

Colangiocarcinoma, un reto diagnóstico

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Olga Montesinos Sánchez-Girón, Montserrat Garrido Blázquez, Diana Oquillas Izquierdo

Objetivos Docentes

- Describir los hallazgos radiológicos y principales características de los colangiocarcinomas mediante casos de nuestro hospital.
- Conocer la clasificación de los colangiocarcinomas para un correcto diagnóstico y orientar el manejo terapéutico.

Revisión del tema

El colangiocarcinoma es una lesión neoplásica maligna que se origina en el epitelio de los conductos biliares. Representa el 2% de todos los cánceres, siendo el 10% de los primarios hepatobiliares. Es el segundo tumor más frecuente del sistema hepatobiliar, siendo el primero el hepatocarcinoma.

Podemos clasificarlos según el patrón de crecimiento morfológico o la localización anatómica.

Según su crecimiento podemos establecer tres grupos según el Liver Cancer Study Group de Japon:

1. Formador de masa intrahepática: se caracteriza por la afectación intraluminal como una masa hipovascular de bordes mal definidos. Presenta captación periférica arterial y gradual del contraste hasta la fase tardía.
2. Periductal infiltrante: se caracteriza por crecer a lo largo del conducto biliar, estenosado o dilatado. Se identifica como un engrosamiento periductal difuso que presenta captación
3. Intraductal: se caracteriza por extenderse a través de la mucosa, así lo identificamos como una lesión intraductal habitualmente polipoideas, captantes con dilatación de la vía biliar en función de su tamaño.

Según su localización distinguimos:

A. Intrahepático: Se consideran intrahepáticos hasta la confluencia de los conductos secundarios. La mayoría de ellos presenta crecimiento formador de masas.

Se consideran extrahepáticos a partir de la confluencia de los conductos secundarios

B. Perihiliar: De la confluencia hasta la unión del cístico con hepático común. La mayoría presentan

crecimiento periductal infiltrante y con masa asociada. Representan la mayoría de los colangiocarcinomas. La RM, TCMD y la CPRE son las técnicas más utilizadas para estadificarlos y la clasificación más extendida es las de Bismuth-Corlette en relación a su extensión longitudinal. Dicho hallazgo es fundamental para la planificación terapéutica de los mismos.

C. Distal: A partir de la unión del cístico con hepático común. Representan aproximadamente el 20% del total de los colangiocarcinomas.

Hallazgos radiológicos:

Su diagnóstico suele requerir varias pruebas diagnósticas.

En general, la ecografía es la primera prueba diagnóstica observando dilatación de la vía biliar o masa intrahepática (Fig. 1), pero es necesario ampliar el estudio de imagen para correcta estadificación con RM y/o TCMD, CPRE y ecoendoscopia.

1. Formador de masas:

Se caracteriza por presentar una masa heterogénea hipovascular bien definida, de bordes poco definidos (Fig. 2). Tras la administración de contraste presenta un realce periférico en la fase arterial con captación centrípeta y progresiva; dicho patrón es debido al componente fibroso.

En la RM podemos ver una masa hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 (dada su fibrosis puede presentar hipointensidad central en T2). (Fig. 3, Fig. 4 y Fig. 5)

Debido a su crecimiento presenta dilatación periférica vía biliar con posible retracción capsular o englobar los vasos sin trombosarlos.

Además podemos apreciar nódulos satélites a la lesión principal. (Fig. 6)

2. Crecimiento periductal infiltrante.

Se aprecia un engrosamiento difuso que produce estenosis focal produciendo dilatación de la vía biliar (a partir de la localización de la estenosis). Si la localización es hilar presentará dilatación intrahepática y no extrahepática (Fig. 7). Dicho engrosamiento presenta realce tras la administración de contraste (Fig. 8). El conducto biliar suele encontrarse elongado/espiculado/ramificado.

Si existe afectación de la vena porta, se puede apreciar atrofía lobar.

