

Metástasis hepática de cáncer de recto simulando un colangiocarcinoma

José Antonio Fraguela Mariña^a, Celsa Fernández Blanco^a, Leticia Alonso Fernández^a, Luis Taboada Filgueira^a, Olga Robles Veiga^b y Carlos Gómez Freijoso^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo «A». La Coruña. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.

RESUMEN

El crecimiento macroscópico intrabiliar de metástasis hepáticas de adenocarcinoma de colon simulando a un colangiocarcinoma, un patrón de diseminación intrahepática fácilmente confundida con una neoplasia primaria del tracto biliar, es extremadamente infrecuente y su resección conlleva un mejor pronóstico que la de éste. Presentamos el caso de metástasis de cáncer de colon que se inició como un tumor de Klatzkin, cuyo diagnóstico definitivo se estableció por inmunohistoquímica.

LIVER METASTASES FROM COLONIC ADENOCARCINOMA SIMULATING CHOLANGIOCARCINOMA

Macroscopic intrabiliary growth of liver metastases from colonic adenocarcinoma mimicking cholangiocarcinoma, a pattern of intrahepatic spread easily confused with primary neoplasia of the biliary tract, is extremely infrequent. Resection of liver metastases has a better prognosis than that of primary neoplasia of the biliary tract. We report a case of metastasis from adenocarcinoma of the colon that presented as a Klatzkin tumor. The definitive diagnosis was established by immunostaining.

INTRODUCCIÓN

El mejor tratamiento de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal es la resección, con buenos resultados de supervivencia a 3 y 5 años. El crecimiento intrabiliar de metástasis de adenocarcinoma puede seguir un patrón de di-

seminación intrahepática, que puede ser fácilmente confundido con una neoplasia primaria del tracto biliar¹. La presencia de nódulos metastásicos intrahepáticos de un colangiocarcinoma contraindicaría la intervención quirúrgica. Sólo la inmunohistoquímica permite realizar el diagnóstico diferencial entre ambas entidades. Presentamos el caso de una paciente con metástasis hepática de cáncer de colon que mimetiza un colangiocarcinoma, cuya exéresis, junto con el tratamiento complementario de otros nódulos, ha permitido una supervivencia prolongada imposible de conseguir en tumores metastásicos de las vías biliares.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 45 años de edad, con antecedentes de hemicolectomía izquierda y linfadenectomía preaórtica e intercavaoártica por adenocarcinoma de colon en estadio B de Dukes, T3 N0 M0, hace 8 años; fue sometida posteriormente a un tratamiento quimioterápico con 5 fluorouracilo y levamisol. En las revisiones de control (analítica con pruebas hepáticas, CEA y CA 125, tomografía computarizada [TC] abdominal y colonoscopia) no se aprecian signos de recidiva tumoral. Consulta por presentar dolor en el hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución, astenia y anorexia. En la exploración se aprecia una cicatriz de laparotomía supraumbilical. No presenta ictericia cutaneomucosa. A la palpación presenta dolor en el hipocondrio derecho con un signo de Murphy negativo. En la analítica destaca una bilirrubina de 0,53 mg/dl, AST 60 U/l, ALT 85 U/l, fosfatasa alcalina 1.122 U/l y GGT 1.054 U/l, CEA 5,8 ng/ml y CA 19.9 de 83 U/ml. La ecografía muestra una dilatación de la vía biliar intrahepática con colédoco normal. La TC pone de manifiesto la presencia de una masa en el conducto hepático común con dilatación de la vía biliar intrahepática derecha y una imagen sugestiva de infarto hepático en el segmento VII, y en la colangiografía se aprecian hallazgos compatibles con trombosis de la ramificación derecha de la porta, con dilatación de los conductos biliares asociados, y una estenosis del colédoco proximal de 2 cm de longitud, que se extiende hasta la confluencia de ambos conductos hepáticos compatibles con colangiocarcinoma, sin apreciarse imágenes sugestivas de metástasis hepáticas (fig. 1). Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, pero fue imposible canular la vía biliar, observándose un conducto de Wirsung normal.

La paciente fue intervenida y se apreció una tumoración en el segmento VII hepático de unos 2 cm de diámetro, que no revelaba un infarto hepático, como se apuntaba en la TC. Se tomó una biopsia de dicha lesión que fue informada como adenocarcinoma, sin poder precisar el origen. Asimismo, se puso de manifiesto una tumoración en la bifurcación de ambos segmentos hepáticos que se extendía hacia el conducto hepático derecho. La ecografía intraoperatoria identificó 2 nuevas lesiones en los segmentos II y III, de 2 y 1 cm de diámetro, respectiva-

Correspondencia: Dr. C. Fernández Blanco.
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo «A».
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo.
Brasil, 14-16, 6.º C. 15009 La Coruña. España.
Correo electrónico: celsafernandez@munio-r.com

Recibido el 8-2-2007; aceptado para su publicación el 4-4-2007.

