



Las mil y una caras del colangiocarcinoma

María Ruiz Martín¹, Manuel Fajardo Puentes², Eva Leonor de Sande Nacarino¹, Beatriz Bañares González¹, Raquel Pérez Lázaro¹, Blanca Esther Viñuela Rueda¹.

¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia.

²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.



OBJETIVOS

- Describir los hallazgos radiológicos principales del colangiocarcinoma,
- Revisar la clasificación del colangiocarcinoma.

REVISIÓN DEL TEMA

El colangiocarcinoma es un tumor maligno que deriva de la vía biliar y es el segundo en frecuencia tras el hepatocarcinoma. Se clasifican entres tipos en base a sus características morfológicas y cada uno presenta unas características en imagen diferentes. La prevalencia más alta se encuentra en el sudeste asiático.

Los factores de riesgo para esta entidad tienen en común la presencia de inflamación biliar crónica. Algunos de ellos son los parásitos hepáticos, la hepatolitiasis, colangitis esclerosante primaria, infecciones víricas como el VIH, malformaciones de la via biliar o factores ambientales.



TECNICAS DE IMAGEN

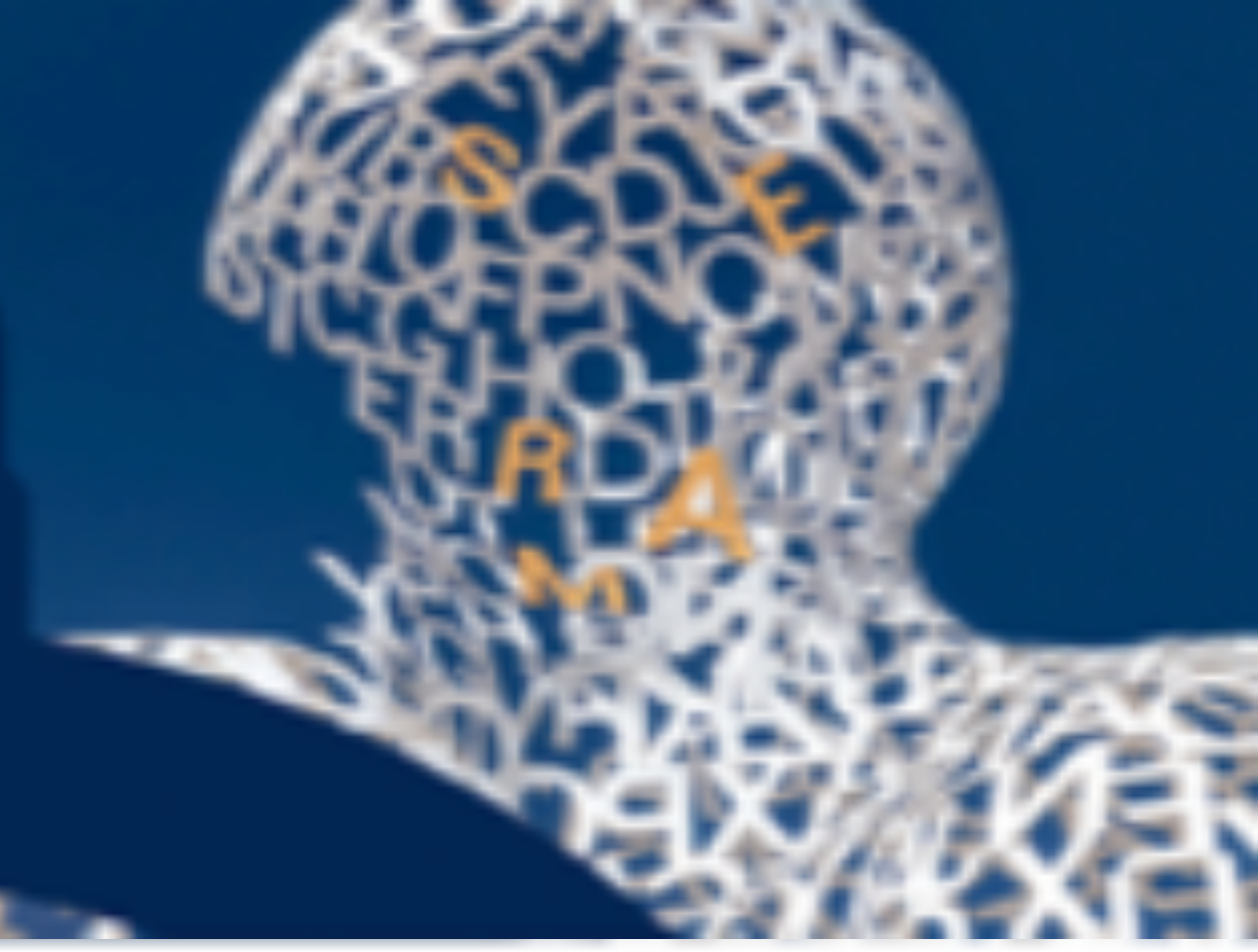
Las pruebas radiológicas habitualmente empleadas en el diagnóstico con el TC y la RM.

TC:

Se recomienda realizar fase sin contraste iv, fase arterial tardía (30s), fase venosa (70s) y fase de equilibrio (150-180s). El estudio preconstraste es útil para la detección de litiasis intraductales. La fase arterial permite la evaluación de la anatomía arterial para la planificación quirúrgica. En la fase venosa la lesión muestra un realce mayor que el parénquima hepático adyacente o la vía biliar. En la fase tardía el realce del colangiocarcinoma será aún mayor si presenta abundante estroma fibroso.

RM:

El protocolo habitualmente empleado en RM incluye una secuencia potencia en T2 en axial y coronal, difusión, T1 con supresión grasa y una secuencia dinámica de contraste. También se incluye la realización de colangio-RM, muy útil en la valoración de un tumor con crecimiento intra o periductal.



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA

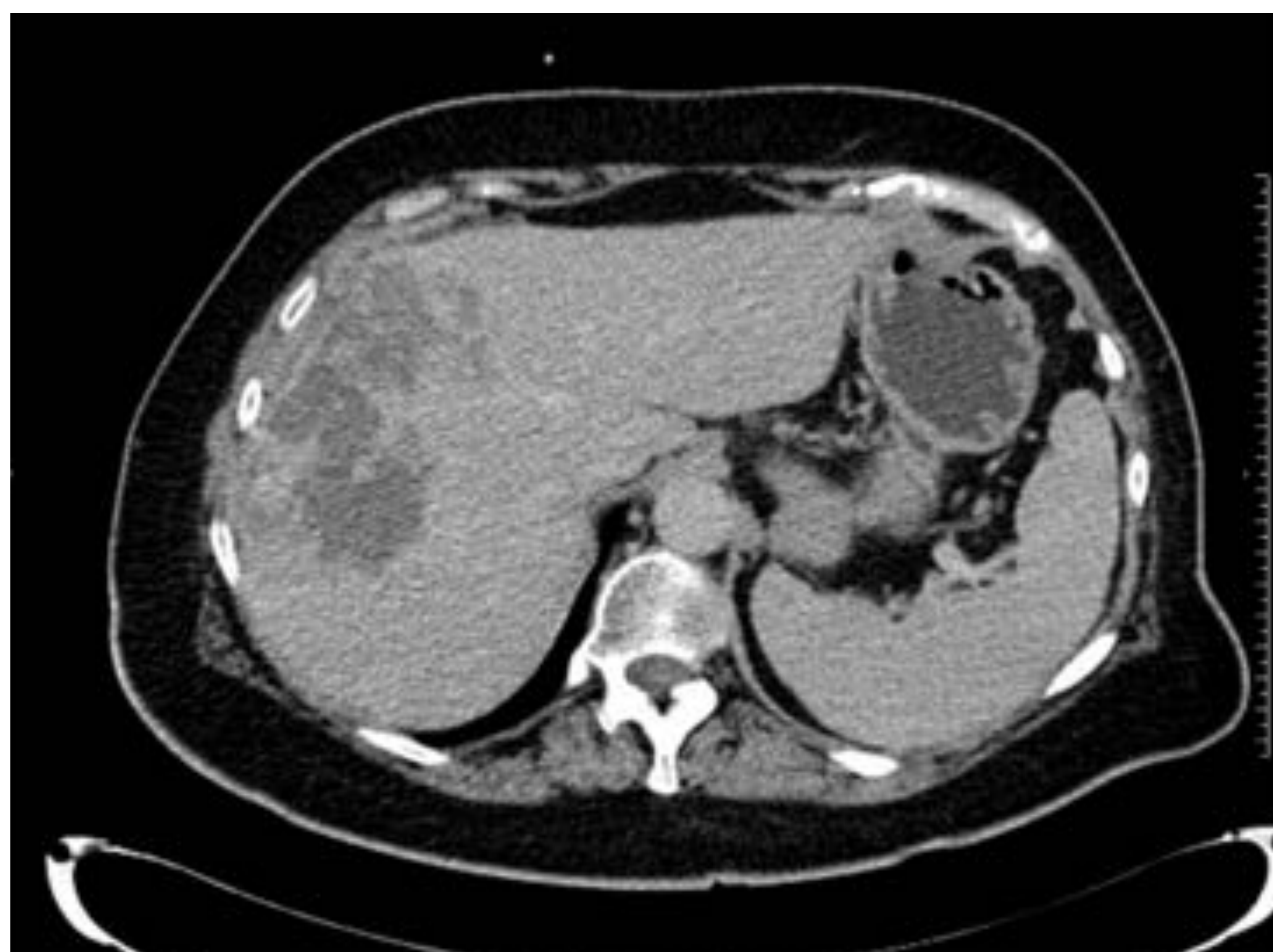
Morfológicamente el colangiocarcinoma se puede clasificar en tipo formador de masa, tipo infiltrante periductal o tipo crecimiento intraductal.

