

Colangiocarcinoma intrahepático sobre quiste hidatídico

F. Xavier Molina, José M. Morón, Sofía de la Serna, Alejo Martí-Corbella y José A. Soro

Unidad de Cirugía Hepática. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Departamento de Cirugía. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca (Islas Baleares). España.

Resumen

Los colangiocarcinomas son tumores malignos que se originan en los conductos biliares. Uno de los factores asociados al desarrollo neoplásico es las infecciones parasitarias por helmintos trematodos que causan una inflamación crónica de esos conductos. Esta relación es muy común en el sudeste asiático, pero en la literatura científica no se los ha relacionado con la hidatidosis hepática. Nosotros presentamos un caso clínico en el que estas dos entidades se presentan juntas y motivaron un tratamiento quirúrgico no radical, dado que no se sospechó en el estudio radiológico.

Palabras clave: Colangiocarcinoma. Quiste hidatídico. Colangitis

INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA ON A HYDATIDIC CYST

Cholangiocarcinomas are malignant tumors arising from the bile ducts. One of the factors associated with the development of malignancy is parasitic infections by helminths trematodes that cause liver fluke infections. This association is very common in south-east Asia, but association with liver hydatidosis has not been reported in the scientific literature. We report a case in which these two diseases were associated and required non-radical surgical treatment, since radiological findings were not suspicious for these entities.

Key words: Cholangiocarcinoma. Hydatidic cyst. Cholangitis.

Introducción

El colangiocarcinoma es el segundo tumor primario en frecuencia después del hepatocarcinoma y abarca menos del 10% de los tumores malignos hepáticos¹. Su estirpe es la de un adenocarcinoma secretor de mucina que nace del epitelio de los conductos biliares, tanto intrahepáticos como extrahepáticos². Entre los factores causales más relevantes se encuentran la dilatación crónica o congénita de los conductos biliares, las hepatolitis, la colangitis esclerosante, la colitis ulcerosa y la inflamación crónica de los conductos biliares causada por las infecciones parasitarias por *Clonorchis sinensis* y *Opisthorchis viverrini*². Dado que en la literatura científica no hay relación entre la hidatidosis hepática y el colan-

giocarcinoma, presentamos un caso clínico en el que concurren.

Caso clínico

Varón de 73 que acude a nuestro hospital con clínica de dolor abdominal, fiebre e ictericia. Como antecedentes patológicos destacaban una atelectasia del lóbulo superior izquierdo y quistes hidatídicos hepáticos calcificados, diagnosticados por tomografía computarizada (TC) en 1998, en los segmentos II y VIII. Presentaba epigastralgia de 2 meses de evolución con gastroscopia que mostró una gastritis erosiva antral, con prueba positiva para *Helicobacter pylori* y una ecografía que informaba de 2 quistes hidatídicos sin complicaciones. Las cifras de bilirrubina total eran de 4 mg/dl la directa, 3,4 mg/dl la indirecta; GOT, 184 U/l; GPT, 273 U/l; GGT, 1.272 U/l; fosfatasa alcalina, 661 U/l; CEA normal y CA 19.9, 1.535 U/ml. En un hemocultivo apareció un bacilo gramnegativo. Durante el ingreso se realiza TC (fig. 1) abdominal y colangiorresonancia magnética (colangio-RM) que revelaron que el quiste del segmento II presentaba una complicación biliar que causaba colangitis segmentaria por apertura a vía biliar.

Con la orientación diagnóstica de complicación de un quiste hidatídico, se inició tratamiento antibiótico que resolvió la colangitis y posteriormente se realizó lobectomía hepática izquierda (fig. 2); el postoperatorio cursó sin incidencias. El resultado de la anatomía patológica mostró una formación quística de 4 cm que estaba englobada por otra de 8 cm con otros 2 pequeños nódulos de 1 y 0,8 cm, compatible con

Correspondencia: Dr. F.X. Molina Romero.

Joan Ripoll i Trobat, 4, 3.º D. 07013 Palma de Mallorca (Islas Baleares). España.

Correo electrónico: xmol@mac.com

Manuscrito recibido el 1-8-2006 y aceptado el 4-12-2006.



Fig. 1. Tomografía computarizada en la que se observa un quiste hidatídico calcificado en el segmento II que centra al colangiocarcinoma.



Fig. 2. Imagen de la lobectomía izquierda donde se aprecia la cúpula del quiste hidatídico.

colangiocarcinoma multicéntrico. El paciente murió a los 5 meses de la cirugía. En las TC de control, se veía siembra metastásica ya desde el primer mes.

Discusión

La hidatidosis hepática es una enfermedad infecciosa benigna, que puede evolucionar a procesos de consecuencias fatales, producida por un parásito llamado *Echinococcus granulosus* en su forma larvaria. La rotura de un quiste hidatídico hacia las vías biliares produce las principales complicaciones, que se traducen clínicamente como dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia³. Los estudios de imagen, como la ecografía, la TC y la RM sirven para dar la localización, el tamaño y el componente unilocular o multilocular, junto con la relación con los pedículos portales principales y las venas suprahepá-

ticas³. Cuando se sospecha una comunicación con el árbol biliar, la colangio-RM con reconstrucción es una exploración fundamental.