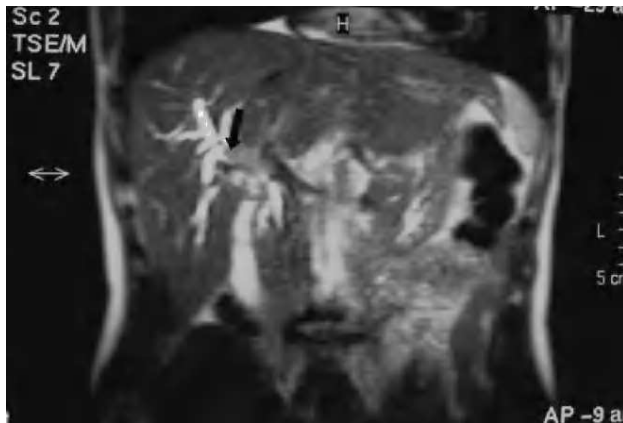


Fig. 1. Colangiorresonancia: estenosis de colédoco proximal (flecha) con dilatación de conductos biliares asociados sugestivo de colangiocarcinoma.

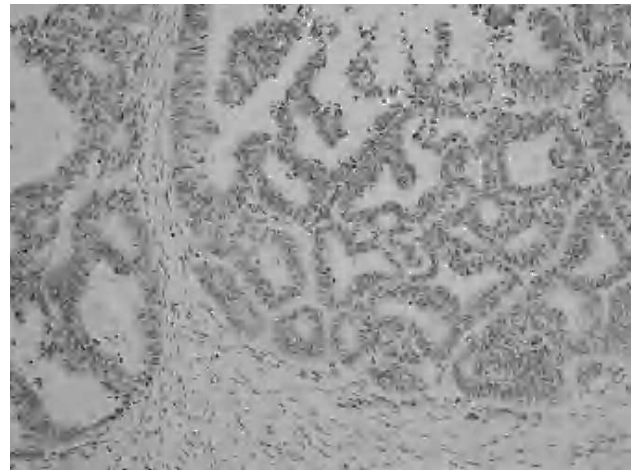


Fig. 3. Negatividad para citoqueratina 7.

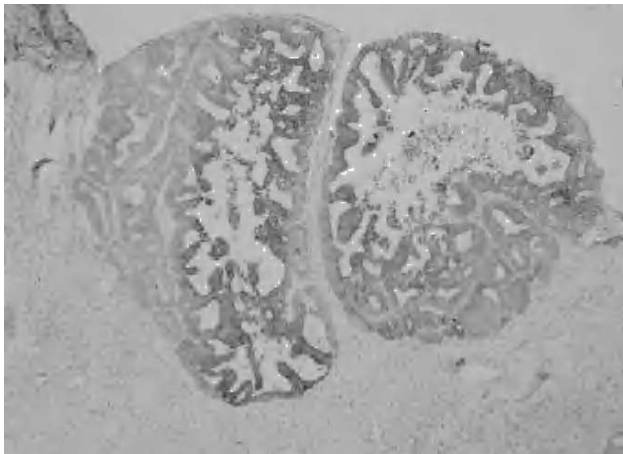


Fig. 2. Positividad para citoqueratina-20.

mente, que no se apreciaban en la TC preoperatoria; éstas se biopsiaron, con el resultado de adenocarcinoma en el segmento II, sin poder precisar el origen, y benignidad en el segmento III. Se realizó una hepatectomía derecha ampliada al segmento I, con exéresis del nódulo del segmento III, así como una ablación por radiofrecuencia del nódulo del segmento II y una linfadenectomía del hilio hepático y el tronco celíaco. El postoperatorio cursó sin incidencias, y la paciente fue dada de alta a los 12 días.

El informe anatomopatológico fue de metástasis de adenocarcinoma de origen colónico que se confirmó por su positividad para la citoqueratina 20 (fig. 2) y negatividad para la CK 7 (fig. 3) en el tumor.

La paciente fue sometida a un tratamiento adyuvante con irinotecán y 5-fluorouracilo, y permanecía asintomática a los 24 meses.

DISCUSIÓN

La resección quirúrgica es la única opción terapéutica con intención radical de las metástasis hepáticas del adenocarcinoma colorrectal. Se han descrito diversas variables que influyen en la obtención de una mayor eficacia en cuanto a la supervivencia para dichas resecciones. Algunas publicaciones han indicado que tales tumores a veces invaden la tríada de Glisson¹. Los hepatocarcinomas con crecimiento tumoral intrabiliar masivo se asocian con una

invasión de la vena porta y un peor pronóstico². Los colangiocarcinomas intrahepáticos con crecimiento intrabiliar suelen presentar una menor capacidad de invasión y un mejor pronóstico³. La invasión macroscópica de los conductos hepáticos en metástasis hepáticas colorrectales indica una naturaleza indolente del tumor y un mejor pronóstico tras la resección hepática^{1,4,5}. La invasión ductal macroscópica de metástasis colorrectales se comporta de forma similar a la de los colangiocarcinomas menos agresivos⁴. Cuanto mayor sea el período libre de enfermedad después de la resección colorrectal inicial, en pacientes con invasión ductal macroscópica, menos agresivo es el comportamiento biológico; asimismo, la menor tendencia a invadir los vasos adyacentes y la mejor diferenciación reflejan su naturaleza menos invasiva⁴. La invasión microscópica biliar de metástasis colorrectales es relativamente común, y no está asociada con una menor invasividad, el tipo histológico bien diferenciado o un mejor pronóstico tras la resección hepática, ya que tienen una supervivencia similar al resto de metástasis sin invasión biliar.