Tipo formador de masa:

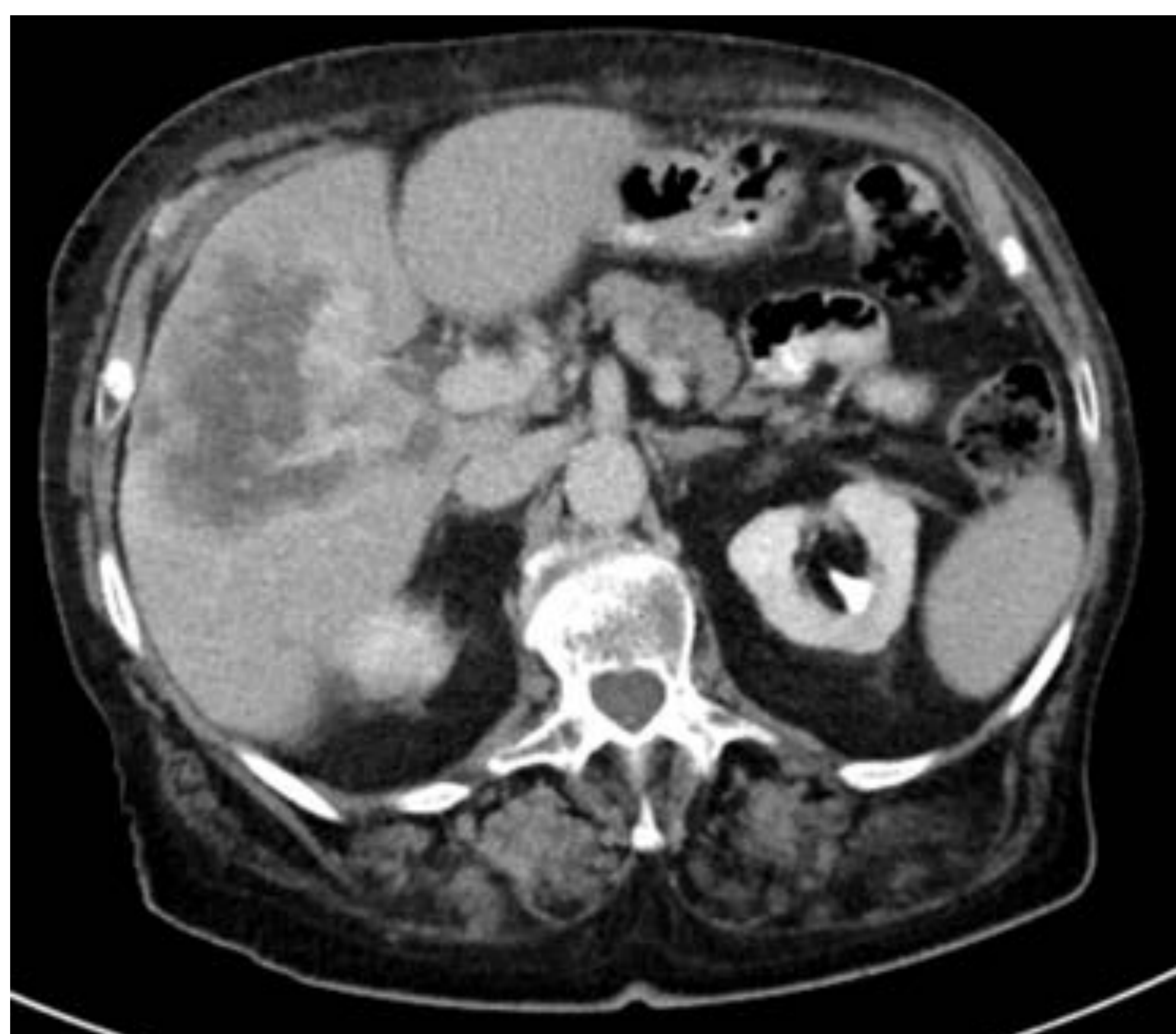
Se presenta como una masa homogénea de márgenes irregulares bien definidos frecuentemente asociado a dilatación de la vía biliar en torno a la lesión.

En ecografía se manifiesta como una masa con halo periférico hipocoico presente en el 35% de los casos debido a la compresión del parénquima hepático o a células tumorales proliferativas. El tumor suele ser hipocoico cuando el tamaño es mayor de 3 cm pero si mide menos puede ser hipo o isoecoico.

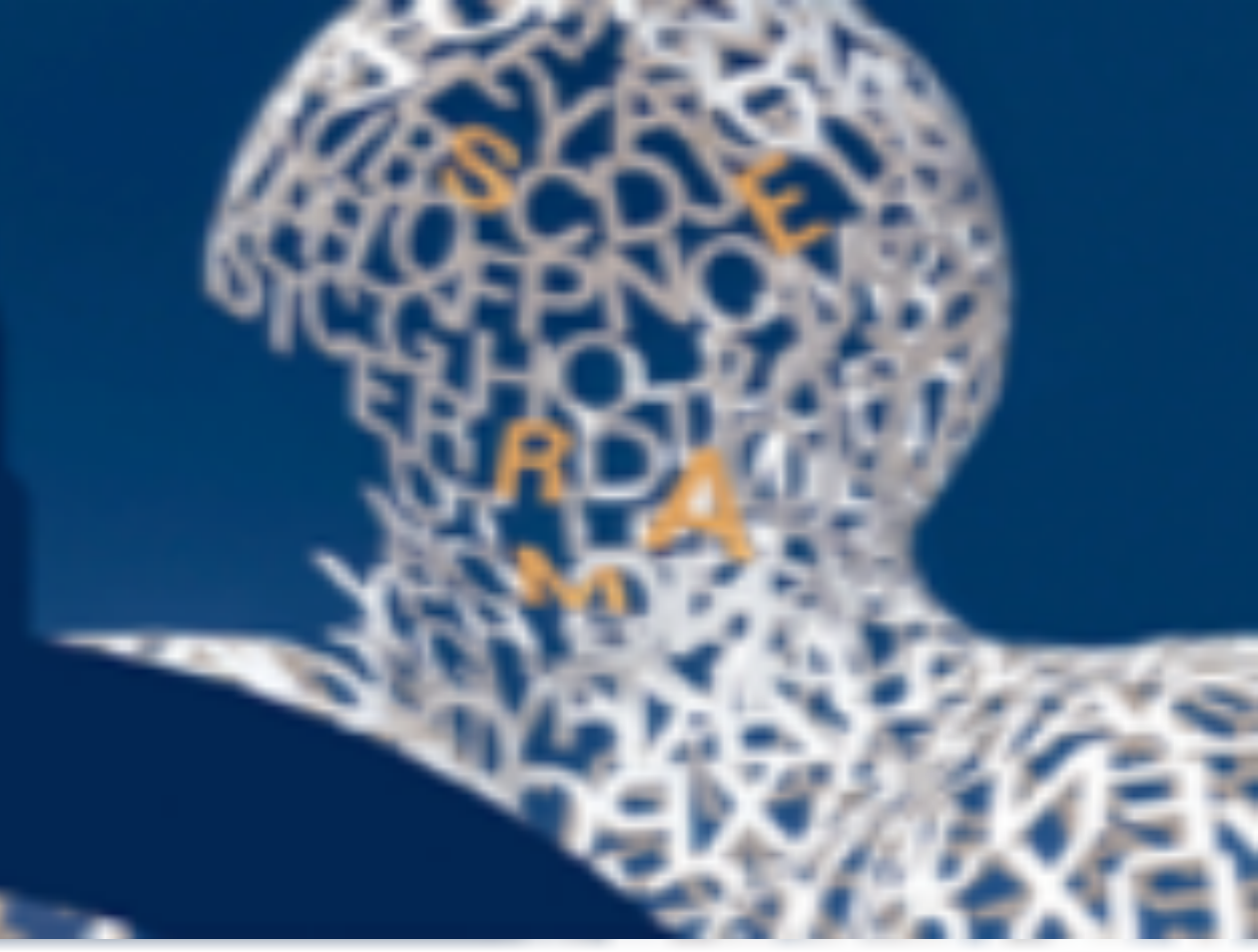
Los hallazgos típicos del TC son densidad homogénea con realce periférico irregular y realce centrípeto gradual. Asocia la presencia de retracción capsular, nódulos satélites y recubrimiento vascular sin la formación de trombos groseros. Otros hallazgos comunes son la presencia de hepatolitiasis, dilatación de la vía biliar y obliteración de la vena portal, produciendo una atrofia del segmento implicado.



