



# COLANGIOCARCINOMA: IMAGEN DESDE LA SOSPECHA CLÍNICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

Israel Fernández Muñoz 1, Isaac Fernández Muñoz 2, Rosa M Miranda Matilla 1

1 Hospital de Zafra, Zafra. 2 Hospital Marina Salud, Denia

## OBJETIVO DOCENTE

El colangiocarcinoma es el segundo tumor hepático primario más frecuente. Puede ser intra o extrahepático y se da con mayor frecuencia en pacientes de 50-70 años. Una vez realizada la sospecha clínica, exponemos las manifestaciones radiológicas más frecuentes del colangiocarcinoma según su localización anatómica y la posterior correlación con los resultados anatomopatológicos.

Se realiza una revisión bibliográfica sobre esta entidad y exponemos: principales hallazgos de imagen, así como su correlación con los resultados anatomopatológicos, incidencia, factores de riesgo, síntomas más frecuentes y tipos según su clasificación anatómica.

## REVISION DEL TEMA

Los principales factores de riesgo para su desarrollo son:

-Colangitis esclerosante primaria.

-Alteraciones congénitas del árbol biliar: quistes colédoco, fibrosis hepática congénita, enf. Caroli.

-Hepatitis (cálculos en vía intrahepática).

- Otros:

-Infecciones parasitarias de la vía biliar (Clonorchis y Opistorchis en Asia)

- Exposición a tóxicos (Thorotrast; retirado en los 60).

- Fact. Genéticos (sd. de Lynch).

- Enf. hepáticas crónicas (hepatitis B y C).

- DM e infección por HIV.

Clasificación anatómica:

- 1) Intrahepático (periférico).
- 2) Hiliar.
- 3) Extrahepático.

Periférico o intrahepático: Suele presentarse como una masa intrahepática de márgenes irregulares, generalmente de gran tamaño (dado que la sintomatología aparece en estados avanzados). Ecográficamente se manifiesta como una única lesión hipoeoica (aunque puede ser hiperecogénica o mixta) con baja señal en el doppler (tumor hipovascularizado). En la Tc observamos una masa de baja atenuación con discreto realce periférico de forma tardía (fig 1).

