



Recidiva parietal de colangiocarcinoma hiliar. ¿Es el drenaje biliar transparietohepático el de elección en los pacientes con colangiocarcinoma hiliar?

Parietal recurrence of hilar cholangiocarcinoma: Is percutaneous transhepatic biliary drainage the best choice in patients with hilar cholangiocarcinoma?

El colangiocarcinoma hiliar es un tumor difícil de estadificar y tratar de forma radical para el que la cirugía es el único tratamiento curativo. Además, el manejo preoperatorio óptimo sigue estando en continuo debate¹. La mayoría de los pacientes presentan ictericia obstructiva, lo cual supone un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias². El drenaje biliar preoperatorio está indicado en pacientes con ictericia previa a la resección hepática mayor³.

Presentamos el caso de un varón de 68 años diagnosticado de colangiocarcinoma hiliar tipo II de Bismuth (TNM: T2b, N1), en el que se realizó drenaje biliar externo (8,5 F) transparietohepático derecho 2 semanas antes de la cirugía, por ictericia rápidamente progresiva (5,8 mg/dL) y sepsis de posible origen biliar, para su optimización preoperatoria. La semana previa a la intervención presentó dolor abdominal y fiebre precisando recolocación por malposición, retirada parcial del catéter y reconversión a drenaje interno-externo para evitar que se repitiese dicha complicación. Posteriormente se realizó una hepatectomía izquierda, resección de caudado, linfadenectomía hiliar y reconstrucción mediante hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. El catéter se mantuvo tras la cirugía como tutor percutáneo a través de la anastomosis; para poder realizar colangiografía de control. Diversos estudios previos han señalado que el uso de stents transanastomóticos podría reducir las tasas de estenosis anastomótica en condiciones desfavorables⁴.

En el postoperatorio inmediato presentó una fístula biliar, que se manejó mediante apertura de catéter, e infección de herida quirúrgica. Ambas complicaciones evolucionaron favorablemente con tratamiento médico combinado.

En el tercer mes postoperatorio, el paciente presentó dolor intenso en el hombro y parrilla costal derecha sin limitación funcional. A la exploración física, destacaba un nódulo de 20 mm de tamaño en parrilla costal derecha, muy doloroso, que parecía estar adherido a la pared en el punto de entrada del drenaje transparietal (fig. 1). En la tomografía axial computarizada, se observó un nódulo en tejido celular subcutáneo de 30 mm (fig. 2) que, tras la biopsia con aguja gruesa, se diagnosticó de adenocarcinoma metastásico de origen pancreatobiliar (CK19 y TTF-1+, CA 19.9 y napsina-). En la tomografía por emisión de positrones se observó captación del nódulo de 30 mm, así como múltiples implantes peritoneales compatibles con carcinomatosis peritoneal y un nódulo pulmonar en el lóbulo superior derecho. Con este diagnóstico se decidió aplicar tratamiento sintomático. El paciente falleció a los 6 meses de la cirugía debido a un fracaso multiorgánico en el contexto de una sepsis de probable origen biliar.

La incidencia de recurrencias en el trayecto tras el drenaje transparietohepático percutáneo se ha descrito entre un 5 y un 6% de los casos: siendo una complicación inusual pero grave^{5,6}. Sin embargo, algunos autores indican que podría estar infradiagnosticada. Los implantes tumorales tras la colocación de un drenaje transparietohepático parecen deberse al vertido de células tumorales que se hallan en el líquido biliar⁷, lo que podría tener una estrecha relación con la recurrencia de la enfermedad tras la resección R0 y con la supervivencia. Incluso en aquellos pacientes en los que el implante tumoral fue resecado, la recidiva precoz fue la norma en forma de carcinomatosis; por tanto, esta localización es un factor pronóstico negativo de supervivencia tras la cirugía de recidiva del colangiocarcinoma (IC 95% 2,32: 1,99-6,13; $p < 0,001$). Entre los factores relacionados con la recurrencia, en el análisis multivariante se aprecia que la afectación ganglionar actúa como factor negativo (IC 95% 1,29: 1,09-0,154; $p = 0,005$); sin mencionar la fístula biliar como factor estudiado⁸.

