

# Cáncer de colédoco

## A propósito de tres casos resecaados

Dres. Gerardo Bruno<sup>1</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>1</sup>, Gabriel Dutto<sup>1</sup>, Héctor Navarrete<sup>2</sup>, Horacio Gutiérrez Galiana<sup>3</sup>, Martín Harretche<sup>4</sup>, Raúl C. Praderi<sup>5</sup>

### Resumen

*Tres cánceres de colédoco fueron resecaados, dos de ellos mediante resección segmentaria de la vía biliar y hepaticoyeyunostomía y otro por medio de una duodenopancreatectomía cefálica, analizándose los problemas diagnósticos y los distintos procedimientos quirúrgicos pasibles de ser utilizados en su tratamiento.*

*Se destaca la buena evolución alejada de estos pacientes, con sobrevividas de seis, cuatro y dos años y medio respectivamente, sin evidencias de recidiva de la enfermedad, hecho que coincide con la literatura consultada.*

### Summary

*Three cancers of the choledochus were resected: two by means of segmentary resection of the biliar via and hepaticojejunostomy and the other by means of cephalic duodenopancreatectomy; the authors analyse diagnostic problems and different surgical procedures that can be used for treatment.*

*Good long-term course is pointed out for these patients, with survivals of 6, 4 and 2 and a half respectively without evidence of recurrence of the disease, a fact that coincides with revised literature.*

**Palabras clave:** Colédoco  
Neoplasmas de las vías biliares

### Introducción

Distintas clasificaciones, de acuerdo a su topografía, han sido utilizadas para los tumores malignos de la vía biliar principal. Longmire propone su división en tres tipos: los tumores de la vía biliar superior, cuando éstos comprometen la convergencia de los hepáticos; los de la vía biliar intermedia, cuando se topografían en el confluente cístico-coledociano y colédoco-supraduodenal y por último los tumores de la vía biliar inferior, originados en el colédoco retroduodenal e intrapancreático<sup>(1)</sup>.

Analizaremos tres casos de tumores de estas dos últimas topografías (vía biliar intermedia e inferior), en los que fue posible realizar su resección con intención curativa.

### Casuística

**Caso 1.** 63 años; ingresa con un cuadro de colangitis aguda séptica. Es intervenido el 10 de setiembre de 1989 realizándose colecistectomía, colédoco litotomía y colédoco-duodenostomía látero-lateral. En el posoperatorio alejado repite el cuadro clínico que motivó su ingreso, siendo estudiado mediante una colangiografía transparietohepática, que muestra una estenosis de 3

1. Asistentes de Clínica Quirúrgica

2. Prof. de Anatomía Patológica

3. Médico endoscopista

4. Prof. Agdo. de Clínica Quirúrgica.

5. Ex-Profesor de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina, Montevideo).

Trabajo del Departamento de Cirugía del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Director Prof. Dr. R. Praderi Presentado en el 46 Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 11 al 15 de diciembre de 1995.

**Correspondencia:** Dr. Gerardo Bruno. Mc. Eachen 1665. CP 11600. Montevideo, Uruguay.

cm de longitud a nivel del hepato-colédoco. Es reintervenido el 7 de octubre de 1989, realizándose la demolición de la colédoco-duodenostomía, cierre del colédoco distal y del duodeno y resección de la vía biliar hasta la convergencia, y hepático-yeyunostomía calibrada con tubos transhepáticos en doble 0. El estudio anátomo patológico informó la existencia de una colangitis esclerosante y un adenocarcinoma de 15 mm en la vía biliar reseçada. Se le retiraron los tubos transhepáticos a los tres meses. Pasaron 6 años de su intervención quirúrgica.

**Caso 2.** 73 años; consultó por un cuadro de ictericia fría; la ecografía preoperatoria mostró una dilatación de la vía biliar intrahepática; se complementó su estudio con una colangiografía endoscópica retrógrada, que evidenció una obstrucción de la vía biliar en su sector intermedio. Fue intervenido, comprobándose un tumor del confluente cístico-coledociano. Se realizó su resección, cierre del colédoco distal y hepático-yeyunostomía calibrada con un tubo transhepático izquierdo. Actualmente lleva dos años y medio de operado.

