

Colangiocarcinoma en tercio medio de la vía biliar principal tratado con cirugía radical en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú

Cholangiocarcinoma in the middle third of the bile duct treated with radical surgery in Guillermo Almenara Hospital, Lima, Peru

Juan José Núñez Ju¹, Eduardo Anchante Castillo¹, Víctor Torres Cueva¹, Cecilia Yeren Paredes¹, Félix Carrasco Mascaro¹, Oscar Becerra¹, Ernesto Cordero Palomino¹, Julia Sumire²

¹ Servicio de Cirugía de Hígado y Vías biliares, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

² Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

Recibido: 09-07-2015; Aprobado: 01-10-2015

RESUMEN

Reportamos el caso de una paciente en quien se hizo el diagnóstico inicial de tumoración en vía biliar principal en su tercio medio. Paciente se presentó con baja ponderal de 10 kilogramos en 2 meses y dolor moderado en epigastrio, no ictericia. El paciente fue sometido a cirugía radical de la vía biliar con biopsia por congelación múltiple de bordes quirúrgicos, coledoscopia intraoperatoria, colangiografía intraoperatoria y reconstrucción con anastomosis bilio-digestiva en Y de Roux transmesocólica, tuvo una recuperación sin complicaciones y alta precoz. El resultado anatómo-patológico evidenció adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado sobre la base de un adenoma. Carcinoma in situ sobre la base del adenoma. Ganglios retroperitoneales, retropancreáticos, pericoledocianos, curvatura menor y arteria hepática negativos. Bordes quirúrgicos y ampliación de bordes proximal y distal libres de neoplasia. Cirugía R0. pT1N0Mx. Estadio 1. Después de los resultados quirúrgicos óptimos es manejado por cirugía de hígado y vías biliares y oncología médica para seguimiento y controles periódicos. Presentamos aquí la secuencia de hechos y una revisión de la literatura.

Palabras clave: Colangiocarcinoma; Vía biliar; Cirugía (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

We report the case of a patient who had the initial diagnosis of tumor in the bile duct in the middle third. Patient presented with lost weight of 10 kilograms in two months and moderate epigastric pain, no jaundice. The patient underwent radical surgery of the bile duct with multiple biopsy surgical margins, intraoperative choledochoscopy, intraoperative cholangiography and reconstruction bilioenteric anastomosis Y Roux transmesocolic, he had a great recovery and early discharge. The pathological results showed moderately differentiated tubular adenocarcinoma on the basis of an adenoma. Negative retroperitoneal, retropancreatic, pericholedochal, lesser curvature and negative hepatic artery nodes, and extension of surgical margins free of neoplasia proximal and distal edges. R0 surgery. pT1N0Mx. Stage 1. After the optimal surgical outcomes, is managed by liver and biliary tract surgery service and medical oncology service for regular monitoring and controls. We present here the sequence of events and a review of the literature.

Key words: Cholangiocarcinoma; Bile duct; Surgery (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El colangiocarcinoma o tumor de la vía biliar es una entidad que está aumentando en frecuencia y que acapara la atención de todos los cirujanos hepato-pancreático-biliares ya que toma en cuenta la ubicación tumoral, dentro de los diagnósticos diferenciales de la totalidad de tumores de hígado, vía biliar y periampulares, con lo cual en la última revisión de la AJCC (American Joint Committee of Cancer) 7ma edición del año 2010 los divide en sus respectivos capítulos y clasificaciones (TNM) y ubicación en: colangiocarcinomas intrahepáticos, perihiliares y distales asimismo se les da la debida importancia y los reconoce como entidades con una historia natural diferente, comportamiento clínico y radiológico diferente y con tratamiento diverso, dependiendo

de su ubicación para lograr una mayor sobrevida y curación⁽¹⁻⁴⁾. El presente caso tiene un diagnóstico de colangiocarcinoma perihiliar, clasificación tipo Bismuth - Corlette 1 con compromiso de vía biliar principal extrahepática en su tercio proximal y medio, en el cual se realizó una cirugía radical R0 sin evidencia de enfermedad microscópica ni macroscópica asociado con resección de vía biliar extrahepática en su tercio superior y medio más ampliación de bordes revisados por anatómo-patólogo experto y verificado en parafina, asociado a reconstrucción quirúrgica con derivación biliodigestiva a nivel de la bifurcación de los conductos hepáticos principales en Y de Roux transmesocólica y con excelente evolución postoperatoria, posteriormente no recibió tratamiento adyuvante, actualmente con seguimiento y controles por el Servicio de Cirugía de Hígado y Vías biliares y Oncología Médica.

