

Manejo multidisciplinar del colangiocarcinoma

Ignacio Andrés Cano¹, Laura M^a Frápolli Pérez¹

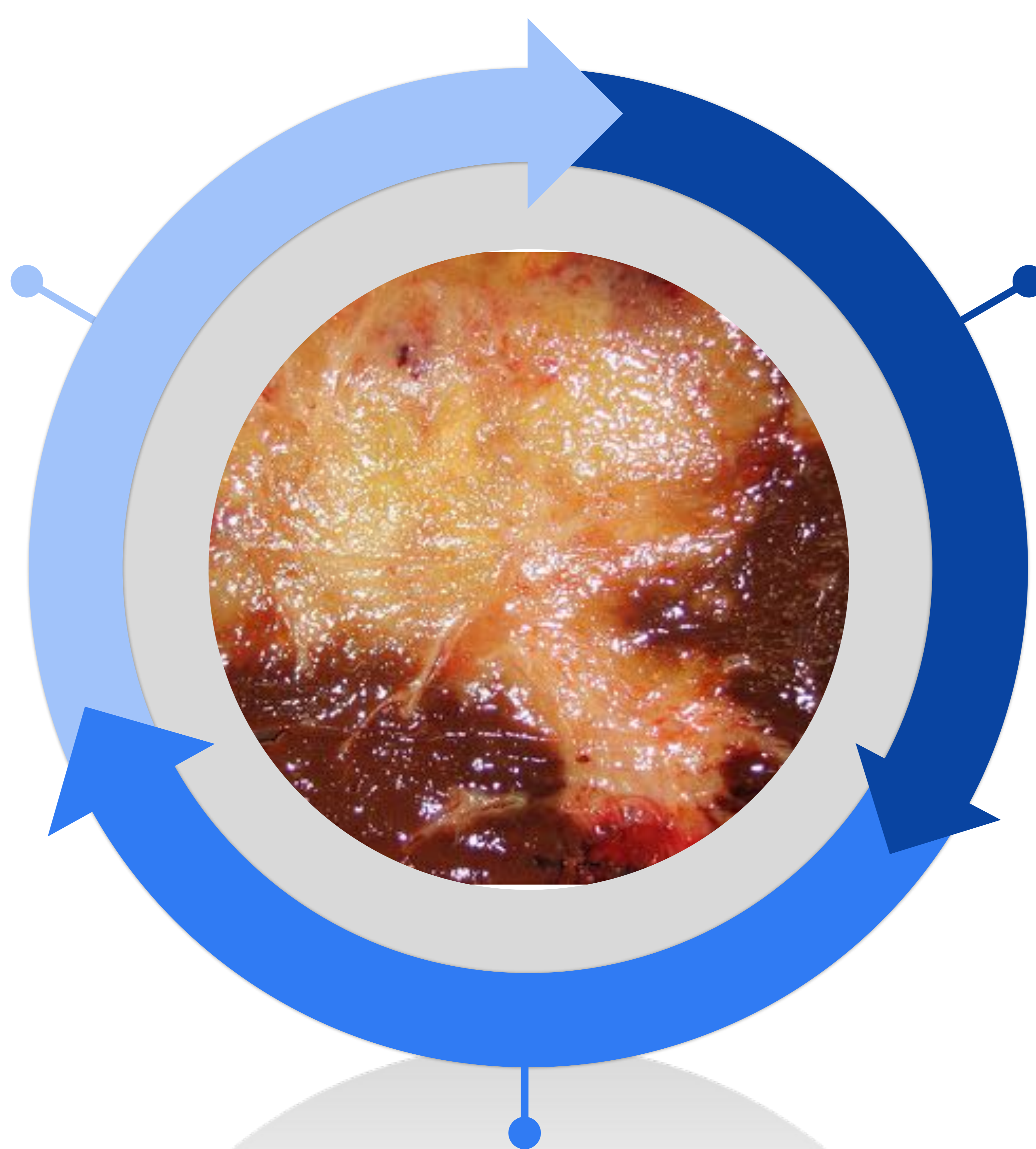
¹Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz).



Objetivos docentes:

SABER

Qué necesita saber el cirujano para realizar una buena planificación quirúrgica



CONOCER

Los diferentes tipos de colangiocarcinoma según su localización y patrón de crecimiento

DESCRIBIR

Los hallazgos radiológicos en TC y RM que permiten establecer su diagnóstico

Revisión del tema: Introducción¹

>90% debutan con
signos y síntomas
de ictericia
obstruictiva

2º tumor
primario
maligno
hepatobiliar
(tras CHC)

Hombres >
mujeres (1.5:1)

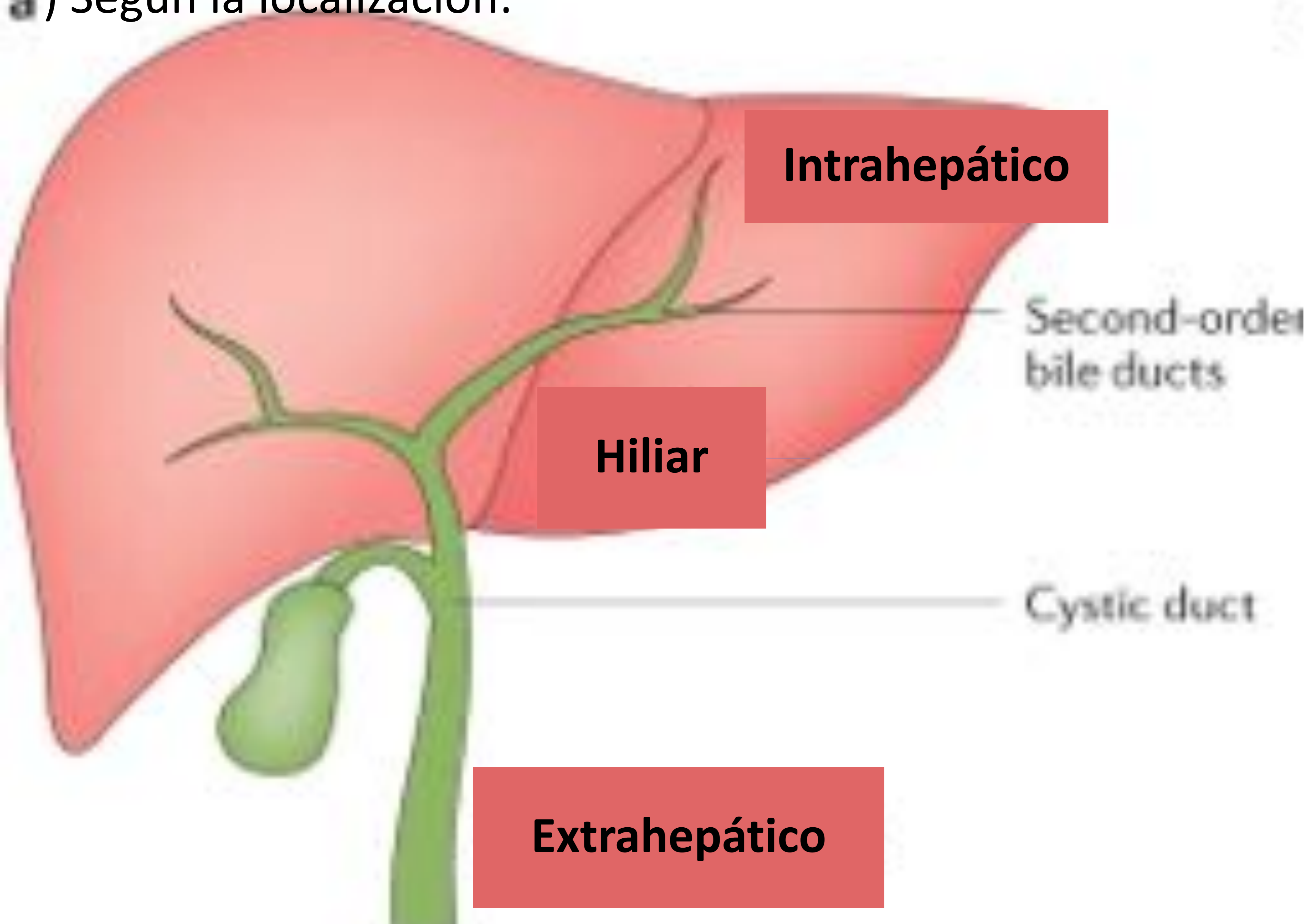
Factores de riesgo:
CEP, quistes de
colédoco, VHB.
VHC, cirrosis,
hepatolitiasis

Puede desarrollarse en
cualquier segmento entre
los canalículos
intrahepáticos y la ampolla
de Vater

Revisión del tema: Clasificación²

Las dos formas de clasificación más empleadas del CC se realizan según **a)** la localización o **b)** el patrón de crecimiento:

a) Según la localización:



Formador de masa

- Intrahepáticos
- Masa homogénea
- Presentan bordes irregulares aunque bien definidos
- Asocia dilatación de radicales biliares periféricos
- Supone el patrón de crecimiento más frecuente

