



COLANGIOCARCINOMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

1284



AUTORES: DRA. VANIA MAGALY CHAVEZ OCHOA

Declaro no tener ningún conflicto de interés.

SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

BUENOS AIRES – ARGENTINA



PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

- ▶ Paciente de 71 años de sexo femenino.
- ▶ Cuadro clínico de aproximadamente 9 días de evolución caracterizado por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho intensidad 8/10 que no cedía con analgésicos.
- ▶ Presenta ictericia, coluria y acolia.
- ▶ Bilirrubina directa: 8.3 MG/DL / Bilirrubina total: 8,6 MG/DL
- ▶ No refiere antecedentes patológicos ni quirúrgicos.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

Hallazgos en Tomografía Computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso protocolo hepático:

Fase sin contraste:

Se observa hígado presenta contornos lobulados, tamaño aumentado con lóbulo caudado, densidad heterogénea difusa. Hallazgos compatibles con hepatopatía crónica.

Fase arterial:

Hepatomegalia con formación morfológica de aspecto polilobulado llama la atención una lesión expansiva, heterogénea, discreto realce parietal en fase arterial que impresiona comprometer múltiples segmentos, con epicentro en la región central del hígado en el lóbulo caudado y en segmento IV. Se observan múltiples nódulos similares satelitales pero de menor tamaño que comprometen ambos lóbulos y múltiples segmentos de distribución difusa.

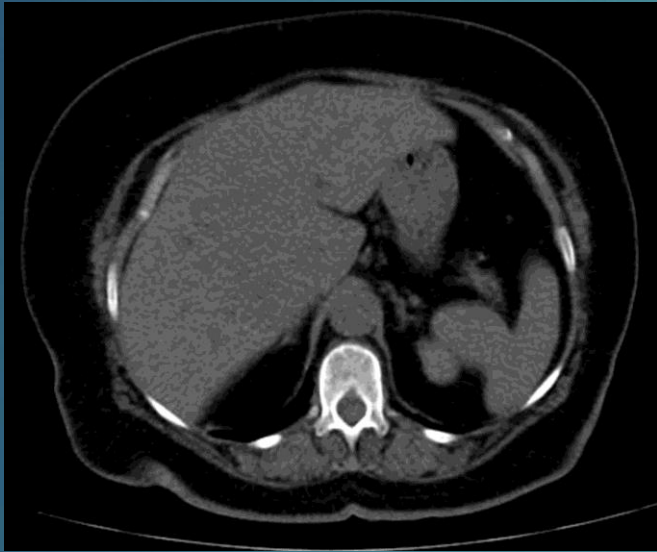


Fig. 1: Corte axial de tomografía computada de abdomen y pelvis sin contraste endovenoso.

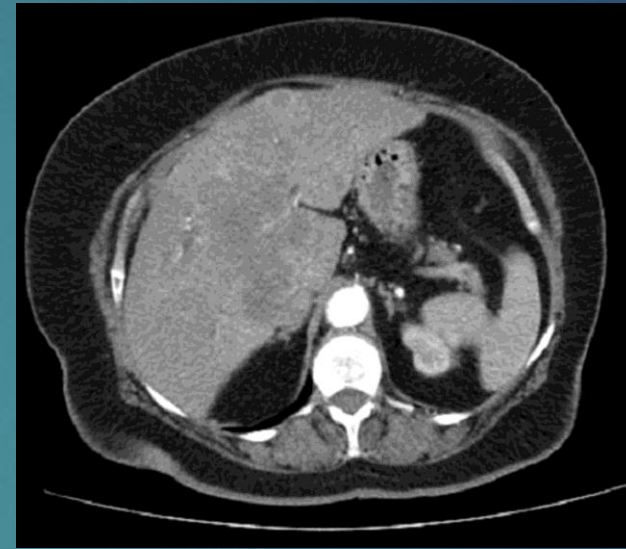


Fig. 2: Corte axial de tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso en fase arterial.

Fase venosa:

Se hace más evidente la lesión expansiva, de márgenes irregulares que presenta realce heterogéneo tras la administración de contraste endovenoso y compromete múltiples segmentos, con epicentro en la región central del hígado en el lóbulo caudado.

- En su diámetro mayor mide 11cm aproximadamente.
- El efecto de masa asociado condiciona dilatación de la vía biliar intrahepática y desplaza estructuras vasculares como la vena porta derecha y suprahepática derecha sin evidencia de invasión o infiltración. Se observan múltiples nódulos similares satelitales, pero de menor tamaño que comprometen ambos lóbulos y múltiples segmentos de distribución difusa.