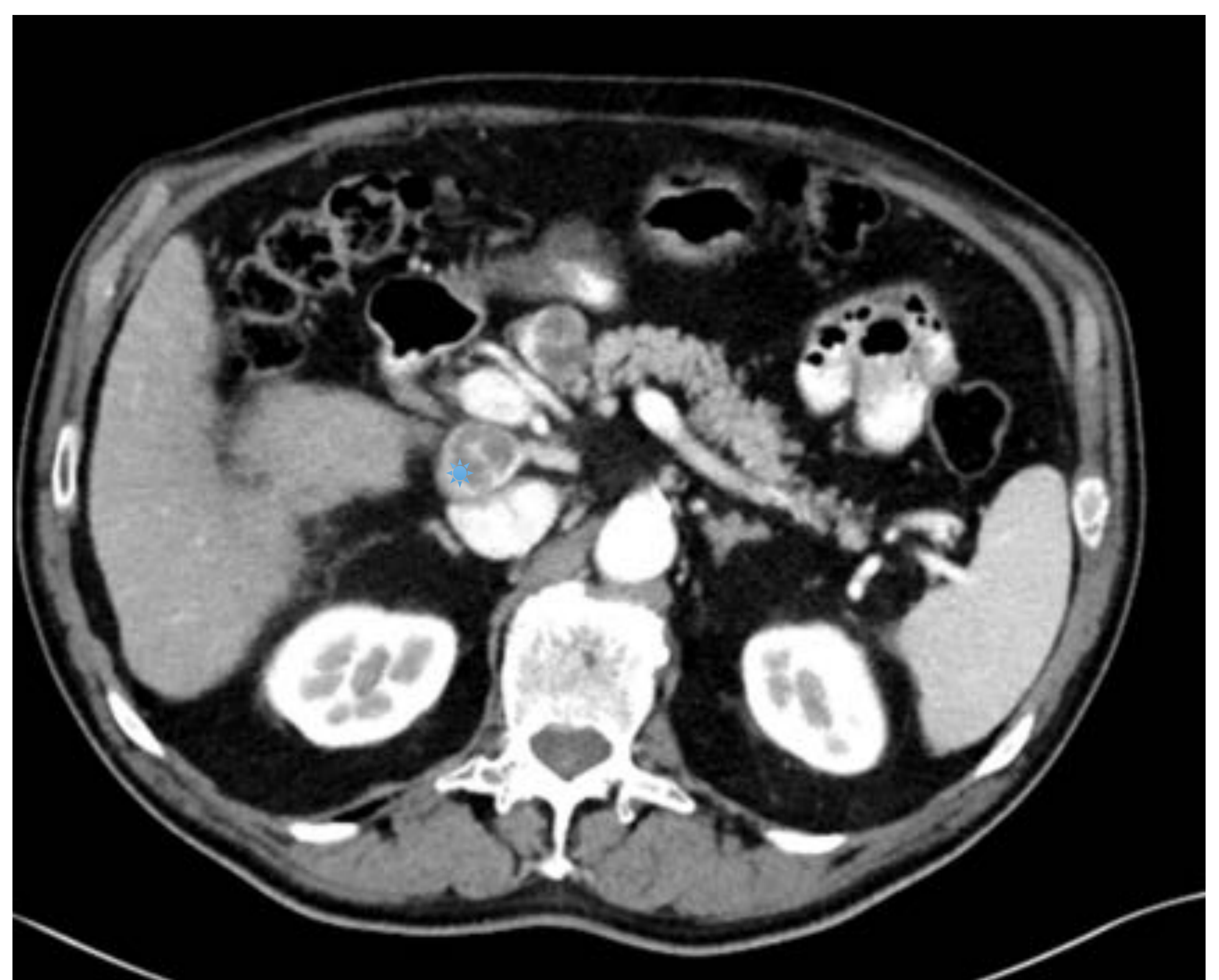
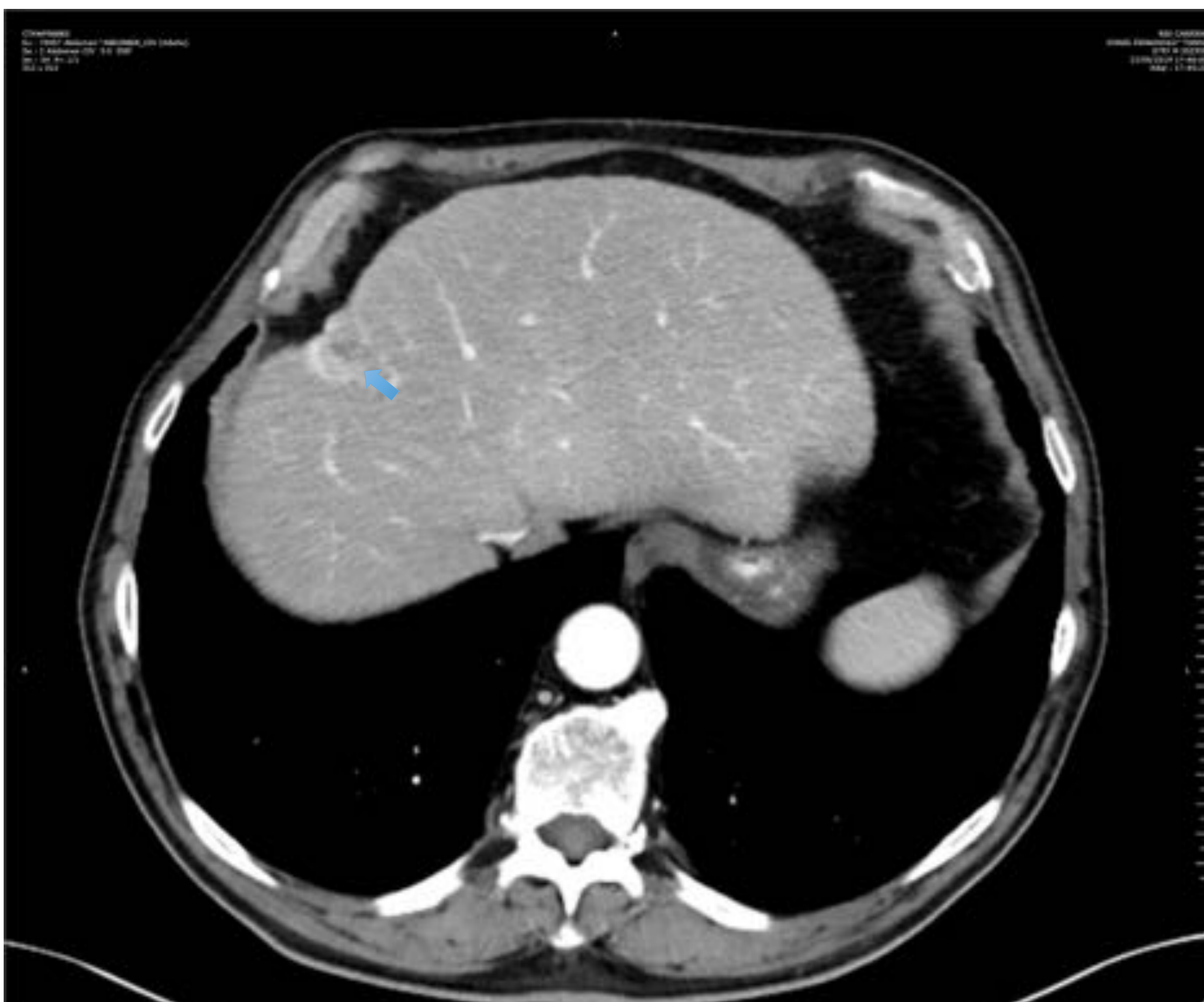
Lesión focal hepática de aspecto necrótico sin realce significativo en fase venosa y en fase tardía, que se valoró como absceso hepático vs colangiocarcinoma. Se biopsió con resultado anatomopatológico de colangiocarcinoma.