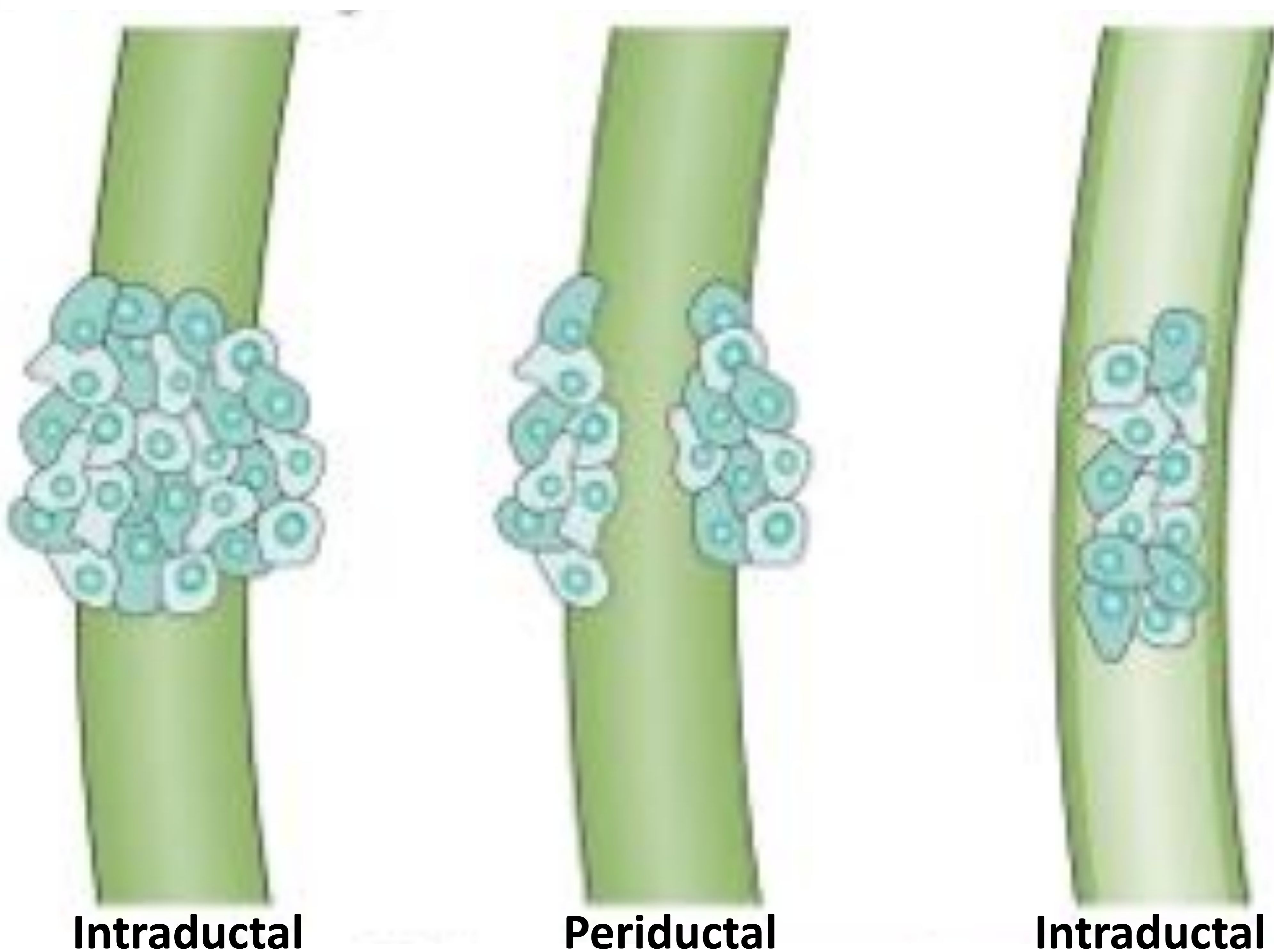
Periductal

- Crecimiento longitudinal a lo largo de la pared del conducto
- 70% de localización hiliar (tumor de Klatskin)
- Puede ocasionar estenosis multisegmentaria de la vía biliar

Intraductal

- Morfología polipoidea
- Crecimiento intraluminal
- Dilatación de la vía por mucina
- La AJCC/UICC no reconoce este patrón de crecimiento

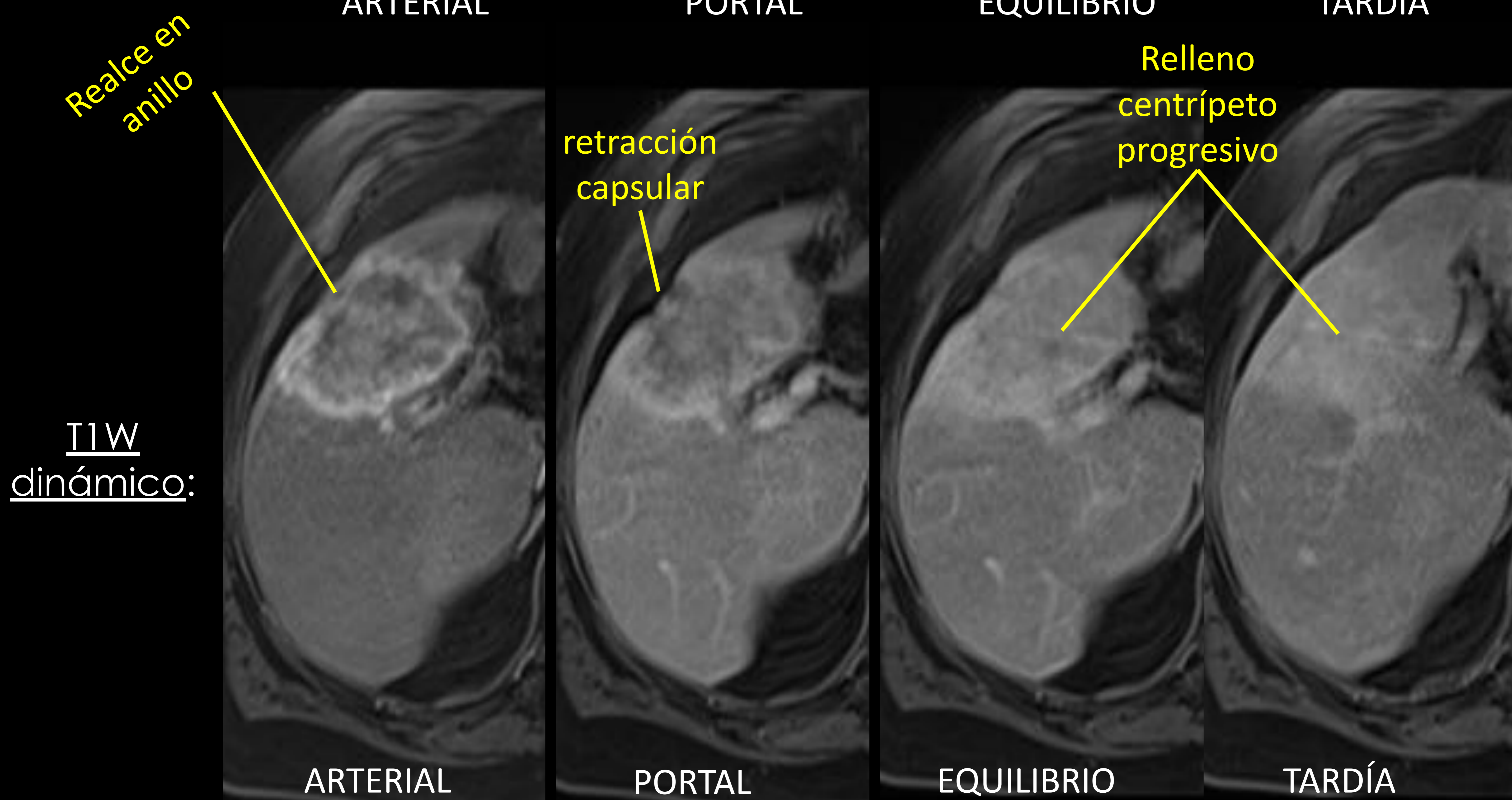
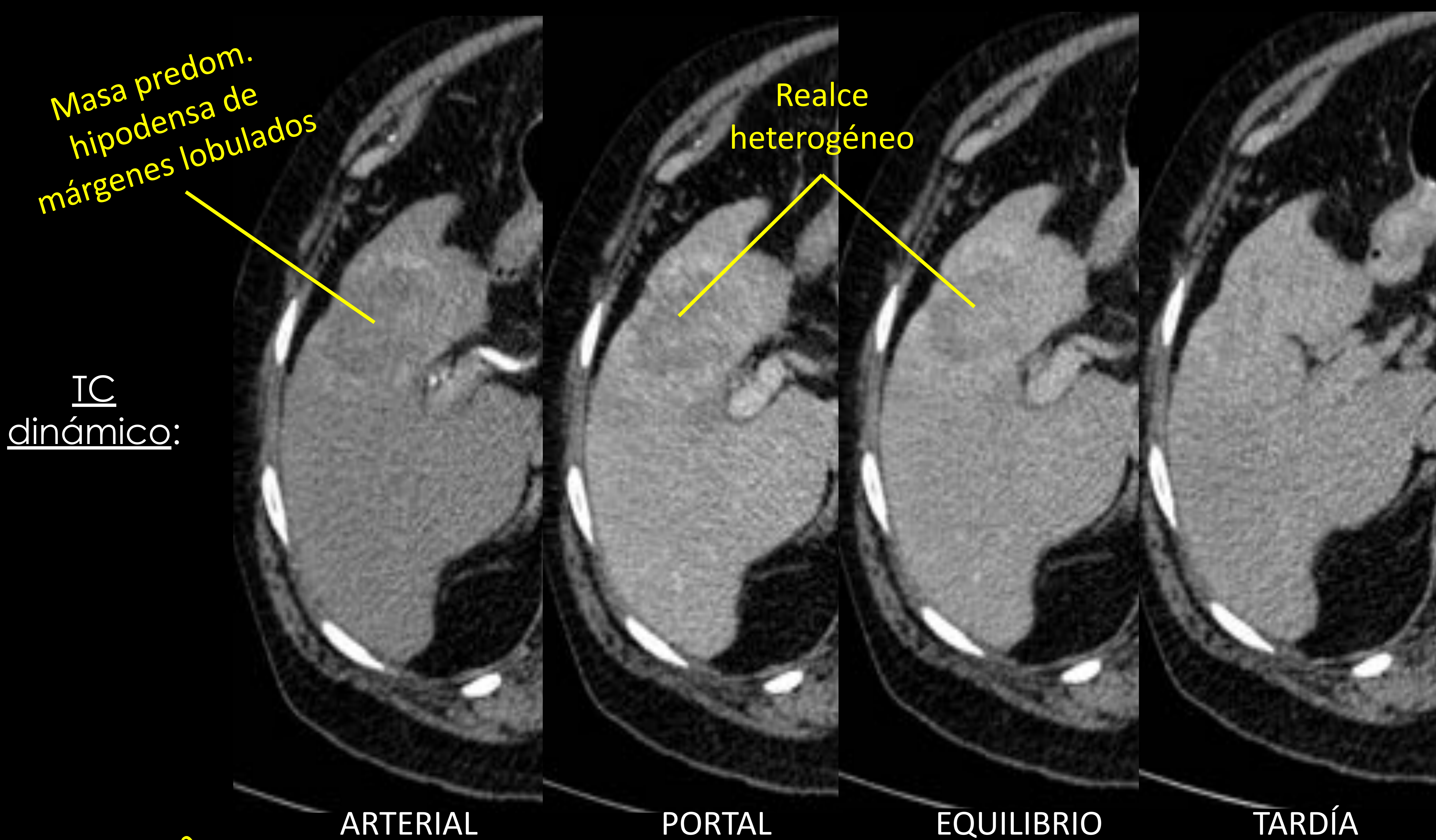
b) Según el patrón de crecimiento:



