

Adenocarcinoma invasivo de la vía biliar extrahepática



Invasive adenocarcinoma of the extrahepatic bile ducts

Los tumores de la vía biliar son relativamente raros, el pronóstico general es pobre y se detectan en edades avanzadas. En las últimas 2 décadas, ha cambiado el manejo y tratamiento de estas lesiones.

Presentamos el caso de un hombre de 60 años, antecedentes de HAS, dislipidemia y trastornos funcionales digestivos. Un mes previo inició con dolor en hipocondrio derecho, distensión abdominal, malestar general, saciedad temprana e hiporexia; se manejó con procinéticos y anti-espasmódicos, mejorando parcialmente. Dos semanas antes del ingreso, se agregó coluria, ictericia leve, escalofríos y taquicardia. Acudió al servicio de urgencias presentando 38.8°C, deshidratación leve, exploración cardiopulmonar sin compromiso, abdomen distendido con dolor en flanco derecho, sin irradiaciones. Los análisis de laboratorio iniciales con leucocitos totales de 13.1, AST 288 U/L, ALT 449 U/L, FA 509 U/L, GGT 1296 U/L, BT 2.65 mg/dL, BD 1.32 mg/dL LDH 236 U/L; el ultrasonido de abdomen superior con dilatación de la vía biliar intrahepática, un colédoco de 1.7 cm, hidrocolecisto, lodo y microlitiasis. Se diagnosticó una colangitis moderada por criterios de Tokio 2018, realizando una CPRE con esfinterotomía y barridos con balón; se extrajeron partes de una tumoración vegetante de aproximadamente 1 cm (fig. 1A). En la colangiografía se observaron imágenes radiolúcidas irregulares en el hepático común con extensión hasta la papila (fig. 1B). El reporte histopatológico fue una neoplasia papilar con atipia no clasificable. Se solicitó una colangiorresonancia magnética, confirmando

la dilatación de la vía biliar, material hipointenso en todo el colédoco, sin precisar la extensión. Posteriormente, se realizó una colangioscopia (Spyglass), encontrando lesiones hiperémicas en el conducto hepático derecho e izquierdo, extendiéndose hacia el colédoco proximal y distal, de las cuales se tomaron nuevas biopsias (fig. 1C).

El reporte histopatológico reveló una neoplasia papilar intraductal biliar, de aspecto polipoide-vellosa, digitiforme, con displasia de alto grado, epitelio pancreatobiliar y foveolar, sin componente invasivo. Se decidió un manejo quirúrgico con procedimiento de Whipple (pancreatoduodenectomía) preservador del píloro y exploración transquirúrgica con el coledoscopia para evaluar los márgenes de la neoplasia. Se encontraron 2 sitios principales de tumor, el primero cerca de la bifurcación de los hepáticos y el segundo cerca de la ampolla de Vater de aproximadamente 3 cm (fig. 2A). Se realizó una anastomosis pancreatoyeyunal con el conducto pancreático canulado con una sonda 5 FR, la cual se exteriorizó y una anastomosis hepatoyeyunal y duodenoyeyunal en doble plano, dejando un drenaje Blake 19FR hacia el lecho de las 3 anastomosis. El reporte histopatológico final confirmó la neoplasia papilar intraductal, de 2.8x1.5 cm, con focos de displasia de alto grado en el colédoco distal extra- e intrapancreático; y focos de adenocarcinoma bien diferenciado (G1) de tipo intestinal invasivo en la pared del colédoco. Presentaba displasia de bajo y alto grado en el borde quirúrgico de la vía biliar (TO4); sin lesión en los bordes quirúrgicos del cuello pancreático, conducto pancreático principal, proceso uncinado ni del duodeno. Doce ganglios linfáticos regionales (pN0) resecaados sin metástasis, ni invasión vascular o perineural; los resultados de inmunohistoquímica en las células neoplásicas fueron positivos para CK7, CK20, CKX2 y MUC5AC (fig. 2B). El paciente permaneció en cuidados intensivos y posteriormente en hospitalización, egresando para seguimiento ambulatorio.