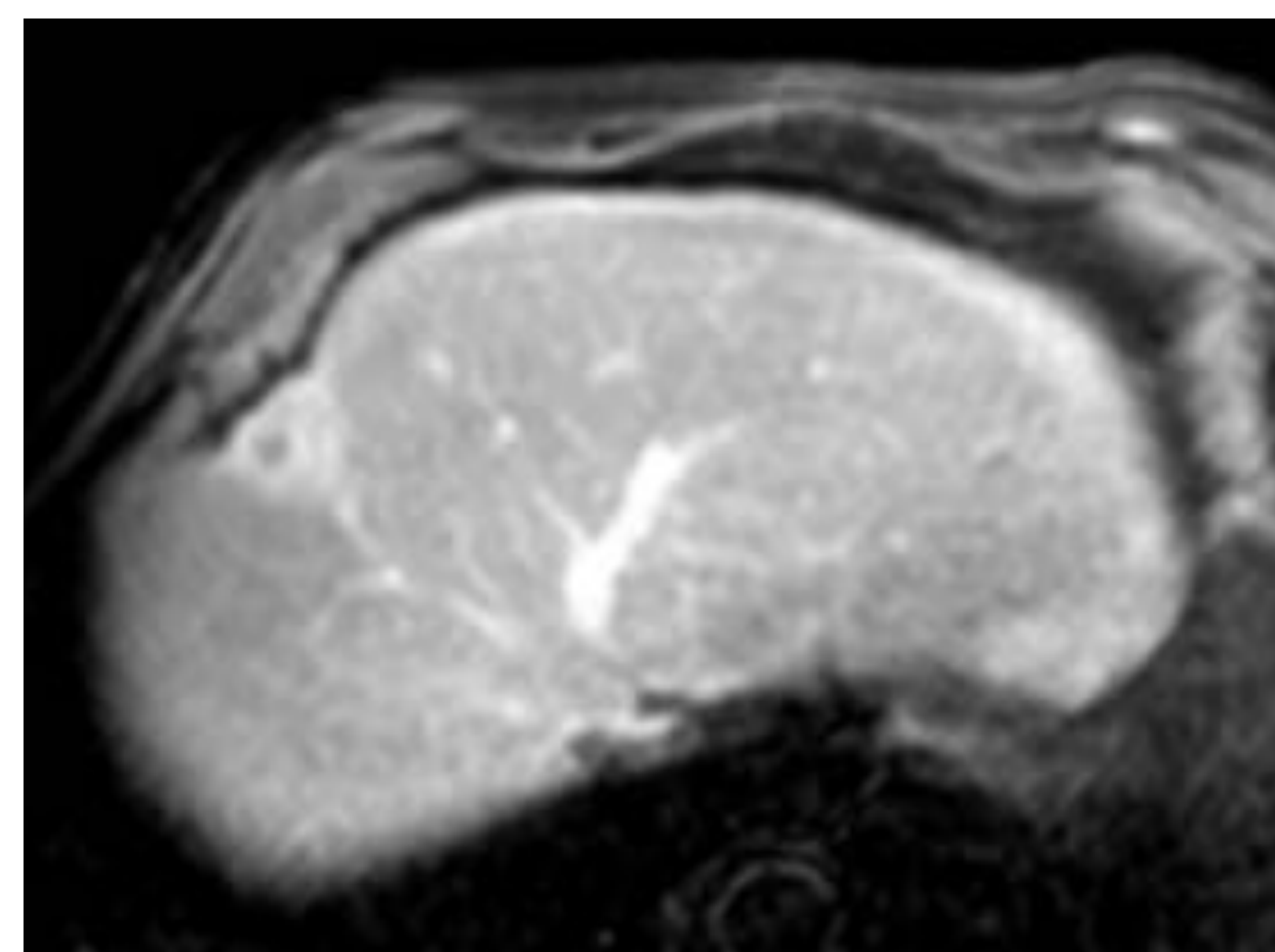
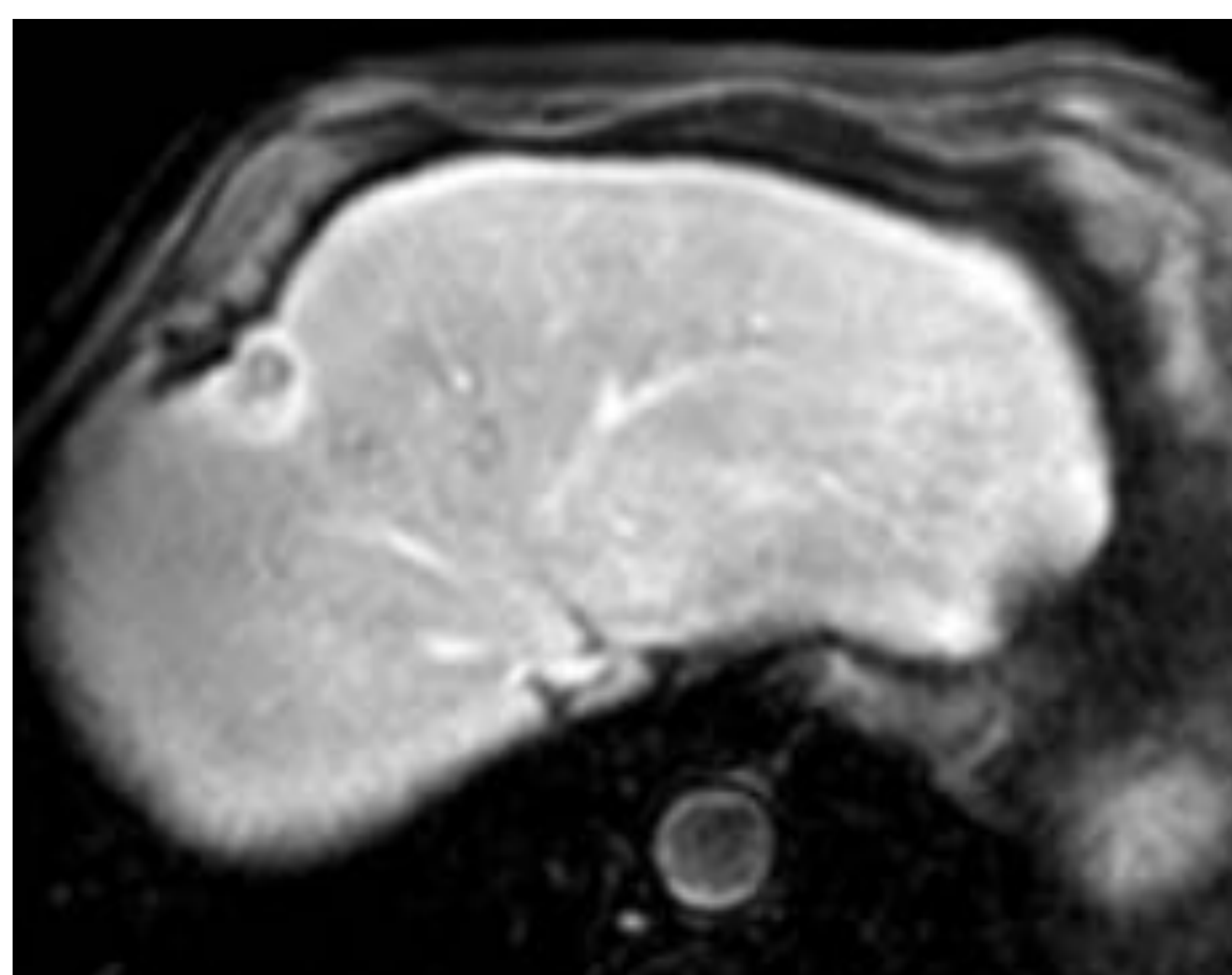
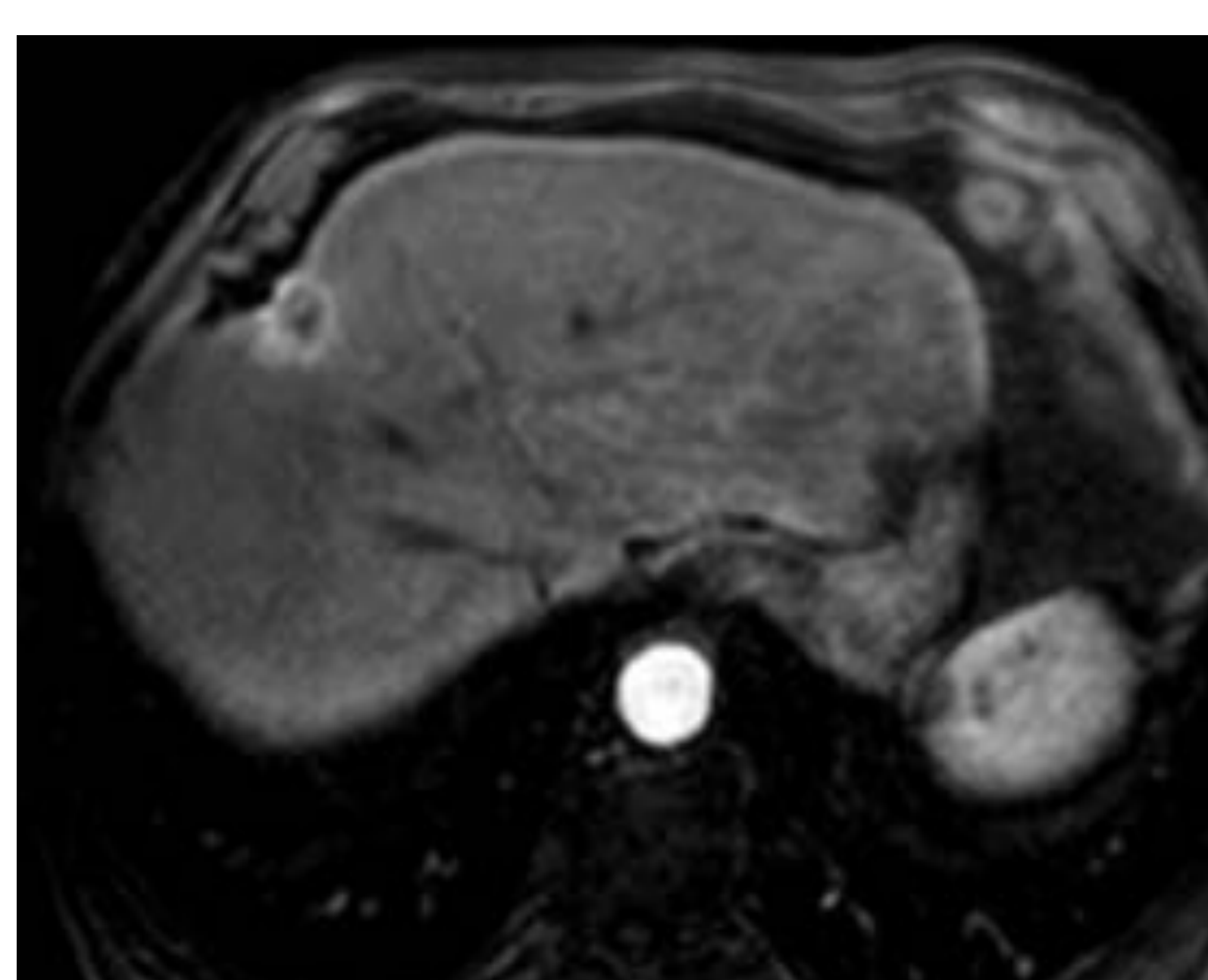
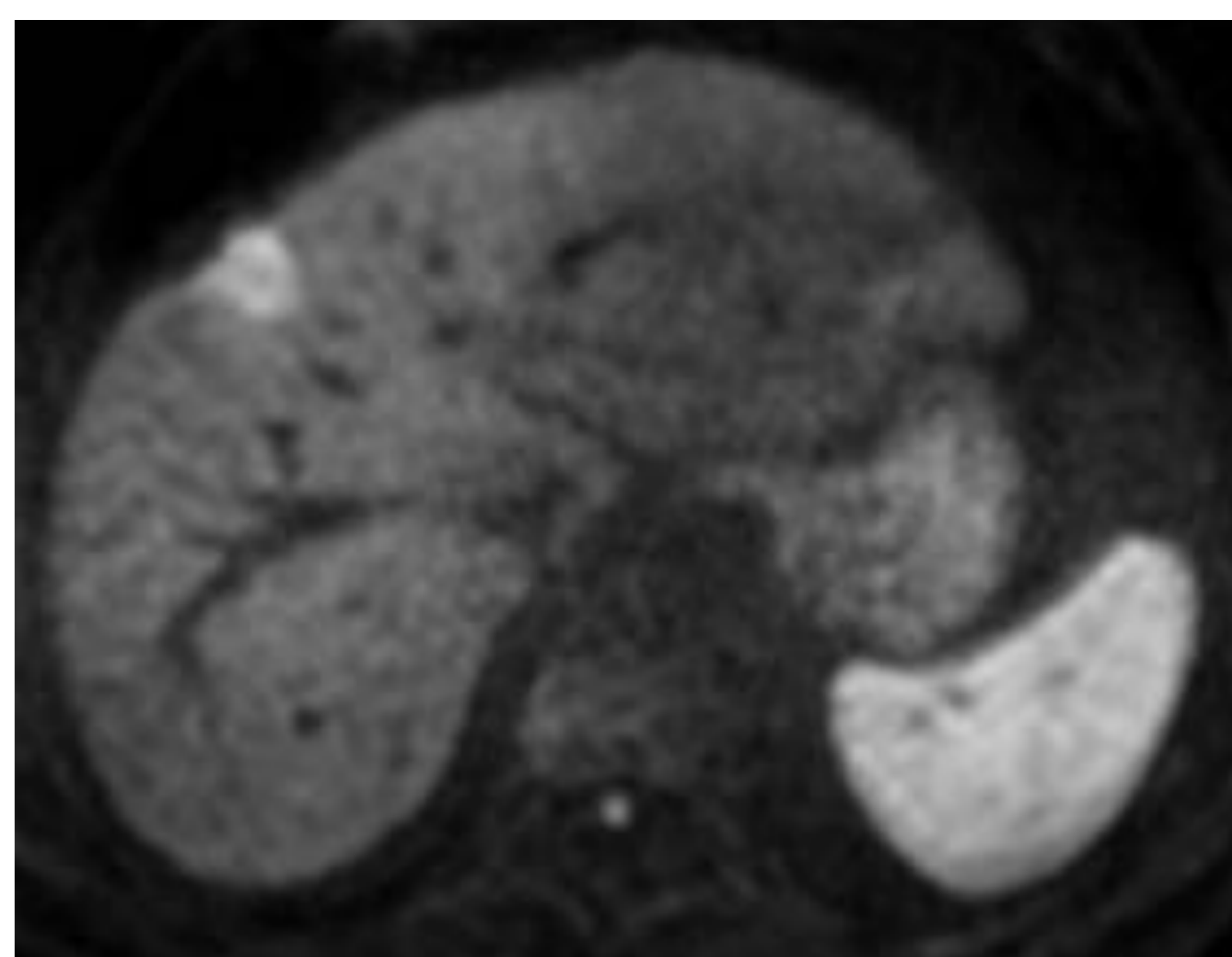
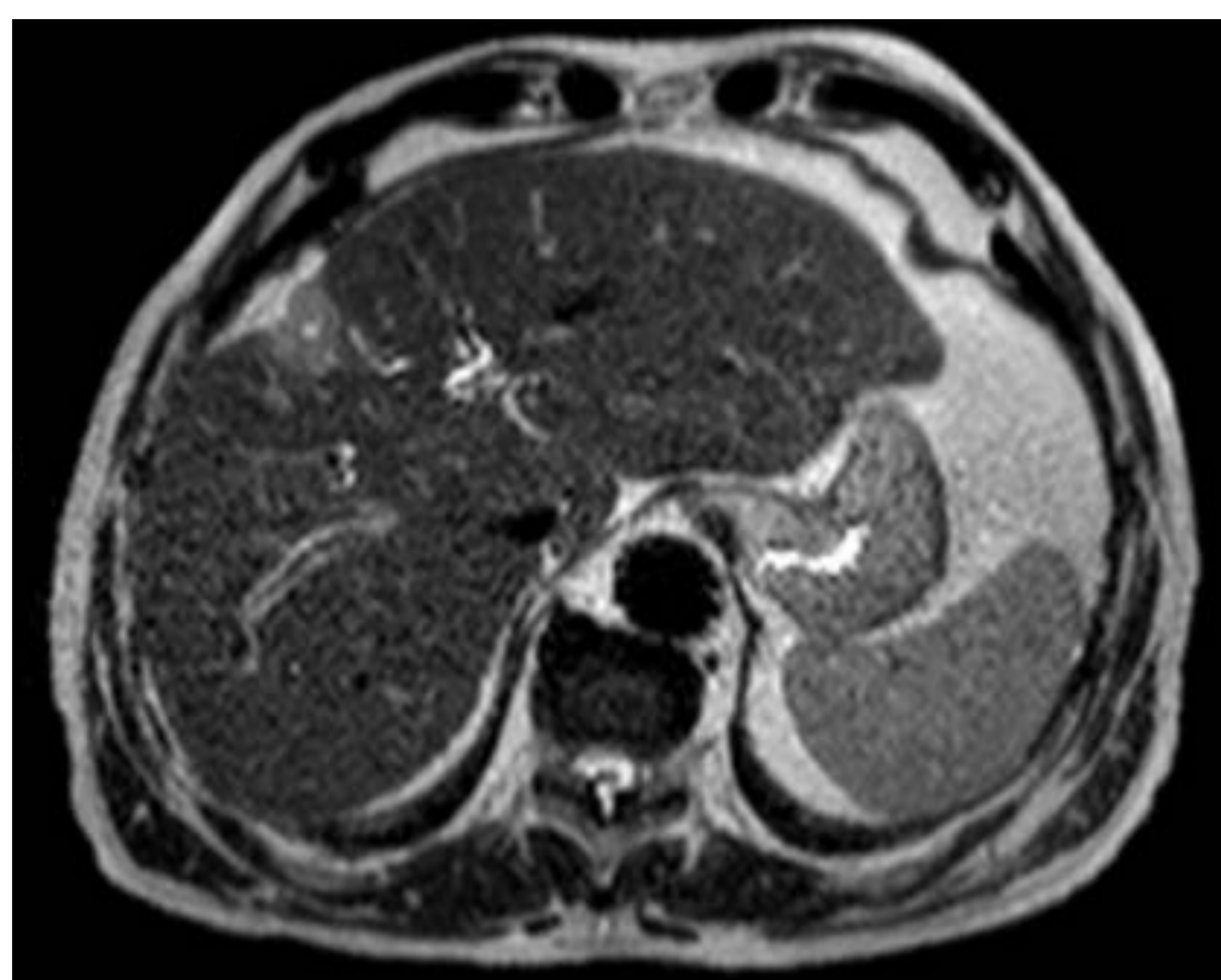
Lesión focal intrahepática con realce periférico progresivo y retracción capsular, compatible con colangiocarcinoma intrahepático