El colangiocarcinoma intrahepático se suele presentar con una clínica de ictericia indolora. Los valores de bilirrubina suelen estar elevados, como también la fosfatasa alcalina en más de un 90%, los de CEA en un 40-60% y los de CA 19.9 en más del 80%^{4,5}. La TC muestra al tumor como una masa redondeada y atenuada con respecto al parénquima, con márgenes irregulares o lobulados y dilatación focal de los conductos intrahepáticos de alrededor⁶. Puede haber calcificaciones en el 25% y una escara central en el 30%⁷. La RM muestra una masa no encapsulada con márgenes irregulares que es hipointensa en T1 e hiperintensa en T2².

En el sudeste asiático hay una gran prevalencia de colangiocarcinoma⁸. Este hecho se relaciona con la alta incidencia de la infección parasitaria por *Clonorchis sinensis* y *Opisthorchis viverrini*⁸. Estas entidades se relacionan porque la infestación causa una inflamación crónica de los conductos biliares y finalmente se desencadenan fenómenos carcinogénicos⁸. No se ha visto relación entre la infestación de otros parásitos, como *Schistosomiasis japonica*, fasciola hepática o *Echinococcus granulosus*², con el colangiocarcinoma, aunque éste expresa un antígeno tumoral⁹.

La falta de relación entre el quiste hidatídico y los fenómenos neoplásicos, la clínica de colangitis y el diagnóstico radiológico erróneo motivó una subestadificación del proceso que se tradujo en un infratratamiento quirúrgico.

Entre los tratamientos quirúrgicos de la hidatidosis hepática se encuentran las resecciones hepáticas³. En este caso, al tratarse de un quiste ubicado en el segmento II, la lobectomía izquierda era lo más indicado, ya que técnicamente es sencilla y la posibilidad de apertura del quiste, mínima. Al ser una enfermedad infecciosa, los márgenes de resección, mientras la pieza contuviera el quiste, carecían de importancia. El infratratamiento quirúrgico se debió a que, al tratarse de un colangiocarcinoma, la técnica adecuada hubiera sido una hepatectomía izquierda, ya que el margen de resección estaba afecto.

La supervivencia de los pacientes que se presentan con ictericia y tienen un colangiocarcinoma intrahepático no suele superar el año desde el diagnóstico². Un estudio demostró que, de los pacientes que no tienen metástasis linfáticas en los ganglios portales, sobrevive el 64% a los 3 años¹⁰. A los 5 años, de los pacientes con márgenes quirúrgicos negativos y ganglios libres de metástasis, del 20 al 48%². En nuestro caso, dada la enfermedad de base, con las imágenes radiológicas no se pudo realizar el diagnóstico correcto y nosotros no pudimos proceder oncológicamente para aumentar la supervivencia a la enfermedad.

Bibliografía

1. Anthony PP. Tumours and tumour-like lesions of the liver and biliary tract. En: Mac-Sween RNM, Anthony PP, Scheuer PJ, editores. Pathology of the Liver. 2.ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1987. p. 574.
2. Curley SA. Diagnosis and management of biliary tract cancer. En: Blumgart LH, Fong Y, editores. Surgery of the liver and biliary tract. 3.ª ed. New York: WB Saunders; 2000. p. 1423.

3. Franco D, Vons C. Tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos del hígado. Enciclopedia médico quirúrgica. Tratado de técnicas quirúrgicas: Aparato digestivo. Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2000. p. 2-4.
4. Nakeeb A, Pitt HA, Sohn TA, et al. Cholangiocarcinoma: a spectrum of intrahepatic, perihilar, and distal tumors. *Ann Surg.* 1996;224:463-75.
5. Jalanko H, Kuusela P, Roberts P, et al. Comparison of a new tumor marker, CA19-9T, with α -fetoprotein and carcinoembryonic antigen in patients with upper gastrointestinal disease. *J Clin Pathol.* 1984; 37:218-22.
6. Kim TK, Choi BI, Han JK, Jang HJ, Cho SG, Han MC. Peripheral cholangiocarcinoma of the liver: two-phase spiral CT findings. *Radiology.* 1997;204:539-43.
7. Kuszyk BS, Soyer P, Bluemke DA, Fishman EK. Intrahepatic cholangiocarcinoma: the role of imaging in detection and staging. *Crit Rev Diag Imaging.* 1997;38:59-88.
8. Watanapa P, Watanapa WB. Liver fluke-associated cholangiocarcinoma. *Br J Surg.* 2002;89:962-70.
9. Álvarez Errico D, Medeiros A, Miguez M, Casaravilla C, Malgor R, Carmona C, et al. O-glycosylation in *Echinococcus granulosus*: Identification and characterization of the carcinoma-associated Tn antigen. *Exp Parasitol.* 2001;98:100-9.
10. Chou FF, Sheen-Chen SM, Chen CL, et al. Prognostic factors of resectable intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Surg Oncol.* 1995; 59: 40-4.