Revisión del tema:

Intrahepático: formador de masa³

En una TC basal, el colangiocarcinoma (CC) formador de masa se comporta como una masa hipodensa. Presentará las siguientes características en TC y RM dinámicos:

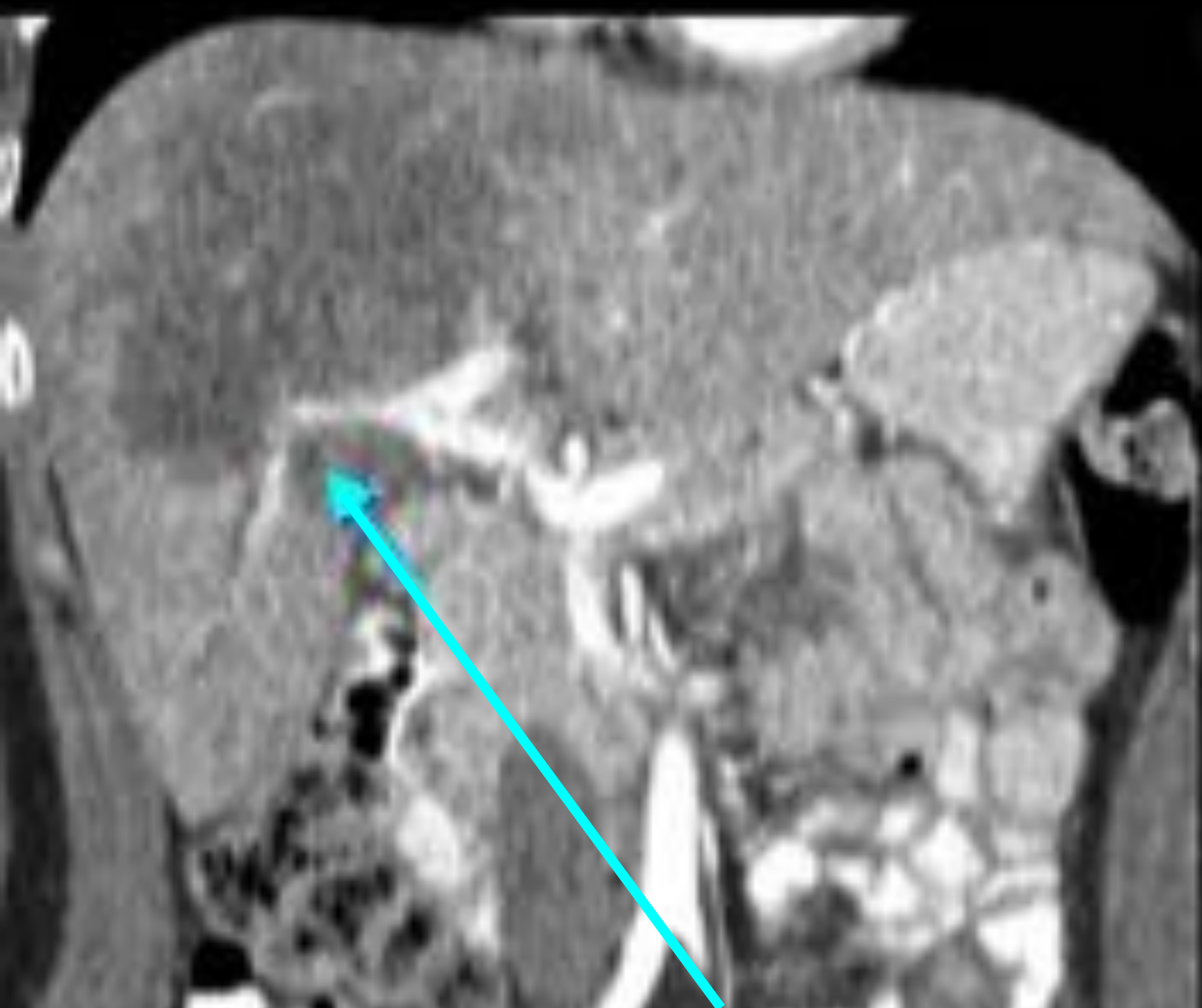


Revisión del tema:

Intrahepático: formador de masa³

En todos los tipos de CC, la TC nos permite evaluar complicaciones extrabiliares y enfermedad a distancia. La RM (y la **colangio-RM**) suponen el *gold-standard* para el diagnóstico no invasivo de la patología hepatobiliar.

TC dinámico (fase portal)