Las características en RM son similares a las referidas en TC. La masa muestra márgenes irregulares con hiperseñal en T2 e hiposeñal en T1. No presentan grasa en su interior ni cápsula. En difusión suelen mostrar hiposeñal central. Tanto el realce periférico como el centrípeto pueden ser más prominentes en RM que en TC. Las áreas de realce precoz con lavado rápido indica crecimiento activo mientras que el área central se compone principalmente de tejido conectivo. En algunos casos puede existir un realce homogéneo. En fase hepatobiliar suele mostrarse hipointenso con anillo periférico de mayor hipointensidad.

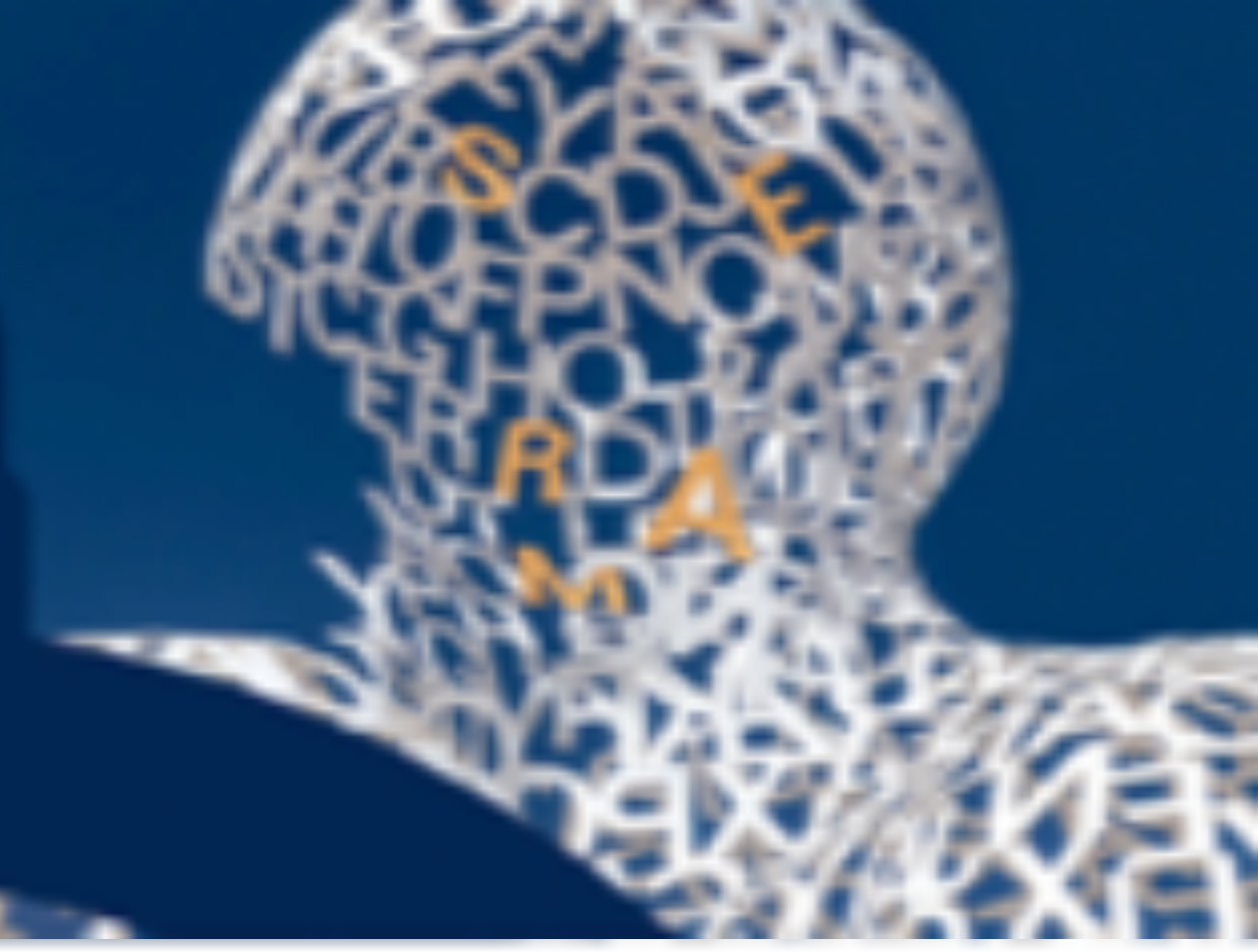


Lesión focal hepática con retracción capsular asociada a adenopatías necróticas



En RM se identifica como una lesión moderadamente hiperintensa en secuencia T2 con retracción capsular, con restricción de predominio periférico en secuencia de difusión. Durante el estudio dinámico de contraste muestra un realce periférico progresivo. Lesión compatible con colangiocarcinoma intrahepático.

En el diagnóstico diferencial hay que incluir el hepatocarcinoma, hepatocarcinoma esclerosante y el hepatocolangiocarcinoma. Otras lesiones a incluir son tumores con abundante estroma fibroso, tuberculosis hepática o abscesos organizados. En este último caso se recomienda realización de TC de control para valorar

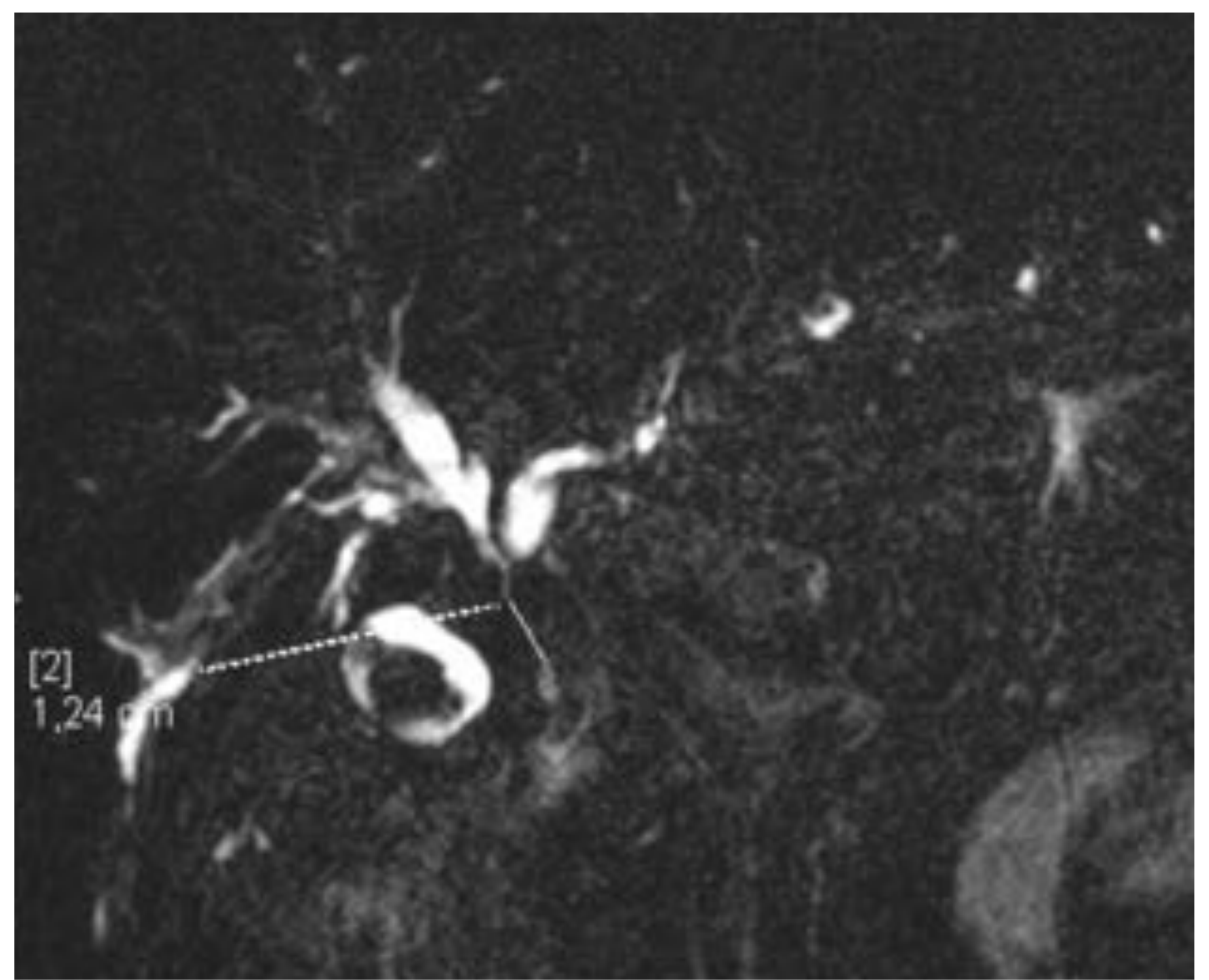
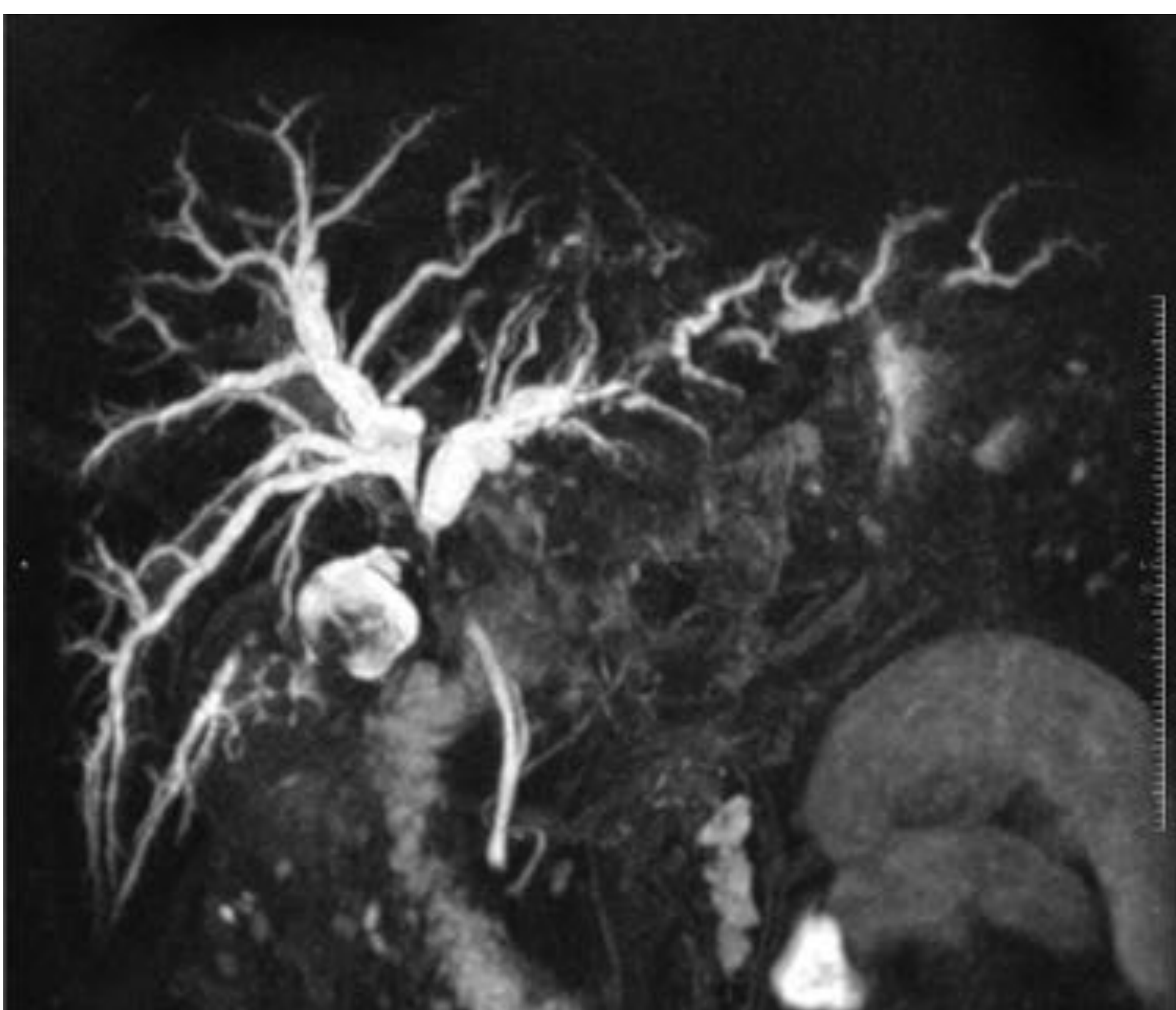


