

Colangiocarcinoma polipoideo difuso de colédoco

Pedro Vega, Valle López, José Arribas, Miguel González, Silvia Moreno y Jesús Manuel Aburto
Servicio de Radiología. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

Resumen

El colangiocarcinoma es un tumor maligno poco frecuente que se origina en el epitelio del conducto biliar. Puede clasificarse según su localización, su patrón de crecimiento y el tipo histológico. Se presenta el caso de una mujer de 78 años con un colangiocarcinoma polipoideo y difuso de coléodo de tipo papilar, cuya incidencia es excepcional. Se intervino quirúrgicamente a la paciente, y se realizó la resección del coléodo más una hepatoduodenostomía, con evolución satisfactoria.

Palabras clave: Ictericia obstructiva. Coléodo. Colangiocarcinoma.

DIFFUSE POLYPOIDAL CHOLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA EN EL DUCTO BILIAR COMÚN

Cholangiocarcinoma is an infrequent malignant tumor that occurs in the epithelium of the common bile duct. This tumor can be classified according to its localization, pattern of growth and histological type. We present the case of a 78-year-old woman with a diffuse papillary polypoidal cholangiocarcinoma. This type of tumor is exceptional. The patient underwent surgical resection of the common bile duct with hepatoduodenostomy. Outcome was satisfactory.

Key words: Obstructive jaundice. Common bile duct. Cholangiocarcinoma.

Introducción

El colangiocarcinoma es un tumor maligno del epitelio biliar. Representa menos del 1% de todas las neoplasias malignas de nuevo diagnóstico. La mayoría (95%) son adenocarcinomas. Suele aparecer en personas de edad avanzada, con un pico de incidencia a los 70 años y con una discreta predilección por el sexo masculino. La ictericia es el síntoma de presentación más frecuente. Se origina en el epitelio biliar, tanto intra como extrahepático, y se manifiesta con varios patrones de crecimiento y tipos histológicos. Por ello, tiene un amplio espectro de presentaciones radiológicas que se pueden superponer con otras enfermedades hepatobiliarias, algunas de ellas benignas.

El diagnóstico puede realizarse con ecografía, tomografía computarizada, colangiorresonancia magnética y colangiografía retrógrada endoscópica o transparietal.

Todos ellos tienen una alta sensibilidad y especificidad. El conocimiento de las distintas manifestaciones del colangiocarcinoma, así como de sus imitadores, es fundamental para su diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 78 años que fue ingresada a través del servicio de urgencias por un cuadro de dolor en el hipocondrio derecho, náuseas y vómitos de pocas horas de evolución. En la exploración física, la paciente presentaba subictericia y abdomen doloroso a la palpación de forma difusa, más importante en el hipocondrio derecho, sin fiebre. El resto de la exploración era normal. En la analítica se observó una alteración de las pruebas de función hepática, con predominio de colestasis: BR total 3,3 mg/dl; GOT 161 U/l; GPT 175 U/l; FA 390U/l; GGT 392U/l. El hemograma era normal.

Entre sus antecedentes personales destacaba un episodio de colitis aguda litiásica 6 años antes que se resolvió con colecistectomía. Desde entonces, había presentado varios episodios de ictericia obstructiva causados por coledocolitiasis residual, que requirieron la realización, 3 años antes, de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) más una esfinterotomía.

Durante su ingreso se realizaron ecografía, tomografía computarizada (TC), colangiorresonancia magnética (colangio-RM) y colangiografía percutánea. En todas ellas se demostró una dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.

En la ecografía (fig. 1) se observa un coléodo de paredes gruesas con una superficie interna difusamente polipoidea.

Correspondencia: Dr. P. Vega Valdés.
Silla del Rey, 6, 7.º C. 33013 Oviedo. Asturias. España.
Correo electrónico: peveval@yahoo.es

Manuscrito recibido el 8-10-2003 y aceptado el 25-11-2003.



Fig. 1. Ecografía abdominal: colédoco de paredes gruesas (flechas) con una superficie interna difusamente polipoidea.



Fig. 2. Tomografía computarizada abdominal: ocupación del colédoco dilatado (flechas) por material hiperdenso.

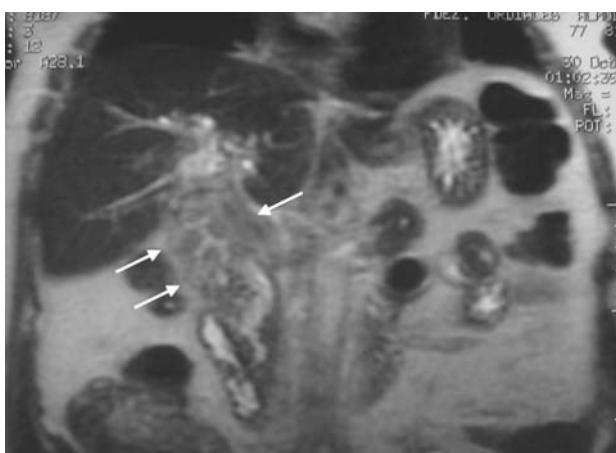


Fig. 3. Resonancia magnética: engrosamiento mamelonado e hipointenso de las paredes del colédoco (flechas).

