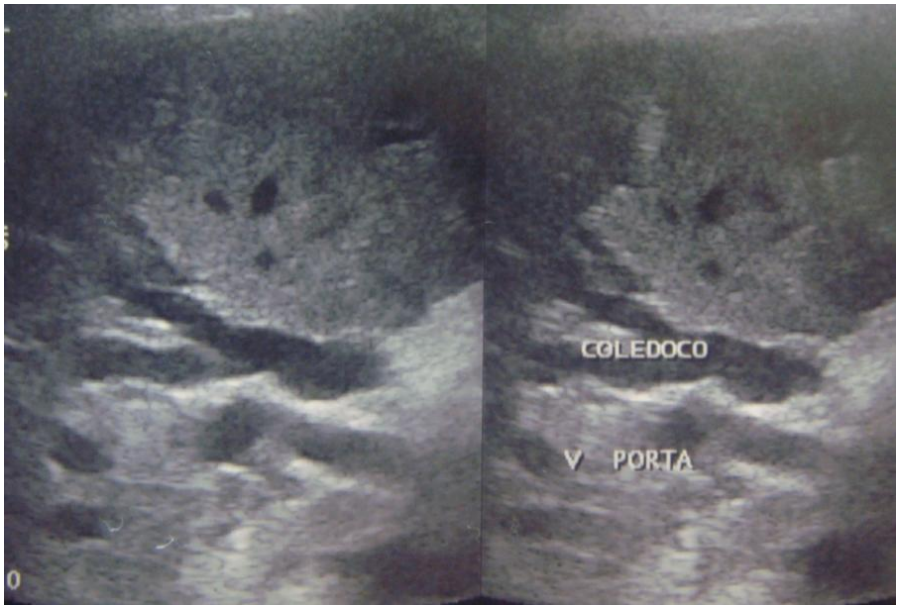


Fig. 4 paciente del sexo femenino de 73 años de edad con cuadro clínico de ictericia obstructiva, pérdida de peso, y malestar general, se realiza ultrasonido el cual reporta dilatación de vía biliar intra y extrahepatica, con colédoco de 9mm.

La tomografía computada es usada para diagnosticar y realizar el estadiaje del colangiocarcinoma, ya que provee información valiosa sobre invasión local, vascular, involucro de ganglios linfáticos y presencia de metástasis distantes (8). La precisión de la tomografía para determinar la resecabilidad del colangiocarcinoma es en rango de 60 a 85%.

Usualmente los colangiocarcinomas intrahepaticos se presentan como lesiones hipodensas con márgenes irregulares en un inicio y con reforzamiento retardado en la fase venosa (5). Estas características han demostrado correlacionarse con un comportamiento más agresivo, otros hallazgos tomograficos en los colangiocarcinomas intrahepaticos incluyen dilatación y engrosamiento de los conductos intrahepaticos así como retracción de la capsula hepática. Los colangiocarcinomas extrahepaticos se pueden ver como un engrosamiento focal de la pared del conducto, sin embargo en muchos casos de colangiocarcinomas extrahepaticos su visualización no es definida debido a que son muy pequeños para ser detectados, estudios más recientes han demostrado que la tomografía moderna multidetector diagnostica colangiocarcinomas extrahepaticos hasta en un 92.3%, asi como ha mostrado la invasión de la arteria hepática con una sensibilidad del 100% y especificidad del 90% e invasión de la vena porta con una sensibilidad del 92.3% y especificidad del 90.2%. la tomografía computada regular puede ser extremadamente útil para mostrar signos indirectos de colangiocarcinomas extrahepaticos tales como la dilatación de los conductos biliares y atrofia lobar hepática. La atrofia de un lóbulo hepático puede estar asociada a hipertrofia del lóbulo opuesto, este fenómeno se ha visto cuando un colangiocarcinoma obstruye el flujo biliar de un lóbulo e invade la vena portal ipsilateral causando hipertrofia compensatoria de el lóbulo hepático opuesto.

Se realizo tomografía abdominal a los 18 pacientes estudiados, encontrando dilatación de via biliar intrahepatica en el 100% de los casos como se demuestra en la figura 5, en 5 casos con vesicula aumentada de tamaño (fig 7), así como litiasis vesicular en 2 pacientes (fig 6), se observaron mestastasis hepáticas en 3 pacientes (Fig 8), así como se descarto un tumor en cabeza de páncreas al no encontrar alteración en esta, las edades se encontraron entre 60 y 80 años estos hallazgos en combinación con el cuadro clínico y los resultados del ultrasonido nos indicaron el diagnostico de colangiocarcinoma, como se demuestra en las fig 5, 6, 7 y 8.

Fig. 5 paciente femenino de 62 años, con ictericia obstructiva de 1 mes de evolución, progresiva, con perdida de peso, malestar general, se realiza TAC abdominal la cual reporta dilatación de vía biliar intrahepatica.

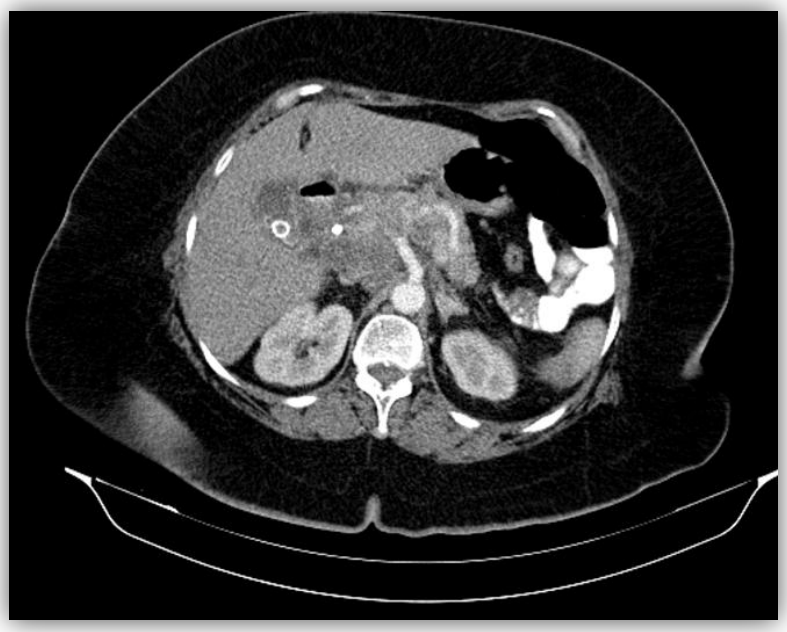


Fig. 6 paciente femenina de 61 años de edad con cuadro de ictericia silente, pérdida de peso, malestar general, prurito intenso de 1 mes de evolución, se agrega dolor abdominal, se realiza Tac encontrando dilatación de vía biliar, así como litiasis vesicular.