Citar como: Núñez Ju J, Anchante Castillo E, Torres Cueva V, Yeren Paredes C, Carrasco Mascaro F, Becerra O, et al. Colangiocarcinoma en tercio medio de la vía biliar principal tratado con cirugía radical en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Peru.* 2015;35(4): 343-8

Debemos remarcar algunos puntos sobre esta patología: tiene una relativa baja incidencia, biología tumoral agresiva, falta de una terapia sistémica exitosa y riesgos potenciales de insuficiencia hepática y sepsis biliar, que nos dan como desafío la creación de estrategias de tratamiento exitosas. La resección con márgenes negativos resulta ser la única terapia curativa potencial^(5,6).

En las últimas décadas hemos sido testigos de dos estrategias para tratar la enfermedad bien establecidas: 1) Resección simultánea biliar y hepática y linfadenectomía regional para pacientes en los cuales los márgenes negativos son asegurados por un buen examen de imágenes. 2) Trasplante hepático luego de recibir quimiorradioterapia neoadyuvante para pacientes con colangiocarcinoma perihiliar irresecable en la ausencia de metástasis a distancia identificables^(1,7).

Como en el presente caso la evaluación preoperatoria, la localización anatómica y extensión del colangiocarcinoma hiliar es crucial para la planificación operatoria. Es por esto que es ampliamente utilizada la clasificación de Bismuth – Corlette que describe la localización del tumor y el compromiso biliar en el colangiocarcinoma perihiliar y nos ayuda a planificar la operación pero en la práctica vemos que la neoplasia es un proceso dinámico con un espectro de extensión que desafía la clasificación exacta^(3,4). Figura 1.

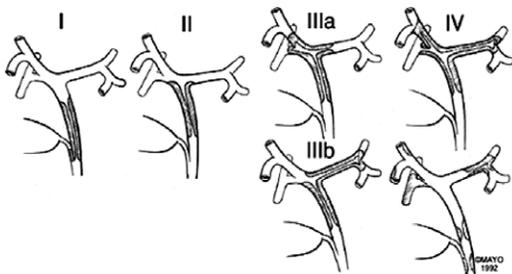


Figura 1. Clasificación de Bismuth – Corlette. Presente caso está enmarcado en la clasificación 1.

Los tumores con Clasificación de Bismuth – Corlette 1 y 2 son raros y la mayoría de pacientes con colangiocarcinoma tienen compromiso de la bifurcación hiliar con una consecuente resección hepática mayor y reconstrucción vascular. El caso presentado es un tumor de tipo 1 sin compromiso de la bifurcación hiliar que se resecó en su totalidad y se ampliaron bordes para asegurar una resección oncológica segura^(8,9).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino 60 años con antecedentes médicos: hipertensión arterial controlada. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía convencional hace 5 años.

El paciente refiere presentar, hace 2 meses, dolor en epigastrio moderado, asociado a baja ponderal de 10 kilogramos en 2 meses, motivo por el cual acude a

hospital de su localidad donde se le realiza tomografía abdominal: imagen sólida heterogénea compatible con neoplasia maligna de vía biliar (junio 2014), acudiendo a nuestro hospital con dicho diagnóstico para completar estudio y recibir tratamiento.