Con intención de evitar la recurrencia, se ha propuesto la escisión en bloque del trayecto de drenaje durante la cirugía del tumor primario; sin embargo, esta cirugía puede resultar compleja⁵. Los drenajes múltiples, una duración mayor de 60 días y el tipo histológico papilar se han descrito como factores de riesgo para el desarrollo de implantes metastásicos en el trayecto del drenaje biliar transhepático⁶.

En el momento actual, existe controversia sobre la técnica de elección para el drenaje biliar prequirúrgico en pacientes con colangiocarcinoma hiliar y se plantea la disyuntiva entre el acceso transparietal y el endoscópico. El drenaje percutáneo transparietohepático, utilizado hasta ahora mayoritariamente en el ámbito occidental, es un procedimiento invasivo no exento de riesgos, como la hemobilia, la trombosis portal, el desarrollo de pseudoaneurismas de la arteria hepática, la fístula arterio-ductal o la siembra tumoral en el trayecto de drenaje. Sin embargo, ofrece una imagen directa de la extensión tumoral longitudinal del árbol biliar. El drenaje endoscópico es una técnica menos invasiva que parece relacionarse con un mayor riesgo de colangitis y complicaciones relacionadas con el procedimiento, como pueden ser la pancreatitis aguda o la perforación duodenal, que necesita mayor número de drenajes y prolonga el tiempo hasta una posible cirugía^{2,9}.

Por otra parte, cada vez son más los grupos asiáticos, predominantemente japoneses y coreanos, que proponen el drenaje endoscópico nasobiliar como primera opción, puesto que parece evitar la posibilidad de diseminación tumoral a través del

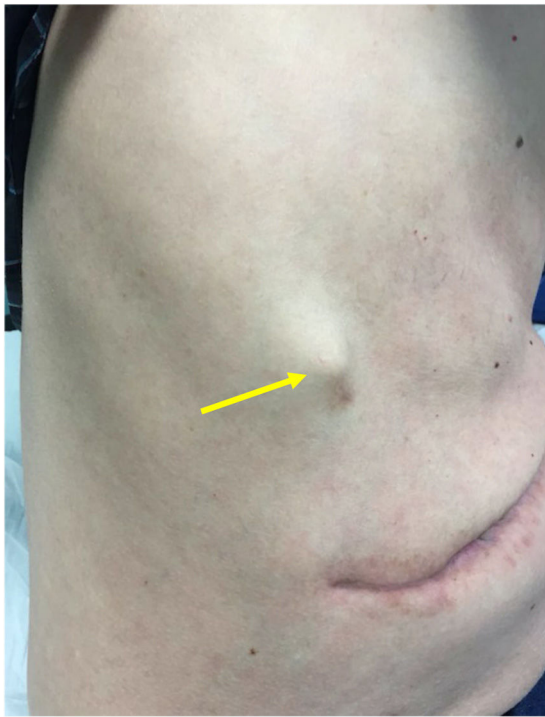


Figura 1 – Nódulo subcutáneo en parrilla costal derecha.



Figura 2 – Tomografía axial computarizada abdominal (corte axial): nódulo en tejido celular subcutáneo de 3 cm en parrilla costal derecha.

catéter (6%), disminuye el riesgo de lesión vascular iatrogénica (8%) durante su colocación, presenta tasas más bajas de colangitis (10 vs. 60%; $p < 0,0001$) y de conversión a otra técnica (21,7 vs. 95%; $p < 0,005$) que el drenaje endoscópico clásico^{1,7,9}.