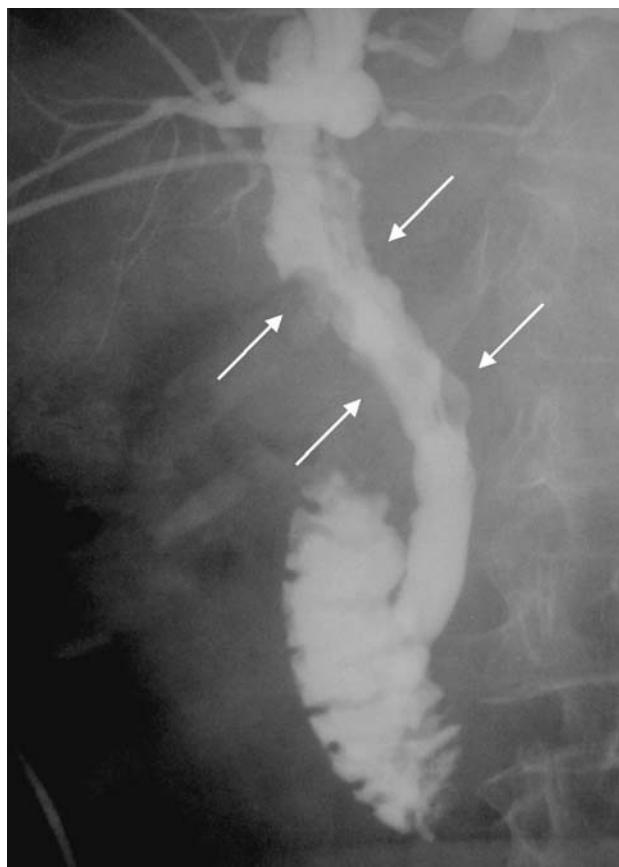


Fig. 4. Colangiografía: dilatación del colédoco con defectos de replección nodulares de aspecto serpiginoso.

La TC (fig. 2) muestra la ocupación de la luz del colédoco dilatado por material hiperdenso.

En la colangi-RM (fig. 3) se observa un engrosamiento mamelonado e hipointenso de las paredes del colédoco.

En la colangiografía (fig. 4) se objetiva una dilatación del colédoco con defectos de replección nodulares de aspecto serpiginoso.

Se realizó una CPRE con toma de biopsia de la lesión, cuyo resultado fue negativo para malignidad.

La sospecha diagnóstica fue de proceso hiperplásico benigno del epitelio biliar, sin confirmación histológica, por lo que se decidió realizar tratamiento quirúrgico. Se llevó a cabo la resección del colédoco más una hepatooduodenostomía.

El diagnóstico histológico de la pieza resecada fue de adenocarcinoma de colédoco bien diferenciado, predominantemente papilar.

Discusión

El colangiocarcinoma es un tumor maligno poco frecuente que se origina en el epitelio del conducto biliar intra o extrahepático¹.

Puede clasificarse según su localización, su patrón de crecimiento y según el tipo histológico.

Según su localización pueden ser intra o extrahepáticos; los primeros, a su vez, se dividen en periféricos o hilares (tumor de Klastkin)².

Según su patrón de crecimiento pueden ser exofíticos, infiltrativos o polipoideos. Los primeros suelen ser periféricos, dando lugar a una gran masa hepática. Son infiltrati-

tivos cuando presentan extensión periductal; esto es muy típico de los colangiocarcinomas hiliares. Son polipoideos cuando su crecimiento es intraluminal. Podemos encontrar una combinación de los anteriores².

Histológicamente, la mayoría de los colangiocarcinomas son adenocarcinomas ductales, pero hay otros tipos más raros entre los que se incluyen el papilar, mucinoso, mucoepidermoide, adenoescamoso, escamoso y cistadenoepidermoide³.

El caso presentado tiene especial interés, dado que se trata de un colangiocarcinoma extrahepático, polipoideo y de tipo papilar, cuya incidencia es excepcional.

El colangiocarcinoma extrahepático representa sólo el 27% de los colangiocarcinomas. Lo más frecuente es que su patrón de crecimiento sea infiltrativo^{4,5}. Con mucha menos frecuencia (8-19%), el patrón de crecimiento es polipoideo⁶ y en sólo el 7% de éstos se produce una extensión superficial de la lesión por el conducto, dando lugar a una afección difusa, como ocurrió en esta paciente³.

En nuestro caso, el diagnóstico diferencial se planteó con un proceso tumoral benigno que se conoce como papilomatosis de la vía biliar; radiológicamente es indistinguible del colangiocarcinoma polipoideo, por lo que es

necesaria la biopsia de la lesión antes de plantear la cirugía curativa⁶.

En conclusión, la heterogeneidad y complejidad del colangiocarcinoma hacen que el conocimiento radiológico de sus distintas manifestaciones, sobre todo de las infrecuentes como el caso presentado, sea esencial para un correcto diagnóstico y un apropiado planteamiento terapéutico.

Bibliografía

1. Baron RL, et al. Pancreas, gallbladder and biliary tract. Radiol clin N Am 2002;40:1325-54.
2. Lee J, Lim H, Jang K, et al. Radiologic spectrum of cholangiocarcinoma: emphasis on unusual manifestations and differential diagnosis. Radiographics 2001;21:S97-116.
3. Han J, Choi B, Kim T, et al. Cholangiocarcinoma: pictorial essay of CT and cholangiographic findings. Radiographics 2002;22:173-87.
4. Lee J, Han J, Kim T, et al. Ct features of intraductal intrahepatic cholangiocarcinoma. AJR 2000;175:721-5.
5. Boom C, Langer B, Wilson S. Role of US in the detection, characterization and staging of cholangiocarcinoma. Radiographics 1999;19: 1199-218.
6. Kawakatsu M, Vilagrain V, Zins M, et al. Radiologic features of papillary adenoma and papillomatosis of the biliary tract. Abdominal Imaging 1997;22:87-90.