

## COLANGIOCARCINOMA

## INTRODUCCION

Los tumores de la vía biliar son extremadamente infrecuentes. Los benignos incluyen adenomas, leiomiomas, lipomas, carcinoides, angioleiomiomas y fibromas. Son indistinguibles de los tumores malignos por lo que deben ser resecados. Los tumores malignos, concretamente los colangiocarcinomas, son también muy infrecuentes.

## EPIDEMIOLOGÍA

Se trata de un tumor infrecuente que se origina en el epitelio biliar. En Estados Unidos su incidencia es de 1 caso por 100.000 habitantes (1).

Según su localización se clasifican en tres tipos:

1. Intrahepáticos, son los más infrecuentes y se comportan como tumores primarios hepáticos
2. Perihiliares o tumores de Klatskin, son los más frecuentes y constituyen el 60-80% de los colangiocarcinomas
3. Distales.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de este tipo de tumor son:

- Colangitis esclerosante primaria (2), hasta en un 30% de los pacientes con esta patología puede detectarse este tumor en la autopsia.
- Colitis ulcerosa.
- Quistes coledocales.
- Infección biliar por Clonorchis Sinensis.
- Coledocolitiasis.

## PRESENTACIÓN CLÍNICA

Depende básicamente de la localización del tumor.

- Ictericia obstructiva en > 90% de los casos.
- Colangitis (habitualmente por manipulación instrumental previa de la vía biliar).
- Pérdida de peso.
- Dolor abdominal inespecífico.
- Prurito.
- Alteraciones del perfil hepático.

## DIAGNOSTICO

1. La primera técnica de imagen es la ecografía abdominal. Los tumores de localización distal son más difíciles de distinguir y pueden confundirse con neoplasias primarias pancreáticas o periampulares. Los colangiocarcinomas hiliares no suelen cursar en forma de masa, sino que típicamente provocan dilatación de la vía biliar intrahepática y colapso de la extrahepática.

2. La Tomografía Computarizada (TC) puede ayudar a identificar el tumor y permite la estadificación de este.

3. La Colangiografía Magnética (CRM) es en la actualidad, la técnica no invasiva de elección para el estudio de la vía biliar, ya que proporciona información simultánea tanto de la anatomía biliar como de la extensión locorregional (3,4).

4. El Ultrasonido Endoscópico (USE) puede ser de gran utilidad, en especial en los tumores del tercio distal, ya que no solo permite establecer un diagnóstico de sospecha, sino que permite realizar el estudio de extensión locorregional y la obtención de material citológico mediante punción con aguja fina (1).

5. La Colangiografía Retrógrada Endoscópica y la Percutánea, que años atrás eran las técnicas de elección para el diagnóstico de estos tumores, quedan actualmente reservadas para el tratamiento paliativo de la ictericia obstructiva mediante la colocación de prótesis biliares.

6. Los marcadores tumorales CEA y CA 19-9 suelen encontrarse elevados, aunque ninguno de ellos posee suficiente sensibilidad ni especificidad para ser utilizados en el diagnóstico precoz.

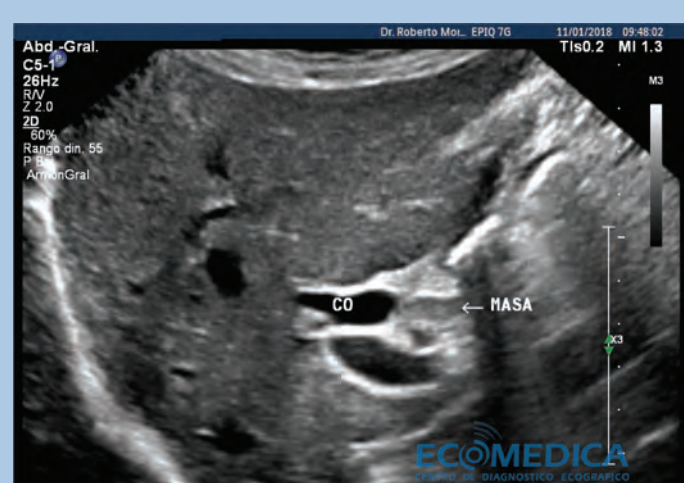


fig. 1. Masa sólida isoecogénica en el tercio distal del colédoco.



fig. 2. Colédoco dilatado de 6,9 mm. y tumoración intraluminal en su extremo distal.