3. Intraductal.

Se aprecia una lesión polipoidea intraluminal, normalmente de pequeño tamaño. Suele presentar mayor densidad e intensidad que el conducto. Suelen ser adenocarcinomas papilares productores de mucina, por lo que la dilatación de la vía biliar depende del grado de obstrucción debido al tamaño de la lesión y a la mucina. (Fig. 9)

Imágenes en esta sección:

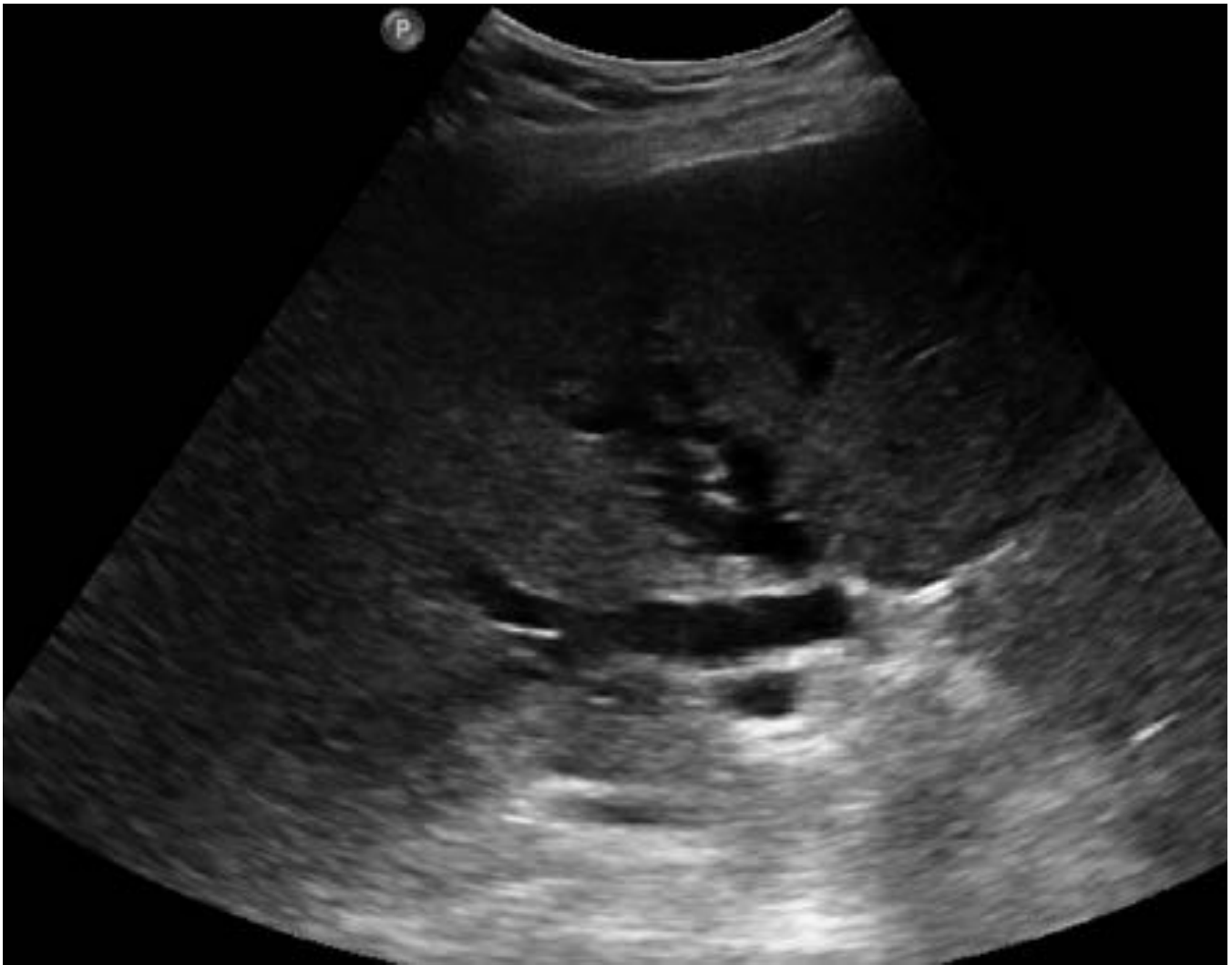


Fig. 1: Ecografía: Dilatación vía biliar

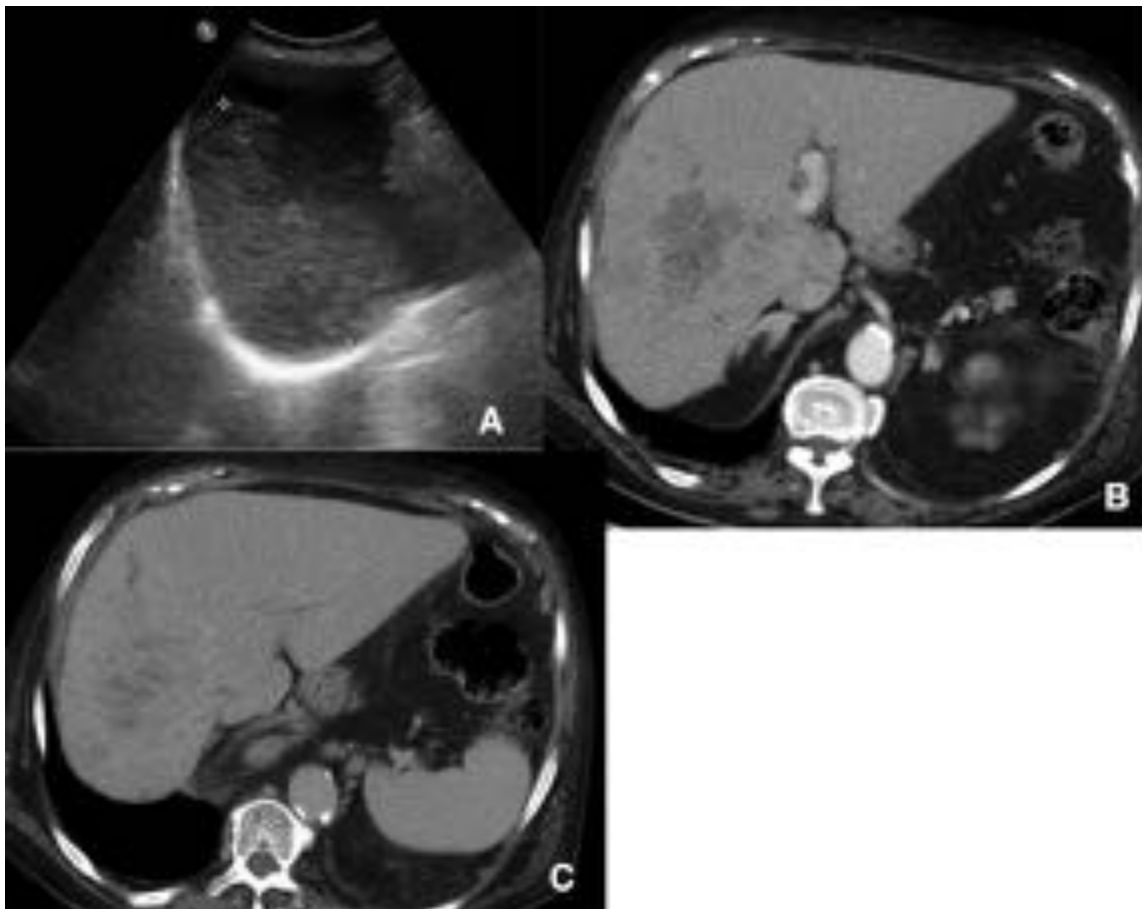


Fig. 2: Colangiocarcinoma intrahepático- formador de masa A: Ecografía. Masa hipoecoica mal definida B y C: Masa hipodensa mal definida con hipocaptación, heterogénea y dilatación tortuosa de la vía biliar intrahepático