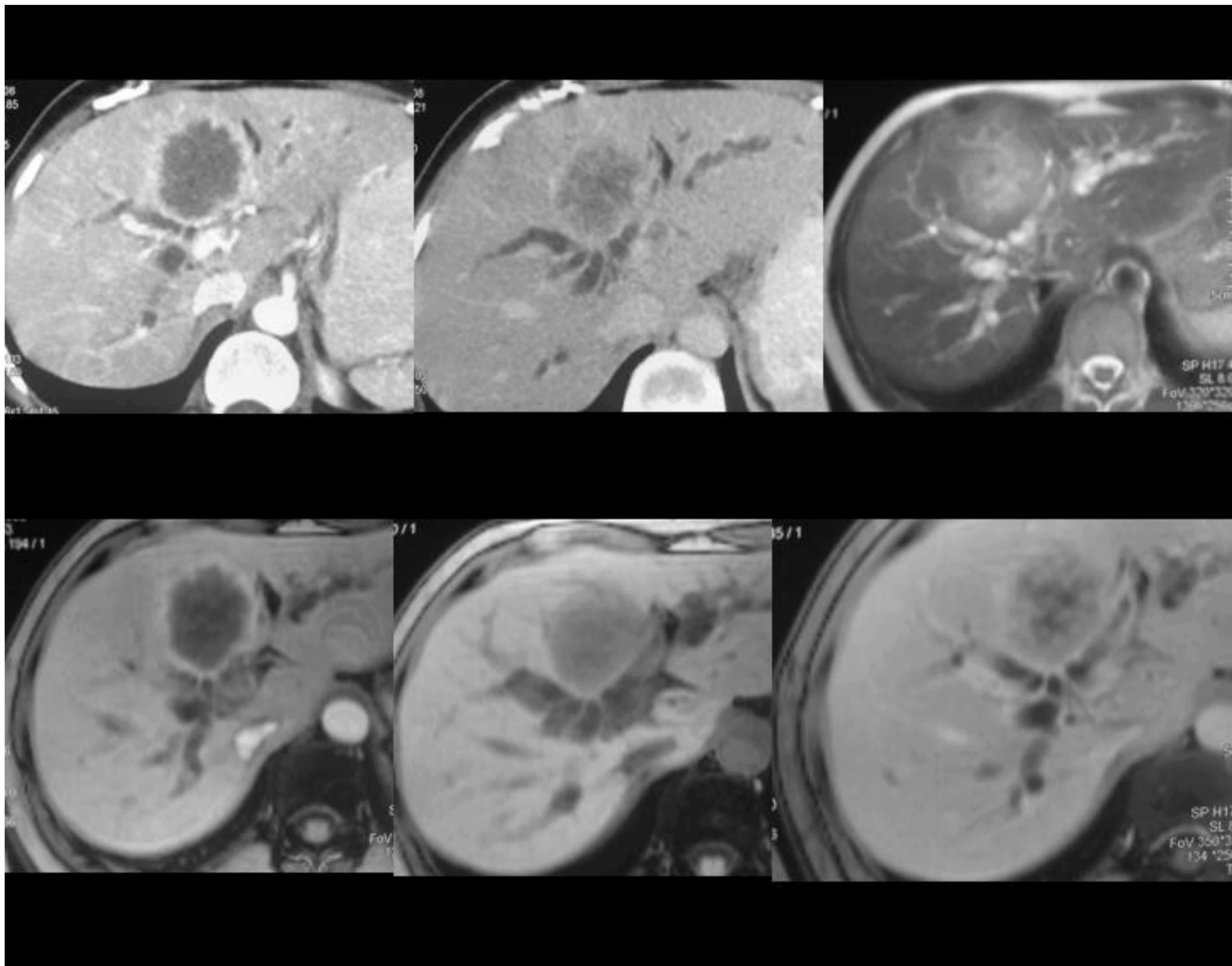


Fig. 1: colangiocarcinoma intrahepático con realce tardío periférico

Se asocia a dilatación segmentaria de los conductos intrahepáticos y puede presentar retracción capsular y atrofia lobar (fig. 2 y 3). En RM se comporta como una masa intrahepática variablemente hiperintensa en T2 e hipo/isointensa en T1 con tenue realce periférico en fases tardías tras la administración de contraste paramagnético.



Fig. 2: colangiocarcinoma.



Fig. 3: colangiocarcinoma intrahepático.

## Hiliar:

Suele representar alrededor del 50% de los colangiocarcinomas y sus principales manifestaciones radiológicas son la falta de unión de los conductos hepáticos principales, la dilatación biliar retrógrada así como también atrofia lobar. En función de su patrón de crecimiento diferenciamos varios subtipos: infiltrante, exofítico y polipoideo. El infiltrante es el más frecuente de los tres y se muestra como un engrosamiento de la pared ductal que oblitera la luz, provoca una dilatación biliar proximal y presenta un mayor realce de contraste en comparación al parénquima hepático (fig. 4). El exofítico se manifiesta como una masa de baja atenuación con realce periférico siendo difícil de diferenciar del colangiocarcinoma intrahepático. El polipoideo representa una masa de densidad partes blandas intraductal e hipodensa/hipointensa en comparación al parénquima hepático. Así mismo, los colangiocarcinomas hiliares también presentan otra clasificación en función de su localización y la afectación de los conductos hepáticos (hepático común, confluencia, hepático derecho e izquierdo), conocida como la clasificación de Bismuth-Corlette (fig. 5).

## Extrahepático:

Son aquellos colangiocarcinomas que afectan al conducto biliar extrahepático pudiendo ser infiltrativos (engrosamiento mural hipercaptante que provoca una estenosis focal o cambio de calibre del conducto extrahepático con dilatación ductal proximal) o polipoideos (masa de baja intensidad/densidad intraluminal que provoca dilatación ductal proximal).

