

HEPATOLITIASIS SIMULANDO COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO

J. Mostazo-Torres¹, M. Vélchez-Jaimez², F.J. Ruiz-Padilla³

¹Hospital de la Línea de La Concepción. ²Área Sanitaria Campo Gibraltar. ³Hospital Punta Europa.

Resumen

Presentamos el caso de un paciente que acude a urgencias con signos de colangitis. Tras estudio radiológico sugiere enfermedad neoplásica de origen biliar, sin llegar a confirmarlo con biopsia ecodirigida, por lo que se procede a hepatectomía parcial, donde se objetiva que el origen de la obstrucción era una hepatolitis, y tras la resección, el paciente muestra buena evolución, manteniéndose asintomático tras un año de seguimiento. Con el caso clínico que presentamos queremos poner de manifiesto la dificultad diagnóstica que ocasionalmente se puede producir entre la patología benigna y maligna de la vía biliar (hepatolitis y colangiocarcinoma), ya que las características clínicas, analíticas y de imagen pueden ser superponibles.

Palabras clave: Colangiocarcinoma, hepatolitis.

Abstract

We report the case of a patient admitted at the emergency services with signs of cholangitis. The patient underwent an imaging study suggesting a neoplastic disease of biliary origin, not confirmed by an ultrasound-guided biopsy. We decided then to perform a partial hepatectomy, where it could be observed that the origin of the obstruction was a hepatolithiasis. After resection, the patient showed a good clinical course, remaining asymptomatic

after a year follow-up. With this clinical case report we wanted to show the diagnostic difficulty to differentiate between benign and malignant diseases of the bile ducts (cholangiocarcinoma and hepatolithiasis) because clinical, analytical and imaging studies can be identical.

Keywords: Cholangiocarcinoma, hepatolithiasis.

Caso clínico

Con el caso clínico que presentamos queremos poner de manifiesto la dificultad diagnóstica que ocasionalmente se puede producir entre la patología benigna y maligna de la vía biliar (hepatolitis y colangiocarcinoma), ya que las características clínicas, analíticas y de imagen pueden ser superponibles. La hepatolitis se define como la presencia de cálculos localizados próximamente a la confluencia de los conductos biliares derecho e izquierdo.

Presentamos el caso de un varón de 78 años, autónomo para las actividades de la vida diaria. Como antecedentes destacan HTA, dislipemia en tratamiento dietético, no hábitos tóxicos y en tratamiento con AAS 300 mg y alprazolam 0,25 mg. Acude al servicio de urgencias presentando dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho, acompañado de ictericia, coluria, febrícula de varios días de evolución e hiporexia con pérdida de unos 5 kg en el último mes.

A la exploración presenta regular estado general, manteniendo estabilidad hemodinámica, tinte ictérico de mucosas, dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de irritación.

CORRESPONDENCIA

José Mostazo Torres
pepemostazo@hotmail.com

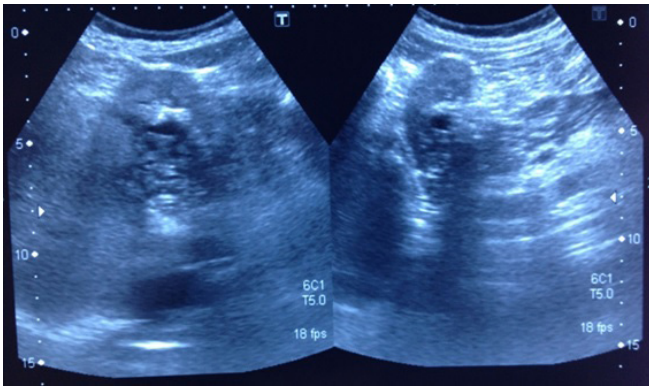


Figura 1

ECOGRAFIA CONVENCIONAL. Dos imágenes ecográficas convencionales en la que se observa masa heterogénea de 5 cm en lóbulo hepático izquierdo que dilata vía biliar izquierda.

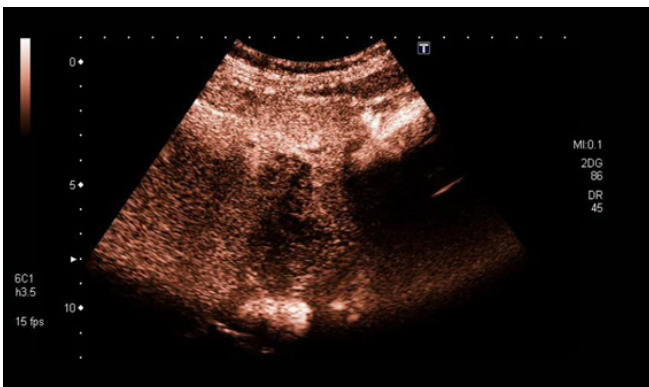


Figura 2

ECOGRAFIA CON CONTRASTE. Imagen ecográfica con contraste en la que podemos ver masa que ocupa lóbulo hepático izquierdo e hilio.