Fig. 7 paciente femenino de 62 años de edad con padecimiento de 1 mes de evolución con ictericia rápidamente progresiva, pérdida de peso y malestar general, a la EF con signo de Courvousier Terrier, se realiza TAC encontrando dilatación de vía biliar intrahepatica así como vesicula biliar aumentada de tamaño.

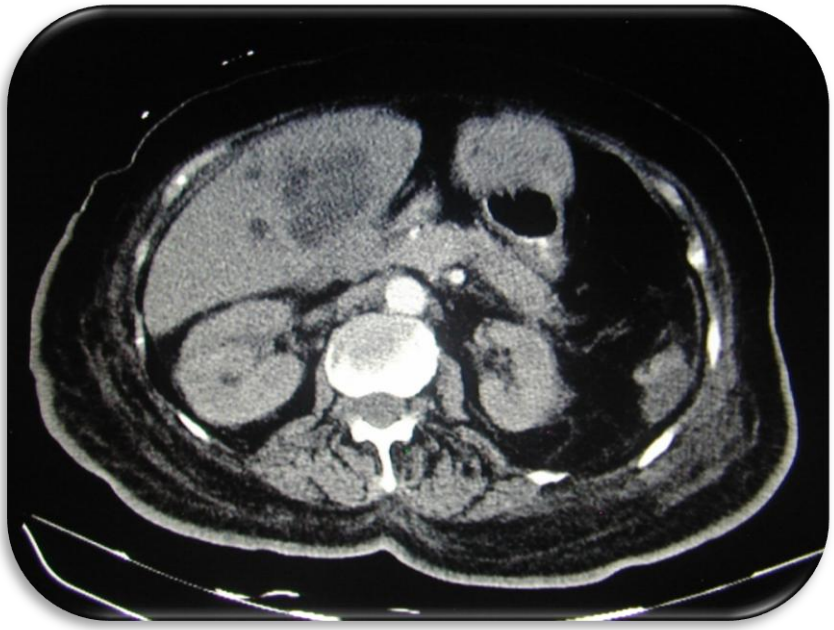


Fig 8 paciente femenina de 78 años de edad con padecimiento actual de 1 mes de evolución con ictericia obstructiva, pérdida de peso de 15kgs, dolor abdominal, se hace diagnostico de colangiocarcinoma, en la TAC de abdomen con dilatación intrahepatica e imágenes compatibles con metástasis.

La colangiopancreatografia es uno de los más importantes estudios para la evaluación de los colangiocarcinomas, ya que provee imágenes dinamicas pero requiere un acceso invasivo a el sistema biliar, la cual puede ser hecha por colangiopancreatografía retrograda endoscópica o percutánea, ambas técnicas pueden detectar anormalidades del árbol biliar y determinar la localización y extensión del colangiocarcinoma (9). La selección de colangiopancreatografia retrograda endoscópica o colangiografia percutánea esta generalmente dictada por la disponibilidad, la experiencia y las características anatomicas del tumor. En los pacientes con obstrucción biliar completa la CPRE no siempre puede evaluar el árbol biliar proximal mientras la colangiografia percutánea no puede evaluar la extensión de los tumores distales(6).

La sensibilidad y especificidad de la colangiopancreatografia se encuentra en 75-85% y 70-75% respectivamente con una precisión del 95%. En fechas recientes se ha demostrado que en presencia de colangitis esclerosante, la asociación de un marcador Ca 19-9 elevado incrementa la utilidad diagnostica de a CPRE así como su sensibilidad al 91%, especificidad al 69%, con un valor predictivo positivo de 42%. La desventaja de estos procedimientos invasivos es el riesgo de complicaciones tales como pancreatitis post-CPRE (4-10%), bacterobilia (30-100%), sangrado, sepsis, lesión vascular y muerte. Por otra parte la CPRE y la colangiografia percutánea tienen la ventaja de proveer biopsia por cepillado lo cual confirma el diagnostico de colangiocarcinoma. La sensibilidad de la biopsia y cepillado para el diagnostico de colangiocarcinoma ha sido baja debido a la reacción desmoplasica que se asocia con el tumor, el cual es caracterizado por la presencia de pocos colangiocitos malignos dentro de un extenso estroma fibroso.

Se les realizo CPRE a el 100% de los pacientes con lo cual se corrobora el diagnostico de colangiocarcinoma siendo posible colocár endoprotesis a 10 de ellos como tratamiento paliativo por no ser candidatos a tratamiento quirúrgico por la localización del tumor o por su estadio, se tomo cepillado a 9 pacientes (50%) reportándolos como compatibles a malignidad. Como se demuestra en la fig 9 y 10.