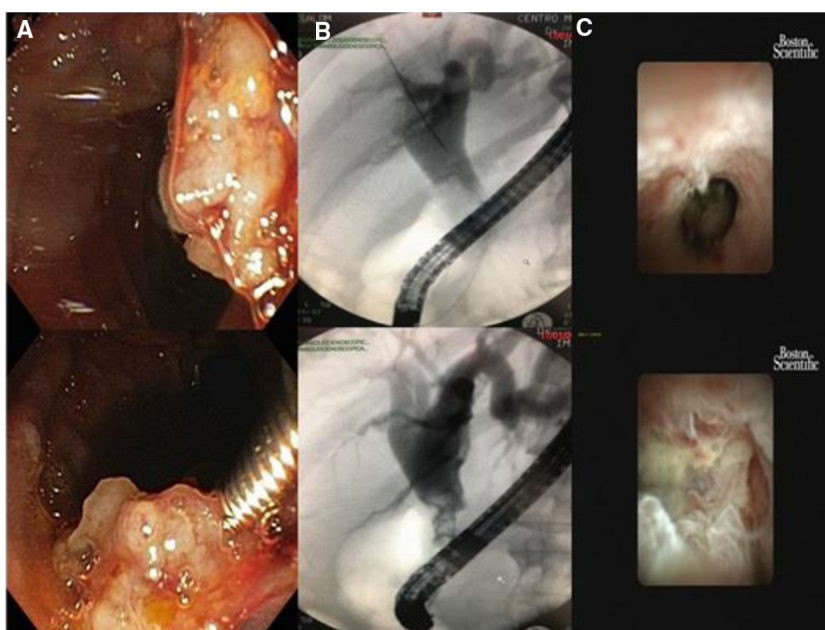


Figura 1 Extracción de lesión vegetante durante CPRE.

Colangiografía con imágenes radiolúcidas irregulares en conducto biliar.

Coledoscopia con lesiones hiperémicas, irregulares en el conducto hepático derecho, izquierdo, colédoco proximal y distal.

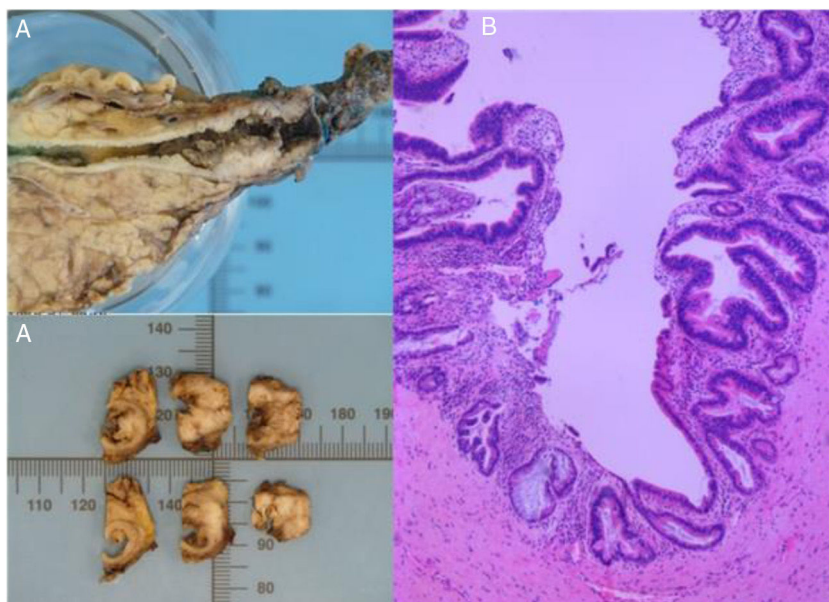


Figura 2 A) Imagen macroscópica de vía biliar resecada en pancreatoduodenectomía, con 2 sitios de tumor (cerca de la bifurcación de los hepáticos y de la ampolla de Vater). B) Neoplasia papilar intraductal con focos de displasia de alto grado, en el colédoco distal extra- e intrapancreático, focos microscópicos de adenocarcinoma bien diferenciado (G1) de tipo intestinal invasivo a la pared del colédoco, con displasia de bajo y alto grado en el borde quirúrgico de la vía biliar.