Tipo periductal infiltrante

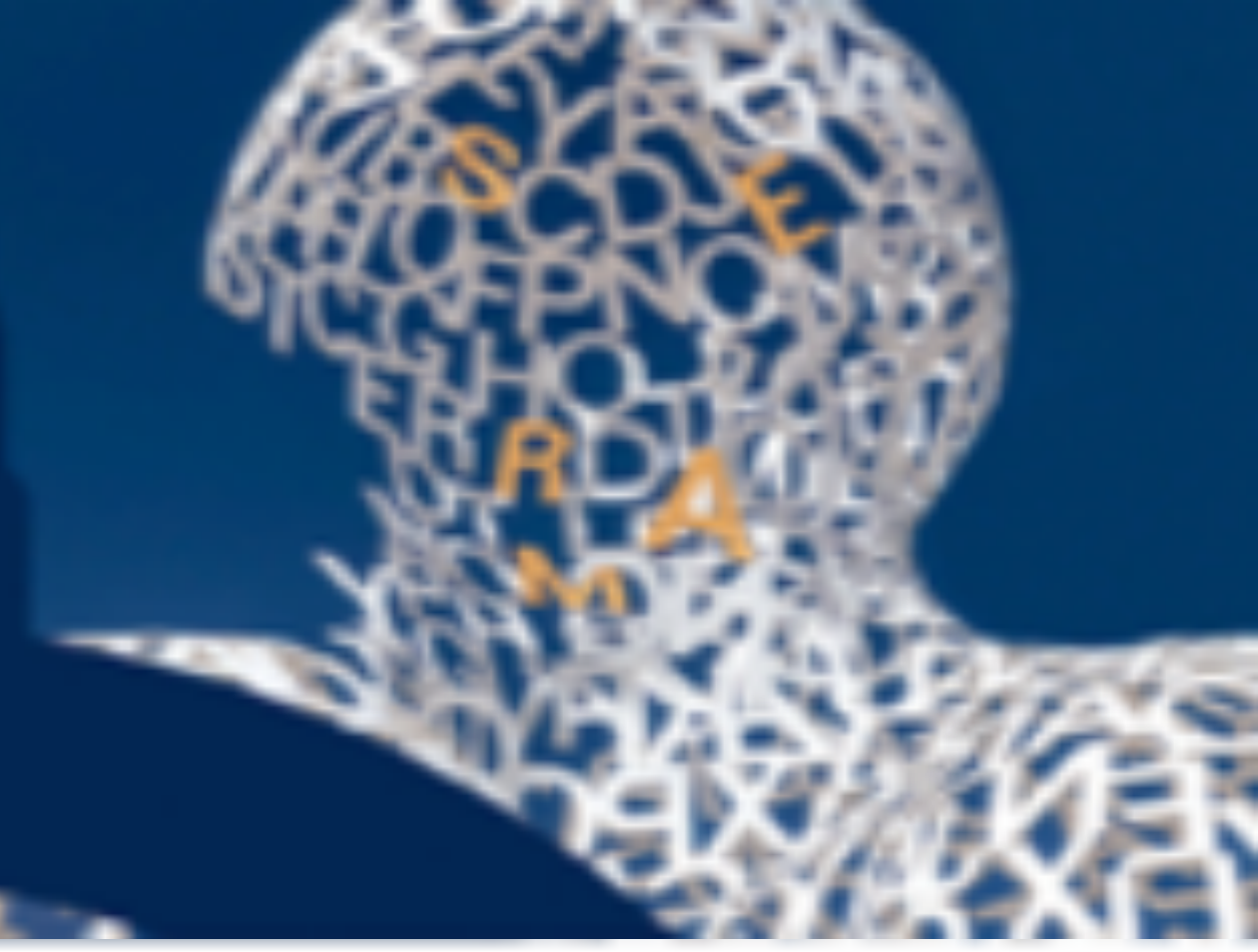
El diagnóstico temprano puede ser complicado.

Se caracteriza por un crecimiento que se extiende a lo largo de la vía biliar (dilatada o estenosada) sin formación de masa que se manifiesta como una anomalía elongada o espiculada o con morfología de rama. En ecografía se muestra como un pequeño engrosamiento o un engrosamiento difuso sin o con obliteración de la vía biliar. En TC o RM se aprecia un engrosamiento periductal difuso con afectación o no de la vía biliar. Los hallazgos característicos son una estenosis biliar larga de márgenes irregulares, con realce tras la administración de contraste iv, presencia de adenopatías locorregionales y tejido periductal.

Este tipo de tumor es raro en localización intrahepática pero la mayoría de los colangiocarcinomas hiliares son de este tipo. En la periferia hepática es más frecuente la combinación del tipo formador de masa y periductal que únicamente periductal.

