

## Cartas al Director

### Hepatitis de la placa hiliar simulando colangiocarcinoma perihiliar tipo II

*Palabras clave:* Hepatitis. Colangiocarcinoma. Tumor de Klatskin.

*Key words:* Hepatolithiasis. Cholangiocarcinoma. Klatskin.

*Sr. Director:*

El colangiocarcinoma perihiliar y la hepatitis presentan una serie de características que redundan en una confusión de ambas patologías en algunas ocasiones. El caso clínico que se presenta resulta de utilidad para ilustrar la dificultad diagnóstica que ocasionalmente se produce entre patología benigna y maligna de la vía biliar.

Mujer de 76 años de edad que acude a urgencias por presentar dolor en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución, acompañándose de síndrome constitucional con anorexia y pérdida de peso no cuantificada. En los últimos 3 días previos al ingreso presentó ictericia y fiebre. Presentó discreta hiperbilirrubinemia a expensas de la fracción directa. En ecografía abdominal (obstrucción de vía biliar principal perihiliar junto con dilatación de vía biliar intrahepática con predominio en lóbulo hepático izquierdo). Analíticamente presentó incremento de las enzimas de colestasis (GGT: 848 U/l; FA: 467 U/l) y de marcadores tumorales (CA 19,9: 131,2 U/ml; CEA: 5,2 ng/ml). Ante la sospecha de colangitis por coledocolitiasis se realiza CPRE: lesión estenosante excéntrica de la placa hiliar compatible con colangiocarcinoma. Se realizó colangio resonancia nuclear magnética (CRNM): dilatación de vía biliar intrahepática con obstrucción a nivel del hepático común, con defecto de repleción intraluminal de 15 mm hasta bifurcación y parcialmente a conducto hepático principal derecho, sugestivo de colangiocarcinoma (Fig. 1); se intervino con sospecha clínica de

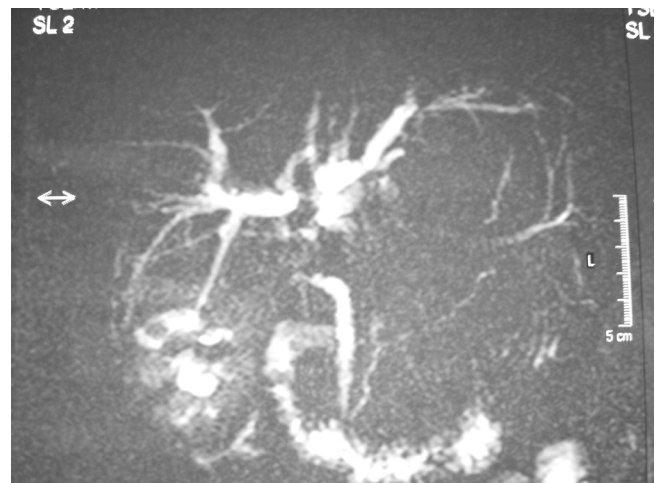


Fig. 1.- Colangio resonancia mostrando dilatación de la vía biliar intrahepática y obstrucción del hepático común.

colangiocarcinoma perihiliar tipo II según la clasificación de Bismuth. Se realizó coledocotomía con envío de biopsia intraoperatoria (ausencia de tumor). En la bifurcación del conducto hepático se localizó una estructura muy densa, un molde litiásico (Fig. 2) que se consiguió extraer con pinza de cálculo + Fogarty, y finalmente se realizó reconstrucción de la vía biliar. El postoperatorio cursó favorablemente y actualmente la paciente se encuentra en seguimiento.

En la litiasis biliar intrahepática la sospecha clínica se establece ante un paciente con clínica de colangitis (67%) y molestias en hipocondrio derecho (63%), pudiendo presentarse tan sólo como ictericia obstructiva (39%). En el colangiocarcinoma, el síntoma más frecuente es la ictericia (> 90%), y con menos frecuencia síndrome constitucional, fiebre, dolor abdominal o prurito. En el manejo de los pacientes con ictericia obstructiva está consensuado el uso de ecografía abdominal como primera prueba diagnóstica para realizar una valoración inicial (da información del nivel y naturaleza de la obstrucción y revela dilatación de vías biliares proximales a la lesión). Con respecto al resto de elementos diagnósticos: la CPRE delimita



Fig. 2.- Molde litiasico extraido de la via biliar.

