



ACTUALIZACIÓN

Tumores de la vía biliar



F. Delgado Cordón*, J. Vizquete del Río, G. Martín-Benítez,
T. Ripollés González y M.J. Martínez Pérez

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Recibido el 10 de marzo de 2014; aceptado el 14 de octubre de 2014
Disponible en Internet el 30 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Conductos biliares;
Neoplasias biliares;
Colangiocarcinoma;
Estadificación

KEYWORDS

Biliary ducts;
Biliary neoplasms;
Cholangiocarcinoma;
Staging

Resumen Los tumores de la vía biliar son lesiones benignas o malignas que pueden asociarse a factores de riesgo o a lesiones con potencial de malignización. Constituyen un grupo heterogéneo de entidades con diferente comportamiento biológico y pronóstico dependiendo de su localización y del tipo de crecimiento. En este artículo revisamos el papel del radiólogo para detectar, caracterizar y estadificar estos tumores y, sobre todo, la importancia de clasificarlos para planificar el manejo y el tratamiento.

© 2014 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Bile duct tumors

Abstract Bile duct tumors are benign or malignant lesions which may be associated to risk factors or potentially malignant lesions. They constitute an heterogenous entities group with a different biological behavior and prognosis according to location and growth pattern. We revise the role of the radiologist in order to detect, characterize and stage these tumors, specially the importance of their classification when deciding an appropriate management and treatment.

© 2014 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los tumores de la vía biliar se originan en el epitelio de cualquier segmento de los conductos biliares, desde los pequeños conductos intrahepáticos hasta el colédoco¹, y se clasifican en diversos tipos anatomopatológicos: benignos, premalignos y malignos, o colangiocarcinoma (CC), de

localización intra y extrahepática². La localización anatómica y el tipo de crecimiento morfológico (fig. 1) permiten clasificarlos en varios grupos con diferentes pronósticos, que requieren estrategias terapéuticas específicas. La confluencia de los conductos biliares secundarios marca el límite entre los tumores intrahepáticos y extrahepáticos, y la unión del conducto cístico al hepático común divide a los tumores extrahepáticos en perihiliares y distales²⁻⁴.

Por el tipo de crecimiento morfológico se consideran 4 grupos: expansivo, periductal-infiltrante e intraductal, o mixto si coexisten 2 de ellos⁵⁻⁷. La presentación clínica es

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frudelgado@gmail.com (F. Delgado Cordón).

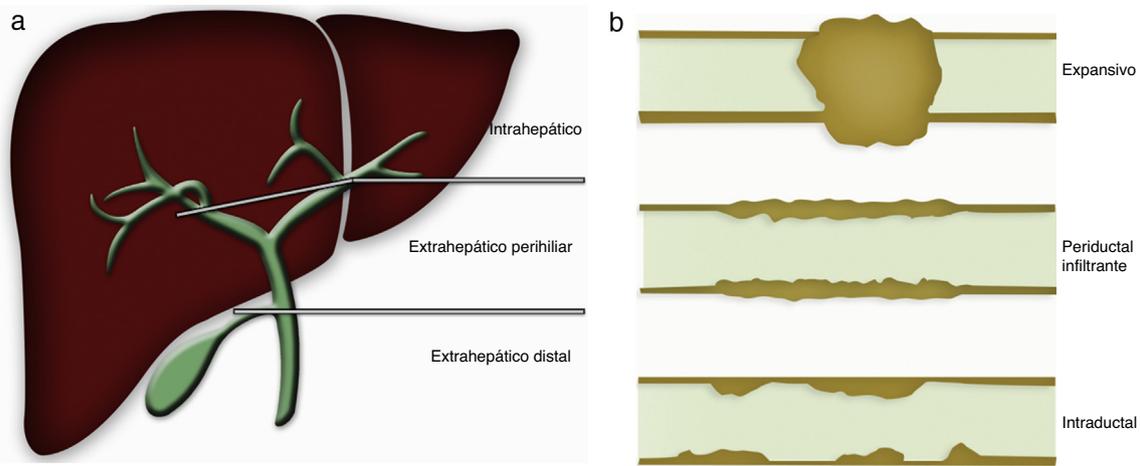


Figura 1 Gráficos que ilustran la clasificación de los tumores biliares según la localización anatómica (A): intrahepático, perihiliar y distal; y según el tipo de crecimiento (B): expansivo, periductal-infiltrante e intraductal.