**Caso 3.** Paciente de 46 años, que se presentó con un cuadro de ictericia subobstructiva, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. La colangiografía endoscópica retrógrada mostró una estenosis del colédoco distal, compatible con un tumor originado a este nivel. Fue intervenido realizándose una duodenopancreatectomía cefálica, seccionando el duodeno a la derecha de la arteria mesentérica superior y cierre de la tercera porción, reconstruyendo el tránsito digestivo mediante pancreático-gastrectomía, gastro-yeyunostomía y hepático-yeyunostomía calibrada sobre un tubo en T. El paciente lleva cuatro años de su operación, sin evidencias de recidiva.

## Comentario

La historia del primer paciente (LV), ya fue publicada en un artículo anterior<sup>(2)</sup>, con reproducción de las colangiografías pre y posoperatorias. Es un raro caso de colangitis esclerosante en el que se implantó un carcinoma de 15 mm.

El segundo paciente (RG), alemán de 73 años, al que se le reseco también un pequeño tumor de unos pocos milímetros detectado en una colangiografía retrógrada. Lleva dos años y medio de operado.

El tercero (FL), más joven (46 años), también diagnosticado postcolangiografía retrógrada, tenía un tumor de 10 mm en el colédoco supra

ampular, que se reseco totalmente al efectuarse la pancreatectomía cefálica. Lleva casi cuatro años de operado.

Estos tres pacientes sobrevivieron por tener pequeños tumores detectados y reseçados precozmente. Pero hemos visto menospreciar pequeñas estrecheces o escalones del colédoco en colangiografías por litiasis, que resultaron tumores. Felizmente son menos invasores que los tumores de páncreas.

Para curarlos es necesario ser desconfiado frente a cualquier estrechez del colédoco medio a más de 2 cm de la papila.

## Discusión

La presentación clínica de los tumores malignos de la vía biliar, corresponde habitualmente a una ictericia fría, siendo en este aspecto similar a tumores originados en otras topografías, como los cefalopancreáticos y ampulares, de incidencia bastante más elevada<sup>(3,4)</sup>.

Los estudios radiológicos contrastados de la vía biliar, realizados por vía endoscópica o transparieto-hepática en el preoperatorio, proporcionan en general una aproximación importante al origen de la neoplasia, siendo aconsejable realizar la cirugía a la brevedad<sup>(3-5)</sup>.

La asociación con colitis ulcerosa crónica y colangitis esclerosante segmentaria, es destacada por distintos autores<sup>(6-8)</sup>.

La posibilidad de realizar una resección tumoral de intención curativa depende en gran parte de su extensión locoregional, que en muchos casos es determinada durante la exploración quirúrgica. La invasión de los elementos vasculares del pedículo hepático constituye uno de los factores limitantes de la resección. El porcentaje de reseabilidad luego de la exploración quirúrgica se ubica entre 21 y 60% en distintas series publicadas<sup>(3,9-12)</sup>.

El procedimiento empleado varía de acuerdo a la topografía tumoral. A nivel de la vía biliar intermedia, debe realizarse la resección de ésta con un margen de 2 cm del límite macroscópico del tumor, asegurándose que se encuentra libre de invasión mediante estudio anatomopatológico intraoperatorio. Se debe efectuar vaciamiento ganglionar del pedículo hepático y la arteria hepática común. El restablecimiento del tránsito se realiza mediante hepático-yeyunostomía en asa diverticular, que en nuestra experiencia habitualmente

calibramos con tubos transhepáticos en sedal (13-15)

Los tumores del colédoco distal deben researse del mismo modo que el resto de los tumores periampulares, mediante una duodenopancreatotomía cefálica. La diferencia con los tumores de la cabeza del páncreas radica en que es posible utilizar técnicas más conservadoras, siendo posible preservar el ángulo duodeno-yeyunal y la cuarta porción del duodeno<sup>(13)</sup> y el estómago con el píloro como fue propuesto por Traverso y Longmire<sup>(16)</sup>.