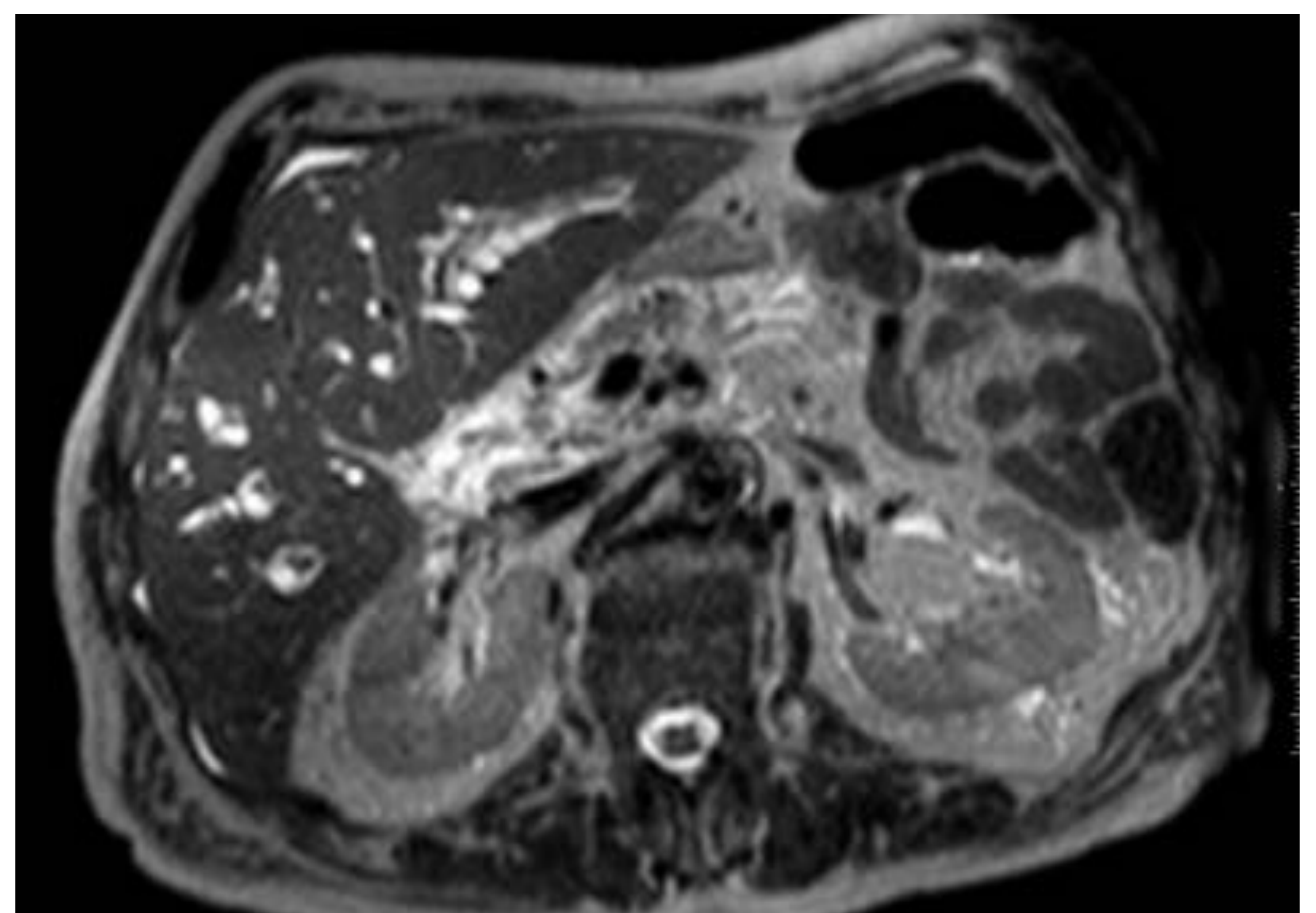
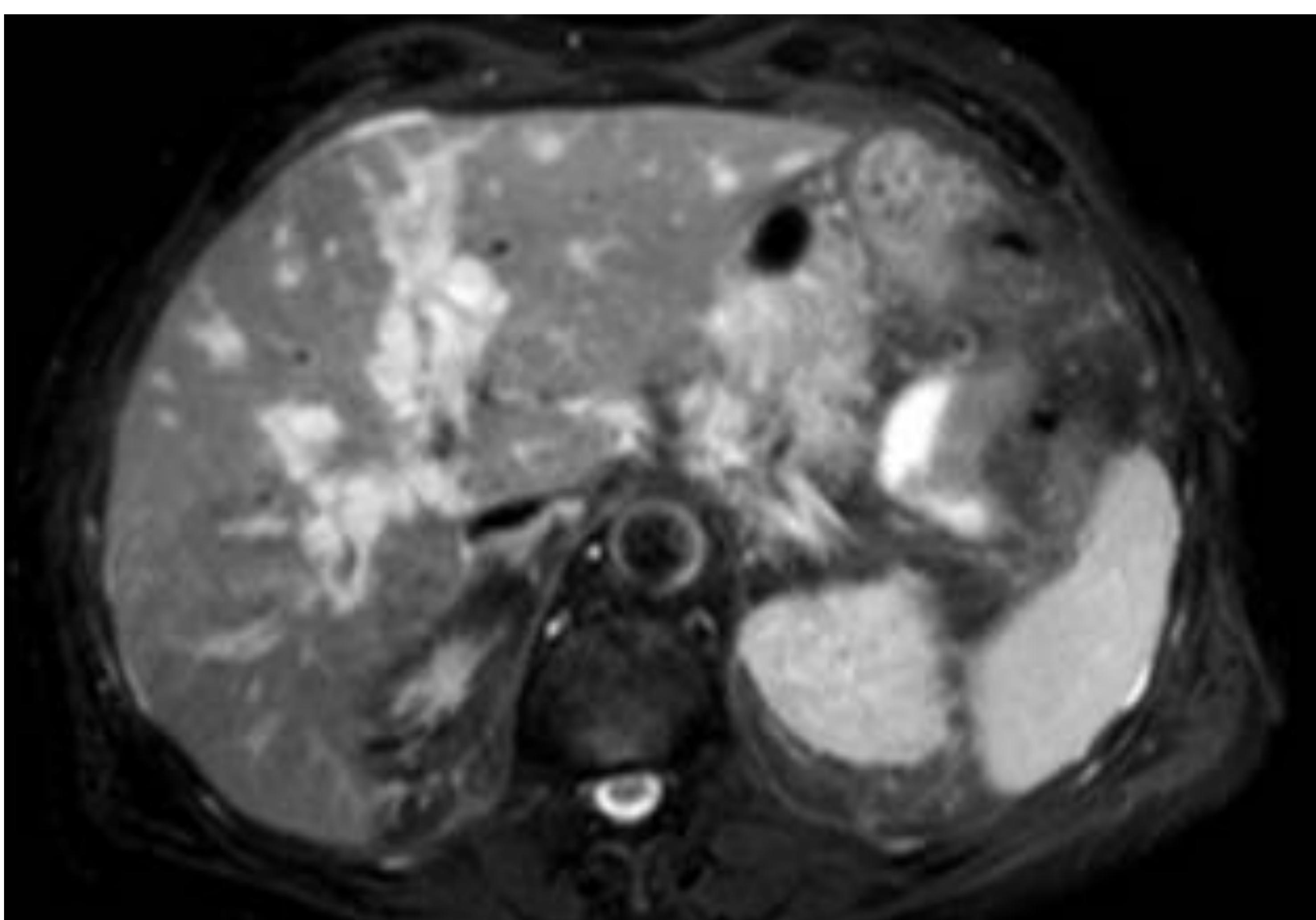


Marcada dilatación de la vía biliar intrahepática de carácter obstructivo, más marcada en el LHI, por afectación de la vía biliar principal proximal (CHC y ambos conductos hepáticos proximales) con diagnóstico de colangiocarcinoma.

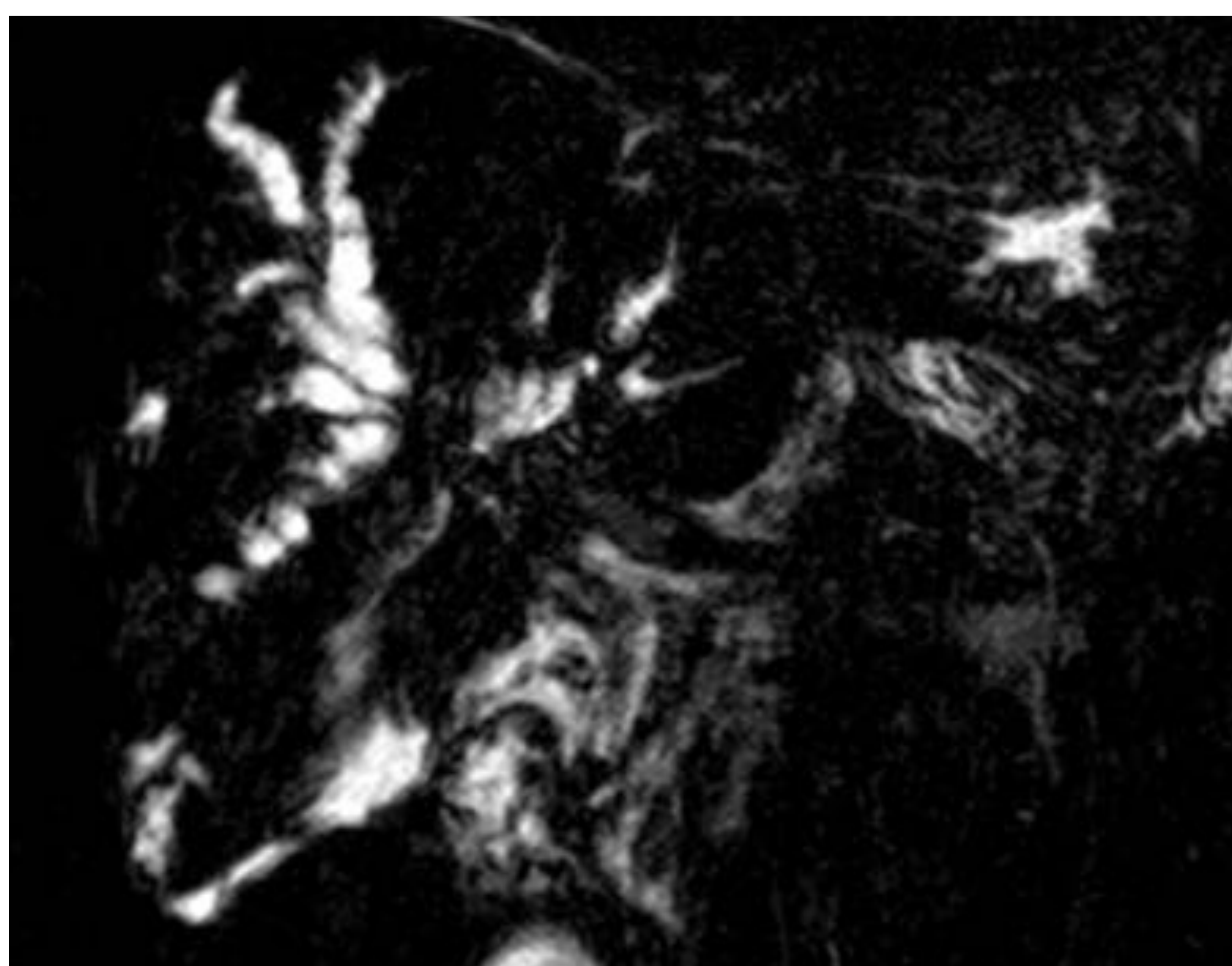
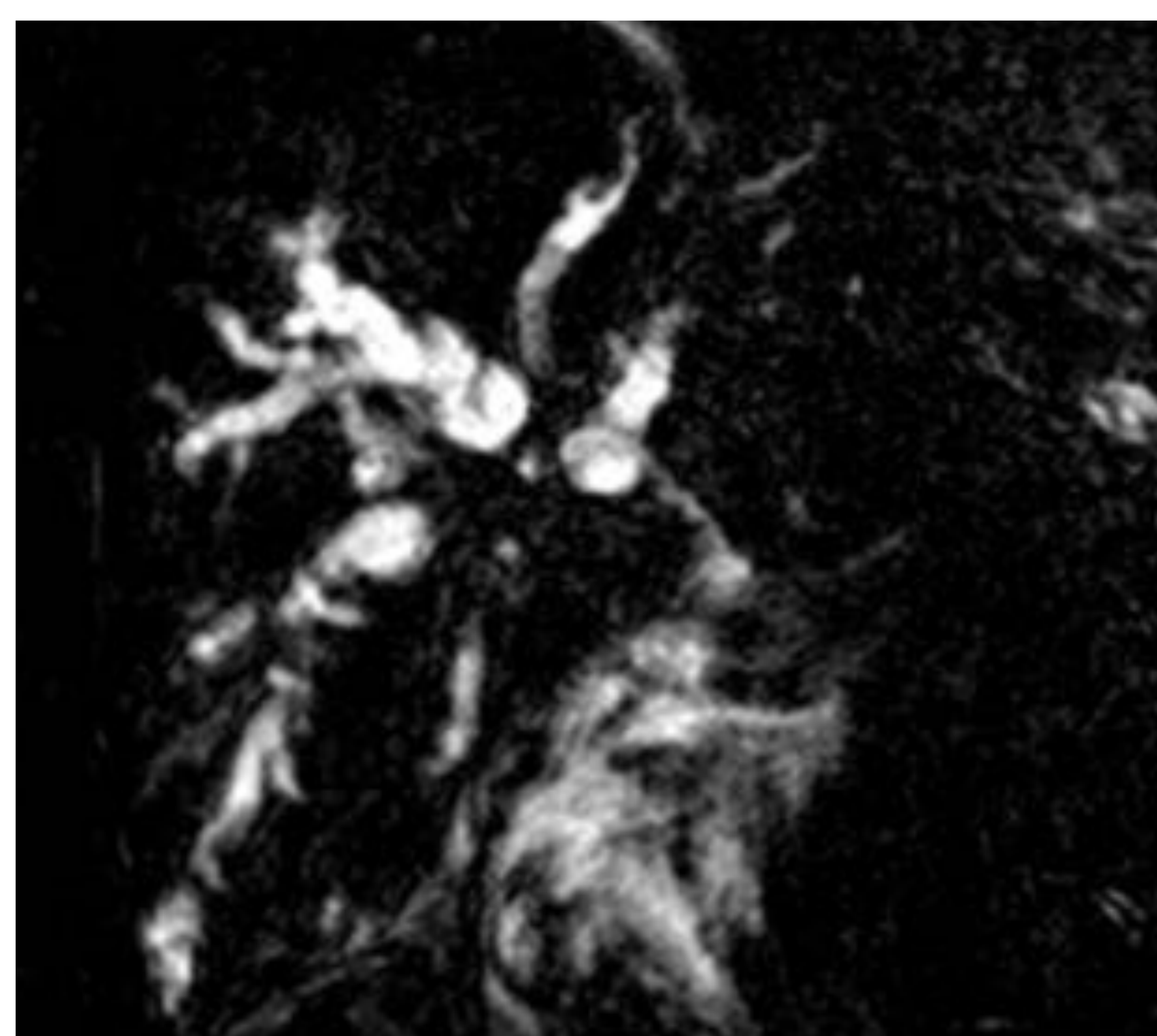
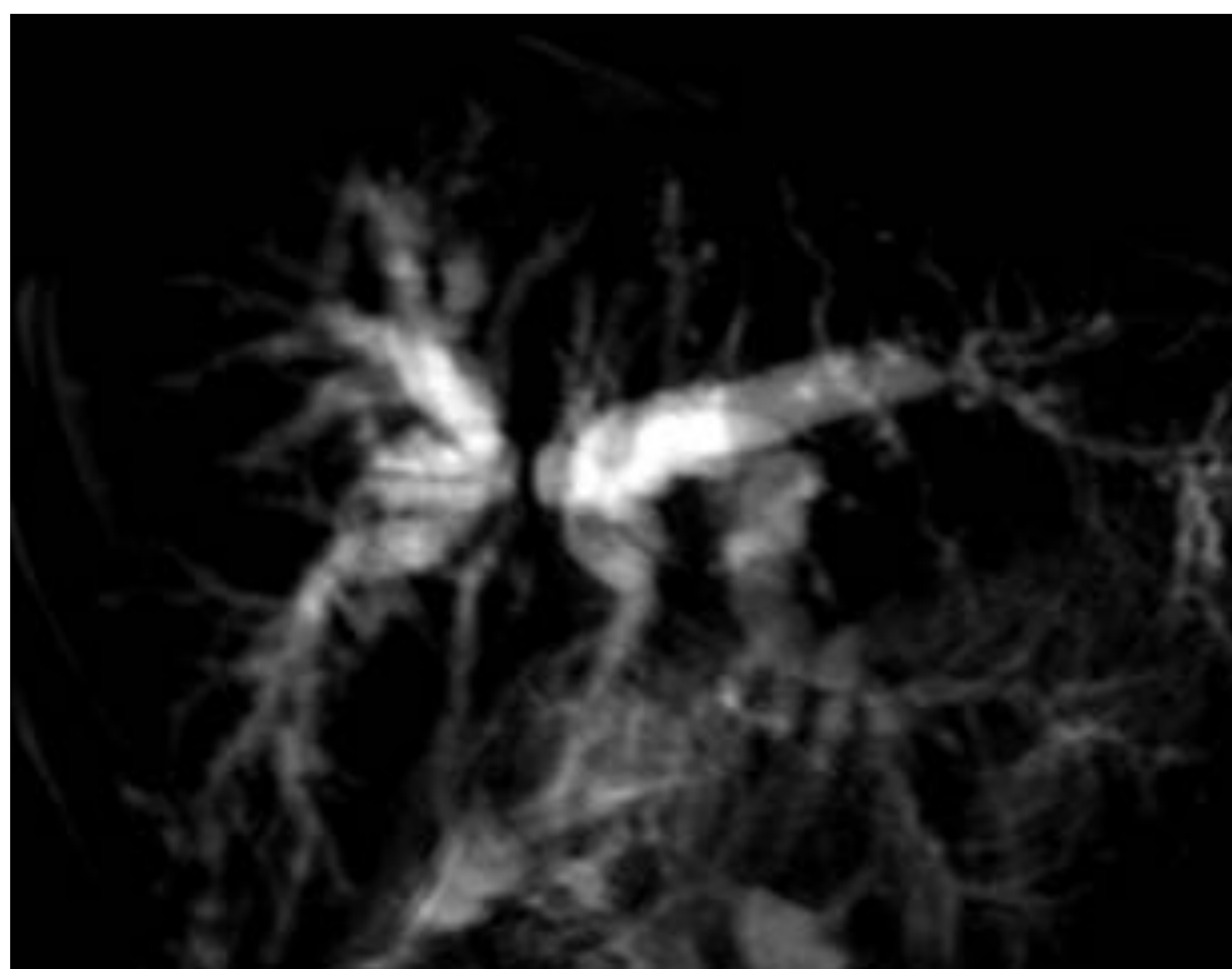