Se le realizó exámenes auxiliares: Ca 19-9: 10 U/ml (VN: 0-37 U/ml). Hb: 10 gr/dl (VN: 11-13 gr/dl), microcitosis. Leucocitos 6330 (VN: 4000 – 10 000)

Endoscopia digestiva alta: se evidencia gastritis crónica a nivel de cuerpo gástrico. No reflujo, no hernias. Conclusión: gastritis crónica corporal biopsia. AP: Negativo a neoplasia. HP (-).

En la TAC abdominopélvica (Figura 2). Se evidenció: 1) Engrosamiento concéntrico de las paredes del pedículo hepático sugestivo de proceso neofornativo primario de vía biliar de 4 x 3,5 cm, con captación heterogénea de contraste. 2) No dilatación de vía biliares intrahepáticas. 3) Presencia de adenopatías pericelíacas y retroperitoneales. 4) No presencia de líquido libre.



Figura 2. Evidencia lesión heterogénea con componente sólido en vía biliar principal.

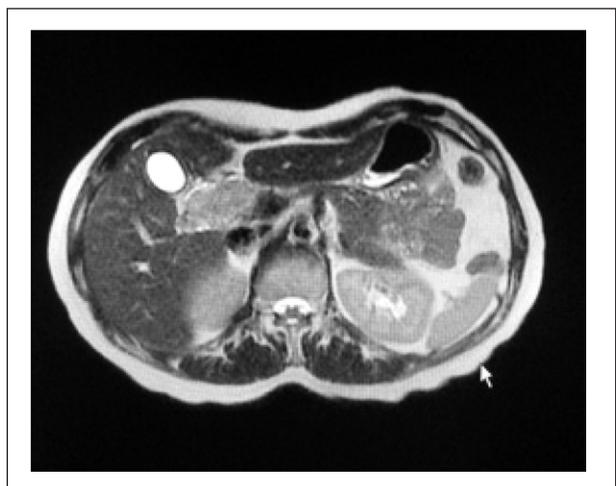


Figura 3. Lesión isointensa en T2 en pedículo hepático, que realza a la aplicación de contraste compatible con colangiocarcinoma perihiliar.

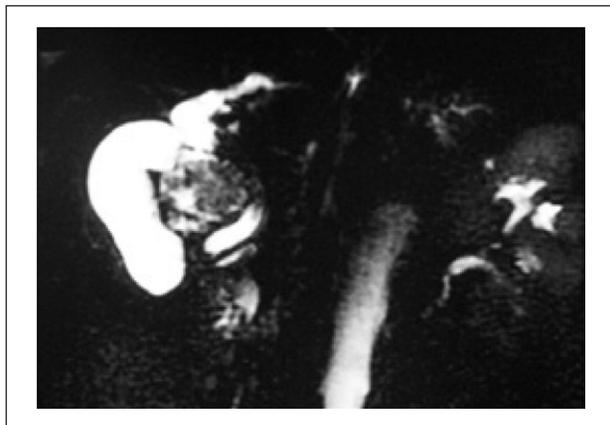


Figura 4. Reconstrucción Sagital con evidencia de lesión sólida en vía biliar principal.

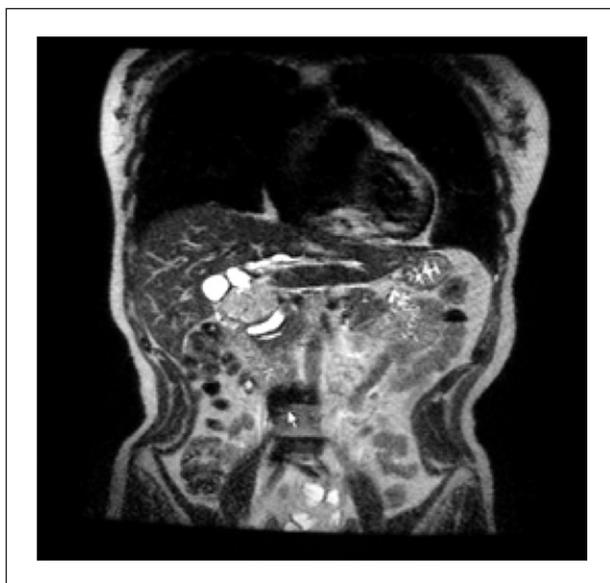


Figura 5. Imagen panorámica en la cual se evidencia una tumoración sólida dependiente de la vía biliar principal en relación a los elementos del pedículo hepático e hígado.