La otra gran diferencia de los cánceres de colédoco con los tumores de cabeza de páncreas es la expectativa de sobrevida alejada: ésta se sitúa entre 20 y 40% a 5 años, destacándose en algunas casuísticas que la sobrevida es mayor para los tumores del sector distal<sup>(3,9-11,17)</sup>

El pronóstico más favorable con respecto a los tumores cefalopancreáticos podría explicarse por una diferente forma de diseminación linfática que hace que las adenopatías metastásicas de los cánceres de colédoco sean incluidas en la resección en la mayoría de los casos<sup>(3,13,18)</sup>.

Esta experiencia coincide con la buena evolución de estos tumores, superando uno de nuestros pacientes los 6 años de sobrevida.

## Bibliografía

1. Longmire WP. Tumors of the extrahepatic biliary tract. In: Hickey RC (ed). Current problems in cancer. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1976.
2. Praderi RC, Harretche M, Chiossone M, Retich G, Navarrete H, Beguiristain A et al. Cáncer biliar, pancreático o duodenal en portadores de anastomosis previas por patologías no neoplásica. Cir Uruguay 1992; 62: 153-8.
3. Viaggio JA, Pardo R, Giardullo MA, Sisco PJ, Urbrandt JA, Viaggio JA (h) et al. Cáncer de colédoco: nuestra experiencia. Rev Argent Cir 1989; 57: 16-20.
4. Gibby DG, Hanks JB, Wanebo HJ, Kaiser DL, Tegtmeyer CJ, Chandler JG et al. Bile duct carcinoma. Diagnosis and treatment. Ann Surg 1985; 202: 139-44.
5. Broughton NS, Evensen A, Osnes M. Endoscopic retrograde cholangiography in primary biliary tract carcinoma. Clin Radiol 1978; 29: 647-9.
6. Akwari OE, Van Heerden JA, Fouk WT. Cancer of the bile ducts associated with ulcerative colitis. Ann Surg 1975; 181: 303-8.
7. Converse CF, Reagan JW, De Cosse JJ. Ulcerative colitis and carcinoma of the bile ducts. Am J Surg 1971; 121: 39.
8. Thompson HH, Pitt HA, Tompkins RK. Primary sclerosing cholangitis: a heterogeneous group. Ann Surg 1982; 196: 127-31.
9. Ouchi K, Matsuno S, Sato T. Long-term survival in carcinoma of the biliary tract. Analysis of prognostic factors in 146 resections. Arch Surg 1989; 124: 248-52.
10. Alexander F, Rossi RL, O'Bryan M, Khettry U, Braasch W, Watkins E. Biliary carcinoma. A review of 109 cases. Am J Surg 1984; 147: 503-9.
11. Schoenthaler R, Philips TL, Castro J, Efrid J, Better A, Way LW. Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. The University of California at San Francisco experience. Ann Surg 1994; 219: 267-74.
12. Evander A, Fredlund P, Hoevels J, Ihse Y, Bengmark S. Evaluation of aggressive surgery for carcinoma of the extrahepatic bile ducts. Ann Surg 1979; 191: 23-9.
13. Praderi RC, Estefan A. Tratamiento quirúrgico del cáncer biliar. Clin Quir Fac Med Montevideo 1990; Vol 8.
14. Praderi R. Cáncer del confluente hepato-cístico. Resección y derivaciones sucesivas con sobrevida de 6 años. Bol Soc Cir Uruguay 1963; 34: 3.
15. Praderi R, Estefan A. Transhepatic intubation in benign and malignant lesions of the biliary ducts. Curr Probl Surg 1985; 22: 1-64.
16. Traverso LW, Longmire WP. Preservation of the pylorus in pancreatic duodenectomy. Surg Gynecol Obstet 1978; 146: 959-62.
17. Tompkins RK, Thomas D, Wile A, Longmire WP. Prognostic factors in bile duct carcinoma: analysis of 96 cases. Ann Surg 1981; 194: 447-57.
18. Cubilla AL, Fortner J, Fitzgerald PJ. Lymph node involvement in cancer of the head of the pancreas. Cancer 1978; 41: 880-2.