El diagnóstico diferencial en este tipo de crecimiento incluye metástasis linfática de un tumor extrahepático. En este caso no existirá dilatación de los ductos biliares y estarán afectados ambos lóbulos del hígado, al contrario que el colangiocarcinoma que tiene a localizarse un lóbulo o segmento.

La colangitis esclerosante asociada a IgG4 es una de las enfermedades benignas biliares que pueden simular esta entidad. Se presenta como un engrosamiento prominente de la vía biliar. En caso de diagnóstico inconcluso, se puede administrar esteroides como tratamiento y valorar respuesta.



Marcada dilatación de la vía biliar intrahepática asociada a engrosamiento periductal difuso, también presente en torno al hilio hepático.



En la colangio resonancia se evidencia un stop brusco con ausencia de visualización del conducto hepático principal y la porción proximal del conducto hepático derechos. Hallazgos compatibles con colangiocarcinoma perihiliar Klastkin IIIA.



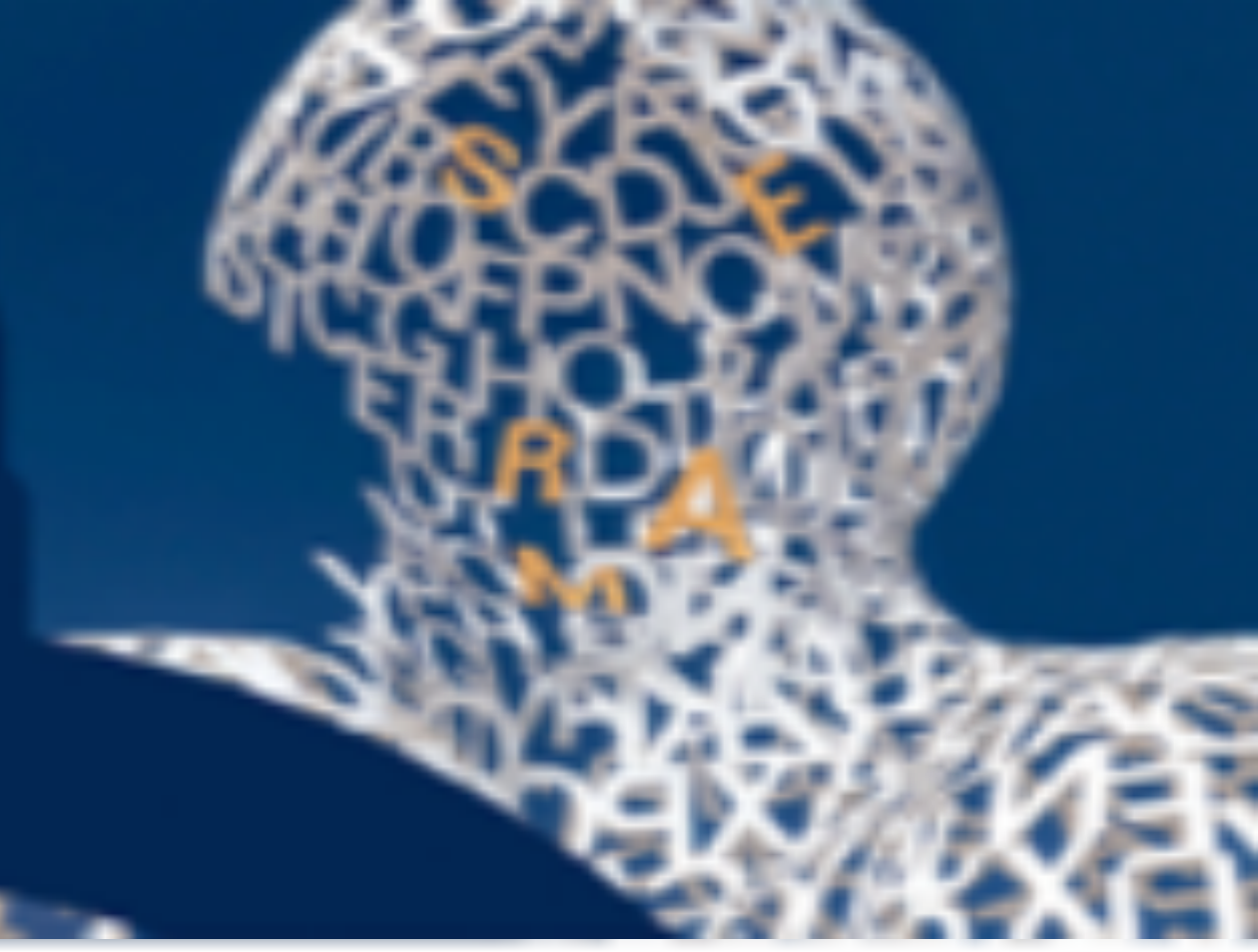
Tipo intraductal

Las características en imagen incluyen:

- Dilatación de la vía biliar marcada y difusa con una masa papilar visible.
- Dilatación de la vía biliar marcada y difusa sin masa visible.
- Masa intraductal polipoidea sin dilatación biliar.
- Lesiones con morfología de proyecciones en el interior de la vía biliar moderadamente dilatadas.
- Estenosis focal con moderada dilatación ductal proximal.

El patrón más habitual es la dilatación ductal difusa con siembra papilar multifocal difusa o placas.

En ecografía , las lesiones polipoideas intraductales son relativamente ecogénicas con respecto al hígado . En el estudio de TC precontraste la masa aparece como una lesión hipo o isodensa respecto al parénquima hepático, con realce tras la administración de contraste . Los tumores pueden producir barro o piedras. Pueden confundirse también con litiasis , que se mostrarán alta atenuación en el estudio precontraste y ausencia de realce .



CONCLUSIONES

- El mal pronóstico del colangiocarcinoma hace que el diagnóstico temprano y la cirugía precoz sean imprescindibles para su posible curación.
- Es necesario que el radiólogo conozca el variado espectro de presentaciones posibles del colangiocarcinoma y los principales diagnósticos diferenciales, para facilitar el diagnóstico precoz y una correcta planificación quirúrgica.