



# Caso del tumor del confluente Bilio-Pancreático

Rafael Ramírez Lares

José Pestana<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Cátedra de Clínica de Terapéutica Quirúrgica "D" Servicio de Cirugía IV Hospital Universitario de Caracas

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

## RESUMEN

La edad media de aparición es entre los 50 a 70 años. Más del 90% presenta icteria al momento del diagnóstico. Otras características de presentación son purito, dolor abdominal, anorexia, fatiga y pérdida de peso. Elevación de la bilirrubina sérica. Elevación de los marcadores de lesión epitelial ductal: Fosfatasa alcalina y GGT. Elevación moderada de los marcadores de lesión de hepatocitos: SGOT, SGTP.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de Tumor del confluente biliopancreático por el problema que representa el diagnóstico preoperatorio por imágenes externas o endoscópicas, que aún realizando todo el armamentario actualizado, queda un porcentaje considerable de pacientes que en la mesa operatoria se define la posibilidad de resección o no y del tratamiento paliativo.

Motivo de consulta Dolor abdominal, ictericia y perdida de peso.

Enfermedad actual Paciente masculino de 45 años quien inicia su enfermedad actual en Octubre de 1998 cuando comienza a presentar dispepsia y dolor abdominal epigástrico punzante, continuo, no irradiado, sin relación con la ingesta de alimentos y de pobre respuesta a analgésicos convencionales; concomitantemente aparecen ictericia, hipocolia y coluria así como perdida de peso de 6 Kg. Decide consultar y es ingresado en este servicio para estudio y tratamiento.

Antecedentes personales Niega antecedentes patológicos de importancia. Niega antecedentes quirúrgicos.

Antecedentes Familiares No contributorios.

Hábitos psicobiológicos Alcohol acentuado, hábito diario, sociopatía asociada a la ingesta. Tabaco: Una caja diaria durante treinta años. Uso de drogas negado. Medicamentos de uso regular: Ninguno.

Funcional Niega otros síntomas adicionales.

Examen físico

F.C: 80x'; F.R: 23x'; T.A: 110/70 mmHg.

Peso actual: 48 Kg. Peso usual: 54 Kg I.M.C: 22 Kg/m<sup>2</sup> s.c.

Paciente en regulares condiciones generales, ictérico, perdida de peso notable.

Cabeza y cuello sin alteraciones

Tórax: simétrico expansible; Cardiopulmonar sin alteraciones.alteraciones.

Abdomen: Blando depresible, excavado, doloroso a la palpación profunda en epigastrio sin signos de irritación peritoneal o masa palpable. Resto del examen sin alteraciones

#### Paraclínicos:

Ecosonograma Abdominal (08/12/98): Dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas (Colédoco de 11 mm.); Dilatación de conductos pancreaticos; Barro biliar.

P.C.R.E (22/12/98): "A la duodenoscopia se evidencia compresión extrínseca de la segunda porción, lo que imposibilita la rectificación del endoscopio y la canulación de la vía biliar.

Ecosonograma Abdominal (24/12/98) Hepatomegalia, Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, Obstrucción biliar baja.

Tomografía de abdomen (23/12/98) Alteración de la arquitectura en el confluente biliopancreático, dilatación de vías biliares intra y extra hepáticas.

Resonancia Magnética con efecto colangiográfico (08/01/99) Colédoco dilatado con imagen que impresiona litiasis en su porción distal. Proceso adherencial entre la vesícula y la segunda porción del duodeno. Dilatación del conducto pancreático. La unión entre los conductos Colédoco y pancreático termina en punta lo que sugiere LOE a ese nivel.

Ecoendoscopia superior (13/01/99) Probable tumor de papila. No se puede descartar un tumor del proceso uncinado del páncreas con invasión duodenal. No se visualizan ganglios a nivel del tronco celíaco, arteria hepática y esplénica.

Se decide llevar a quirófano para realizar Laparoscopia diagnóstica y de acuerdo a los hallazgos decidir laparotomía exploradora.

Hallazgos de la Laparoscopia: Se aprecia escasa cantidad de líquido ascítico, la cavidad abdominal se encuentra libre de lesiones metastásicas peritoneales o hepáticas. Se aprecia aumento de la zona

Duodeno -Bilio-Pancreatica.