Invasión vascular



Lesión
satélite

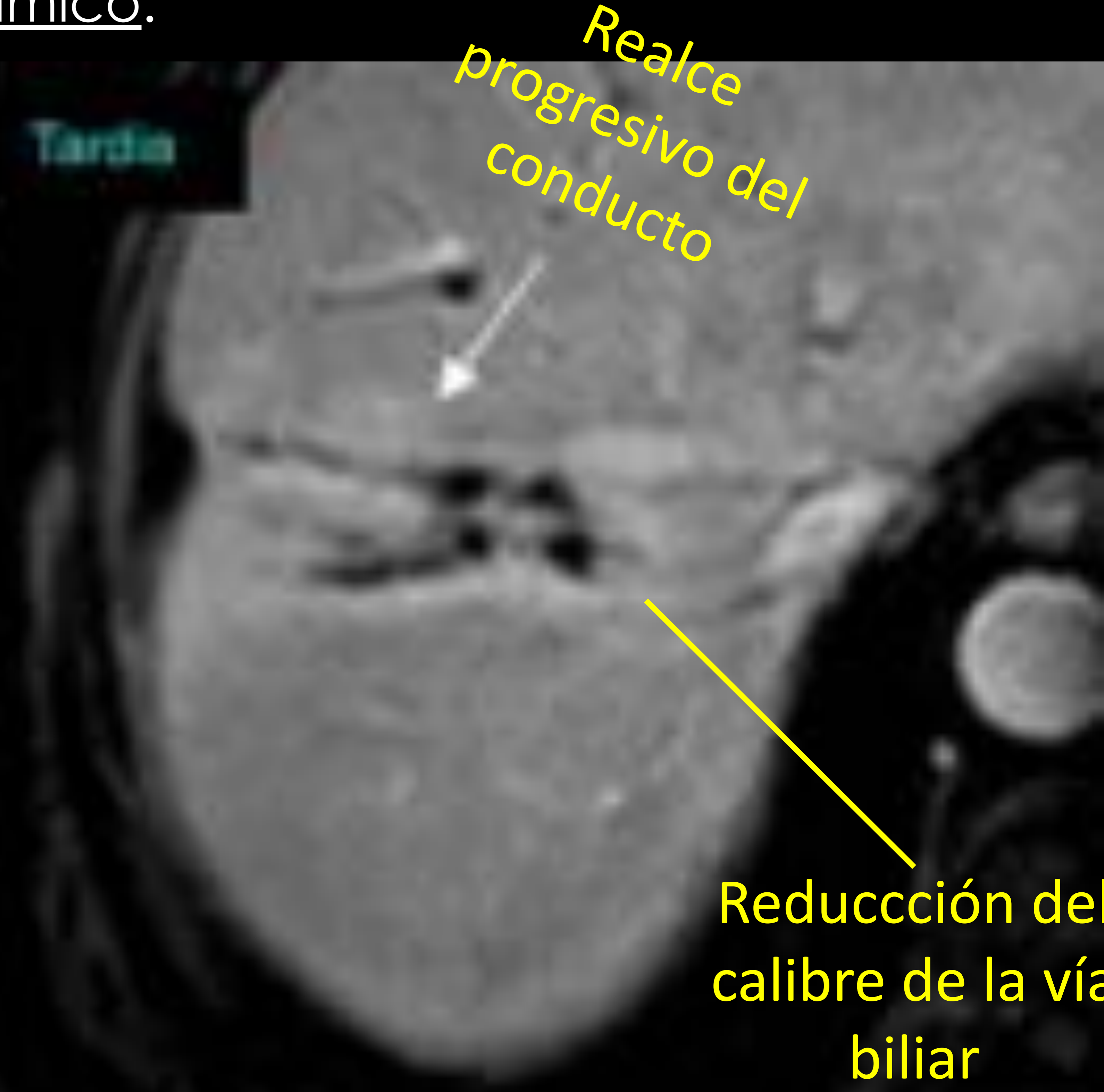
Intrahepático: periductal³

T1W dinámico:



Arterial

Engrosamiento
irregular del
conducto biliar



Tardía

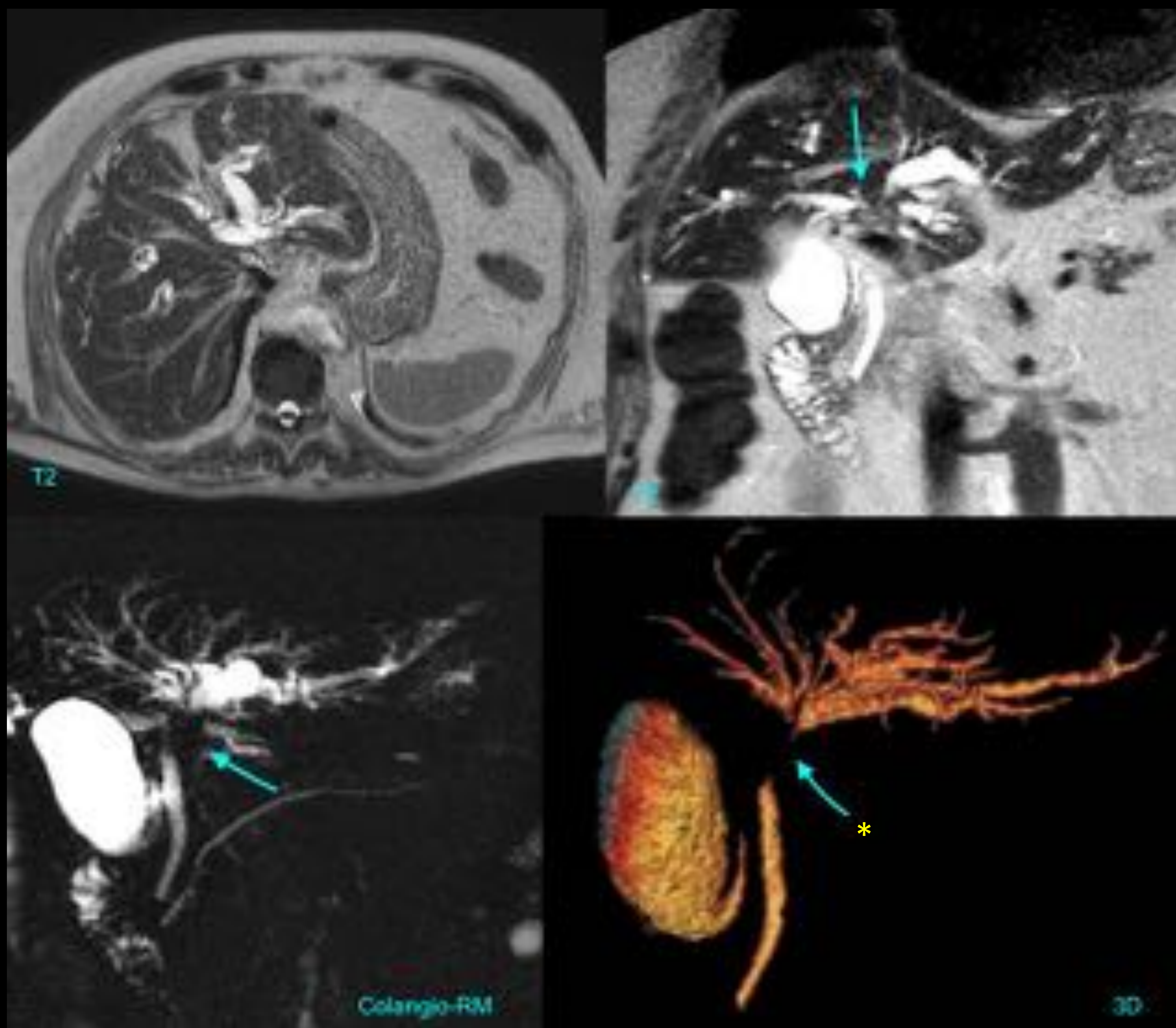
Realce
progresivo del
conducto

Reducción del
calibre de la vía
biliar

Revisión del tema:

Hiliar: periductal (Tumor de Klatskin)³

El CC de localización hiliar afecta a la bifurcación del conducto hepático, localizándose esta neoplasia por encima de la inserción del conducto cístico. Se denomina tumor de Klatskin y se emplea la clasificación de **Bismuth-Corlette**. Exponemos un caso:



Clasificación de Bismuth-Corlette para el colangiocarcinoma hiliar

I	Tumores por debajo de la confluencia de los conductos derecho e izquierdo
II	Tumores que afectan a la confluencia pero no a los conductos derecho e izquierdo
III	Tumores que afectan al conducto hepático común y al conducto derecho (IIIa) o al izquierdo (IIIb)
IV	Tumores multicéntricos o que afectan a la vez a los conductos derecho e izquierdo