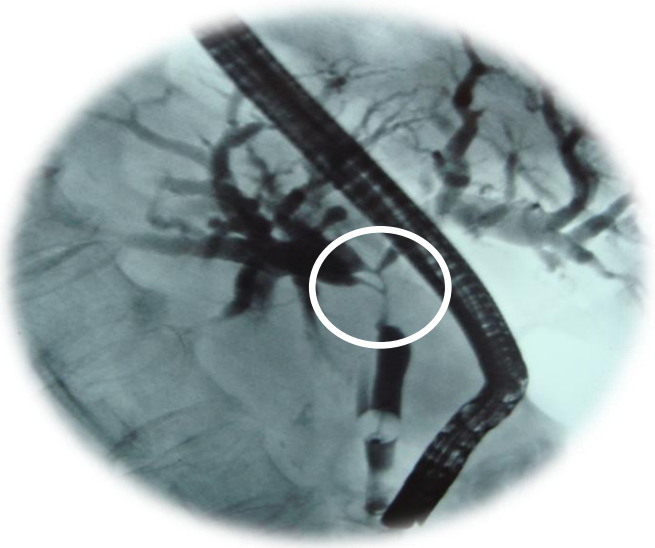


Fig. 9 se trata de paciente femenina de 68 años de edad con cuadro de 15 días de evolución con ictericia progresiva, malestar general, perdida de peso y dolor abdominal, se realiza CPRE encontrando dilatación intrahepatica y estenosis irregular de 2.5cms a nivel de la confluencia de los hepáticos con diagnostico de tumor de Klastkin, tipo II de clasificación de Bismuth y Corlette.

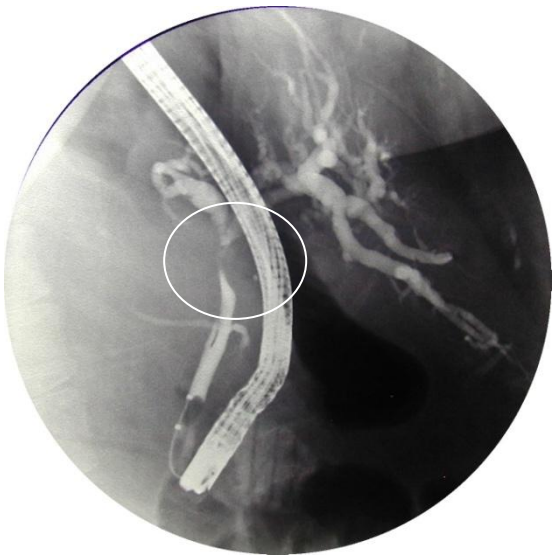


Fig. 10 paciente femenina de 61 años de edad con padecimiento de 1 mes de evolución con prurito intenso, ictericia obstructiva, pérdida de peso y malestar general, signo de Courvosier Terrier, se realiza CPRE encontrando una estenosis de la confluencia de los hepáticos (circulo) se coloca endoprotesis.

El diagnostico histopatológico más frecuente fue de adenocarcinoma en un 50% (9 pacientes).

TRATAMIENTO:

El tratamiento quirúrgico se puede llevar a cabo en pocos pacientes dado su retardo en el diagnostico y los estadios avanzados en que se encuentra el paciente al momento del diagnostico. Por lo que se menciona solo un 9 a 18% de sobrevida a 5ª para lesiones proximales de la vía biliar y un 20 a 30% para lesiones distales.

La resección quirúrgica con intento curativo es el tratamiento de primera elección en los colangiocarcinomas extrahepaticos. Sin embargo las tasas globales de resecabilidad oscilan del 10 al 85%. Las lesiones del tercio inferior presentan una tasa más elevada de resecabilidad, seguidas por las del tercio medio.

El tratamiento del colangiocarcinoma demanda varios procedimientos entre los que destacan:

La resección completa del tumor la cual constituye el método de elección por ser el único con posibilidades de curación o mayor sobrevida.

La derivación biliodigestiva esta indicada en pacientes con colangiocarcinoma localizado por debajo de 2cms de la confluencia de los hepáticos y esta indicada en pacientes que presentan buenas o regulares condiciones y que su sobrevida esperada es mayor de 6 meses, es el

procedimiento de elección porque mejora la calidad de vida del paciente, la sobrevida y la permeabilidad de la derivación es de 12 a 14 meses.

La derivación biliodigestiva se llevo a cabo en 2 pacientes (11.1%) con edades de 45 a 65 años, en buenas condiciones generales y en donde la expectativa de vida fuera de 12 meses o más, el tipo de derivación practicada fue terminolateral porque disminuye el reflujo y evita la colangitis, la evolución fue satisfactoria con buena calidad de vida y la sobrevida fue de 18 meses, la derivación se mantuvo permeable, la morbimortalidad operatoria fue de 0.

El otro procedimiento quirúrgico que se llevo a cabo fue el de colecistectomía con colocación de sonda en T y esfinteroplastia en 1 paciente (5.5%), debido a no poderse realizar la derivación biliodigestiva por el estadio del tumor.

El procedimiento más utilizado fue la CPRE con colocación de stent en 10 pacientes (55.5%) como método diagnostico y terapéutico, por lo avanzado del tumor desempeñando una función paliativa evitando la colangitis y proporcionando al paciente buena calidad de vida como se demuestra en las fig 11, 12 y 13.

Así como la colangiografía transhepatica percutánea guiada por ultrasonido que se realizo en 5 pacientes (27.9%) con colocación de endoprotesis.

Los stents pueden colocarse de manera endoscópica o percutánea, los primeros son mas frecuentes y los percutáneos se colocan cuando hay falla del drenaje endoscópico o no es posible realizarse, los stent percutáneos pueden ser internos, externos o ambos, por lo general solo los pacientes con tumores avanzados que obstruyen en su totalidad la vía biliar son candidatos para drenaje biliar externo percutáneo. Los stents endoscópicos pueden ser expandibles metalicos o plásticos (polietileno), los stent metalicos son mas costosos que los plásticos, pero tienen mayor diámetro y mejores rangos de permeabilidad.

Los stents metalicos pueden tener una cubierta de malla metalica con una membrana que previene el crecimiento tumoral. Los stent plásticos tienen la necesidad de ser cambiados cada 2 o 3 meses, mientras los metalicos tienen durabilidad hasta de 9 meses (6, 9, 10).