Figura 3

TAC. Imagen de TAC con contraste donde observamos masa hipodensa en el lóbulo hepático izquierdo de unos 4 cm de diámetro sugestiva de neoplasia.

Análiticamente destaca marcada leucocitosis (17200 con neutrofilia 89,6%), bilirrubina total 4,3 mg/dl con 3,6 mg/dl de directa, AST 197 U/l, ALT 270 U/l, GGT 428 U/l, FA 137 U/l. Marcadores tumorales normales, salvo Ca 19.9 138,4 U/l.

Se realiza ecografía abdominal urgente, donde se observa coledocolitiasis milimétrica y masa heterogénea de 5 cm en lóbulo hepático izquierdo, que dilata vía biliar izquierda (Figura 1). Se confirma mediante ecografía con contraste, describiéndose masa que ocupa lóbulo hepático izquierdo e hilio, observando mínimo realce en fase arterial e hipocaptante en las fases portal y venosa, por lo que sugiere malignidad, estableciendo como primera opción diagnóstica colangiocarcinoma intrahepático (Figura 2). En TAC con contraste se describe masa hipodensa en el lóbulo hepático izquierdo de unos 4 cm de diámetro sugestiva de neoplasia maligna (Figura 3).

En RNM abdominal y ColangioRMN describen irregularidad en el conducto hepático izquierdo, con una zona de interrupción del mismo, en relación con lesión de señal intermedia en T2, de unos 3x1,8 cm, que muestra tenue realce tras la administración de contraste, siendo muy sugestiva de colangiocarcinoma, además de coledocolitiasis y coledocolitiasis (Figuras 4, 5).

Tras este proceso diagnóstico radiológico realizamos biopsia ecodirigida, siendo el resultado de cambios histológicos inespecíficos, sin evidencia de malignidad en el material remitido.

Se decide tratamiento quirúrgico, realizando hepatectomía reglada de los segmentos 2, 3 y 4, así como colecistectomía. En el estudio histológico describen hepatectomía parcial con hepatitis sin objetivar células de origen neoplásico.

Tras la hepatectomía el paciente cursa un postoperatorio favorable, siendo dado de alta a los 10 días y mantiene revisiones cada 3 meses sin nuevas incidencias.



Figura 4

COLANGIORMN. ColangioRMN: irregularidad en el conducto hepático izquierdo, con una zona de interrupción del mismo, además de coledocolitiasis y coledocolitiasis.

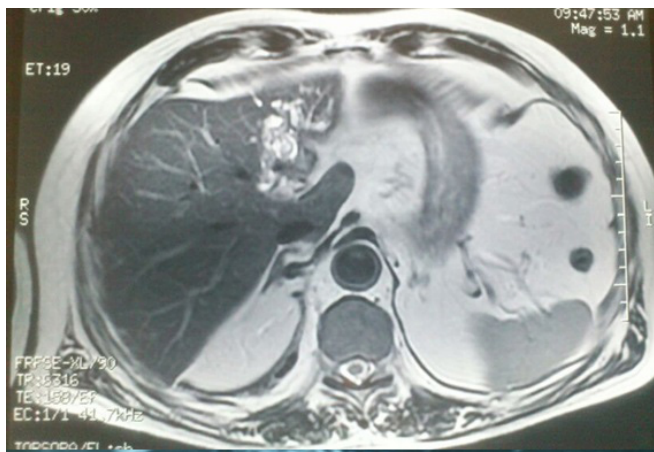


Figura 5

RESONANCIA HEPÁTICA. RMN hepática: lesión de señal intermedia en T2, de unos 3x1,8 cm en lóbulo hepático izquierdo, que muestra tenue realce tras la administración de contraste, siendo muy sugestiva de colangiocarcinoma.

La hepatolitiasis es endémica del sudeste asiático, llegando a presentarse con una prevalencia de hasta el 30-50%. La hepatolitiasis primaria también es conocida en los países orientales como colangitis piógena recurrente y colangiohepatitis oriental¹. Predomina en la quinta y sexta década, sin predisposición de género, predominando en el segmento lateral izquierdo y los posteriores derechos². Aunque sigue siendo una enfermedad rara en países occidentales, donde no llega al 2%, y en la mayoría de los casos son secundarias a migración retrógrada de litiasis de colesterol formadas en la vesícula biliar hacia el colédoco y de ahí a la vía biliar intrahepática. Su etiopatogenia no está del todo clara, pero se han visto relaciones muy estrechas y asociaciones con el estado nutricional, enfermedades parasitarias, infección bacteriana, estasis biliar causada por estenosis postoperatorias, colangitis esclerosante, enfermedad de Caroli o neoplasias³.