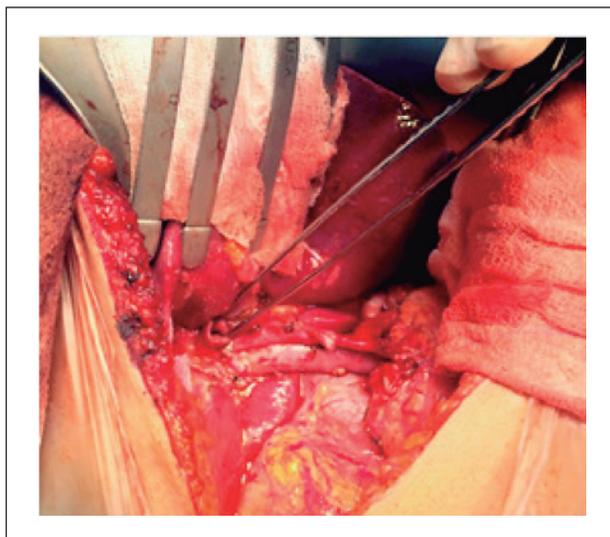


Figura 6. Resección de tumoración y disección completa de vena porta y arteria hepática (grupo 12). Ampliación de bordes proximal y distal en vía biliar principal.

Se le realiza resonancia magnética de abdomen (Figuras 3, 4 y 5). Se evidenció: 1) Una lesión isointensa en T1 y T2 localizado a nivel del hilio hepático, tiene una extensión longitudinal de 30 mm, axial de 38.2 mm y sagital de 27.5 mm que realza a la aplicación de contraste. 2) Dicha lesión se ubica entre el hepático común hasta el inicio del colédoco, es intraluminal y se extiende hasta la vesícula biliar. 3) No dilatación de vías biliares. 4) No liquido libre. 5) No adenopatías mesentéricas.

Al examen físico: funciones vitales estables, pobre tejido celular subcutáneo, palidez de piel y mucosas +/++++, no ictericia, abdomen blando depresible leve dolor a la palpación en epigastrio y mesogastrio, no masas palpables.

Diagnóstico preoperatorio: neoplasia maligna de vía biliar cT3NxMx, descartar síndrome de Mirizzi, neoplasia de conducto cístico con extensión a vía biliar.

Diagnóstico postoperatorio: neoplasia maligna de la vía biliar principal en su tercio superior y medio extrahepático cT3N0Mx. Ganglios del grupo 12, 8, 13 y 16: negativos, se derivan a parafina.

Cirugía realizada: laparotomía exploratoria + resección y muestreo ganglionar con biopsia por congelación de grupos 16, 13, 9, 7, 8, 12 + resección de vía biliar extrahepática con biopsia congelación de bordes y ampliación de bordes + colecistectomía + derivación bilio-digestiva en Y de Roux transmesocólica + liberación de adherencias + coledocoscopia intraoperatoria + drenaje tubular Jackson Pratt (Figuras 6 y 7).