variable, poco específica y generalmente tardía, en la que predominan los signos de obstrucción biliar en los tumores extrahepáticos, el dolor o pérdida de peso en los intrahepáticos, o aparecen como hallazgo incidental en pruebas de imagen^{5,8}. No existen marcadores tumorales específicos. Pueden estar elevados el CA 19-9 (con una sensibilidad del 40-70% y una especificidad del 50-80%) y el CA-125 en los tumores malignos, en otros tumores o en colangiopatías inflamatorias, por lo que son útiles cuando se valoran junto a otras modalidades diagnósticas^{5,9}. Por tanto, las técnicas de imagen son esenciales para detectar, caracterizar y clasificar estos tumores. No existe una técnica ideal que permita hacer una valoración global, por lo que generalmente se requieren varias modalidades de imagen que serán complementarias⁵.

En este artículo revisaremos el papel del radiólogo para detectar, caracterizar y estadificar estos tumores y, sobre todo, la importancia de la clasificación para planificar el manejo y el tratamiento.

Técnicas diagnósticas

La ecografía abdominal es la prueba inicial en pacientes con sospecha de obstrucción biliar por su alta disponibilidad. Es muy precisa para detectar la obstrucción y el nivel, pero limitada para detectar y caracterizar el tumor y determinar su extensión y resecabilidad^{10,11}. No hay evidencia del papel del contraste ecográfico para detectar los tumores extrahepáticos, aunque puede ser relevante para distinguirlos del barro biliar¹² o para la biopsia guiada de lesiones difíciles de ver. La tomografía computarizada multidetector (TCMD) multifásica tiene una gran resolución espacial y amplia cobertura, lo que la convierte en una excelente modalidad para detectar y estadificar los tumores biliares, tanto en la invasión vascular como en la diseminación a distancia^{10,13}. Cuando se plantea la hepatectomía, permite calcular el volumen hepático con más facilidad y precisión que la resonancia magnética (RM)¹⁰. La RM es considerada como la mejor modalidad de imagen para estudiar los conductos biliares por su mayor resolución de contraste. Permite obtener información anatómica biliar, el nivel de la obstrucción, el tipo de crecimiento, las dimensiones tumorales, la

extensión y la afectación vascular y ganglionar utilizando secuencias convencionales, colangiográficas, de difusión y con contrastes hepatobiliares^{3,9,10,13,14}. Sin embargo, es inferior a la TCMD para detectar metástasis a distancia⁵. La aportación de la tomografía con emisión de positrones combinada con TC (PET-TC) para detectar CC es poca, y aunque puede ser útil para las metástasis^{15,16}, su uso en la estadificación no está validado⁵.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) ha perdido protagonismo frente a la RM para diferenciar las estenosis benignas de las malignas^{3,5} pero mantiene su papel para obtener la muestra anatomopatológica y colocar prótesis biliares paliativas¹⁷. La colangiografía transhepática percutánea es útil cuando la vía endoscópica es inaccesible¹⁰. La ecografía endoscópica con punción con aguja fina es recomendable cuando otras técnicas no son concluyentes, con sensibilidad del 53% y especificidad del 89% para diagnosticar el CC extrahepático¹⁷. Es más precisa para evaluar los ganglios que la TCMD o PET¹⁸. Otras técnicas, como la ecografía intraductal o la colangioscopia transpapilar, pueden aportar información relevante, la primera para detectar y estadificar el CC perihiliar, y la segunda para caracterizar la estenosis, detectar proyecciones vellosas, estenosis ulceradas o nódulos intraductales o para tomar biopsias, con sensibilidad y especificidad de 90% para diagnosticar el CC¹⁷.

En ocasiones puede ser necesaria la laparoscopia o la ecografía intraoperatoria para identificar si la lesión es irresecable⁴. La muestra anatomopatológica es fundamental para el diagnóstico cuando no está indicada la resección, por lo que la punción guiada por técnicas de imagen o técnicas invasivas puede desempeñar un papel importante^{5,10}.

Factores de riesgo

La mayoría de los CC aparecen de forma esporádica, y son raros en pacientes menores de 40 años¹⁹. Tan solo un 30% se relacionan con factores de riesgo, que tienen en común la inflamación crónica de la vía biliar^{5,13}. Entre los factores de riesgo establecidos, la colangitis esclerosante primaria (CEP) es el más frecuente en los países occidentales, con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245108>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245108>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)