

Hemorragia digestiva como manifestación del colangiocarcinoma periférico intraductal

Gastrointestinal haemorrhage as a sign of peripheral intraductal cholangiocarcinoma

El colangiocarcinoma periférico puede presentarse de forma intraductal, y una manifestación infrecuente del mismo es la hemorragia¹. Presentamos 2 casos de colangiocarcinoma intraductal cuya hemorragia ocasiona en un caso anemia y en la otra ictericia obstructiva.

Caso 1. Varón de 86 años, con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica estable con IAM en el 2000 y colecistectomía por vía laparoscópica, que acude a urgencias por cuadro de mal estar general y astenia, que se diagnostica de reagudización de anemia microcítica hipocroma e ingresa para estudio.

En la analítica destaca hemoglobina de 77 g/l con hematocrito de 22%. La determinación sérica de los marcadores tumorales (AFP, Ca19,9 y CEA), así como los valores de función hepática se encontraban dentro de los límites de la normalidad.

Durante su ingreso en otro centro, se realiza fibrogastroscoopia que visualiza pólipo en duodeno que se extirpa (anatomía patológica: adenoma veloso con displasia de grado medio). Se prosigue el estudio mediante ecografía abdominal que evidencia tumoración hepática, por lo que se realiza TC abdominal que muestra lesión endobiliar izquierda que se extiende hacia la convergencia biliar principal, compatible con tumoración de tipo papilar, que condiciona una importante dilatación biliar proximal con atrofia del lóbulo hepático izquierdo y leve dilatación biliar derecha (fig. 1).

Durante el ingreso el paciente presenta melenas de forma continuadas que precisan de transfusión. Dado la persistencia

de la hemorragia, se realiza una nueva fibrogastroscoopia, y mediante el estudio con el duodenoscopio se observa hemobilia con coágulos que drenan espontáneamente por la papila, sin alteración macroscópica de la misma, descartando hemorragia postextracción del pólipo duodenal.

Con la orientación diagnóstica de colangiocarcinoma periférico con extensión endobiliar y sangrado de origen tumoral se plantea tratamiento quirúrgico por signos de hemorragia persistente, y se realiza hepatectomía izquierda incluyendo el segmento I. No se evidencia afectación macroscópica del margen de resección a nivel de la vía biliar ni por coledoscopia, por lo que se decide no incluir la resección de la vía biliar dada la edad y comorbilidad del paciente.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de colangiocarcinoma papilar de crecimiento intraductal de 4,5 cm de diámetro máximo con afectación focal del margen de resección. El examen macroscópico de la pieza de resección confirmó la dilatación de la vía biliar y la masa tumoral con crecimiento intraductal formador de papilas.

La evolución postoperatoria del paciente cursó de forma favorable, con buena función hepática por lo que fue dado de alta 9 días después de la cirugía.

Caso 2. Varón de 49 años sin antecedentes de interés, que consulta por dolor en hipocondrio derecho con ictericia obstructiva. Durante su ingreso se realiza ecografía abdominal que muestra dilatación de la vía biliar intrahepática con contenido ecogénico en su interior. Se prosigue el estudio con TC abdominal que muestra hallazgos sugestivos de colangiocarcinoma periférico con cambios desmoplásicos en su interior y signos de extensión endoluminal distal. Analíticamente destaca AFP de 16,9 ug/l, con CA19,9 de 342 u/l. Se decide intervención quirúrgica realizándose hepatectomía izquierda con resección del segmento I, resección de la vía biliar, hepaticoyeyunostomía en Y de Roux y linfadenectomía hiliar. Anatomía patológica diagnóstica para colangiocarcinoma periférico de 8 cm con extensión intraductal, con márgenes libres (fig. 2). Durante el postoperatorio destaca episodio febril, con TC abdominal que objetiva colección en el lecho de resección (cultivo: *E. coli*), con drenaje correcto a través de drenaje quirúrgico. La evolución posterior cursa de forma correcta, siendo alta.

El colangiocarcinoma es un tumor que se origina en el epitelio de los conductos biliares, tanto de la vía intra como extrahepática². El colangiocarcinoma periférico representa menos del 10% del total de los tumores de la vía biliar y es el segundo tumor primario hepático en frecuencia después del carcinoma hepatocelular^{2,3}. Anatomopatológicamente se trata de un adenocarcinoma que se origina en los conductos biliares siendo característicamente su



Figura 1 – TC abdominal que muestra dilatación biliar proximal con atrofia del lóbulo hepático izquierdo y leve dilatación biliar derecha.