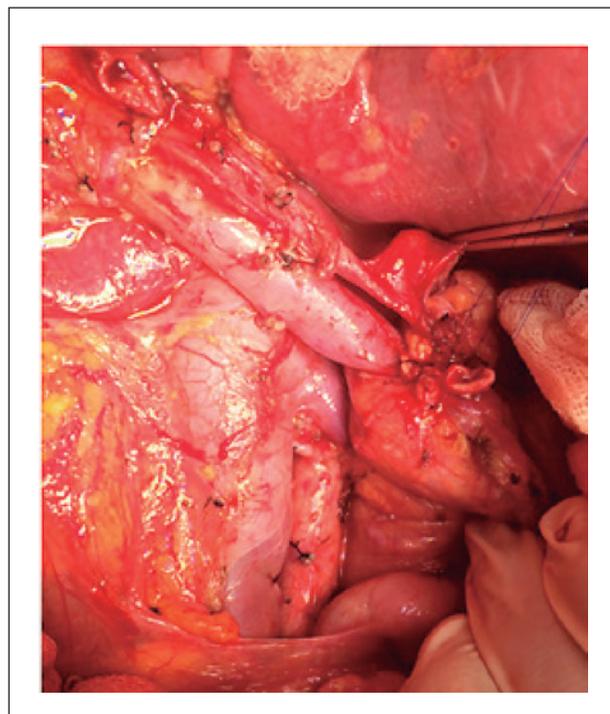


Figura 7. Disección y Toma de muestra de ganglios retroperitoneales (grupo 13 y grupo 16), con identificación de vena cava, ramas renales y arteria aorta. Maniobra de Kocher amplia.

Hallazgos (Figuras 6 y 7): 1) Abierta la cavidad no se evidencia líquido libre ni implantes peritoneales, ni metástasis hepática. 2) Lesión concéntrica redondeada que compromete la vía biliar en su tercio superior y medio y región proximal de conducto cístico de tamaño circunferencial de 4 cm de diámetro. 3) En su contenido se aprecia lesión adenomatosa que compromete la pared con superficie pediculada y numerosos cálculos de 4 a 5 mm de diámetro. Se envía a biopsia congelación: (+) a adenocarcinoma. 4) Se reseca vía biliar comprometida en su totalidad y se amplían márgenes. Resultado de biopsia congelación: negativo a neoplasia maligna. 5) Resección, exploración y mapeo ganglionar en grupos paraaórticos (grupo 16: negativos a neoplasia maligna en biopsia congelación), grupo ganglionar retropancreático (grupo 13: negativo), grupo ganglionar celiaco (grupo 9: negativo), grupo de arteria gástrica izquierda y arteria hepática (grupo 7 y grupo 8: negativo), grupo de ligamento hepatoduodenal (grupo 12: negativo a neoplasia maligna).

Durante su evolución postoperatoria recibe manejo óptimo de dolor, funciones vitales estables. Diuresis adecuada. PO 2: Inicio de vía oral. Elimina flatos, deambulación. Drenaje serohemático en disminución. Herida operatoria en buen estado. PO3: Inicia dieta blanda y realiza deposiciones. PO5: alta con indicaciones.

Informe anatomopatológico:

Vía biliar y vesícula biliar (Figuras 8 y 9): Adenocarcinoma in situ bien a medianamente diferenciado en adenoma; localización del tumor: vía Biliar proximal; extensión tumoral y microscópica: enmarcado en vía biliar; bordes quirúrgicos: libres de neoplasia; invasión linfática-vascular: no se evidencia; invasión perineural: no se evidencia; ganglio linfático grupo 12: 0/3 sin evidencia de malignidad. Inmunohistoquímica: Keratina: positivo, EMA: positivo, CEA: negativo, CK7: positivo, CK20: negativo, P53: incrementado en el área de la neoplasia maligna, Ki67: incrementado en el área de la neoplasia maligna. Ganglio cístico 0/2, negativo a neoplasia maligna; ganglio arteria hepática (grupo 8) 0/2, negativo a neoplasia maligna; ganglio linfático grupo 7 y 9: 0/3, negativo a neoplasia maligna; ganglio linfático retropancreático (grupo 13) 0/1, negativo a neoplasia maligna; ganglio linfático paraaórticos (grupo 16) 0/10, negativos a neoplasia maligna; pTNM: T1N0Mx. Estadío clínico 1.