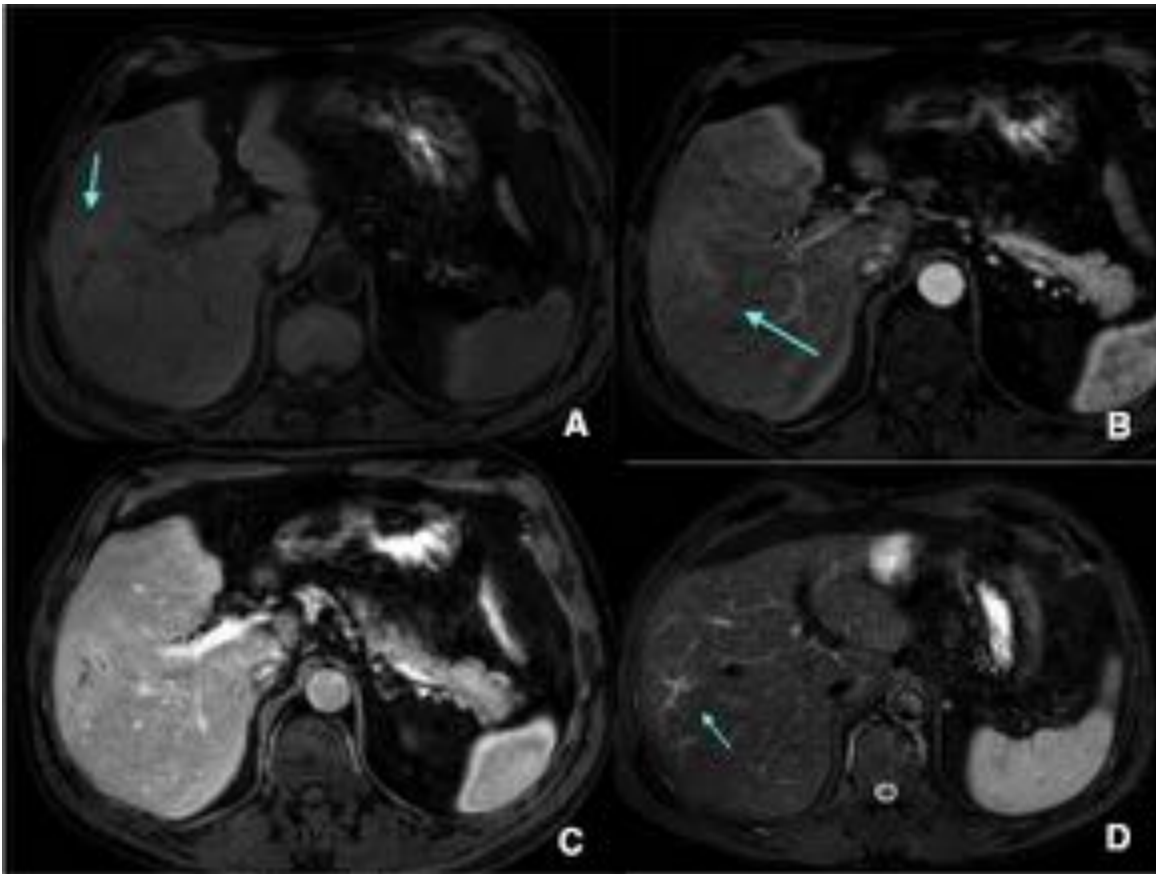


Fig. 3: Colangiocarcinoma intrahepático A: dilatación de vía biliar intrahepática; masa hipointensa en T1 B: fase arterial con captación progresiva de la lesión C: fase portal con mayor captación y dilatación de la vía intrahepática STIR: lesión hiperintensa en secuencias de TR largo