el árbol biliar, aunque no es útil para caracterizar la extensión extraductal de un tumor de vías biliares, es diagnóstica de litiasis intrahepática con sensibilidad (S) = 59%/especificidad (E) = 97%, y presenta una capacidad para diferenciar patología benigna de maligna con S = 74%/E = 70%. La tomografía axial computerizada (TAC) es un elemento útil para la evaluación de la extensión tumoral; tiene una capacidad diagnóstica de cálculos biliares de S = 65%/E = 84%. La CRNM describe la anatomía biliar; diagnóstica litiasis intrahepática con S = 97%/E = 93%; coledocolitiasis con S = 88-92%/E = 91-98%, estenosis ductal con S = 93-100%/E = 98%, presencia o ausencia de alteraciones de los conductos biliares con S = 97-99%/E = 95-97%, y capacidad para diferenciar patología benigna de maligna: S = 81%/E = 70%, resultando más eficaz que la CPRE a la hora de hacer diagnóstico diferencial entre patología de la vía biliar, aunque resulta más costosa y no es capaz de efectuar un tratamiento en el mismo acto. Los marcadores tumorales pueden resultar útiles para apoyar el diagnóstico, pero siempre deben de ir acompañados de pruebas de imagen. En el colangiocarcinoma, la (x-feto proteína se encuentra elevada en < 5%, el antígeno carcinoembrionario elevado en más de la mitad de los pacientes, y el CA 19,9 elevada en 80% de pacientes, sin embargo el 21% de pacientes con ictericia no tumoral presenta un nivel de CA 19,9 > 60 U/ml, presentando S = 64,4%/E=56,7% cuando es comparado con patología de benigna de la vía biliar. Los marcadores tumorales se encuentran elevados en el colangio-

carcinoma: antígeno carcinoembrionario elevado en más de la mitad de los pacientes y CA 19.9 en más del 80%, sin embargo el 21% de pacientes con ictericia no tumoral presenta un nivel de CA 19.9 > 60 U/ml con S = 64,4%/E = 56,7% cuando es comparado con patología de benigna de la vía biliar. Los marcadores tumorales apoyan la sospecha diagnóstica de colangiocarcinoma, pero se debe ser cauto en su interpretación en el contexto del paciente con ictericia obstructiva. No siendo diagnósticos *per se*, deben acompañarse de pruebas de imagen que consoliden el diagnóstico. Se debería realizar una exploración quirúrgica de la vía biliar en caso de duda diagnóstica tras la realización de ecografía abdominal junto con CPRE y/o CRNM.

J. L. García Moreno, F. López Bernal<sup>1</sup>, D. A. Molina García<sup>1</sup>,  
F. Pareja Ciuró, I. García González<sup>1</sup>, M. A. Gómez Bravo<sup>1</sup>,  
A. Bernardos Rodríguez<sup>1</sup>, J. Serrano Díez-Canedo<sup>1</sup> y  
L. Barrera Pulido<sup>2</sup>

Unidad de Cirugía Hepatobilio Pancreática. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. <sup>2</sup>Fundación Reina Mercedes. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## Bibliografía

1. Diagnosis of intrahepatic stones: Superiority of MR cholangiopancreatography over endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *American Journal of Roentgenology* 2002; 179: 429-34.
2. Mi-Suk P, Tae Kyoung K, Kyoung Wom K, Sung Wom P, Jean Hwa L, Kyoung Ah K. Differentiation of extrahepatic bile duct cholangiocarcinoma from benign stricture: Findings at MRCP vs. ERCP. *Radiology* 2004; 223: 234-40.
3. Soto JA, Álvarez O, Munera E, Vélez SM, Valencia J, Ramírez N. Diagnosis bile duct stones: Comparison unenhanced helical CT, oral contrast enhanced CT, cholangiography, and MR cholangiography. *American Roentgen Ray Society* 2000; 175: 1127-34.
4. Becker CD, Grossholz M, Becker M, Mentha G, de Peyer R, Terrier T. Cholelithiasis and bile duct stenosis: diagnosis accuracy of MR cholangiopancreatography. *Radiology* 2004; 205: 523-30.
5. Nakad A, Colombel JF, Geulbel AP, Cerulus G, Farchakh E, Degrez T. Is jaundice a cause of error in the interpretation of CA 19-9 blood levels? *Acta Gastroenterológica Bélgica* 1989; 52 (1-2): 17-22.
6. Tangkijvanich P, Thong-ngam D, Theaboonlers A, Hanvivatong O, Kullavanijaya P, Poovorawan Y. Diagnostic role of serum interleukin 6 and CA 19-9 in patients with cholangiocarcinoma. *HepatoGastroenterology* 2004; 51 (55): 15-9.