DISCUSIÓN

Últimamente, la Conferencia de Consenso acerca de tumores de la vía biliar auspiciado por la AHPBA (Asociación Americana de Hígado, Páncreas y Vía Biliar)

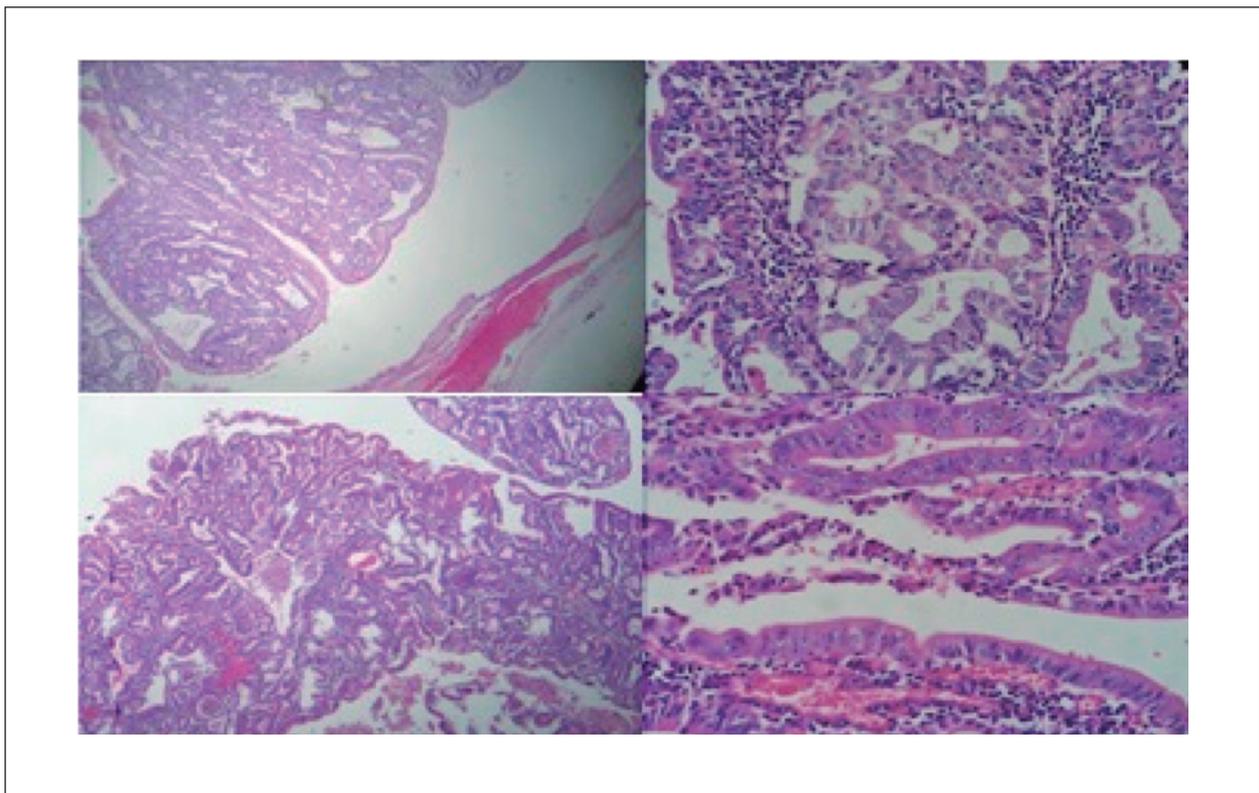


Figura 8. Tinción hematoxilina – eosina: proliferación de glándulas con áreas cribiformes, asociado a zonas con patrón papilar; asimismo epitelio de cubierta con pseudoestratificación y núcleos en vidrio esmerilado con aumento de tamaño. Compatible con proceso neoplásico.