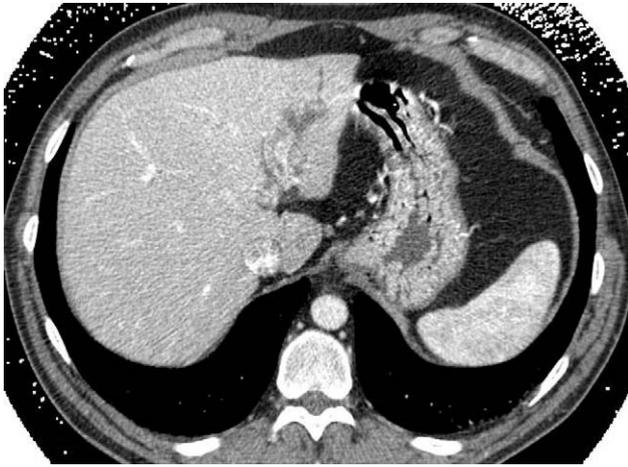


Figura 2 – TC abdominal que evidencia la presencia de una lesión de aspecto sólido endoluminal en la vía biliar principal izquierda.

crecimiento de tipo infiltrativo^{4,5}. La forma de presentación intraductal presenta un crecimiento papilar intraluminal con una incidencia de afectación nodular menor que en el tipo infiltrativo^{4,5}.

Si bien puede presentarse con colestasis, lo más frecuente es que el diagnóstico se plantee en el diagnóstico diferencial del tumor hepático^{4,6}.

La hemobilia es la presencia de sangre en las vías biliares, y suele acompañarse de uno o más de los siguientes signos y síntomas: dolor, hemorragia gastrointestinal alta (hematemesis o melenas) o ictericia. Encontrar la tríada completa sólo aparece en el 22% de los pacientes^{7,8}.

El colangiocarcinoma es una causa bien establecida de hemobilia, aunque la hemobilia por causa tumoral ocurre en menos del 10% de los casos⁷. Así pues, los 2 casos que se presentan muestran una posible manifestación del colangiocarcinoma intraductal que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva asociada a obstrucción biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan SA, Davidson B, Goldin R, Pereira S, Rosenberg W, Taylor-Robinson SD, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. *Gut*. 2002;51(SupplVI):vi1-9.
2. Casanova D, Figueras J, Pardo F, editores. Guía clínica de la asociación Española de Cirujanos. Aran ediciones Cirugía hepática. 2004;8:152-5.
3. Yang J, Yan LN. Current status of intrahepatic cholangiocarcinoma. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6289-97.
4. Blumgart LH, Belghiti J. Surgery of the liver, biliary tract and pancreas, editors In: Intrahepatic and extrahepatic biliary cancer. 4th ed. Saunders Elsevier; 2007; p. 782-822.
5. Kondo S, Takada T, Miyazaki M, Miyakawa S, Tsukada K, Nagino M, et al. Guidelines for the management of biliary tract and ampullary carcinomas: surgical treatment. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2008;15:41-54.
6. Hayashi J, Matsutoka S, Inami M, Ohshiro S, Ishigami A, Fujikawa H, et al. A case of asymptomatic intraductal papillary neoplasia of the bile duct without hepatolithiasis. *World J Gastroenterol*. 2008;14:1625-9.
7. Manolakis AC, Kapsoritakis AN, Tsikouras AD, Tiopoulos FD, Pychos AK, Potamianos SP. Hemobilia as the initial manifestation of cholangiocarcinoma in a hemophilia B patient. *World J Gastroenterol*. 2008;14:4241-4.
8. Nauta RJ. Cholangitis, haemobilia, and cholangiocarcinoma. Management of a fistula between an obstructed right hepatic duct and the portal vein. *Cancer*. 1989;64:542-6.

Anna Muñoz, Laura Lladó*, Emilio Ramos, Jaume Torras y Antoni Rafecas

Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: laurallado@bellvitgehospital.cat, 31513llg@comb.cat (L. Lladó).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.017

Tumor de células gigantes de arco anterior costal, una localización poco habitual

Giant cell tumour of the anterior costal margin: A rare location

El tumor de células gigantes suele originarse en las epífisis de huesos largos, siendo poco frecuente su localización costal. Incluso cuando el tumor aparece en las costillas lo hace en el arco posterior de las mismas. Presentamos el caso de una mujer de 45 años con un tumor de células gigantes derivado

del tercer arco costal anterior izquierdo, tratado con resección en bloque de la lesión y reconstrucción del defecto con una malla de titanio. Con este trabajo pretendemos aportar a la literatura una localización poco habitual de este tipo de tumor óseo.