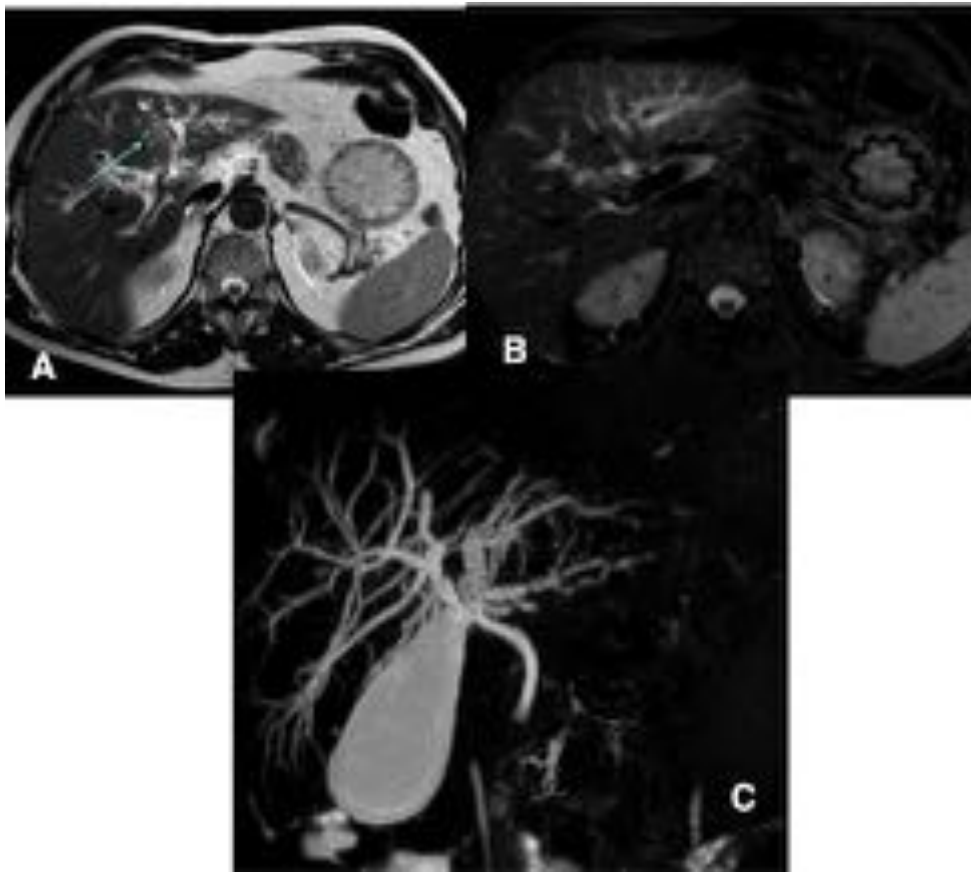


Fig. 4: Colangiocarcinoma intrahepático A: T2 B: STIR. Lesión en segmento IV con dilatación de la vía biliar con aumento de intensidad de señal difuso C: Dilatación de vía biliar intrahepática izquierdo

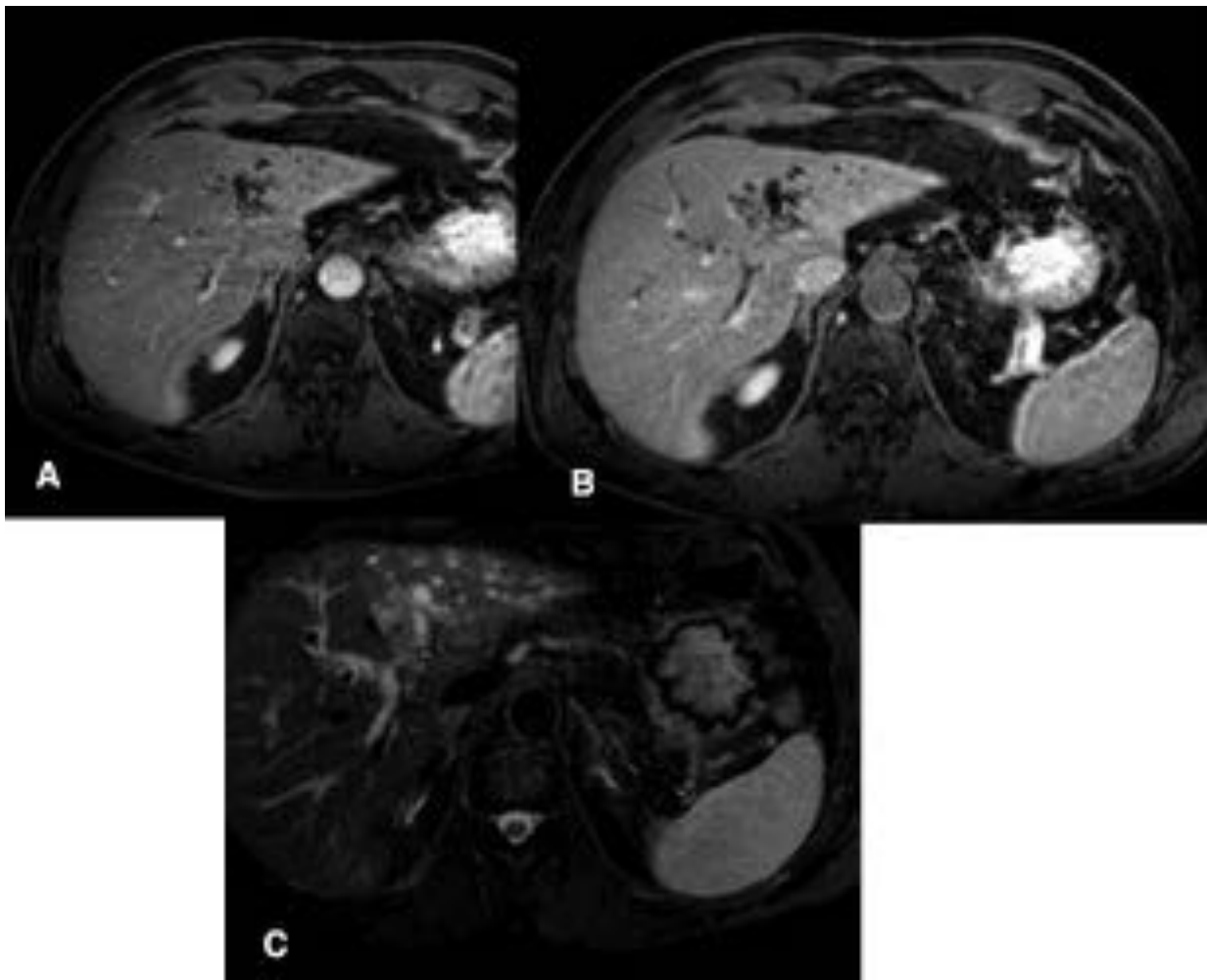


Fig. 5: Colangiocarcinoma intrahepático de la Fig.7 en estudio tras la administración de gadolinio A y B
C: STIR.