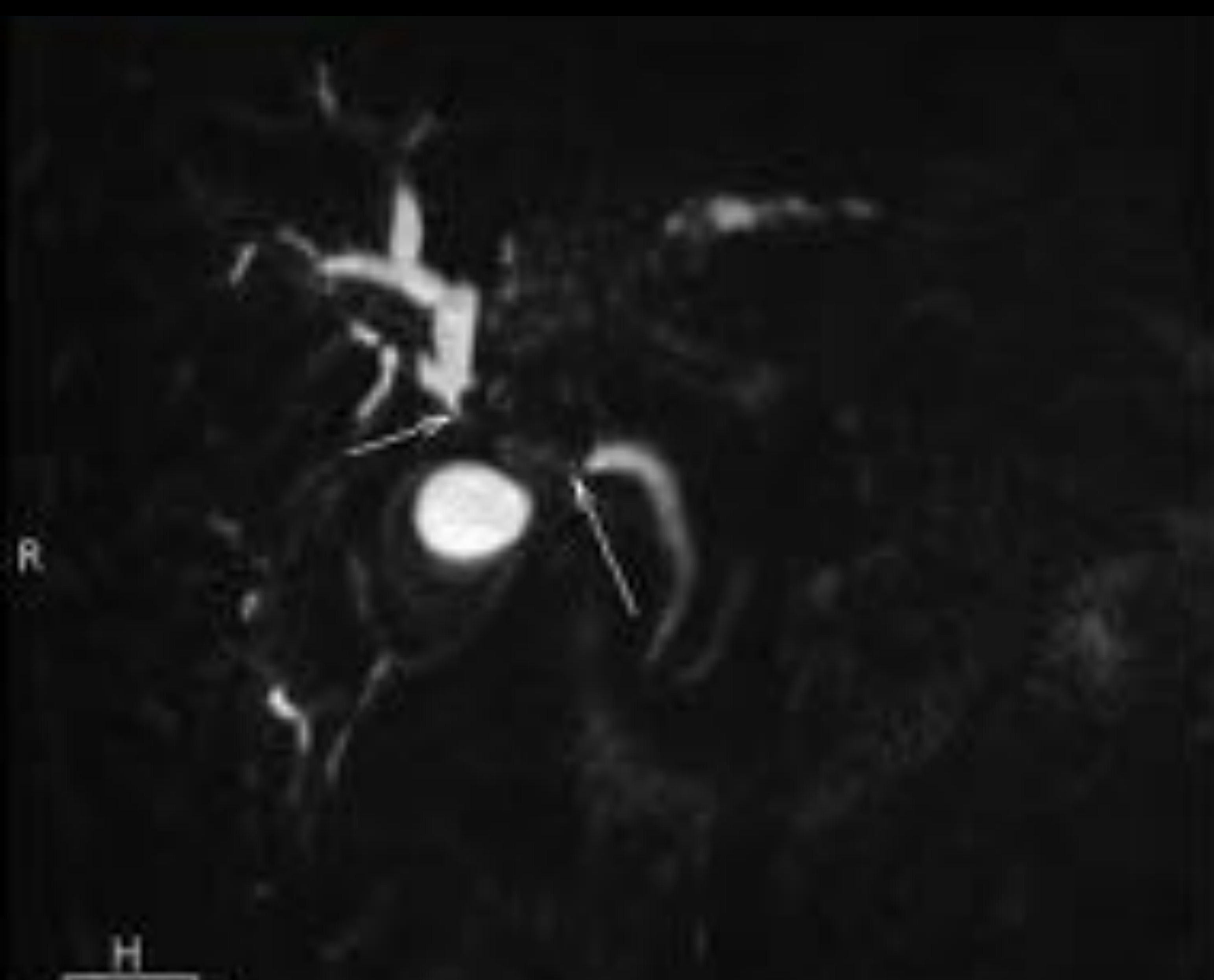
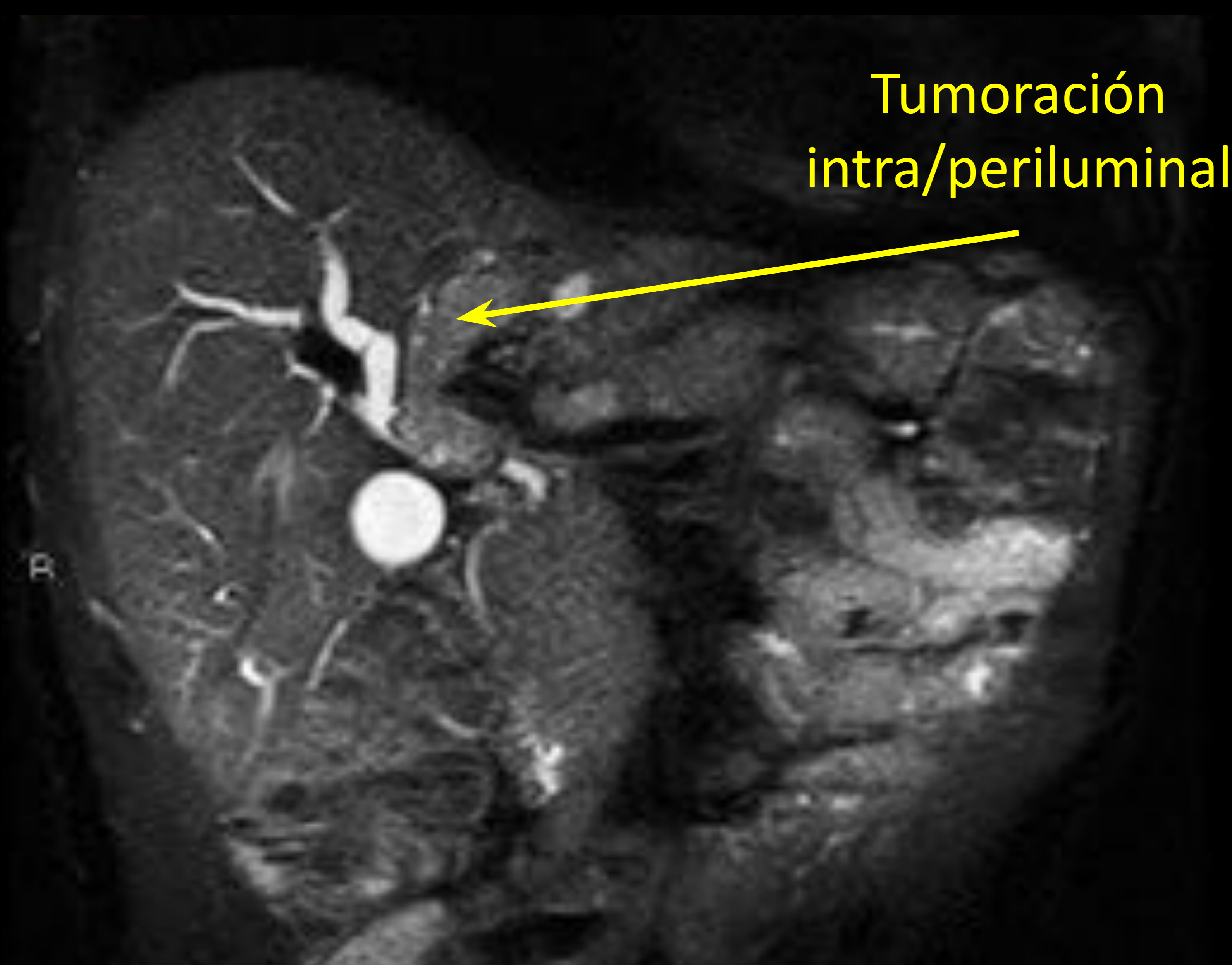
Revisión del tema:

Hiliar: periductal (Tumor de Klatskin)³

La clasificación de Bismuth-Corlette para el CC hiliar expresa su extensión longitudinal. La clasificación de la AJCC, también empleada frecuentemente, expresa su extensión radial.

STIR:

Colangio-RM:



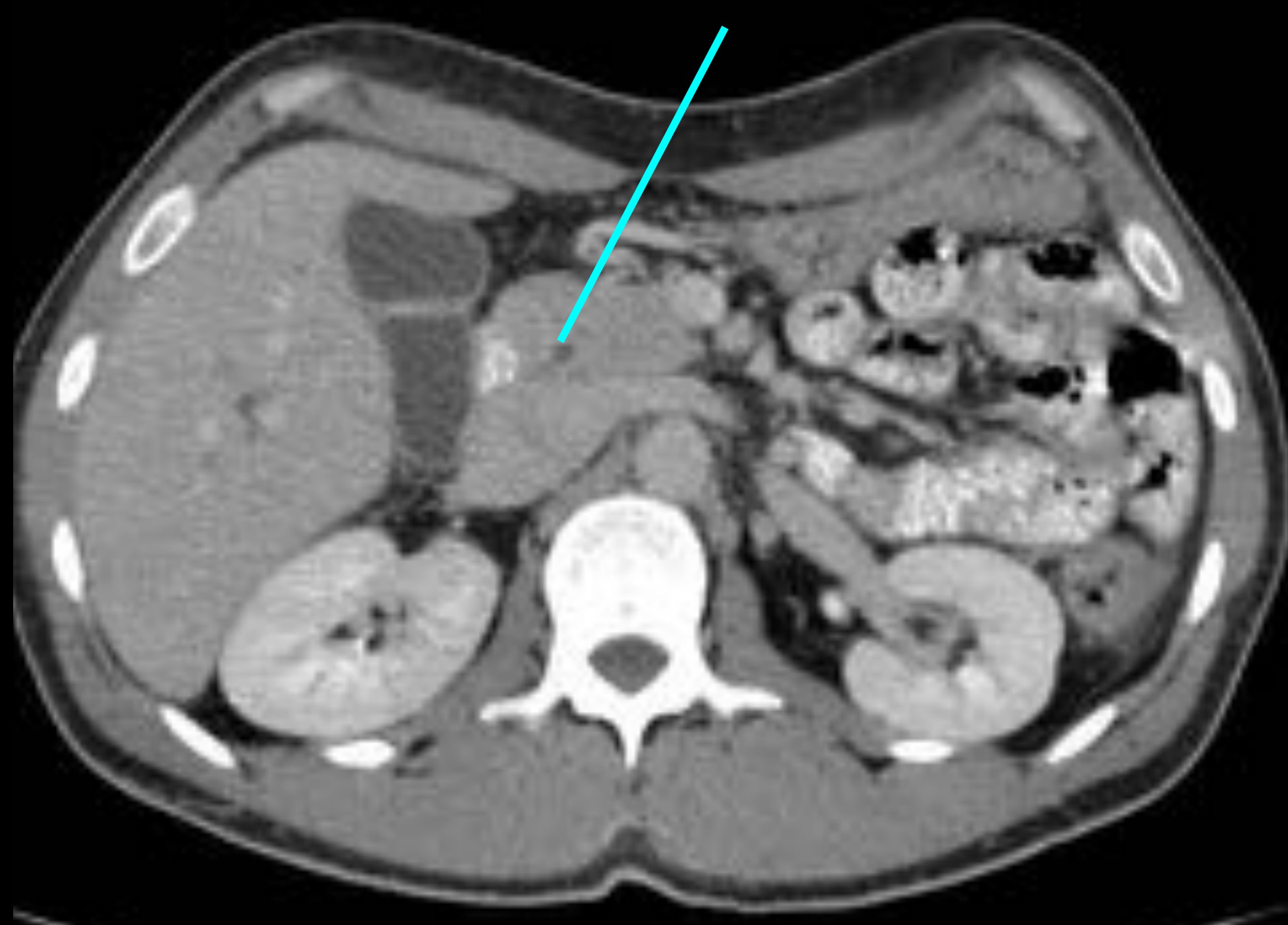
Clasificación de Bismuth-Corlette para el colangiocarcinoma hiliar

I	Tumores por debajo de la confluencia de los conductos derecho e izquierdo
II	Tumores que afectan a la confluencia pero no a los conductos derecho e izquierdo
III	Tumores que afectan al conducto hepático común y al conducto derecho (IIIa) o al izquierdo (IIIb)
IV	Tumores multicéntricos o que afectan a la vez a los conductos derecho e izquierdo

Colédoco distal normal

TC C+

Infiltración vena porta izq.