La clínica típica es el dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia y fiebre (triada de Charcot), añadiendo en casos graves hipotensión y alteración nivel de conciencia (Pentada de Reynold)⁴.

Sin embargo el colangiocarcinoma presenta como síntoma más frecuente ictericia (>90%) y, con menos frecuencia, síndrome constitucional, fiebre o dolor⁵.

Generalmente no es complicado diferenciarlo de lesiones malignas, aunque en ocasiones como el caso presentado, no se logra diferenciar hasta que se realizó la resección quirúrgica.

En los casos en los que se nos presente un paciente con cuadro de ictericia obstructiva, ya sea acompañado de fiebre o no, se debe de realizar ecografía abdominal que nos orientará hacia la localización del cuadro obstructivo.

Tras la ecografía se recomienda la realización de TAC abdomen para visualizar la extensión de la lesión, aunque algunas litiasis pueden pasar desapercibidas. La Colangiografía es la mejor modalidad para delinear las litiasis y medir el grado de

estenosis. La CPRE en el caso de obstrucción baja es de primera elección, sin embargo en obstrucciones intrahepáticas no tiene utilidad⁶.

Los marcadores tumorales apoyan la sospecha diagnóstica de colangiocarcinoma, aunque se debe ser cauto en su interpretación en el contexto del paciente con ictericia obstructiva, ya que el Ca 19.9 también se eleva en la ictericia obstructiva de etiología benigna, por lo que los marcadores tumorales no son diagnósticos por sí mismos y deben acompañarse de pruebas de imagen que consoliden el diagnóstico⁵.

Y en caso de duda tras toda la batería de exploraciones de las que disponemos, se debería indicar exploración quirúrgica, ya que no siempre es fácil diferenciar la patología benigna de la maligna^{7,8}.

En la revisión realizada hemos observado como otros autores han presentado casos parecidos, teniendo problemas similares y resultado final igual^{5,9}. En todas las series de colangiocarcinomas hiliares reseccionados se describe un 5-15% de falsos positivos o pseudoklatskin.

Por la importancia en la diferencia entre un pronóstico y otro, las recomendaciones actuales se inclinan por la resección quirúrgica, sin necesidad de confirmación histológica¹⁰, dada la escasa morbimortalidad de las resecciones hepáticas realizados en centros con experiencia y sobre todo, el beneficio que se puede obtener en caso del origen maligno del proceso.

Bibliografía

1. Vergara Suárez, F. López Andújar, R. Montalvá Orón, E. Ramírez Ribelles, C. Pérez Rojas, J. Hepatolithiasis simulating a cholangiocarcinoma. *Cir Esp*. 2013;91(8):535-7.
2. Lee TY, Chen YL, Chang HC, Chan CP, Kuo SJ. Outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis. *World J Surg*. 2007;31(3):479-82.
3. Kayhan B, Akdogan M, Parlak E, Ozarslan E, Sahin B. Hepatolithiasis: A Turkey experience. *Turk J Gastroenterol*. 2007;18:28-32.
4. Tsui WM, Chan YK, Wong CT, Lo YF, Yeung YW, Lee YW. Hepatolithiasis and the syndrome of recurrent pyogenic cholangitis: clinical, radiologic, and pathologic features. *Semin Liver Dis*. 2011;31(1):33-48.
5. Garcia Moreno JL, Lopez Bernal F, Molina Garcia DA, Pareja Ciuro F, Garcia Gonzalez I, Gomez Bravo MA, et al. [Hilar hepatolithiasis simulating a type II perihilar cholangiocarcinoma]. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98(8):633-4.
6. Senthil Kumar MP, Marudanayagam R. Klatskin-like lesions. *HPB Surg*. 2012; 107519.
7. Mori T, Sugiyama M, Atomi Y. Gallstone disease: Management of intrahepatic stones. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20(6):1117-37.
8. Ramia JM, Palomeque A, Muffak K, Villar J, Garrote D, Ferron JA. Indications and therapeutical options in hepatolithiasis. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98(8):597-604.

9. Senda Y, Nishio H, Ebata T, Yokoyama Y, Igami T, Sugawara G, et al. Hepatolithiasis in the hepatic hilum mimicking hilar cholangiocarcinoma: report of a case. *Surg Today*. 2011;41(9):1243-6.

10. Koea J, Holden A, Chau K, McCall J. Differential diagnosis of stenosis lesions at the hepatic hilum. *World J Surg*. 2004;28:466-70.