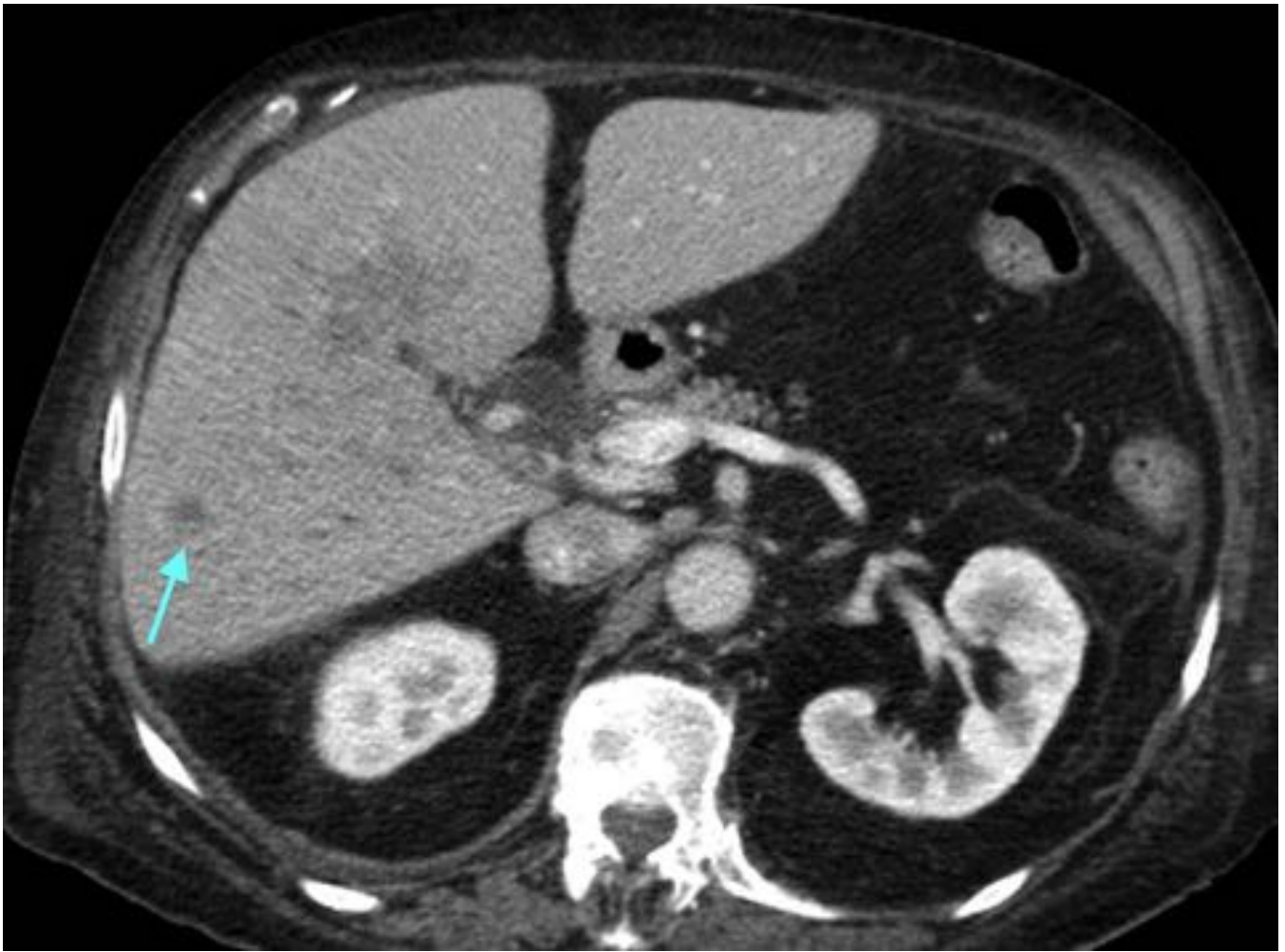


Fig. 6: Nódulo satélite

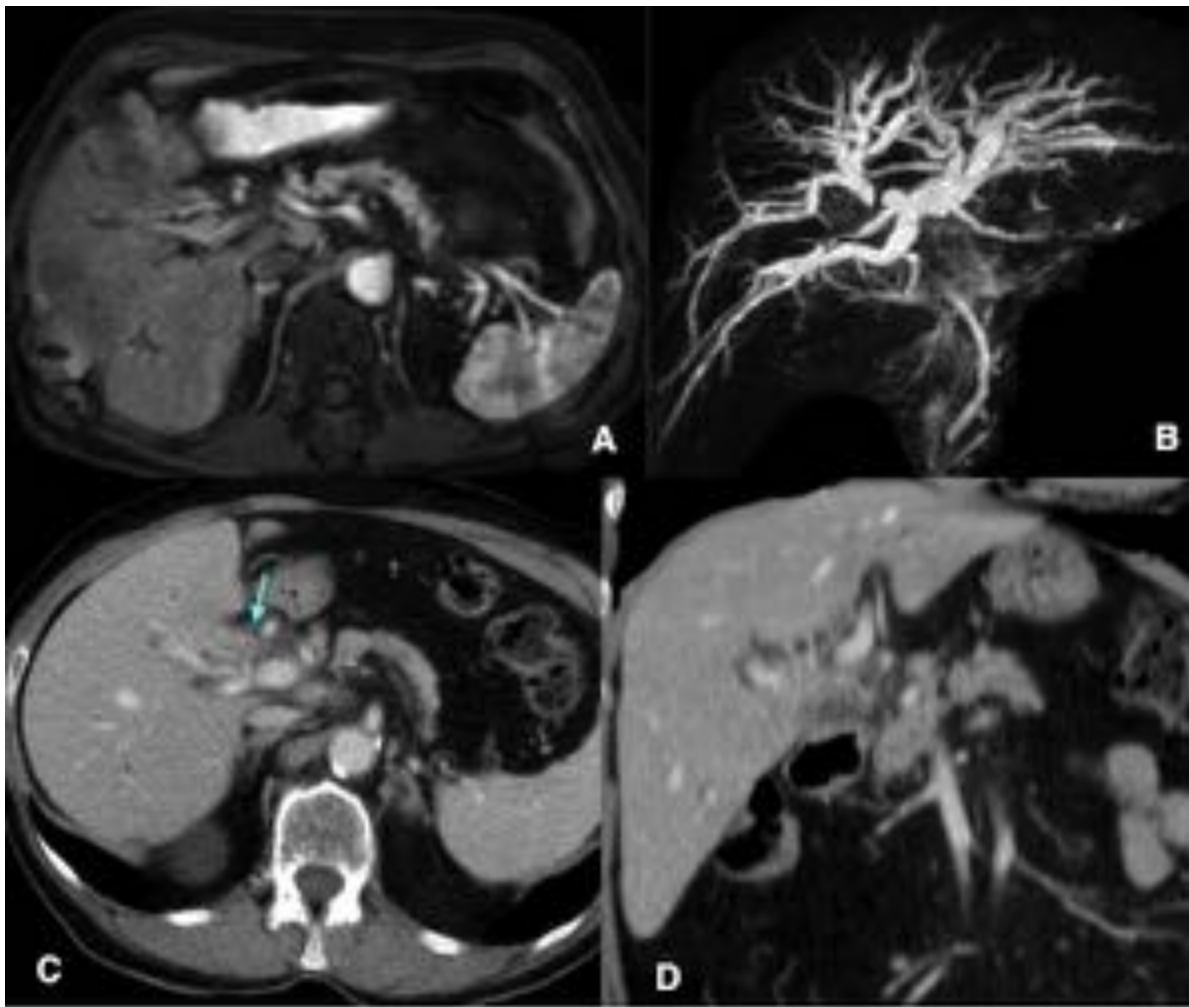


Fig. 7: Tumor hilar Klatskin IV. A: T1-FS. Fase arterial. Masa de partes blandas en hilio hepático que engloba los vasos B: Dilatación de vía biliar intrahepática con stop a nivel de la extrahepática, con colédoco distal normal C: TC fase portal. Dilatación de vía biliar intrahepática con masa de partes blandas en hilio hepático que engloba los vasos y captación de la pared de la vía biliar. D: Reconstrucción coronal de TC masa de partes blandas en hilio hepático con captación de la pared del colédoco