Fig. 3: Corte axial de tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso en fase venosa.

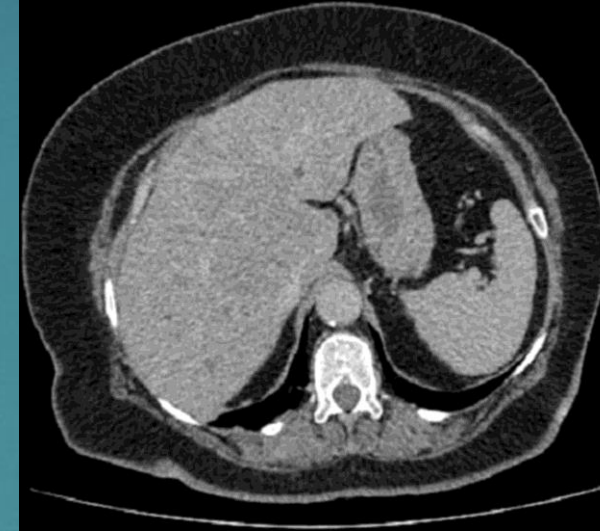


Fig. 4: Corte axial de tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso en fase excretora.

Fase tardía o excretora

Se observa lesión expansiva hepática con epicentro en región central de hígado y lóbulo caudado que lava la lesión.

DISCUSIÓN

El colangiocarcinoma es un tumor que surge de los conductos biliares intrahepáticos. Misma frecuencia en hombres y mujeres, edad 50 – 75 años. Suele ser grande mayor a 5 cm, es formador de masa y a menudo tiene nódulos satélites.

Clasificación de acuerdo a su localización los colangiocarcinomas intrahepáticos con afectación de las vías biliares intrahepáticas se incluyen en los tumores primarios hepáticos y los colangiocarcinomas extrahepáticos con afectación del colédoco se agrupan con las neoplasias de vesícula. Hallazgos en tomografía: sin contraste se evidenciará una masa hipodensa, heterogénea, solitaria o con nódulos satelitales, durante la fase arterial se puede observar con un reforzamiento de la totalidad de la lesión. Puede presentar un reforzamiento progresivo: existiendo el máximo realce en fases tardías. En fase portal se evidencia dilatación de la vía biliar intrahepática y ver si compromete estructuras vasculares. En la fase tardía puede persistir con realce debido al estroma fibroso que puede o no tener.

Dentro de los diagnósticos diferenciales están hepatocarcinoma, linfoma hepático y metástasis.

En el caso de nuestra paciente se realiza una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión hepática compatible con colangiocarcinoma intrahepático.



Fig. 5: Corte coronal de tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso en fase venosa.

CONCLUSIÓN

- ▶ Colangiocarcinoma es un tumor de las vías biliares de presentación infrecuente que requiere protocolo hepático adecuado para un diagnóstico más certero.
- ▶ Detallar los hallazgos encontrados en los estudios complementarios de imágenes es de gran ayuda y más si se realiza el protocolo adecuado para la caracterización de la lesión encontrada.
- ▶ Conocer las diferentes etiologías posibles gracias a la correcta visualización de las imágenes a fin de descartar otros diagnósticos diferenciales.
- ▶ Gracias al trabajo multidisciplinario de cirugía percutánea y anatomía patológica pudimos llegar al Diagnóstico definitivo del caso clínico detallado previamente.

BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Ashesh Ishwarlal Ranchod (2023) Cholangiocarcinoma. Obtenido de <https://radiopaedia.org/articles/cholangiocarcinoma>.
- ▶ E. camuera, J.C. Correa Zapata, V. García de Pereda De Blas, G. Iglesias Hidalgo. (2019). Colangiocarcinoma: Claves diagnósticas en TC y RM. Obtenido de <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2019/S-0525>
- ▶ Joaquín Laguna, A., Nicolás Liza, L., Valbuena Durán, E., Díaz Concepción, J., Jurado López, J. C., & Pérez Retortillo, J. A. (2018). Diagnóstico por imágenes en el colangiocarcinoma. Obtenido de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2026>.
- ▶ Joshua Yap. (2022) Mass-forming intrahepatic cholangiocarcinoma. Obtenido de <https://radiopaedia.org/articles/mass-forming-intrahepatic-cholangiocarcinoma>.