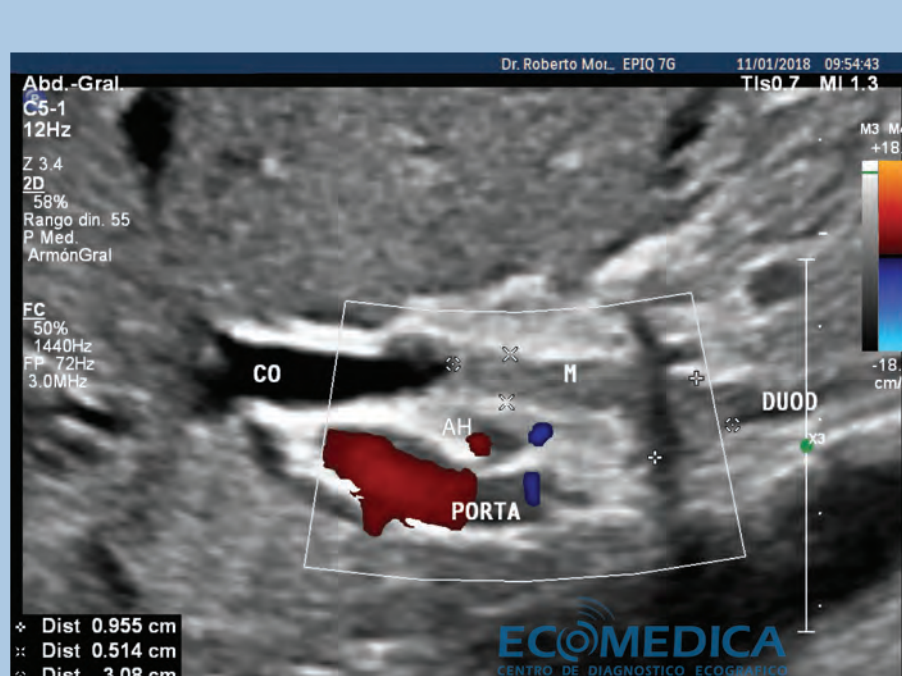


fig. 3. La masa tumoral intracoledociana descrita mide 30 x 9,5mm. Además se observa la arteria hepática(AH) , la vena porta y un segmento del duodeno.



fig. 4a y b. Vías biliares intrahepáticas izquierdas y derechas dilatadas.

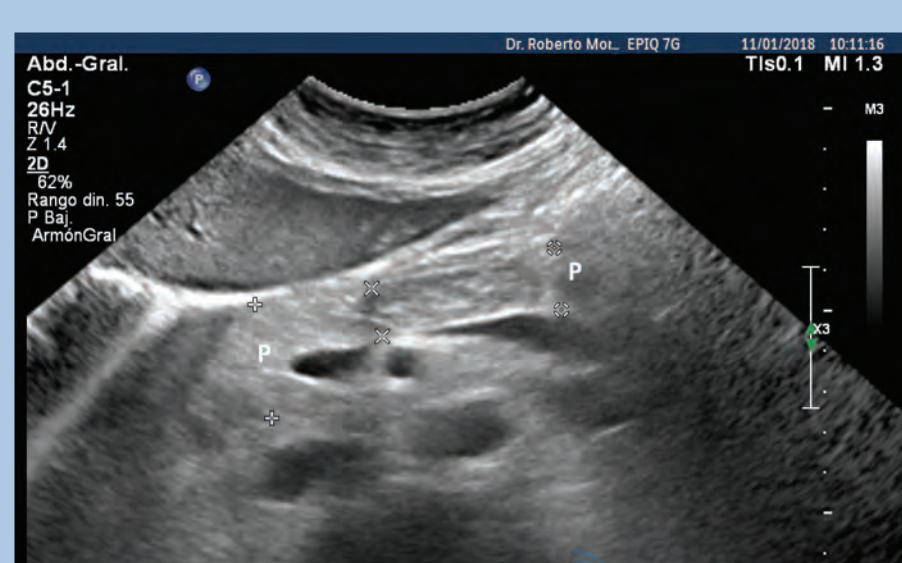


fig. 5. Páncreas (P) de forma y tamaño normal sin masas ocupativas y sin dilatación del Wirsung.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Randi G, Malvezzi M, Levi F et al. Epidemiology of biliary tract cancers: an update. Ann Oncol 2009;20:146.
2. Burak K, Angulo P, Pasha TM, Egan K, Petz J, Lindor KD. Incidence and risk factors for cholangiocarcinoma in primary sclerosing cholangitis. Am J Gastroenterol 2004;99:523-6.
3. Khan SA, Davidson BR, Goldin R, Pereira SP, Rosenberg WM, Taylor-Robinson SD, Thillainayagam AV, Thomas HC, Thursz MR, Wasan H; British Society of Gastroenterology. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. Gut 2002;51:7-9.
4. Khan SA, Thomas HC, Davidson BR, Taylor-Robinson SD. Cholangiocarcinoma. Lancet 2005; 366:1303