



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2611 - Cuando la ictericia llega a atención primaria. A propósito de un caso

L. Calvo Apraiz^a, N. Pérez Iglesias^b y F.J. Barba Tamargo^c

^aMédico Radiólogo Residente de 1^{er} año. Hospital Donostia. San Sebastián. ^bMédico de Familia Residente de 1^{er} año de Rehabilitación. Hospital Donostia. San Sebastián. ^cMédico Especialista en Cirugía Torácica.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años sin AP de interés. Con AF de colelitiasis y sin tratamientos crónicos. Acude a consulta por ictericia, molestias en hipocondrio derecho y cansancio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración clínica: objetiva ictericia de piel y escleróticas, por lo demás anodina. Analítica completa: muestra una alteración de la función hepática de tipo colestático. Se solicita una ecografía de forma programada que muestra signos radiológicos de dilatación de la vía biliar intrahepática, integridad del páncreas y una lesión a nivel del hilio hepático compatible con un colangiocarcinoma del hilio hepático, denominado tumor de Klatskin.

Juicio clínico: Colangiocarcinoma en hilio hepático.

Diagnóstico diferencial: Se puede producir una obstrucción biliar parcial o completa como consecuencia de la compresión extrínseca de las vías biliares. La causa más frecuente de esta modalidad de ictericia obstructiva es el carcinoma de la cabeza del páncreas. También puede producirse obstrucción biliar como complicación de una pancreatitis aguda o crónica o debido a la afectación de los ganglios linfáticos del hilio hepático por un linfoma o un carcinoma metastásico. Este último trastorno debe diferenciarse de la colestasis secundaria a la infiltración tumoral masiva del hígado.

Comentario final: El colangiocarcinoma consta de adenocarcinomas mucinógenos (distintos del HCC) que nacen de los conductos biliares. Se les clasifica según su sitio anatómico de origen en intrahepáticos, hiliares y periféricos. Se acompañan de cirrosis con menos frecuencia que el HCC, excepto la cirrosis biliar primaria. Las neoplasias nodulares que surgen en la bifurcación del colédoco reciben el nombre de tumores de Klatskin y por lo general se acompañan de colapso vesicular, signo que obliga a estudiar el árbol biliar completo. El tratamiento del CCC central y del CCC periférico es diferente. A pesar de que muchos casos de CCC no tienen una causa evidente, se han identificado algunos factores predisponentes como son la colangitis esclerosante primaria, que es una enfermedad autoinmunitaria y la clonorquiosis hepática en asiáticos, especialmente por *Opisthorchis viverrini* y *Clonorchis sinensis*. Al parecer, el CCC también se vincula con cualquier causa de inflamación y lesión crónicas de las vías biliares, con hepatopatía alcohólica, coledocolitiasis, quistes de colédoco (10%) y enfermedad de Caroli (una rara forma hereditaria de ectasia del conducto biliar). El cuadro inicial típico del CCC comprende ictericia indolora, que a

menudo se acompaña de prurito o pérdida ponderal. El diagnóstico se establece con una biopsia percutánea en el caso de lesiones periféricas del hígado o, con mayor frecuencia, por medio de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP, endoscopic retrograde cholangiopancreatography) bajo visión directa en el caso de lesiones centrales. La valoración radiográfica inicial comprende una ecografía, que es útil para visualizar la dilatación de los conductos biliares, una MRI o colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP, magnetic resonance cholangiopancreatography) o CT helicoidal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levy AD. Biliary Ducts - Pathology. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC.
2. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison's principles of internal medicine. Vol 1. 17th ed. New York: McGraw Hill, 2008.