Los adenomas biliares son raros, normalmente encontrados durante colecistectomías y pueden presentarse en cualquier segmento de la vía biliar extrahepática¹. Como manifestación principal, la mayoría de los pacientes presentan ictericia obstructiva. En ocasiones, pueden confundirse con otras lesiones malignas como colangiocarcinoma, linfoma y tumores carcinoides. Existe poco conocimiento acerca del manejo de estas lesiones y la frecuencia de transformación maligna no ha sido determinada; pero la histología tubular confiere mayor riesgo^{2,3}. La inmunohistoquímica tiene un papel indispensable al evaluar neoplasias del tracto gastrointestinal; permite diferenciar condiciones benignas de patología maligna, puede determinar el origen y subclasificar las neoplasias, y es crítica para guiar el manejo y abordaje de los pacientes⁴. El tratamiento no ha sido definido en ninguna guía y la resección quirúrgica es el manejo principal en la mayoría de los casos presentados en la literatura⁵⁻⁷. En otros reportes se han realizado anastomosis en Y-de-Roux, resección o ablación endoscópica de las lesiones, sin mucha información a largo plazo acerca del seguimiento o evolución de los pacientes⁸.

Financiación

No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Conflicto de intereses

No se presentó ningún tipo de conflicto de intereses.

Referencias

1. Loh KP, Nautsch D, Mueller J, et al. Adenomas involving the extrahepatic biliary tree are rare but have an

aggressive clinical course. *Endosc Int Open*. 2015;4:E112-7, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-107897>.

2. Khan S, Evans P, Fisher L. Gastrointestinal: Biliary tubulovillous adenoma. *J Gastroenterol Hepatol*. 2017;32:1423, <http://dx.doi.org/10.1111/jgh.13660>.

3. Loh KP, Nautsch D, Desilets D, et al. A rare cause of dilated bile duct incidentally detected on imaging. *BMJ Case Rep*. 2014, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2014-204014>, bcr2014204014.

4. Wang HL, Kim CJ, Koo J, et al. Practical immunohistochemistry in neoplastic pathology of the gastrointestinal tract, liver, biliary tract, and pancreas. *Arch Pathol Lab Med*. 2017;141:1155-80, <http://dx.doi.org/10.5858/arpa.2016-0489-RA>.

5. Guettier C. Pathology of gallbladder and extrahepatic bile ducts. Case 7. Biliary-type tubulopapillary adenoma without dysplasia. *Ann Pathol*. 2014;34:315-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.annpat.2014.06.001>.

6. Fletcher ND, Wise PE, Sharp KW. Common bile duct papillary adenoma causing obstructive jaundice: Case report and review of the literature. *Am Surg*. 2004;70:448-52.

7. Montalvo-Javé EE, Chablé-Montero F, Toapanta-Yanchapaxi LN, et al. Papillary in situ and intramucosal adenocarcinoma of the lower third of common bile duct. A report and review of literature. *Ann Hepatol*. 2015;14:425-9.

8. Munshi AG, Hassan MA. Common bile duct adenoma: Case report and brief review of literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2010;20:e193-4, <http://dx.doi.org/10.1097/SLE.0b013e3181f93733>.

E. Ruiz-Ballesteros^{a,*}, D. Keil-Ríos^a, A. Farca-Belsaguy^a, M. Vilatobá-Chapa^b y J.J. Baquera-Heredia^c

^a *Gastroenterología y Endoscopia. Centro Médico ABC, Campus Observatorio, Ciudad de México, México*

^b *Cirugía General. Centro Médico ABC, Campus Observatorio, Ciudad de México, México*

^c *Patología Quirúrgica. Centro Médico ABC, Campus Observatorio, Ciudad de México, México*

* Autor para correspondencia. Centro Médico ABC, Sur 136, No. 116. Col. Las Américas, Álvaro Obregón, 1120. Ciudad de México. Teléfono: +0442223944930.
Correo electrónico: eduardoruizba@gmail.com
(E. Ruiz-Ballesteros).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.01.004>
0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).