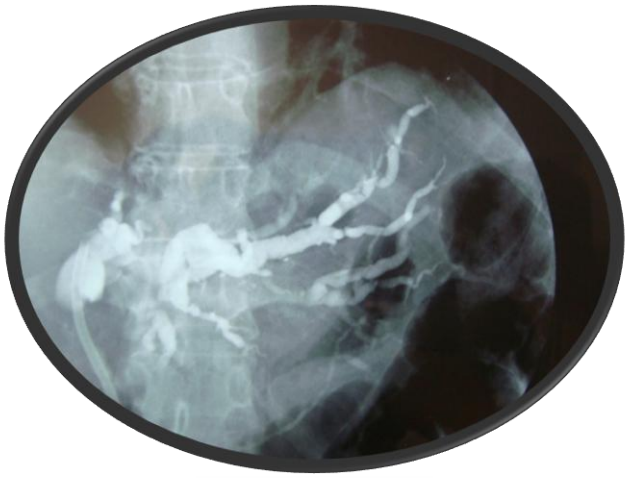


Fig 11 CPRE de paciente femenino de 60 años con diagnostico de colangiocarcinoma en la confluencia del cístico con el hepatico común, muestra dilatación de vías biliares y aplicación de endoprotesis.

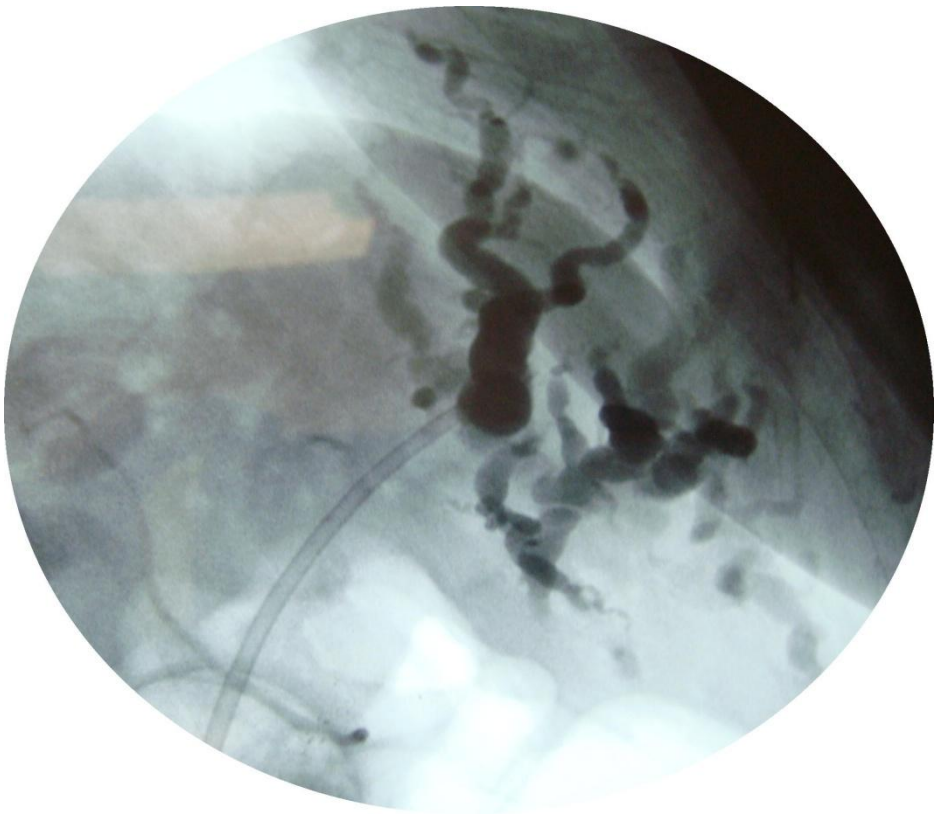


Fig 12 paciente femenina de 61 años de edad con cuadro de ictericia obstructiva de 1 mes de evolución, malestar general y perdida de peso, se corrobora colangiocarcinoma de tercio medio de colédoco, se coloca endoprotesis.

Fig 13 CPRE de paciente del sexo masculino de 61 años de edad con diagnostico de colangiocarcinoma se coloca endoprotesis dentro de la vía biliar de 12 Fr.

La colangiografía percutánea transhepatica esta indicada en lesiones localizadas en la vía biliar proximal, en los fracasos o imposibilidad técnica de la colangiografía retrograda endoscópica es un excelente método en el diagnostico y localización del colangiocarcinoma al mismo tiempo desempeña una función terapéutica aunque paliativa, como se demuestra en las imágenes de las figuras 14 y 15, la CPRE y la colangiografía percutánea son dos procedimientos que se complementan incrementando el diagnostico correcto.