Se decide practicar Laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos:

1. Líquido ascítico en escasa cantidad.
2. Masa tumoral petrea de 8 por 5 cm. A nivel del confluente biliopancreático-duodenal, impresionando provenir de la cabeza del páncreas y presentando infiltración a la cara anterior y lateral derecha de la vena cava inferior. La fijación del tumor a planos profundos impidió la creación de plano de clivaje con los vasos mesentéricos superiores.
3. Resto de la cavidad abdominal sin alteraciones.

#### Procedimiento quirúrgico

Anastomosis Bilio-digestiva (Coledoco-Yeyuno anastomosis en un solo plano).

### EXÁMENES DE LABORATORIO

	Hemoglobina	Leucocitos	Pt/Ptt	Bilirrubina T	Bilirrubina D	Bilirrubina I	Fosfatasa Alc	Proteinas T	Albumina
30/11/98	8.7		12.3/34.5	20.07	12.88	7.19			
09/12/98		10.300		21.22	14.73	6.49			
23/12/98	9.1	15.100	13/33	19.7	13.33	6.4	1654	6.6	3.7
04/01/99	8.2	9.500	10/29	16.7	9.7	7.0	1171		
14/01/99	8.2	7.600		11.2	7.9	3.3	993	4.37	2.27

	SGOT	SGPT	Amilasa	Glicemia	Creatinina	Urea
30/11/98	460	620				
09/12/98	265	450	1320			
23/12/98	149	219	840	53	1.1	36
04/01/99	96	74				
14/01/99				82	0.61	35

- Otros

CEA (04/01/99) 22.8

CA- 19-9 (04/01/99) 6820

Marcadores para hepatitis B y C negativos.

V.D.R.L No reactivo.

H.I.V Negativo.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL CA. DE LOS CONDUCTOS BILIARES

I.-Dilatación Congénita de los C.B.	IV. Tumores malignos en la vecindad de los C.B.
Quistes del Colédoco	Tumores periampulares
Enfermedad de Caroli	Pancreáticos
	Ampulares
II. Estenosis no neoplásicas	Duodenales
Pancreatitis crónica	Cáncer de Vesícula biliar
Colangitis esclerosante	Linfoma
Iatrogénicas	Linfosarcoma
Post-irradiación	Metástasis Hepáticas
Síndrome de Mirizzi	Ca Hepatocelular.
Secundarias a Traumatismos de la V.B	
Fibrosis retroperitoneal	V. Infestaciones
	Clonorchis Sinensis
III. Lesiones neoplásicas benignas de los C.B.	Ascaris Lumbricoides
Leiomioma	Cáncer de los Conductos Biliares
Tumor Carcinoide	Adenocarcinomas (95%)
Neuroma	Bien diferenciado
Hemangioma	Moderadamente diferenciado
Papiloma	Pobremente diferenciado
Adenoma	Leiomiosarcoma
Otros	Mucoepidermoide
	Carcinoide
	Cistadenocarcinoma
	Rhabdomiosarcoma
	Epidermoide

## Diagnóstico

La edad media de aparición es entre los 50 a 70 años.

Más del 90% presenta ictericia al momento del diagnóstico.

Otras características de presentación son prurito, dolor abdominal, anorexia, fatiga y perdida de peso.

Elevación de la bilirrubina sérica.

Elevación de los marcadores de lesión epitelial ductal: Fosfatasa alcalina y CGT.

Elevación moderada de los marcadores de lesión de hepatocitos: SGOT, SGPT

Anemia ligera

El CEA y la AFP se encuentran usualmente normales.

Entre un 30 y un 40% de los pacientes son llevados a la mesa operatoria sin diagnóstico histológico lo que no es esencial. Los esfuerzos prolongados en obtenerlo no están indicados.

El antígeno asociado a tumores Ca 19-9 tiene una sensibilidad y especificidad de más del 90% para cáncer de páncreas avanzado. Puede ser positivo en pacientes con pancreatitis crónica y para esto nos ayuda la glucoproteína CA 494.

Controversias en el diagnóstico de Carcinoma del confluente Bilio pancreático.

Valor de la citología con brocha en el diagnóstico de las neoplasias del duodeno, vías biliares y ampolla.

Bardales y col. Am. J. Clinical Pathol, 1998 Mayo, 109:5, 540-8

Estudio prospectivo con 118 pacientes que propone una sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de estas lesiones de 40/97% para lesiones del duodeno, 100/100% para la ampolla, 75/93 para lesiones de la vía biliar.