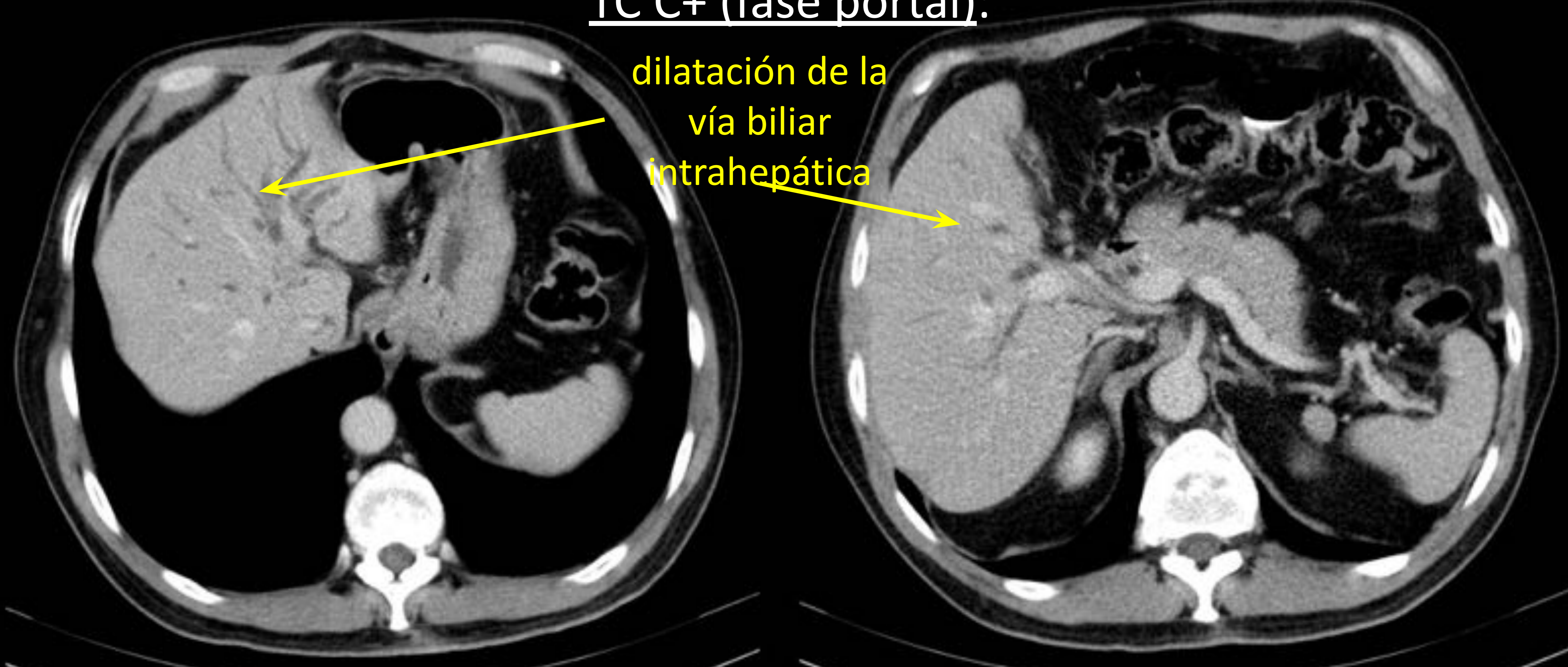


Revisión del tema:

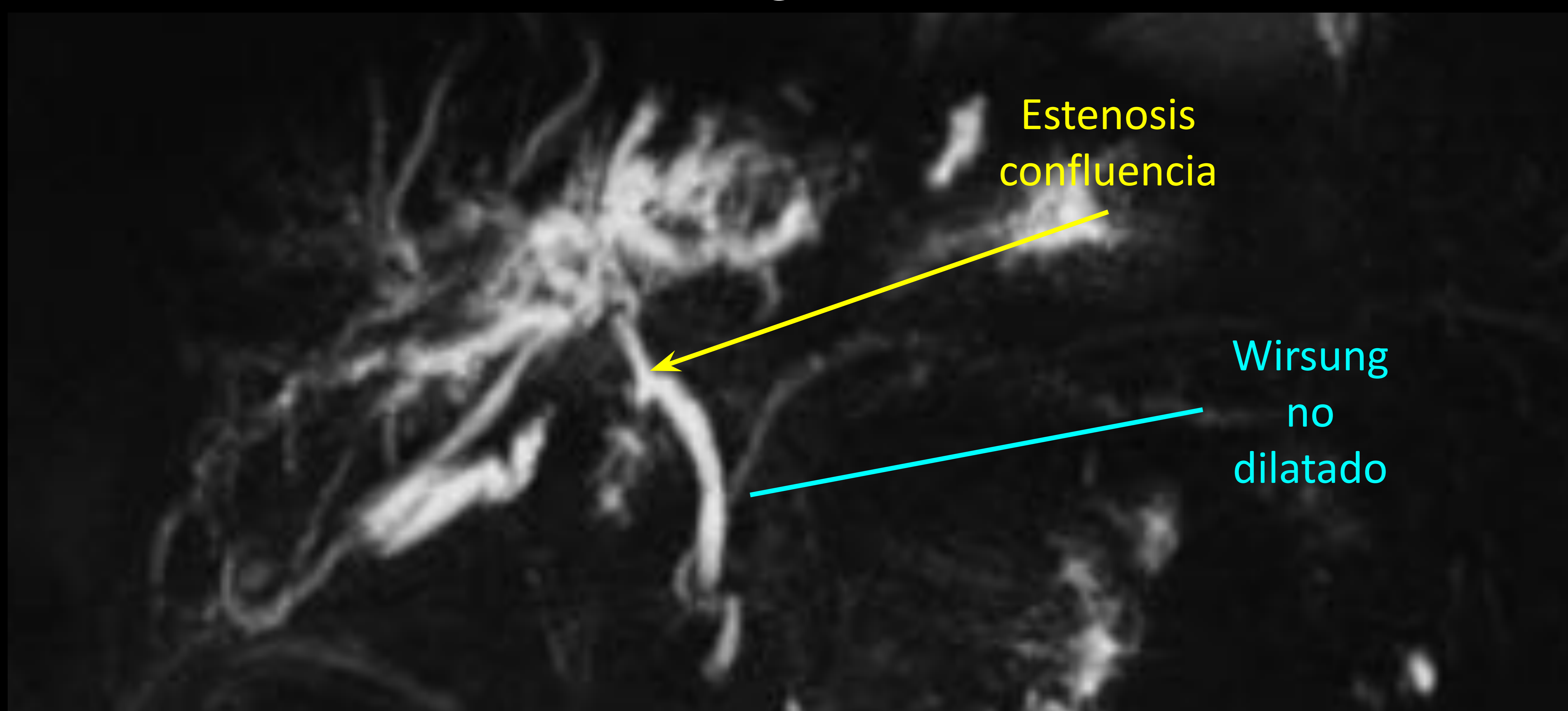
Hiliar: periductal (Tumor de Klatskin)³

Exponemos un último caso de tumor de Klatskin y las características radiológicas que ayudaron a su diagnóstico final:

TC C+ (fase portal):



Colangio-RM:



Clasificación de Bismuth-Corlette para el colangiocarcinoma hiliar

I	Tumores por debajo de la confluencia de los conductos derecho e izquierdo
II	Tumores que afectan a la confluencia pero no a los conductos derecho e izquierdo
III	Tumores que afectan al conducto hepático común y al conducto derecho (IIIa) o al izquierdo (IIIb)
IV	Tumores multicéntricos o que afectan a la vez a los conductos derecho e izquierdo

Revisión del tema: Informe estructurado⁴



La Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen propone los **siguientes informes estructurados**, según el tipo de CC (acorde a su localización):

CC Intrahepático

Lesión: morfología, localización, tamaño, dilatación de la vía biliar (sí/no), relación con estructuras vasculares

Lesiones satélite: presencia y descripción

Variantes anatómicas vasculares

Evaluación extrahepática: adenopatías, metástasis

CC Hiliar

Lesión: morfología, localización [clasificación Bismuth - Corlette], tamaño, relación con estructuras vasculares