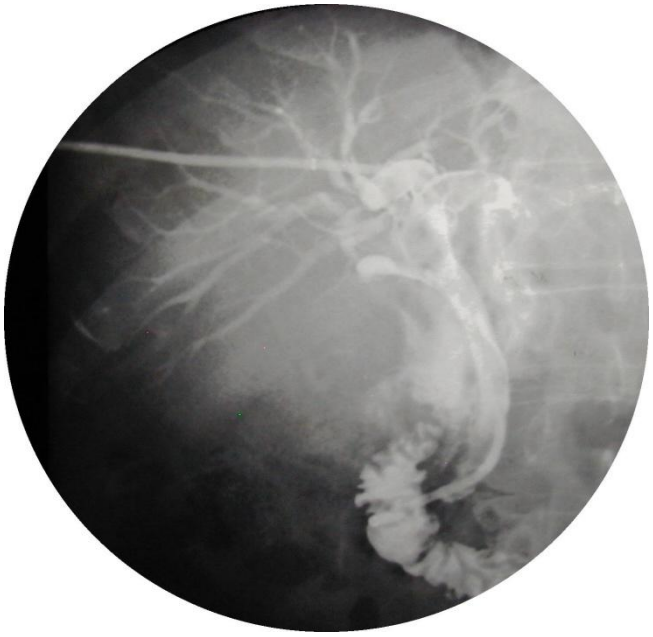
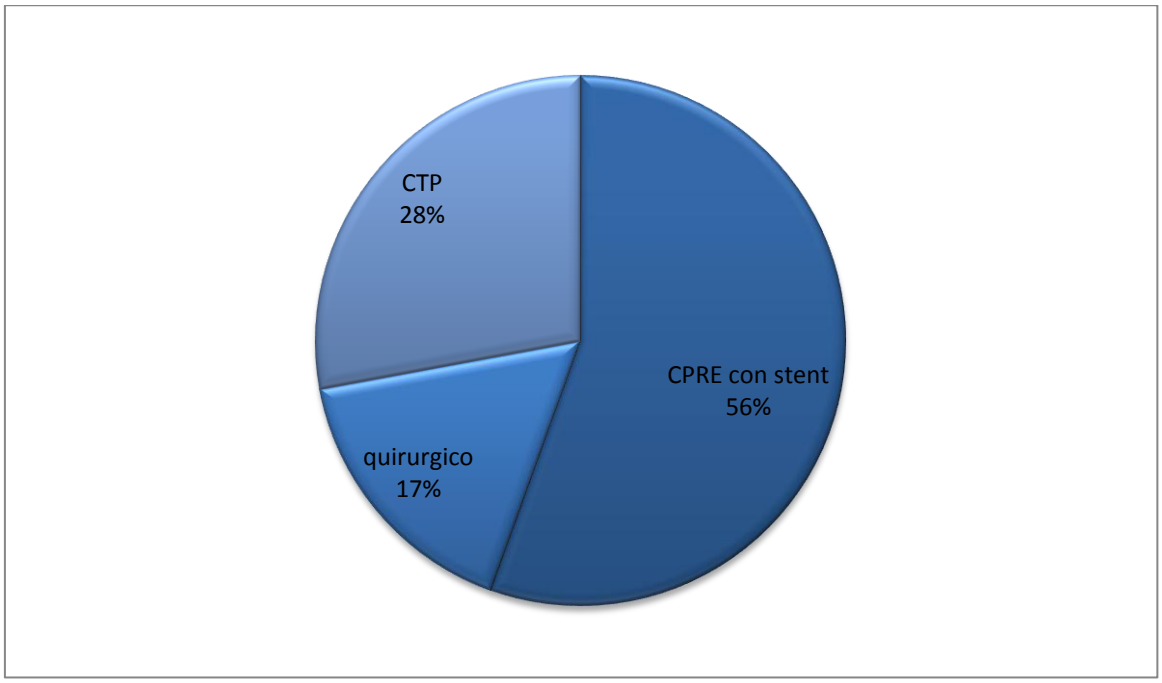


Fig. 14 paciente masculino de 70 años de edad con cuadro clínico de 45 días con ictericia generalizada, malestar general, y pérdida de peso, se realiza CPRE sin poder canular vía biliar, realizándose colangio percutánea la cual muestra estenosis en el hepático común se coloca endoprotesis la cual llega a duodeno.

Fig. 15 imagen clínica de una paciente femenina de 57 años de edad con ictericia obstructiva de 1 mes de evolución, perdida de peso, anorexia, astenia y prurito, se realizo CPRE encontrando dilatación intrahepatica así como estenosis a nivel de la confluencia sin poder colocar stent, por lo que se realiza colangiografia percutánea funcionando adecuadamente.

El procedimiento mas practicado fue la CPRE con colocación de stent, el 2º procedimiento en frecuencia fue la colangiografía percutánea, y por último la resección quirúrgica, como se demuestra en la grafica 2.

Grafica 2



Los resultados iniciales del trasplante hepático para los colangiocarcinomas fueron decepcionantes, con rangos de supervivencia a 5 años de 23% y con recurrencias de un 51 a 59%, basado en los resultados observados en el transplante hepático para esta patología fue descartándose como opción de tratamiento para los colangiocarcinomas (6), en nuestro estudio no se manejo ningún paciente con este tipo de tratamiento por no ser adecuado utilizar un órgano para este tipo de padecimiento por las recurrencias ya mencionadas en la bibliografía, por lo que el trasplante se deja para padecimientos benignos.

La mortalidad se estimo en 84% a dos años (15 pacientes) presentándose mayor sobrevida en los pacientes con tratamiento endoscópico. El resto de los pacientes se mantienen en control por llamadas telefónicas a su domicilio.

DISCUSION:

El colangiocarcinoma es una entidad que en nuestro medio no cuenta con un diagnostico oportuno y debido al retardo en su identificación no se han desarrollado medidas adecuadas para su detección oportuna. Con respecto a los pacientes que se ingresaron a el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez con colangiocarcinoma 14 fueron del sexo femenino y 4 del sexo masculino mostrando mayor incidencia en el femenino a diferencia de lo que se refiere en la literatura mundial con predominio del sexo masculino 2:1. En cuanto a la edad de presentación en nuestro estudio fue entre 60 y 80 años y en la bibliografía se refiere una edad promedio a los 50 años (6).

Los factores de riesgo que se indican en la literatura son el sexo femenino, la colelitiasis, la edad entre 60 y 70 años, quistes de colédoco, pacientes con colitis ulcerosa, la colangitis esclerosante y algunos químicos, a diferencia de nuestro estudio donde solo se presento en 5 pacientes la colelitiasis, sin encontrar alguna otra patología asociada.

Los colangiocarcinomas se pueden dividir en intrahepaticos y extrahepaticos de acuerdo a su localización, a su vez los extrahepaticos se subdividen en 4 tipos según la clasificación de Bismuth y Corlette, siendo en nuestro estudio el tipo II el más frecuente presente en 9 pacientes (50%), seguido por el tipo I en 2 pacientes (tabla 3).