Recientemente se ha publicado un metaanálisis sobre 433 pacientes con drenaje biliar en colangiocarcinoma hiliar resecable (275 drenajes endoscópicos frente a 158 drenajes

percutáneos). En este estudio, el drenaje biliar endoscópico se asoció con mayor morbilidad (44,3 vs. 22,5%), mayor tasa de conversión a otra técnica (26,5 vs. 5%) y mayor tasa de colangitis (33,8 vs. 7%). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la morbimortalidad postoperatoria¹⁰.

En este contexto, podemos concluir que existe una clara controversia sobre cuál debe ser el acceso para realizar un drenaje biliar preoperatorio en los pacientes con colangiocarcinoma hiliar susceptibles de tratamiento quirúrgico. El drenaje nasobiliar, que gana adeptos entre los grupos asiáticos, no parece, por el momento, ser de elección entre los grupos occidentales.

Financiación

No se ha recibido ninguna financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kawakubo K, Kawakami H, Kuwatani M, Haba S, Kudo T, Taya YA, et al. Lower incidence of complications in endoscopic nasobiliary drainage for hilar cholangiocarcinoma. *World J Gastrointest Endosc.* 2016;8:385–90.
2. Kloek JJ, van der Gaag NA, Aziz Y, Rauws EAJ, van Delden OM, Lameris JS, et al. Endoscopic and percutaneous preoperative biliary drainage in patients with suspected hilar cholangiocarcinoma. *J Gastrointest Surg.* 2010;14:119–25.
3. Farges O, Regimbeau JM, Fuks D, Le Treut YP, Cherqui D, Bachellier P, et al. Multicentre European study of preoperative biliary drainage for hilar cholangiocarcinoma. *Br J Surg.* 2013;100:274–83.
4. Sharma A, Hammond JS, Psaltis E, Dunn WK, Lobo DN. Portoenterostomy as a salvage procedure for major complications following hepaticojejunostomy. *J Gastrointest Surg.* 2017;21:1086–92.
5. Sakata J, Shirai Y, Wakai T, Nomura T, Sakata E, Hatakeyama K. Catheter tract implantation metastases associated with percutaneous biliary drainage for extrahepatic cholangiocarcinoma. *World J Gastroenterol.* 2005;11:7024–7.
6. Takahashi Y, Nagino M, Nishio H, Ebata T, Igami T, Nimura Y. Percutaneous transhepatic biliary drainage catheter tract recurrence in cholangiocarcinoma. *Br J Surg.* 2010;97:1860–6.
7. Kawakami H, Kuwatani M, Onodera M, Haba S, Eto K, Ehira N, et al. Endoscopic nasobiliary drainage is the most suitable preoperative biliary drainage method in the management of patients with hilar cholangiocarcinoma. *J Gastroenterol.* 2011;46:242–8.
8. Takahashi Y, Ebata T, Yokoyama Y, Igami T, Sugawara G, Mizuno T, et al. Surgery for recurrent biliary tract cancer: A single-center experience with 74 consecutive resections. *Ann Surg.* 2015;262:121–9.
9. Kawakami H, Kondo S, Kuwatani M, Yamato H, Ehira N, Kudo T, et al. Preoperative biliary drainage for hilar cholangiocarcinoma: Which stent should be selected? *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2011;18:630–5.

10. Al Mahjoub A, Menahem B, Fohlen A, Dupont B, Alves A, Launoy G, et al. Preoperative biliary drainage in patients with resectable perihilar cholangiocarcinoma: Is percutaneous transhepatic biliary drainage safer and more effective than endoscopic biliary drainage? A meta-analysis. *J Vasc Interv Radiol.* 2017;28:576-82.

Clara Serrano Hermosilla^{a,*}, Mikel Prieto Calvo^b,
Mikel Gastaca Mateo^b, Arkaitz Perfecto Valero^a
y Andrés Valdivieso López^b

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital
Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya), España

^bUnidad de Cirugía Hepatobiliar, Retroperitoneo y Trasplante
Hepático, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Vizcaya), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: clara.serranohermosilla@osakidetza.eus
(C. Serrano Hermosilla).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.08.008>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.