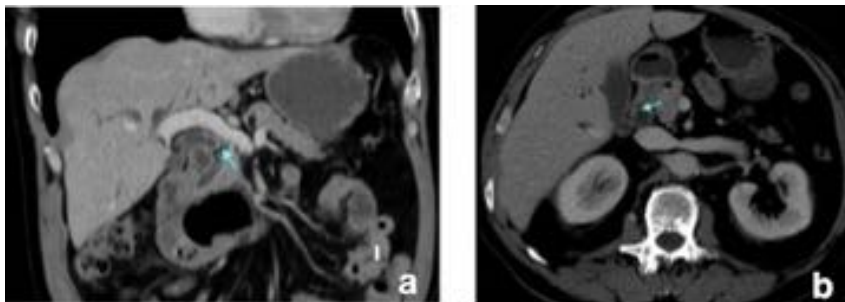


Fig. 8: Colangiocarcinoma con crecimiento intraductal a: reconstrucción coronal de TC fase venosa con lesión en pared de colédoco distal b: pequeña lesión polipoidea en pared de colédoco

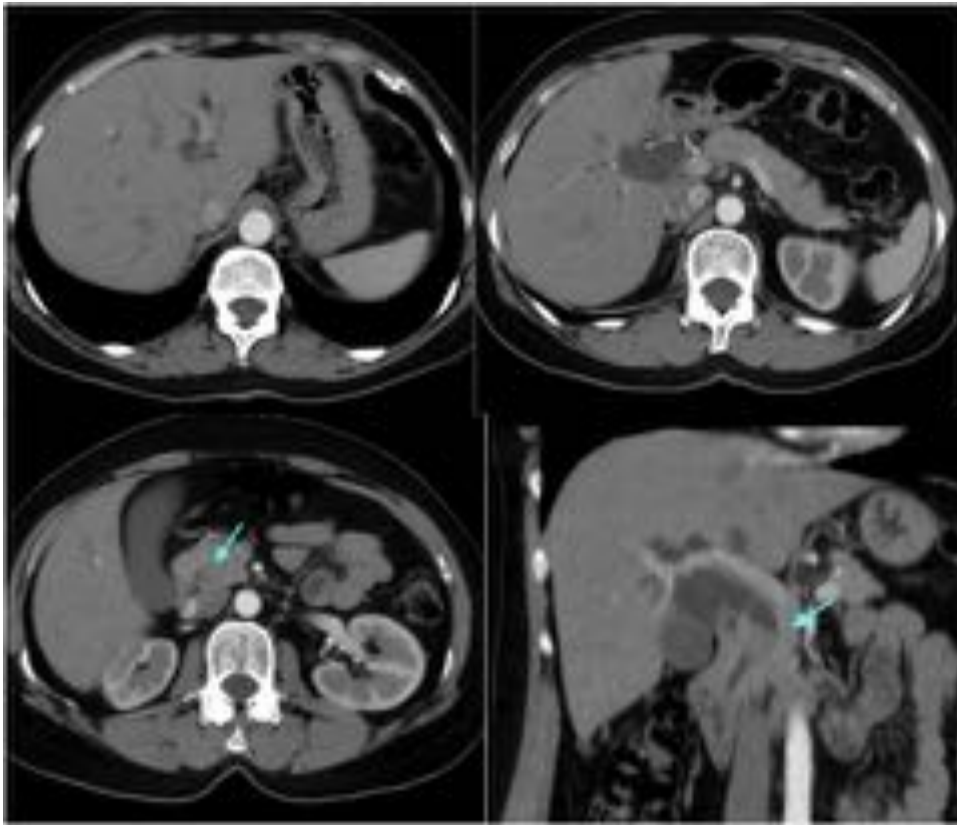


Fig. 9: Colangiocarcinoma con masa intraductal a nivel de la cabeza pancreática

Conclusiones

- La localización del colangiocarcinoma tiene gran importancia ya que influye para el diagnóstico y pronóstico, siendo la TC y la RM las técnicas de elección para su valoración.
- El radiólogo desempeña un papel importante para la planificación del manejo terapéutico a la hora de determinar cuándo un paciente es candidato o no a la cirugía curativa.

Bibliografía / Referencias

Yong Eun Chung; Myeong-Jin Kim; Young Nyun Park; Varying Appearances of Cholangiocarcinoma: Radiologic-Pathologic Correlation *RadioGraphics* 2009, 29, 683-700

Sainani et al. Cholangiocarcinoma: Current and Novel Imaging Techniques . *RadioGraphics*. 2008; 28,1263-1287

Delgado Cordón et al. Tumores de la vía biliar. *Radiología*. 2015;57(2):101--112