Atrofia parenquimatosa asociada: derecha ó izquierda

Variantes anatómicas vasculares

Variantes anatómicas del árbol biliar

Evaluación extrahepática: adenopatías, metástasis

CC Extrahepático

Lesión: localización (colédoco medio ó distal), relación con estructuras vasculares

Variantes anatómicas vasculares

Variantes anatómicas del árbol biliar

Evaluación extrahepática: adenopatías, metástasis

CC papilar

Lesión: descripción, localización, número

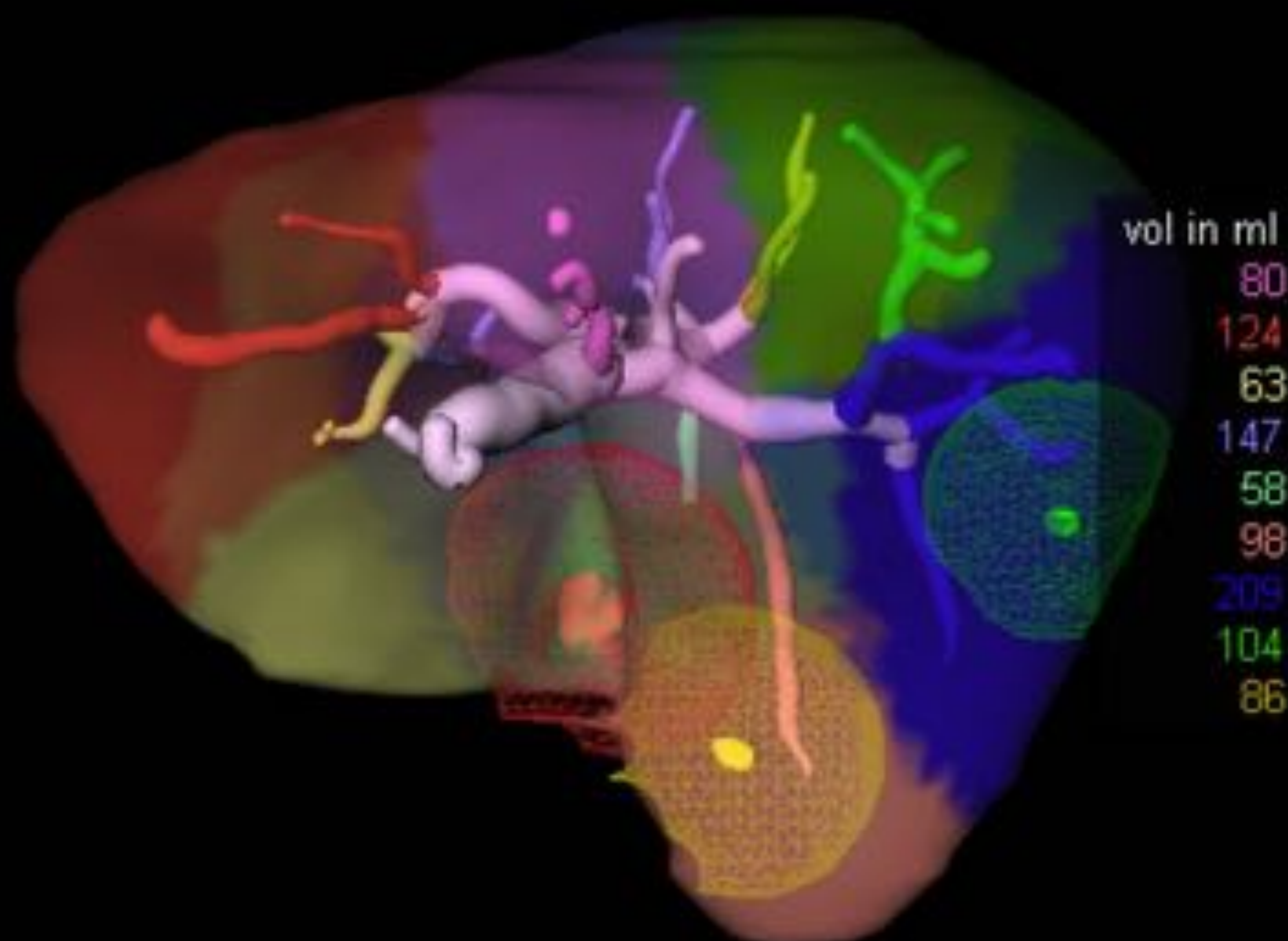
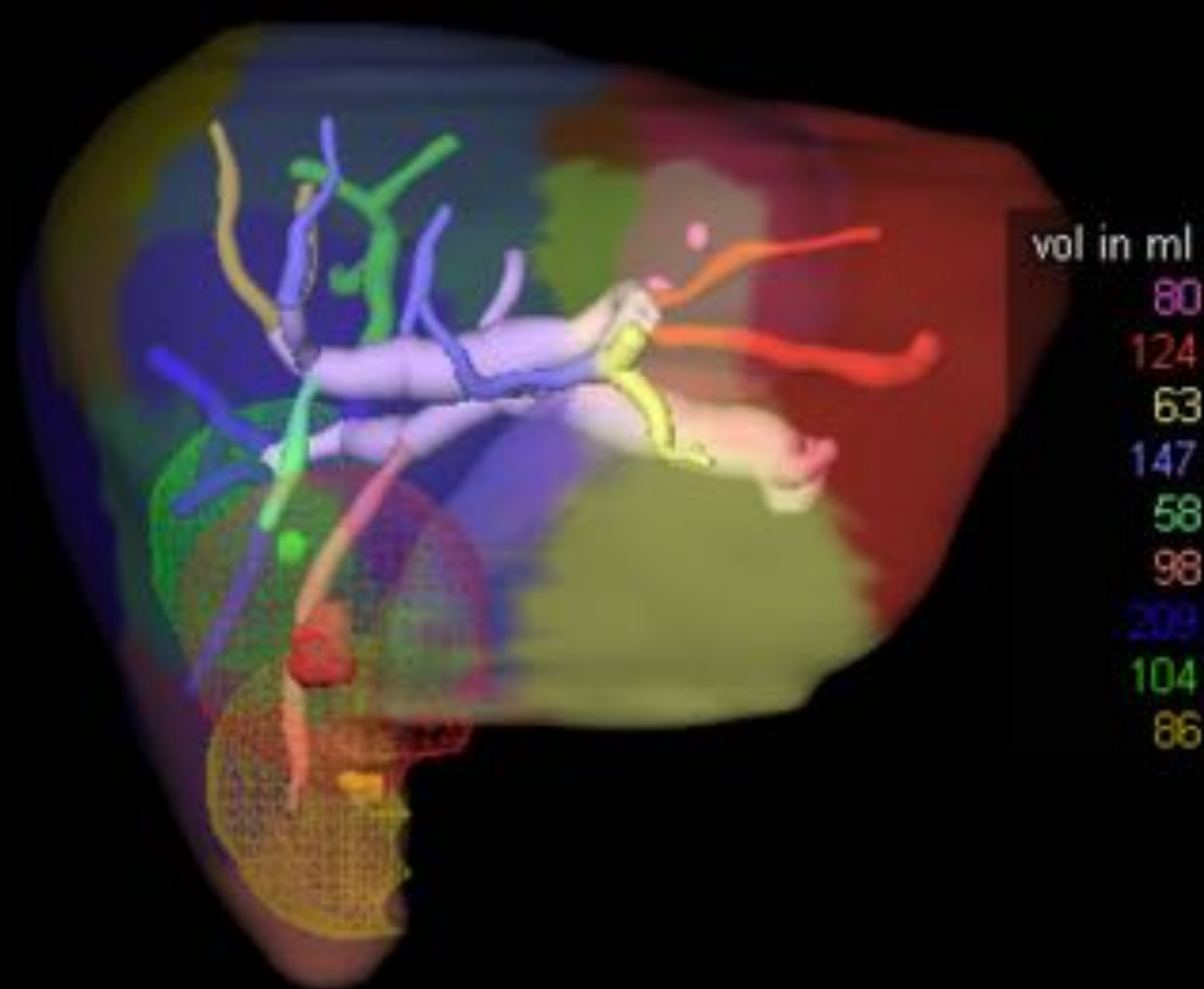
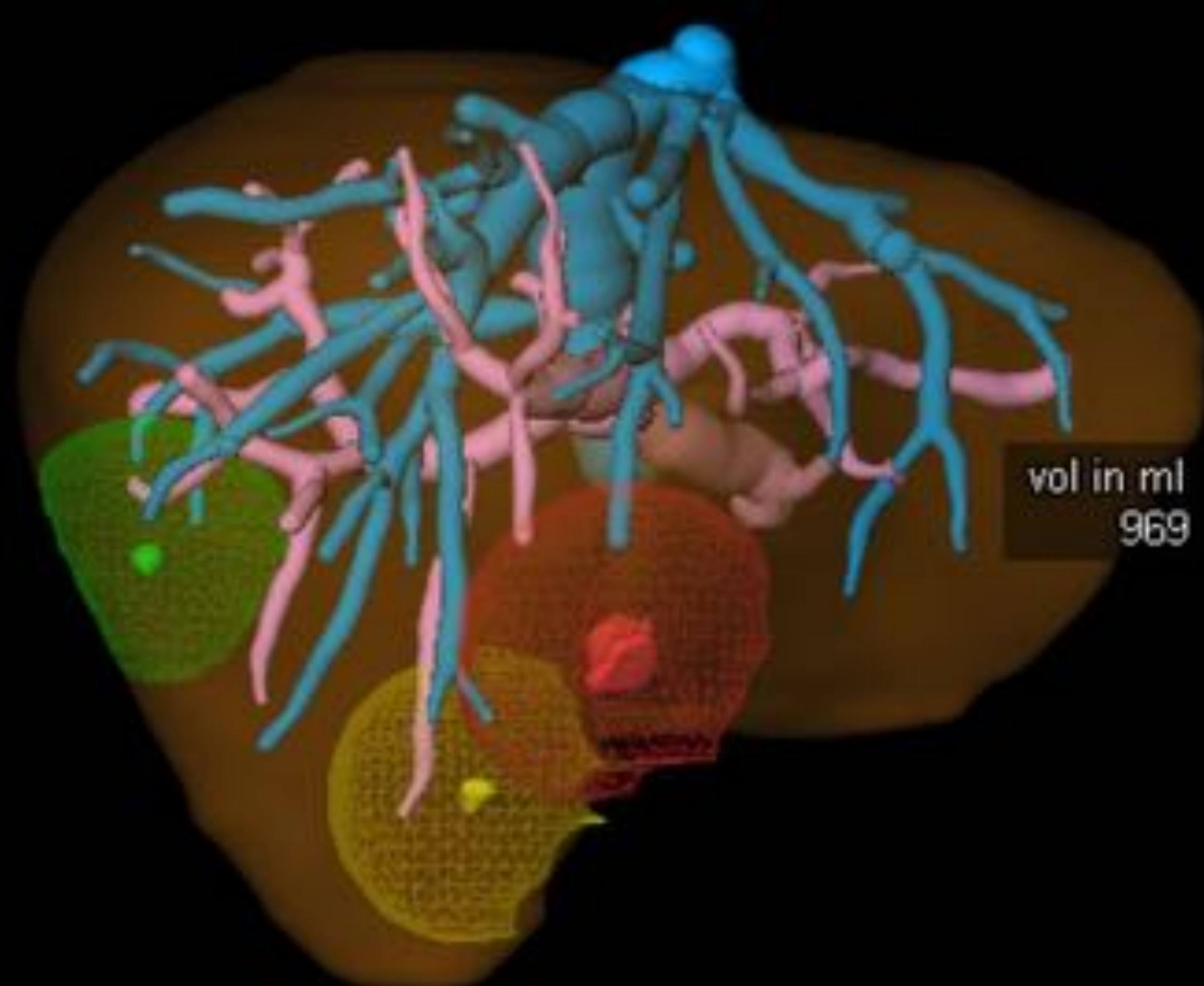
Variantes anatómicas vasculares