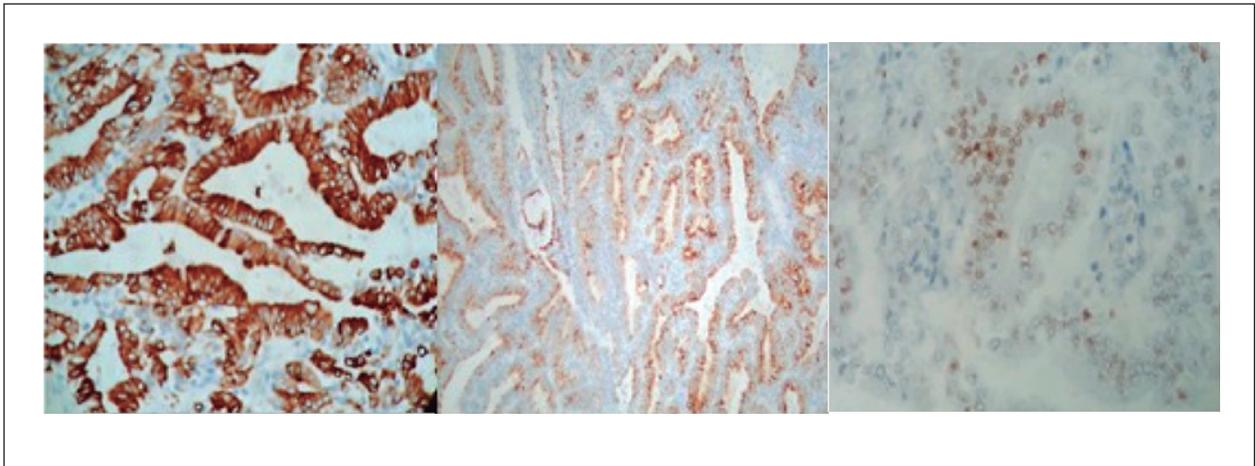


Figura 9. Inmunohistoquímica: CK 7 positivo difuso e intenso. EMA: positivo. P53: positivo.

para el tratamiento multidisciplinario del cáncer de la vía biliar (AHPBA Sponsored Consensus Conference on the Multidisciplinary Treatment of Bile Duct Cancer) realizado en San Francisco California el 15 de enero del 2014, apoyado por la Sociedad Americana de Cirugía Oncológica, la Asociación Americana de Hígado, páncreas y Vía biliar, la Sociedad de Cirugía del Tracto Alimentario y la Universidad de Texas/MD Anderson Cancer Center, dejaron bien en claro que los colangiocarcinomas: Intrahepáticos, perihiliares, distales y cáncer de vesícula son entidades diferentes con pronósticos diferentes y que su tratamiento quirúrgico adecuado influyen en su pronóstico y sobrevida a corto y largo plazo ^(10,11).

El colangiocarcinoma hiliar tiene un gran riesgo tanto en morbilidad como en mortalidad. La mortalidad perioperatoria varía de 5 a 10% y la morbilidad varía de 30 a 60%; a pesar de la evaluación por diversos medios de metástasis a distancia, compromiso ductal, compromiso vascular y la extensión de la atrofia hepática; en el presente caso se vio que no tenía metástasis a distancia, estaba confinado a la vía biliar, no compromiso vascular y no compromiso hepático ⁽¹²⁾.

Ganglios linfáticos que pertenecen al ligamento hepatoduodenal (N1) son ganglios que serán resecados junto con la vía biliar en el tratamiento quirúrgico; ganglios linfáticos retropancreáticos (grupo 13) y ganglios linfáticos (grupo 16) son ganglios a distancia (N2), los cuales si son positivos contraindicarían una resección mayor o radical de la vía biliar comprometida ⁽¹³⁾.

Otro factor importante es la resección con márgenes negativos que es crucial para asegurar el éxito y aumentar la sobrevida como en el presente caso que no conforme con el resultado de patología en biopsia por congelación ampliamos los márgenes tanto proximal como distal ^(12,13).

A la fecha no existe información que avale el uso de terapia adyuvante para pacientes con colangiocarcinoma perihiliar resecado. Como el caso del presente trabajo un colangiocarcinoma catalogado como estadio 1 es decir tumor resecado con márgenes negativos y ganglios negativos a la microscopía se concluye que no hay beneficios en recibir una terapia adicional o adyuvante ⁽¹⁴⁾. Debemos precisar y concluir que el colangiocarcinoma perihiliar es una enfermedad agresiva biliar primaria maligna de los conductos biliares extrahepáticos que requiere un abordaje y tratamiento multidisciplinario. Asimismo debemos entender que la resección del tumor con márgenes negativos y una adecuada linfadenectomía regional es la única estrategia curativa para el carcinoma perihiliar. Los tumores de tipo Bismuth – Corlette tipo 1 son raros y no necesitan una resección hepática simultánea. Debemos precisar además que el tratamiento quirúrgico del colangiocarcinoma hiliar se asocia con una gran mortalidad perioperatoria más que cualquier otra operación hepatobiliar electiva ^(1,15).

