



COMUNICACIÓN BREVE

Metástasis biliares intraductales de carcinoma colorrectal: a propósito de 2 casos

M.G. Tirapu de Sagrario*, S. Baleato González, R. García Figueiras y A. Coessens

Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Recibido el 28 de agosto de 2012; aceptado el 11 de enero de 2013
Disponible en Internet el 19 de abril de 2013

PALABRAS CLAVE

Adenocarcinoma;
Colangiocarcinoma;
Neoplasia colónica;
Neoplasia del
conducto biliar;
Resonancia
Magnética;
Tomografía
computarizada;
Metástasis

KEYWORDS

Adenocarcinoma;
Cholangiocarcinoma;
Colonic neoplasms;
Bile duct neoplasms;
Magnetic resonance
imaging;
Multidetector
computed
tomography;
Neoplasm metastasis

Resumen Las metástasis intrabiliares son raras, y por sus características en imagen suelen confundirse con los tumores biliares primarios, principalmente con el colangiocarcinoma. Se presentan 2 casos de pacientes con antecedentes de cáncer colorrectal, que acuden por ictericia obstructiva secundaria a metástasis intraductales, y se describen sus hallazgos en imagen haciendo hincapié en las manifestaciones radiológicas clave para el diagnóstico diferencial entre ambas entidades.

© 2012 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intraductal biliary metastases from colorectal cancer: a report of two cases

Abstract Intrahepatic metastases are rare, and their imaging characteristics make them easy to confuse with primary biliary tumors, especially with cholangiocarcinoma. We present two cases of patients with histories of colorectal cancer who presented with obstructive jaundice secondary to intraductal metastases. We describe the imaging findings and emphasize the key radiologic manifestations for the differential diagnosis between intrahepatic metastases and primary biliary tumors.

© 2012 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los tumores biliares primarios son el origen principal de defectos de repleción tumorales en la vía biliar. Sin embargo, muchas otras entidades tanto benignas como

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: gabytirapu@hotmail.com
(M.G. Tirapu de Sagrario).

malignas pueden imitar sus manifestaciones en la imagen¹. La enfermedad metastásica con crecimiento intrabiliar debe incluirse en el diagnóstico diferencial, principalmente en un paciente con antecedentes de neoplasia²⁻⁴. Revisamos 2 casos de pacientes con antecedentes de carcinoma colorrectal, que acudieron por ictericia obstructiva secundaria a metástasis intraductales (MID) y describimos los hallazgos de imagen que pueden ayudar al diagnóstico.

Presentación de los casos

Caso 1

Varón de 62 años con antecedentes de adenocarcinoma mucinoso de sigma moderadamente diferenciado estadio III tratado mediante cirugía y quimioterapia. A los 3 años, el paciente presentó un patrón analítico de colestasis. El estudio de RM mostró una masa localizada en el conducto hepático común con infiltración del conducto hepático derecho. En la colangiografía por RM se visualizó una obstrucción en el conducto hepático (fig. 1). La lesión realizaba discretamente y era hipovascular con relación al hígado en todas las fases. La colangiopancreatografía endoscópica (CPRE) confirmó la estenosis del conducto hepático común y de la porción distal del hepático izquierdo, y de material heterogéneo que ocupaba su luz (fig. 1). En el análisis patológico la lesión era una MID de adenocarcinoma de bajo grado con abundante mucina. La citoqueratina (CK) 20 era positiva y la CK7 negativa, lo que confirmaba el origen colónico del tumor mucinoso. La lesión no se consideró resecable quirúrgicamente, el paciente fue tratado con una endoprótesis, y falleció pocos meses después.

Caso 2

Varón de 61 años con adenocarcinoma de sigma y 2 metástasis hepáticas de 4,5 cm en el segmento VIII y de 0,6 cm en el segmento II, por lo que se le realizó sigmoidectomía y hepatectomía derecha ampliada con resección en cuña de la lesión del segmento II. Dos años después, el paciente

ingresó por ictericia. La TC y RM detectaron una metástasis parenquimatosa hipovascular en el segmento III y una lesión nodular con realce heterogéneo en la porción hiliar del remanente hepático adyacente a los *clips* quirúrgicos, que se expandía dentro de la luz de la vía biliar (fig. 2) y la dilataba marcadamente. El estudio patológico obtenido con la CPRE confirmó el diagnóstico de metástasis por adenocarcinoma bien diferenciado de probable origen colónico por la positividad para CK20. Se valoró un drenaje biliar paliativo, que no fue posible, y el paciente falleció poco tiempo después.