Tabla 3

CLASIFICACION DE BISMUTH Y CORLETTE	PARA COLANGIOCARCINOMAS HILIARES
TIPO I	El tumor afecta únicamente al conducto hepático común
TIPO II	El tumor esta localizado en la bifurcación del hepático común sin extensión a los conductos secundarios derecho e izquierdo (Fig 17)
TIPO IIIa	El tumor se extiende a los conductos secundarios derecho
TIPO IIIb	Se extiende a los conductos secundarios izquierdo
TIPO IV	El tumor afecta a ambos conductos intrahepaticos secundarios (Figs 16, 18)

Fig. 16 Colangiografía transhepatica percutánea de una paciente del sexo femenino de 60 años de edad con diagnostico de colangiocarcinoma tipo IV de la clasificación de Bismuth y Corlette (círculo).

Fig. 17 CPRE de paciente del sexo femenino de 57 años de edad que muestra dilatación de vías biliares intrahepaticas y estenosis irregular en la confluencia del cístico con el hepático común, el colédoco es de calibre normal, estableciendo el diagnostico definitivo de colangiocarcinoma tipo II en la clasificación de Bismuth y Corlette.

Fig. 18 colangiografia transhepatica percutánea de una paciente del sexo femenino de 60 años con diagnostico definitivo de colangiocarcinoma tipo IV en la clasificación de Bismuth y Corlette.

El cuadro clínico de los pacientes fue predominante la ictericia en el 100% , seguida de malestar general, pérdida de peso hasta de 10kgs, y dolor abdominal de tipo cólico localizado hacia el hipocondrio derecho, esto aunado a el sexo femenino y la edad de presentación nos hizo sospechar sobre un padecimiento neoplasico de tipo colangiocarcinoma. En la literatura mundial se refiere ictericia en un 90%, así como pérdida de peso como los síntomas frecuentes (1).

En este estudio se encontró solo 2 pacientes con presentación de colangitis (11%), lo cual se asemeja a la bibliografía que refiere colangitis en un 10%.

En la exploración física , aparte de la ictericia, si la obstrucción esta confinada a la parte distal del colédoco habitualmente existe distensión de la vesicula biliar la cual puede ser palpable y se presenta indolora (signos de Courvoisier Terrier), como se presento en el 27.7% (5 pacientes). El cual se refiere como un signo fiable de obstrucción neoplasica de las vías biliares.

Las pruebas de laboratorio en el 100% de los casos fue característico la colestasis, con elevación de la bilirrubinas a expensas de la fracción directa, así como de la fosfatasa alcalina, así mismo coincidimos con la bibliografía que refiere la obstrucción maligna suele producir nivel de bilirrubinas más elevados que la coledocolitiasis (superior a 10mg/dl), refiriendo que cuando la obstrucción es total la bilirrubina se eleva hasta por arriba de los 20mg/dl.

Los marcadores tumorales pueden apoyar el diagnostico de colangiocarcinoma, aunque ninguno de ellos son los suficientemente sensibles, los marcadores más comúnmente usados son ACE (antígeno carcinoembrionario) así como el antígeno carbohidratado (CA 19-9), sin embargo no son específicos y se pueden elevar en otras patologías malignas (páncreas, estomago) y en condiciones benignas tales como la colangitis y la hepatolitiasis. En pacientes sin colangitis esclerosante, los niveles sericos de Ca 19-9 alrededor de 100 U/ml tienen una sensibilidad de 53% y especificidad

del 75-90% para el diagnostico de colangiocarcinoma (2,7). En nuestro grupo se realizo los marcadores tumorales del tipo Ca 19-9 y ACE a solo 8 pacientes encontrando elevación significativa del Ca 19-9 con una sensibilidad de 45% y especificidad del 70%, así como el ACE solo con elevaciones muy poco significativa para el estudio.

Para el diagnostico de los colangiocarcinomas la ecografía fue la primera técnica diagnostica que se realizó en el 100% de los casos donde se encontró dilatación de la vía biliar intrahepatica, la sensibilidad y seguridad del ultrasonido en colangiocarcinomas extrahepaticos de 89% y 95% respectivamente, el uso del ultrasonido Doppler con color tiene una sensibilidad del 93% .

La tomografía computada se usa para evaluar la invasión local, vascular, linfática así como las metástasis a distancia, la sensibilidad se refiere en la literatura en rangos de 90 a 100%. Y para valorar resecabilidad en 60 a 85% de los casos (1,6), en nuestro estudio se realizo en el 100% de los pacientes, donde la característica mas comúnmente encontrada fue de dilatación de via biliar intrahepatica, seguida de metástasis hepáticas y en algunos casos colelitiasis.

La CPRE y la CTHP son pruebas invasivas que proveen imágenes dinamicas del árbol biliar, por lo tanto tienen gran valor diagnostico.). La selección de colangiopancreatografia retrograda endoscópica o colangiografia percutánea esta generalmente dictada por la disponibilidad, la experiencia y las características anatomicas del tumor. En los pacientes con obstrucción biliar completa la CPRE no siempre puede evaluar el árbol biliar proximal mientras la colangiografia percutánea no puede evaluar la extensión de los tumores distales(6). La sensibilidad y especificidad de estas técnicas reportadas en otros estudios es de 75 y 85%, así como de 70 y 75% respectivamente con seguridad de 95% en ambas modalidades (6, 1).

La CPRE se llevo a cabo en los 18 pacientes de nuestro grupo de estudio, donde se pudo colocar un stent en 10 pacientes, siendo el procedimiento mas utilizado como medida terapéutica, así como fue necesario por la localización del tumor realizar colangiografía transhepatica en 5 pacientes con colocación de endoprotesis.

El diagnostico del colangiocarcinoma se fundamento tanto por la clínica, el examen físico, estudios de laboratorio, confirmado por lo estudios de radiología e imagen como se presenta en el siguiente caso clínico:

CASO CLINICO

Paciente del sexo masculino de 47 años de edad con antecedentes de importancia de Diabetes Mellitus de 10 años de evolución en control. Padecimiento de 2 meses de evolución con malestar general, anorexia, astenia y adinamia, perdida de peso de 9kgs, ictericia progresiva silenciosa de tegumentos , la cual se acompaño de acolia, coluria, niega dolor y fiebre.

