

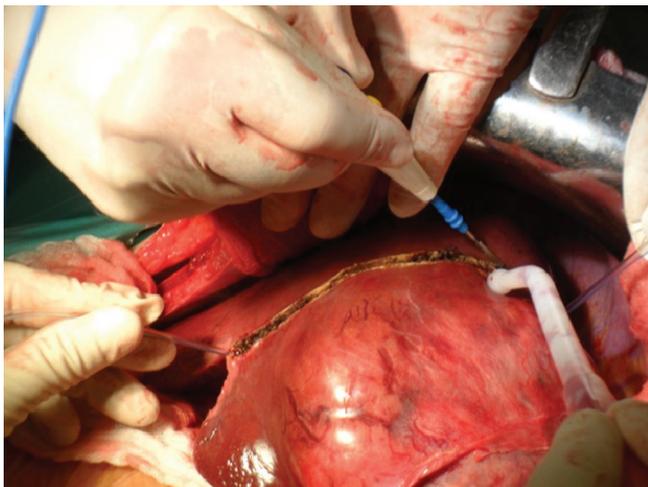
Solución del caso: Dolor y tumor epigástrico

Viene de la página 84

Se decide en ateneo interdisciplinario la conducta quirúrgica, con diagnóstico de tumor primario de hígado sobre hígado sano.

En septiembre del 2011 se realiza una laparotomía exploradora con hepatectomía izquierda, vaciamiento ganglionar y colecistectomía. No se observan signos de enfermedad extrahepática. En el intraoperatorio se constata una gran masa de 15 cm de diámetro (Figura 4).

Figura 4. Biopsia de la lesión duodenal.



Se envía un ganglio del hilio hepático a congelación, con resultado negativo. Se realiza una ecografía intraoperatoria, sin hallar otra imagen compatible con un nódulo en el hígado derecho.

La paciente presenta buena evolución postoperatoria. Se otorga el egreso sanatorial al quinto día de la cirugía.

Se recibe la anatomía patológica (Figura 5) que informa colangiocarcinoma periférico con márgenes libres de resección, ganglios negativos y vesícula biliar con colecistitis crónica.

Se decide no realizar tratamiento adyuvante. A los 24 meses de la intervención la paciente no presenta evidencias de recidiva tumoral. La tomografía computada de control se muestra en la Figura 6.

El colangiocarcinoma intrahepático periférico es un raro tumor maligno originado de las células epiteliales de los conductos biliares intrahepáticos. Representa el 10% de los tumores primarios de hígado y es más frecuente

en hombres.^{1,2} Tiene el peor pronóstico de los tumores primarios de hígado por su alta recurrencia y la sobrevida a los 5 años es de 13% a 45%.

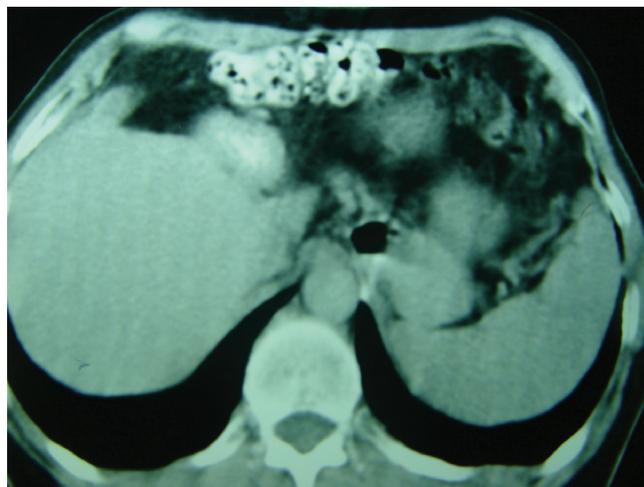
Anatómicamente distinguimos el colangiocarcinoma intrahepático (20% a 25%), el perihiliar (50% a 60%), el extrahepático distal (20% a 25%) y el multifocal (5%). Se denomina tumor de Klastkin al colangiocarcinoma situado en la confluencia hiliar o carrefour.³

Para realizar el diagnóstico se cuenta con la clínica, los parámetros de laboratorio y las imágenes. La punción

Figura 5. Macroscopía del tumor.



Figura 6. Tomografía computada de control a los 24 meses de la cirugía.



con aguja fina e histología debe reservarse para pacientes no pasibles de cirugía por mal estado general o cuando hay fuerte sospecha de patología no quirúrgica (por ejemplo, linfoma), ya que la punción puede ocasionar hemorragia e implante tumoral en el trayecto.⁴

La cirugía es la única alternativa con intención curativa. El objetivo es la resección completa con márgenes negativos (R0). La linfadenectomía del pedículo hepático completa la estadificación y establece el pronóstico. En el estadio I/II la adyuvancia no ha demostrado mejorar la sobrevida.^{4,5}

La cirugía debe ser realizada con todo el arsenal de recursos intraoperatorios que existen para la cirugía hepática mayor: ecografía intraoperatoria, biopsia por congelación, disector ultrasónico, bisturí armónico, bisturí de argón, etc.

Lo interesante del presente reporte es que solo la FAL elevada podía hacer sospechar la posibilidad de un colangiocarcinoma periférico en vez de un hepatocarcinoma variedad fibrolamelar, ya que incluso se hallaba elevada la alfa fetoproteína.

El colangiocarcinoma periférico es un tumor muy infrecuente, y el único tratamiento es la cirugía resectiva con una eventual adyuvancia con gencitabine o capacitabine más radioterapia. En algún paciente con hepatopatía

asociada con un pequeño colangiocarcinoma periférico que fue trasplantado no hubo curación y la recurrencia es la regla, por lo que no se halla indicado el trasplante.³⁻⁶

Referencias

1. Khan SA, Thomas HC, Davidson BR, Taylor-Robinson SD. Cholangiocarcinoma. *Lancet* 2005;366:1303-1314
2. Chamberlain RS, Blumgart LH. Hilar cholangiocarcinoma: a review and commentary. *Ann Surg Oncol* 2000;7:55-66.
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 (suppl 6):1-9.
4. Brugge WR. Endoscopic techniques to diagnose and manage biliary tumors. *J Clin Oncol* 2005;23:4561-4565.
5. Palmer WC, Patel T. Are common factors involved in the pathogenesis of primary liver cancers? A meta-analysis of risk factors for intrahepatic cholangiocarcinoma. *J Hepatol* 2012;57:69-76.
6. Chen LP, Li C, Wang C, Wen TF, Yan LN, Li B. Predictive factors of recurrence for patients with intrahepatic cholangiocarcinoma after hepatectomy. *Hepatogastroenterology* 2012;59:1765-1768.