El crecimiento tumoral de metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal similar a un tumor de Klatskin es extraordinariamente infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura médica; el diagnóstico diferencial preoperatorio es difícil de establecer, como el caso que presentamos; además, las biopsias intraoperatorias no permiten establecer el origen de dichas tumoraciones. El diagnóstico diferencial entre un colangiocarcinoma y una metástasis por adenocarcinoma colorrectal viene dado por el patrón inmunohistoquímico con las CK 7 y CK 20^{6,7}. Las CK son unas proteínas intracelulares que están presentes en los epitelios, que se clasifican de acuerdo con su peso molecular. La utilización combinada de CK 7 y CK 20 puede proporcionar información acerca del origen de un carcinoma.

Característicamente, los carcinomas de las vías biliares muestran positividad para CK 7, y la positividad para CK 20 es variable. Otros tumores positivos para CK 7

son el de páncreas, urotelio, pulmón y ovario. En el caso que nos ocupa el tumor muestra un patrón inmunohistoquímico CK 7 negativo y CK 20 positivo, que caracteriza al 95% de los adenocarcinomas colorrectales; lo contrario es extremadamente raro. Los antecedentes de la paciente, el patrón morfológico y el inmunofenotipo propio de un carcinoma de colon establecen el diagnóstico.

La presencia de ictericia y la evidencia radiográfica de un defecto intrabiliar representa, para algunos autores, un signo de mal pronóstico⁸. Los antecedentes de la paciente, la ausencia de ictericia y las características de resecabilidad de las lesiones nos inclinaron la decisión de realizar un tratamiento radical, con la esperanza de obtener un mejor pronóstico, tanto si el resultado definitivo fuera un colangiocarcinoma con crecimiento intraductal como si resultara de origen metastásico, debido al comportamiento menos agresivo de las lesiones con crecimiento intraductal.

El antecedente de adenocarcinoma colorrectal en un paciente con sospecha de un tumor de las vías biliares debe hacer sospechar la presencia de metástasis hepáticas de origen colónico, y se puede beneficiar de un tratamiento agresivo quirúrgico y quimioterapia adyuvante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yamamoto J, Sugihara K, Kosuge T, Takayama T, Shimada K, Yamasaki S, et al. Pathologic support for limited hepatectomy in the treatment of liver metastasis from colorectal cancer. *Ann Surg.* 1995;221:74-8.
2. Yuki K, Hirohashi S, Sakamoto M, Kanai T, Shimosato Y. Growth and spread of hepatocellular carcinoma: a review of 240 consecutive autopsy cases. *Cancer.* 1990;66:2174-9.
3. Yamamoto J, Kosuge T, Takayama T, Shimada K, Makuuchi M, Yoshida J, et al. Surgical treatment of intrahepatic cholangiocarcinoma: four patients surviving more than five years. *Surgery.* 1992;111:617-22.
4. Okano K, Yamamoto J, Moriya Y, Akasu T, Kosuge T, Sakamoto M, et al. Macroscopic intrabiliary growth of liver metastases from colorectal cancer. *Surgery* 1999;126:829-34.
5. Kubo M, Sakamoto M, Fukushima N, Yachida S, Nakanishi Y, Shimoda T, et al. Less aggressive features of colorectal cancer with liver metastases showing macroscopic intrabiliary extension. *Pathol Int.* 2002;52:514-18.
6. Rullier A, Le Bail B, Rullier E, Lamouliatte H, Saric J, Bioulac-Sage P. Three deceptive cases of intrahepatic metastases of colorectal origin with endobiliary growth, simulating cholangiocarcinoma. Importance of immunostaining of cytokeratin 7 and 20. *Ann Pathol.* 1999;19:33-6.
7. Riopel MA, Klimstra DS, Godellas CV, Blumgart LH, Westra WH. Intrabiliary growth of metastatic colonic adenocarcinoma: a pattern of intrahepatic spread easily confused with primary neoplasia of the biliary tract. *Am J Surg Pathol.* 1997;21:1030-36.
8. Povoski SP, Klimstra DS, Brown KT, Schwartz LH, Kurtz RC, Jarnagin WR, et al. Recognition of intrabiliary hepatic metastases from colorectal adenocarcinoma. *HPB Surg.* 2000;11:383-90.