A la exploración física ictérico +++, a la palpación con signo de Courvoisier terrier sin datos de irritación peritoneal. La clínica y estudios de laboratorio sugirieron el diagnostico de ictericia obstructiva maligna (Fig 19). El ultrasonido muestra dilatación de vías biliares intrahepaticas y vesicula aumentada de tamaño de paredes delgadas con litiasis vesicular (Fig 20).

Laboratorios con hemoglobina de 14.2 gr/dl, plaquetas 270, leucocitos 6.2, neutrofilos al 65%, glucosa 231 mg/dl, urea 56, colesterol 756, ptoteinas totales 6.8, albumina 3.2, Bilirrubina total 16.6, bilirrubina directa 12, fosfatasa alcalina 1074 compatibles con ictericia obstructiva maligna.

Fig 19 imagen clínica del paciente con ictericia de 2 meses de evolución con diagnostico definitivo de colangiocarcinoma

El Ultrasonido reveló dilatación de vías biliares intrahepaticas, vesicula aumentada de tamaño, de paredes delgadas, con presencia de lodo biliar y cálculos en su interior colédoco con dilatación en su porción distal, compatible con ictericia obstructiva maligna (Fig. 20).

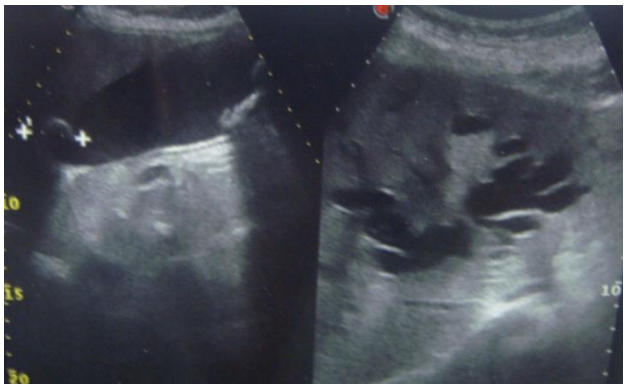


Fig. 20 ultrasonido de hígado y vía biliar donde se aprecia vesicula aumentada de tamaño con lodo biliar en su interior y cálculos con sombra sónica posterior, así como dilatación de vías biliares intrahepaticas.

Se realizo tomografía computada en donde solo se observa dilatación de vía biliar intrahepatica (Fig. 21)

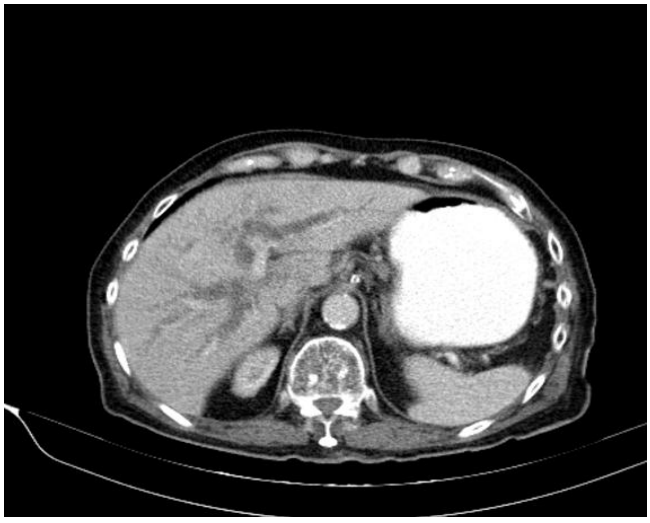


Fig. 21 tomografia computada con dilatación de vía biliar intrahepatica.

Se realiza CPRE encontrando tumor localizado a 2 cms de la bifurcación de los hepáticos estableciendose el diagnostico de colangiocarcinoma siendo patente la importancia de la clínica, el laboratorio la radiología e imagen en el diagnostico de ictericia obstructiva maligna (Fig 22)

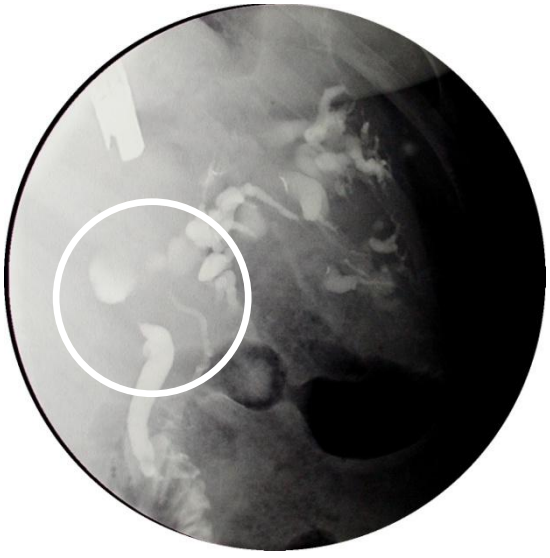


Fig. 22 CPRE que muestra dilatación de vías biliares intrahepaticas, estenosis irregular del hepático común, colédoco normal, el diagnostico definitivo fue tumor de Klastkin

La literatura reporta que el 41% de los tratamientos corresponde a los métodos paliativos, hablando específicamente del uso de la CPRE y CTP los cuales mejoran sobre todo la ictericia y el drenaje biliar, así como reportan un 50% de los tratamientos quirúrgicos (12). En nuestro estudio se reporto un 83.4% el uso de la CPRE y CTHP, así como solo el 16.6% correspondió a el tratamiento quirúrgico. Lo que nos indica el retardo en el diagnostico que se tiene de esta enfermedad y los escasos recursos en el campo quirúrgico.

En el estudio se reporta una mortalidad del 84% a los 6 meses empleando la terapéutica endoscópica con colocación de stent, disminuyendo con esto la ictericia, el prurito y favoreciendo el drenaje biliar. En varios estudios se reporta una supervivencia global del 5% en 5 años, incluyendo para esto el grado de diferenciación histológica del tumor con el tiempo de supervivencia, en las lesiones bien diferenciadas, como es el carcinoma esclerosante de los conductos hepáticos no son raras las supervivencias de hasta 4 años.