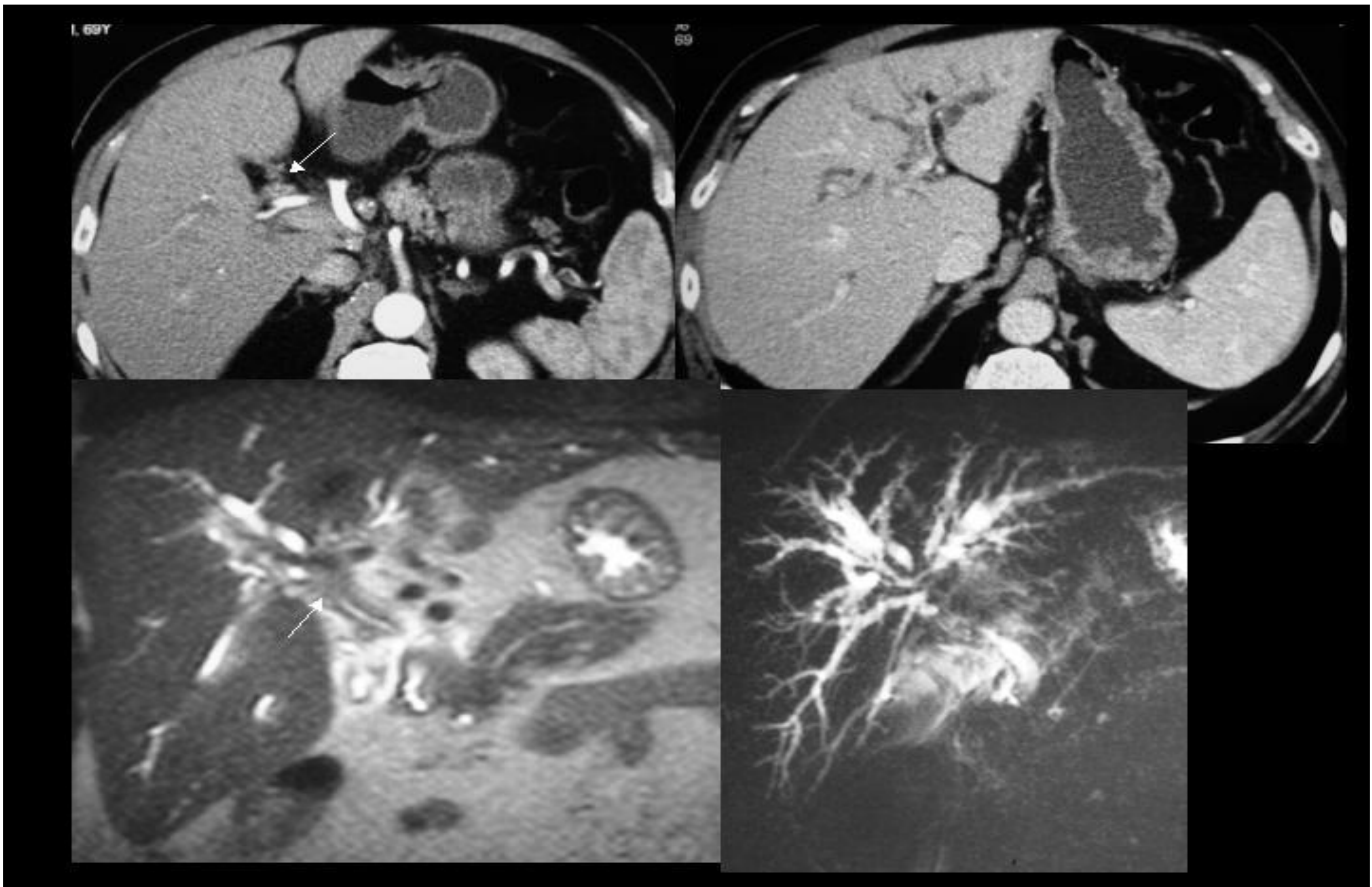


Fig. 4: engrosamiento mural del colédoco proximal con dilatación de la vía intrahepática de ambos lóbulos