Variantes anatómicas del árbol biliar

Evaluación extrahepática: adenopatías, metástasis

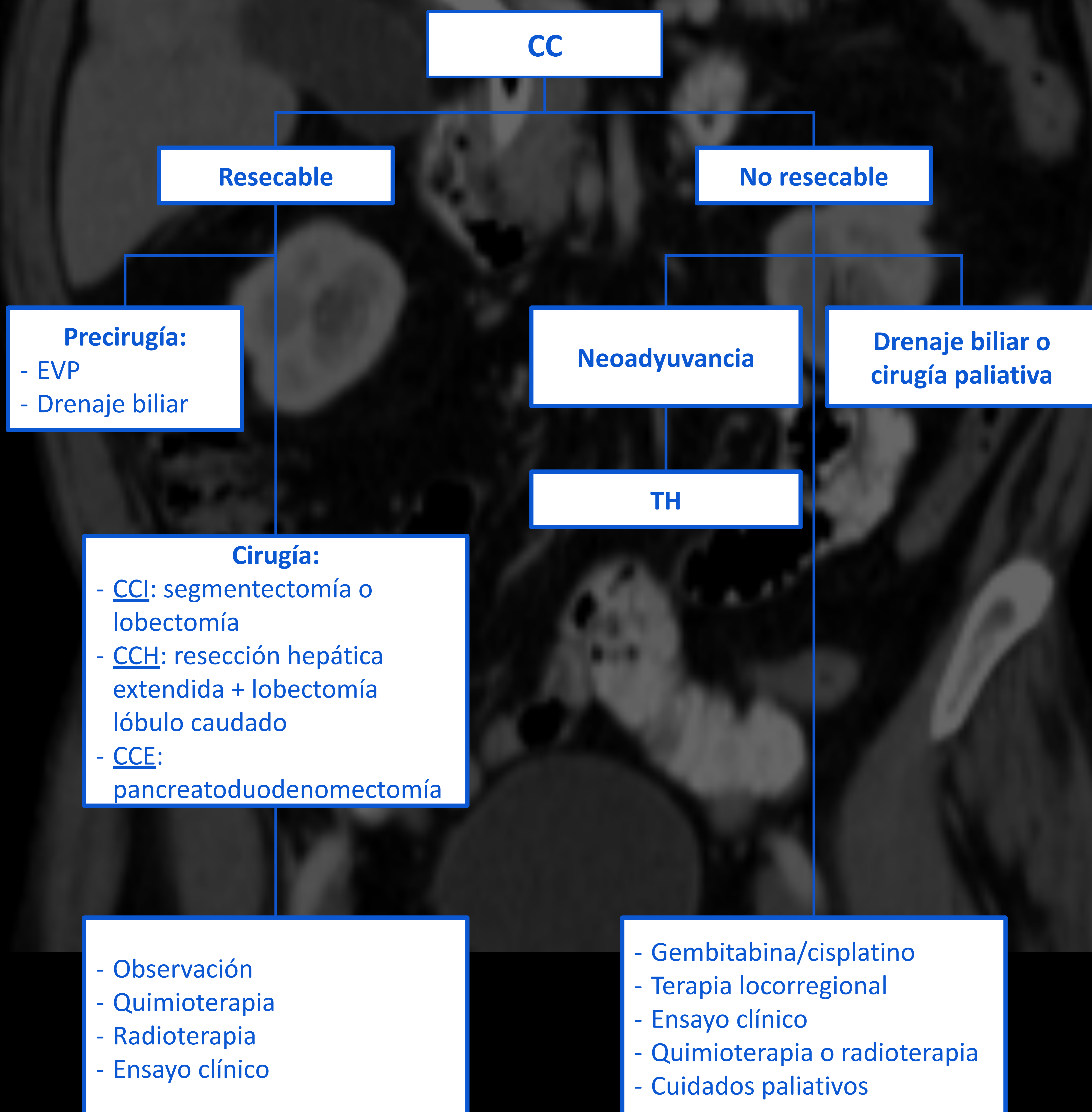
Revisión del tema: Segmentación hepática⁵

Una segmentación hepática realizada adecuadamente a través de las imágenes obtenidas mediante TC o RM, es importante de cara a la planificación prequirúrgica. A continuación presentamos las reconstrucciones empleadas en nuestro centro mediante el software Syngo.Via (Siemens Healthineers)



Revisión del tema: Manejo multidisciplinar⁶

El CC sigue siendo una neoplasia con una elevada mortalidad. Su manejo requiere diferentes técnicas y equipos con experiencia y habilidad. Son imprescindibles guías de práctica clínica bien establecidas para mejorar el pronóstico.



Revisión del tema: Conclusiones

Es recomendable el uso de informes radiológicos estructurados, como los de la SEDIA

La volumetría hepática ayudará a la planificación quirúrgica.

Debido a la versatilidad de hallazgos radiológicos, el colangiocarcinoma constituye un reto diagnóstico

La imagen juega un papel fundamental en la supervivencia y la detección de enfermedad recurrente o diseminación de la misma

En el informe radiológico debe valorarse la extensión local y a distancia y las variantes anatómicas

Bibliografía

1. Khan A, Dageforde L. Cholangiocarcinoma. Surgical Clinics of North America. 2019;99(2):315-335.
2. Banales JM, Cardinale V, Carpino G, et al. Expert consensus document: cholangiocarcinoma: current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA). Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2016;13(5):261–80.
3. Oliveira I, Kilcoyne A, Everett J, Mino-Kenudson M, Harisinghani M, Ganesan K. Cholangiocarcinoma: classification, diagnosis, staging, imaging features, and management. Abdoml Radiol. 2017;42(6):1637-1649.
4. <http://www.sedia.es/informe-estructurado-del-colangiocarcinoma/>
5. Lebre M, Vacavant A, Grand-Brochier M, Rositi H, Abergel A, Chabrot P et al. Automatic segmentation methods for liver and hepatic vessels from CT and MRI volumes, applied to the Couinaud scheme. Computers in Biology and Medicine. 2019;110:42-51.
6. Cai Y, Cheng N, Ye H, Li F, Song P, Tang W. The current management of cholangiocarcinoma: A comparison of current guidelines. BioScience Trends. 2016;10(2):92-102.
7. Mansour J et al. Hiliar cholangiocarcinoma expert consensus statement. IHPBA. 2015; 17: 691-699.