HE
HOSPITAL ESPAÑOL

0710

COLANGIOCARCINOMA HILIAR A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
Rocha N.[1],Quintero M.[1], Vengoechea L.[1], Yanac M.[1], Neira A.[2], Rizzo F.[3]

[1] Residente, servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital Español de Buenos Aires, Argentina.

[2] Instructora de residentes, servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital Español de Buenos Aires, Argentina.

[3] Jefe del servicio de diagnóstico por imágenes, Hospital Español de Buenos Aires, Argentina.

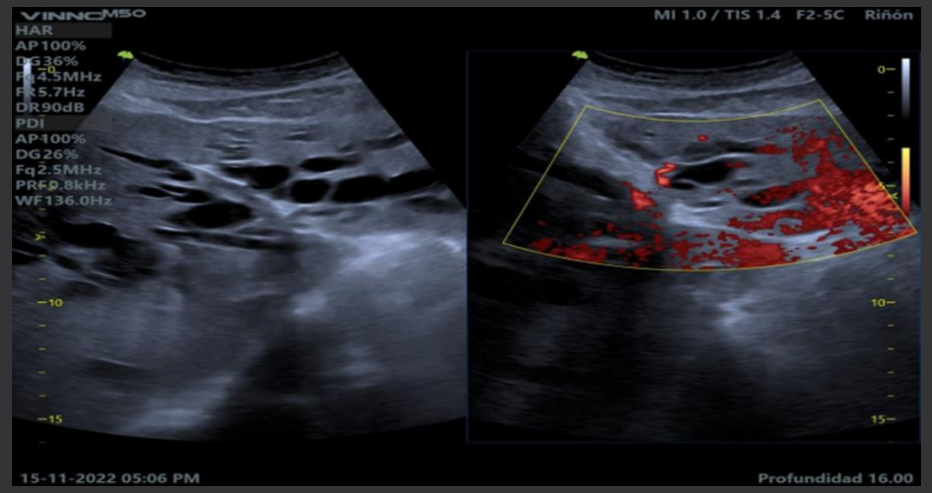
Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés

PRESENTACIÓN DE CASO

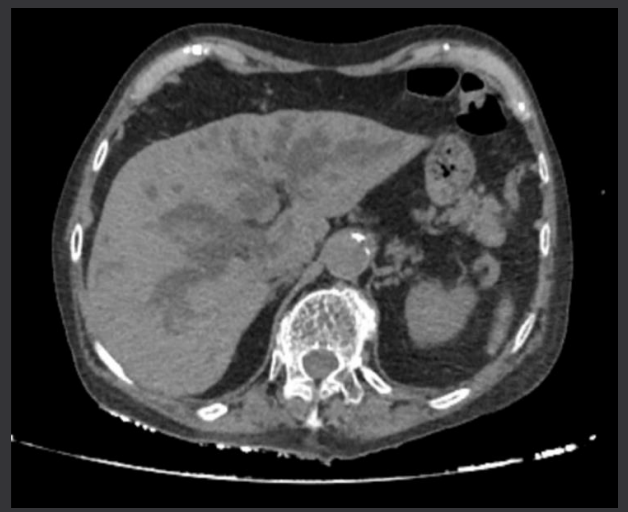
Femenina de 83 años acude a guardia por presentar ictericia mucocutánea, coluria, dolor abdominal intermitente, de 3 semanas de evolución, asociado a pérdida de peso, antecedente de HTA, gastritis crónica y neuralgia del trigémino. Posterior a estudios complementarios se realiza catéter de drenaje de vía biliar percutánea por colestasis extrahepática a nivel del carrefour.

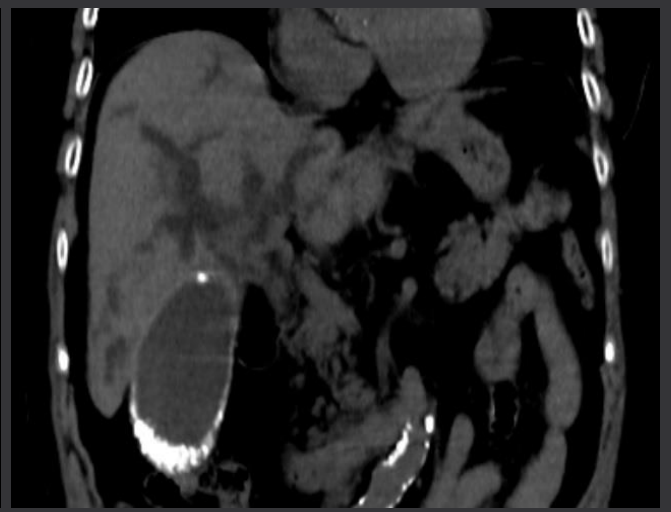
HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS

Ecografía Abdominal: Se evidencia dilatación de vía biliar intra y extrahepática sin unión de los conductos derecho e izquierdo, vesícula biliar distendida de paredes finas y barro biliar en su interior.



Tomografía abdominal con contraste: Dilatación de la vía biliar intrahepática con stop abrupto a nivel del Carrefour biliar donde se observa área difusa, hipodensa, sin delimitar sus bordes en relación a proceso neoformativo Colangiocarcinoma de la unión, colédoco con aumento de densidad de 13 mm, así mismo la vesícula biliar marcadamente distendida de paredes finas calcificadas de contenido heterogéneo.





DISCUSIÓN

El colangiocarcinoma es un adenocarcinoma poco frecuente y agresivo que surge de las células epiteliales del tracto biliar. Se clasifica en intrahepático que corresponde al 25%, perihiliar 50%, extrahepático distal 20% y multifocal 5%. El extrahepático también se clasifica en tercio superior de la vía biliar, tercio medio y tercio inferior. Se denominaba tumor de Klatskin al Colangiocarcinoma situado en la confluencia hiliar que es de tipo infiltrativo con invasión maligna periductal.

El tratamiento es la resección quirúrgica pero la mayoría de las veces es irresecable, para estos casos hay posibilidad de paliación mediante la colocación de endoprótesis por vía percutánea.

CONCLUSIÓN

Es importante el estudio por imágenes para poder realizar una sospecha diagnóstica y evaluar la posibilidad de tratamiento quirúrgico según sus hallazgos, ya que la cirugía es un tratamiento de elección.

BIBLIOGRAFÍA

-Giménez M, Andreacchio A. Carcinoma de vías biliares. Tumor de Klatskin. En: Galindo F, editor. Cirugía digestiva. Buenos Aires: SACD; 2009. IV-466-, p. 1-12.

-H. Malhi; E. G. Grant; V. Duddalwar. Contrast-Enhanced Ultrasound of the Liver and Kidney. Radiol Clin N Am 52 (2014) 1177–1190.

- R. Castaño. Tumor de la confluencia hiliar hepática (Klatskin). Rev Col Gastroenterol / 26 (2) 2011.

-Rumack; Wilson; Charboneu; Levine. Diagnóstico por ecografía 2014; Marbán.

-B. L. Yam; E. S. Siegelman. Mr imaging of the biliary sustem. Radiol Clin N Am 52 (2014) 725-755.