ESTADIFICACION PARA EL CANCER DE VIA BILIAR

ESTADIO	CARACTERISTICAS
Estadio 0	El CA se encuentra en la capa interna de células que recubren el conducto biliar
Estadio Ia	El CA se encuentra en el conducto biliar solamente
Estadio Ib	El CA se ha diseminado a través de la pared del conducto biliar
Estadio IIa	El CA se ha diseminado a el hígado, la vesicula biliar, el páncreas o las ramificaciones derecha o izquierda de la arteria hepática o vena porta
Estadio IIb	El CA se ha diseminado a ganglios linfáticos próximos y a las estructuras mencionadas en el estadio IIa
Estadio III	El CA se ha diseminado a colon, estomago, intestino delgado y pared abdominal
Estadio IV	El CA se ha diseminado a los ganglios linfáticos y a órganos distantes

En este estudio los pacientes manejados con stent colocados por medio de CPRE tuvieron mejor pronostico, a pesar de la gravedad del tumor.

Los resultados iniciales del transplante hepático para los colangiocarcinomas fueron decepcionantes, con rangos de supervivencia a 5 años de 23% y con recurrencias de un 51 a 59%, basado en los resultados observados en el transplante hepático para esta patología fue descartándose como opción de tratamiento para los colangiocarcinomas (6), en nuestro estudio no se manejo ningún paciente con este tipo de tratamiento.

CONCLUSIONES:

El colangiocarcinoma es un tumor maligno raro, es el 5º lugar gastrointestinal, la incidencia se ha incrementado en las ultimas 3 decadas y el pico de presentación es en la 6ª década de la vida, no se ha demostrado predilección en el sexo, aunque en nuestro estudio se reporto mayor incidencia en el sexo femenino, ninguno de nuestros pacientes contaba con antecedentes heredofamiliares. La etiología del colangiocarcinoma aun no esta bien establecida , solamente se ha asociado a algunas patologías benignas de la vía biliar, reportándose en nuestro estudio litiasis biliar solo como patología asociada.

En el cuadro clínico de presentación la ictericia es el síntomas mas frecuente, aunado a la perdida de peso, de los estudios de gabinete el ultrasonido de hígado y vía biliar fue el estudio inicial en todos nuestros pacientes, demostrando en la mayoría dilatación de la vía biliar intra y extrahepatica, que asociado a el cuadro clínico y a las cifras de bilirrubinas 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. Se encontró también elevación de marcadores tumorales del tipo Ca 19-9, pero los cuales no son específicos debido a que también se pueden elevar en patología benigna.

El pronóstico de estos paciente 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 la vía biliar el cual solo se llevo a cabo en 2 de nuestros pacientes, el resto solo con tratamiento paliativo debido a el estadio avanzado de la enfermedad.

14. BIBLIOGRAFIA

1.- Advances in diagnosis, treatment and palliation of cholangiocarcinoma, Murad Aljiffry, Mark J Walsh, Michele Molinari, Journal of Gastroenterology 2009 september 14; 15 (34): 4240-4262

2.- CA19-9 serum levels in obstructive jaundice: clinical value in benign and malignant conditions, Daniele Marrelli, M.D.a,*, Stefano Caruso, M.D.a, Corrado Pedrazzani, The American Journal of Surgery (2009) 198, 333–339

3.- Distal Biliary Malignancy, Gregory Veillette, MD*, Carlos Ferna´ ndez-del Castillo, MD, Surg Clin N Am 88 (2008) 1429–1447

4.- Proximal Biliary Malignancy, Mohamed Akoad, MD, FACSa, Roger Jenkins, MD, FACSb,*, Surg Clin N Am 88 (2008) 1409–1428

5.- Cholangiocarcinoma, Boris R.A. Blechacz, MD, PhD, Gregory J. Gores, MD*, Clin Liver Dis 12 (2008) 131–150

6.- Evidence Based Approach to Cholangiocarcinoma:

A Systematic Review of the Current Literature, Murad Aljiffry, MD, Alhawsawi Abdulelah, MD, MarkWalsh, MD, Kevork Peltekian, MD,

Ian Alwayn, MD, Michele Molinari, MD, Vol. 208, No. 1, January 2009, American College of Surgeons

7.- Circulating markers of biliary malignancy: opportunities in proteomics?, *Glenn K Bonney, Rachel A Craven, Raj Prasad, Alan F Melcher, Peter J Selby, Rosamonde E Banks, Lancet Oncol* 2008; 9: 149–58

8.- High-resolution computed tomography accurately predicts respectability in hilar cholangiocarcinoma, Thomas A. Aloia, M.D.a, Chusilp Charnsangavej, M.D.b, Silvana Faria, M.D.b, The American Journal of Surgery 193 (2007) 702–706

9.- Expandable metal stents for endoscopic bilateral stent-within-stent placement for malignant hilar biliary obstruction, Prabhleen Chahal, MD, Todd H. Baron, MD, 2010 by the American Society for Gastrointestinal Endoscopy

10.- Palliative treatment with self-expandable metallic stents in patients with advanced type III or IV hilar cholangiocarcinoma: a percutaneous versus endoscopic approach

Woo Hyun Paik, MD,* Young Soo Park, MD,* Jin-Hyeok Hwang, MD, PhD, Gastrointest Endosc 2009;69:55-62.

11.- Usefulness of slimmer and open-cell-design stents for endoscopic bilateral stenting and endoscopic revision in patients with hilar cholangiocarcinoma, Jeong Yeol Kim, MD, Dae Hwan Kang, MD, Hyung Wook Kim, MD, Volume 70, No. 6 : 2009 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

12.- Surgery for extrahepatic cholangiocarcinoma: predictors of survival, J. J. KLOEK1, F. J. TEN KATE2, O. R. C. BUSCH, HPB, 2008; 10: 190_195