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nagino M1, Ebata T, Yokoyama Y, Igami T, Sugawara G, Takahashi Y, et al. [Evolution of surgical treatment for perihilar cholangiocarcinoma: a single-center 34-year review of 574 consecutive resections](#). *Ann Surg.* 2013;258(1):129-40. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182708b57.
2. Nagorney DM, Kendrick ML. [Hepatic resection in the treatment of hilar cholangiocarcinoma](#). *Adv Surg.* 2006;40:159-71.
3. Bismuth H, Corlette MB. [Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver](#). *Surg Gynecol Obstet.* 1975;140(2):170-8.
4. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A. *AJCC cancer staging manual*. 7th edition. New York: Springer; 2010.
5. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. [Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma](#). *Ann Surg.* 1992;215(1):31-8.

6. Jarnagin WR, Fong Y, DeMatteo RP, Conen M, Burke EC, Bodniewicz BS J, et al. [Staging, resectability, and outcome in 225 patients with hilar cholangiocarcinoma](#). *Ann Surg*. 2001;234(4):507-17.
7. Hemming AW, Reed AI, Fujita S, Foley DP, Howard RJ. [Surgical management of hilar cholangiocarcinoma](#). *Ann Surg*. 2005;241(5):693-9; discussion 699-702.
8. Blechacz B, Komuta M, Roskams T, Gores GJ. [Clinical diagnosis and staging of cholangiocarcinoma](#). *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2011;8(9):512-22. doi: 10.1038/nrgastro.2011.131.
9. Khan SA, Davidson BR, Goldin R, Pereira SP, Rosenberg WM, Taylor-Robinson SD, et al. [Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document](#). *Gut*. 2002;51 Suppl 6:VI1-9.
10. Ruys AT, van Beem BE, Engelbrecht MR, Bipat S, Stoker J, Van Gulik TM. [Radiological staging in patients with cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis](#). *Br J Radiol*. 2012;85(1017):1255-62. doi: 10.1259/bjr/88405305.
11. Nimura Y, Kamiya J, Kondo S, Nagino M, Uesaka K, Oda K, et al. [Aggressive preoperative management and extended surgery for hilar cholangiocarcinoma: Nagoya experience](#). *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2000;7(2):155-62.
12. Ribero D, Amisano M, Lo Tesoriere R, Rosso S, Ferrero A, Capussotti L. [Additional resection of an intraoperative margin-positive proximal bile duct improves survival in patients with hilar cholangiocarcinoma](#). *Ann Surg*. 2011;254(5):776-81. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182368f85.
13. Nuzzo G, Giuliante F, Ardito F, Giovannini I, Aldrighetti L, Belli G, et al. [Improvement in perioperative and long-term outcome after surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: results of an Italian multicenter analysis of 440 patients](#). *Arch Surg*. 2012;147(1):26-34. doi: 10.1001/archsurg.2011.771.
14. Valle J, Wasan H, Palmer DH, Cunningham D, Anthony A, Maraveyas A, et al. [Cisplatin plus gemcitabine versus gemcitabine for biliary tract cancer](#). *N Engl J Med*. 2010;362(14):1273-81. doi: 10.1056/NEJMoa0908721.
15. Igami T, Nishio H, Ebata T, Yokoyama Y, Sugawara G, Nimura Y, et al. [Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma in the "new era": the Nagoya University experience](#). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2010;17(4):449-54. doi: 10.1007/s00534-009-0209-0.

Correspondencia: Juan José Núñez Ju.

Servicio de Cirugía de Hígado y Vías Biliares. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Av. Grau 800. La Victoria. Lima, Perú.

E-mail: juanjo960120@hotmail.com