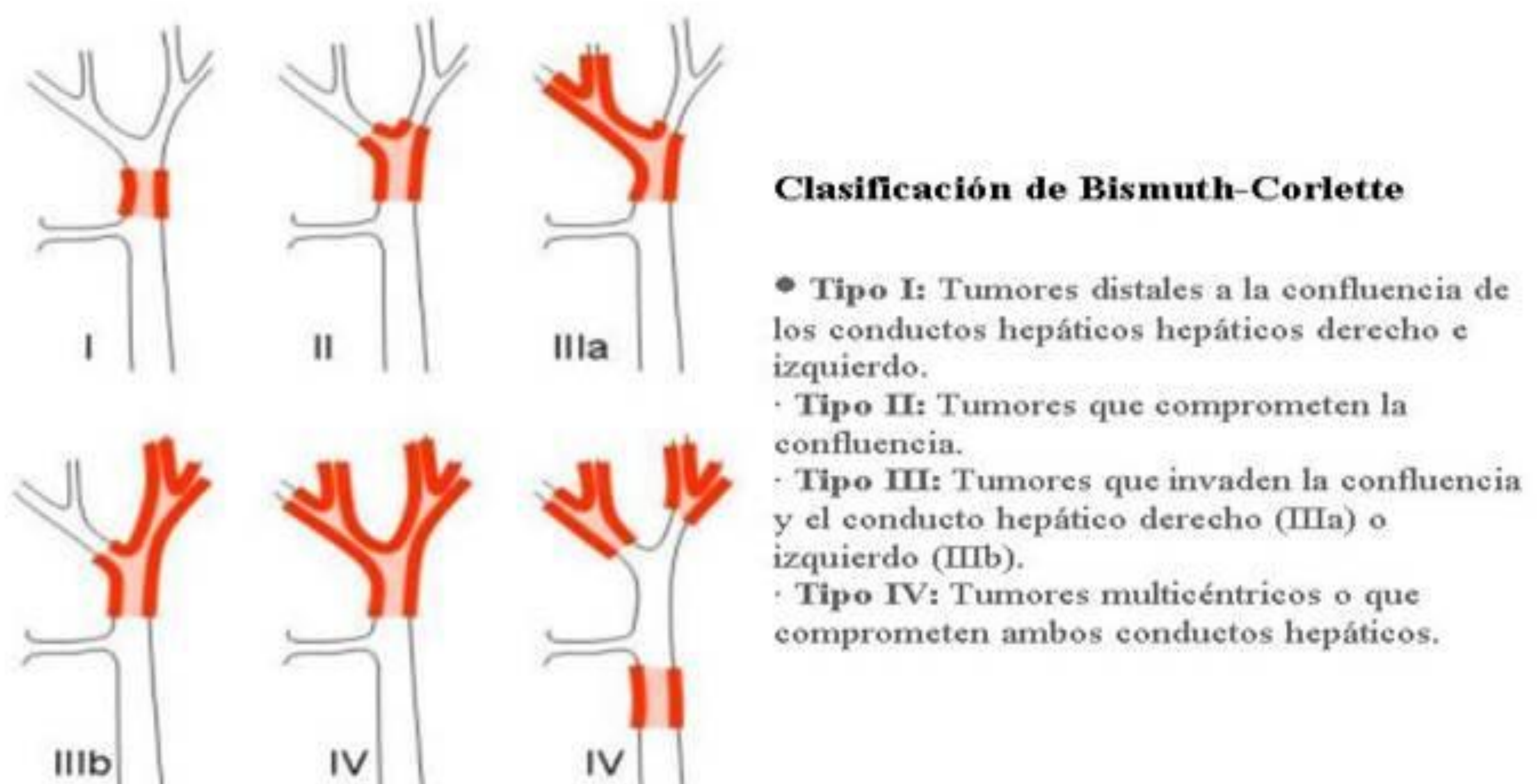


Fig. 5: clasificación de Bismuth.

## CONCLUSIONES

El colangiocarcinoma es el segundo tumor hepático primario más frecuente después del hepatocarcinoma, en muchas ocasiones difícil de clasificar.

La ecografía juega un papel de sospecha diagnóstica, ya que es la primera prueba que se realiza. La TC, la colangioRM y la CPRE son las técnicas de elección para el diagnóstico y estudio del colangiocarcinoma.

1. Una vez realizada la sospecha clínica, el conocimiento de las manifestaciones radiológicas más típicas del colangiocarcinoma según su localización permiten un diagnóstico precoz del mismo.

## REFERENCIAS

- Joon Koo Han, ByungInm Choi, Ah Young Kin, Su Kyung An, Joon woo Lee, Tae Kyung Kin. Cholangiocarcinoma: Pictorial Essay of CT and Cholangiographic Findings Radiographics January 2002 22:173-187
- Young Eun Chung, Myeong-Jin Kim, Young Nyun Park, Ji-Young Choi, JuYeonPyo, Young Chul Kim, Hyeon Je Cho, Kyung Ah Kim. Varying Appearances of cholangiocarcinoma: Radiologic-Pathologic Correlation Radiographics May 2009 29:683-700
- Nisha I. Sainani, Onofrio A. Catalano, Nagaraj-SettyHolalkere, Andres X. Zhu, Peter F. Hahn and Dushy, V. Sahani. Cholangiocarcinoma: Current and Novel Imaging Techniques Radiographics September 2008 28:1263-1287