Estrategias diagnósticas para colestasis extrahepática: Ultrasonografía endoscópica o PCRE.

Burtin y col. Endoscopy, 1997 Jun, 29:5,349-55.

La sensibilidad diagnóstica de la PCRE y del US endoscópico son similares para la colestasis extrahepática. La PCRE está indicada en pobres candidatos para cirugía ya que esta puede ser terapéutica. En buenos candidatos para cirugía se debe realizar primero el US endoscópico para estadiar el tumor.

PCRE de estenosis malignas de las V.B. espectro de sus características y fallas en su empleo.

Low VH, Abdominal Imaging, 1997 Jul, 22:4, 421-5

El aspecto colangiográfico de una estenosis de la vía biliar usualmente no es útil para el diagnóstico específico de la patología subyacente. Carcinoma de la cabeza del páncreas debe sospecharse si se encuentra dilatación de los conductos pancreaticos.

Laparoscopia estadiadora con US Laparoscópico: Optimizan la resecabilidad en el carcinoma Hepatobiliar y pancreático.

Callery MP y Col. J. Am Coll Surg, 1997, Jul, 185:1,33-9

Las laparotomías innecesarias pueden ser evitadas con el empleo de LE con USL en muchos pacientes con este tipo de neoplasias, reduciendo costos y morbilidad. Valor predictivo positivo de 56%. Falsos negativos de 4%. Demostró metástasis previamente no reconocidas en 44% de los pacientes.

Estudios para determinar resecabilidad

Si la TAC, Angiografía y laparoscopia muestran que no existe invasión o atrapamiento de vasos importantes por el tumor y Metástasis a distancia la tasa de resecabilidad se acerca al 90%. Mucho mayor que la que demuestran estudios previos (25%).

## TRATAMIENTO

Paliación no Quirúrgica

- Descompresión transparietal (Molnar y Stockum 1974)
- Descompresión endoscópica con colocación de Stent

Paliación Quirúrgica

- Derivación bilio-digestiva
- Tumores proximales
- Hepatico-yeyunostomía en Y de Roux

- Bypass transhepatico (segmento III) al hepático izquierdo.
- Tumores distales
- Coledoco-yeyunostomía
- Hepatico-yeyunostomía
- Colecisto-yeyunostomía
- Gastroentero anastomosis.
- Esplenectomía química.

Resecciones con intención curativa

Resección local (Halsted 1899)

Pancreático-duodenectomía (Whipple 1935)

### Radioterapia y Quimioterapia

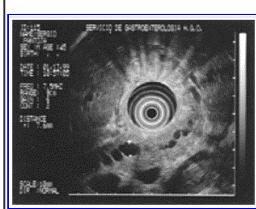
Kalzer y col. Cáncer pancreático: Terapia adyuvante combinada de quimio y radioterapia después de resección con intención curativa.

Arch. Surg 1985; 97:28.

Como parte del GTSG se realizó este estudio multicéntrico prospectivo y aleatorio para comprobar la efectividad de este tratamiento después de cirugía. Se administró 5 Fu como droga de QT. Sobrevida promedio 11 meses/20 meses. 14% de los pacientes que recibieron la terapia adyuvante sobrevivió a los 5 años contra 1% en el grupo sin tto adyuvante.

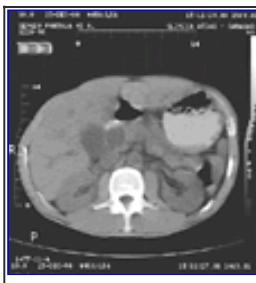
Con respecto al cáncer de los conductos biliares la Rt no ha demostrado mejorar la Sobrevida. No existen en la actualidad estudios prospectivos aleatorios para evaluar a la Rt en el tratamiento de este tipo de tumores.

## IMÁGENES



Ecosonograma Abdominal

Hepatomegalia, Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, Obstrucción biliar baja.



Tomografía de Abdomen

Alteración de la arquitectura en el confluente biliopancreático, dilatación de vías biliares intra y extra hepáticas.



### Resonancia Magnética

Colédoco dilatado con imagen que impresiona litiasis en su porción distal.



### Procedimiento Quirúrgico

Anastomosis Bilio-digestiva (Coledoco-Yeyuno anastomosis en un solo plano).