Discusión

Los 2 casos presentados ilustran las manifestaciones en TC, RM y colangiografía de las MID de carcinoma colorrectal. Las metástasis intrabiliares son infrecuentes¹⁻⁴, de hecho, el principal origen de defectos de repleción tumorales en la vía biliar son los tumores biliares primarios⁵. El diagnóstico de MID debe considerarse en los pacientes con antecedente oncológico. De entre los tumores primarios que metastatizan a la vía biliar, el adenocarcinoma de colon es el más frecuente^{1-3,5,6}. También se han descrito casos de cáncer de estómago, pulmón, útero, mama o próstata y de melanoma y linfoma⁶. La especial propensión del carcinoma colorrectal a metastatizar en la vía biliar se debe a su tendencia a extenderse por las superficies epiteliales^{1,7}. Esta propensión a la invasión biliar fue confirmada por Yamamoto et al., que en una serie de 40 pacientes con metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal, describieron una invasión macroscópica de la vía biliar en un 20% de los casos y afectación microscópica en el 40%³. Además, la dilatación biliar asociada a la metástasis del carcinoma colorrectal es generalmente secundaria a una invasión ductal y no a una compresión biliar⁸.

Las MID pueden ser radiológicamente parecidas a los tumores biliares primarios o incluso simular masas pancreáticas o periampulares^{1,6}. Aunque no tienen criterios radiológicos característicos y establecidos que permitan diferenciarlas del colangiocarcinoma, varios estudios han sugerido que algunos hallazgos radiológicos pueden ayudar

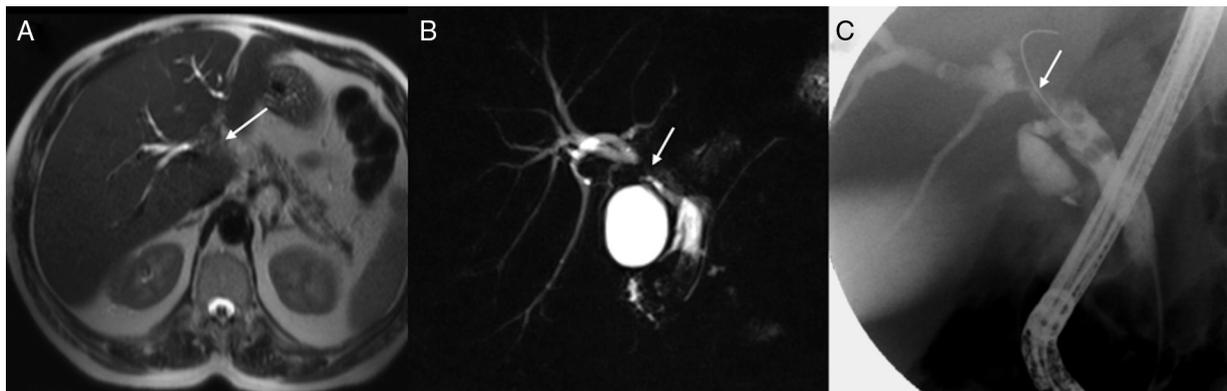


Figura 1 A) Imagen de RM potenciada en T2 (HASTE) que muestra una masa de contornos irregulares localizada en el conducto hepático común afectando a su bifurcación (flecha blanca) con extensión hacia la rama izquierda. B) Colangiografía por RM. Amputación del hepático común (flecha blanca). C) Colangiopancreatografía endoscópica. Obstrucción completa en la bifurcación del conducto hepático común (flecha blanca) que afecta parcialmente al conducto hepático derecho e impide el acceso de la guía y del contraste (pese a la oclusión distal con balón) al árbol biliar izquierdo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245168>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245168>

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