

SYMPOSIUM: COLANGIOCARCINOMA. TUMOR DE KLATSKIN.

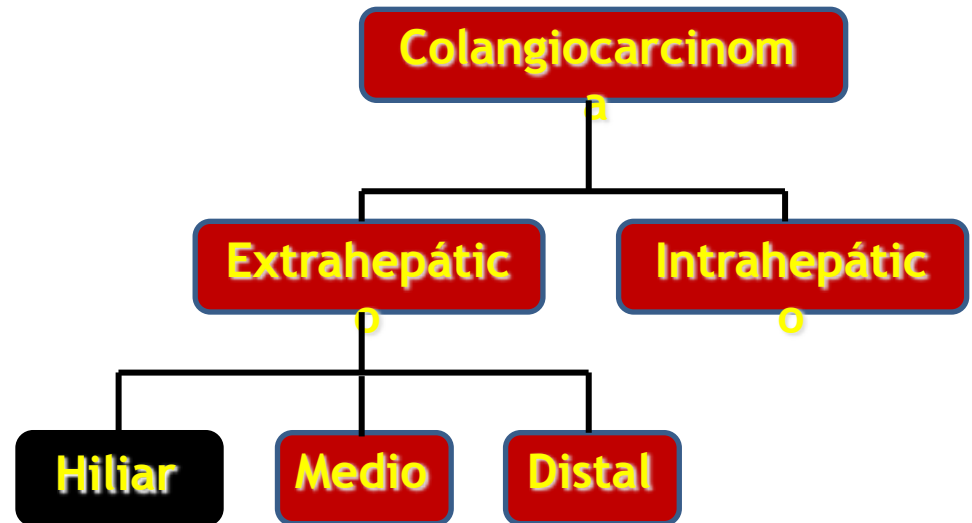
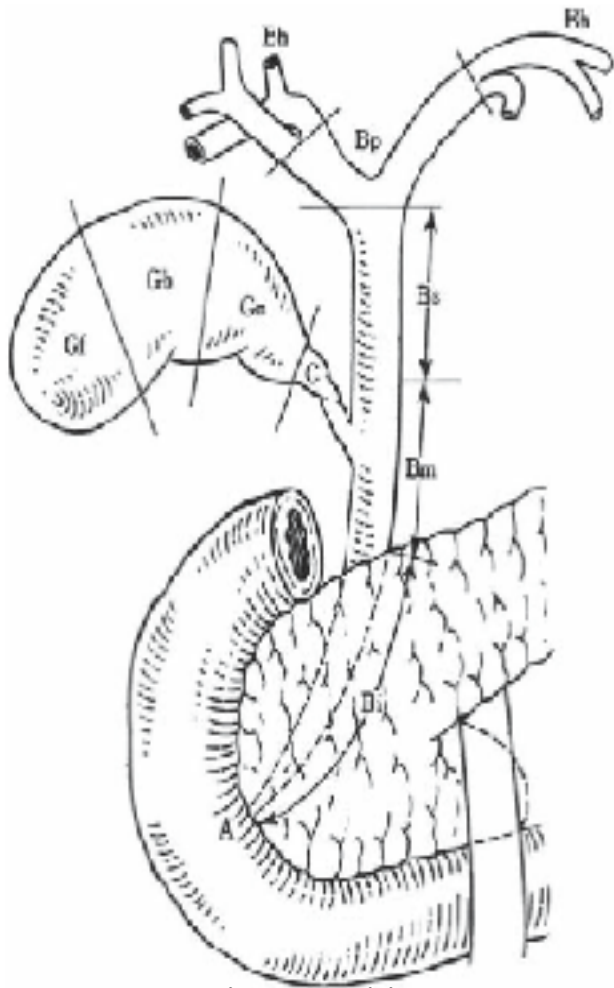


X *Curso de*
XXVI
Cirugía General
DEL 27 AL 28 DE ENERO DE 2011
SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGIA
VALENCIA

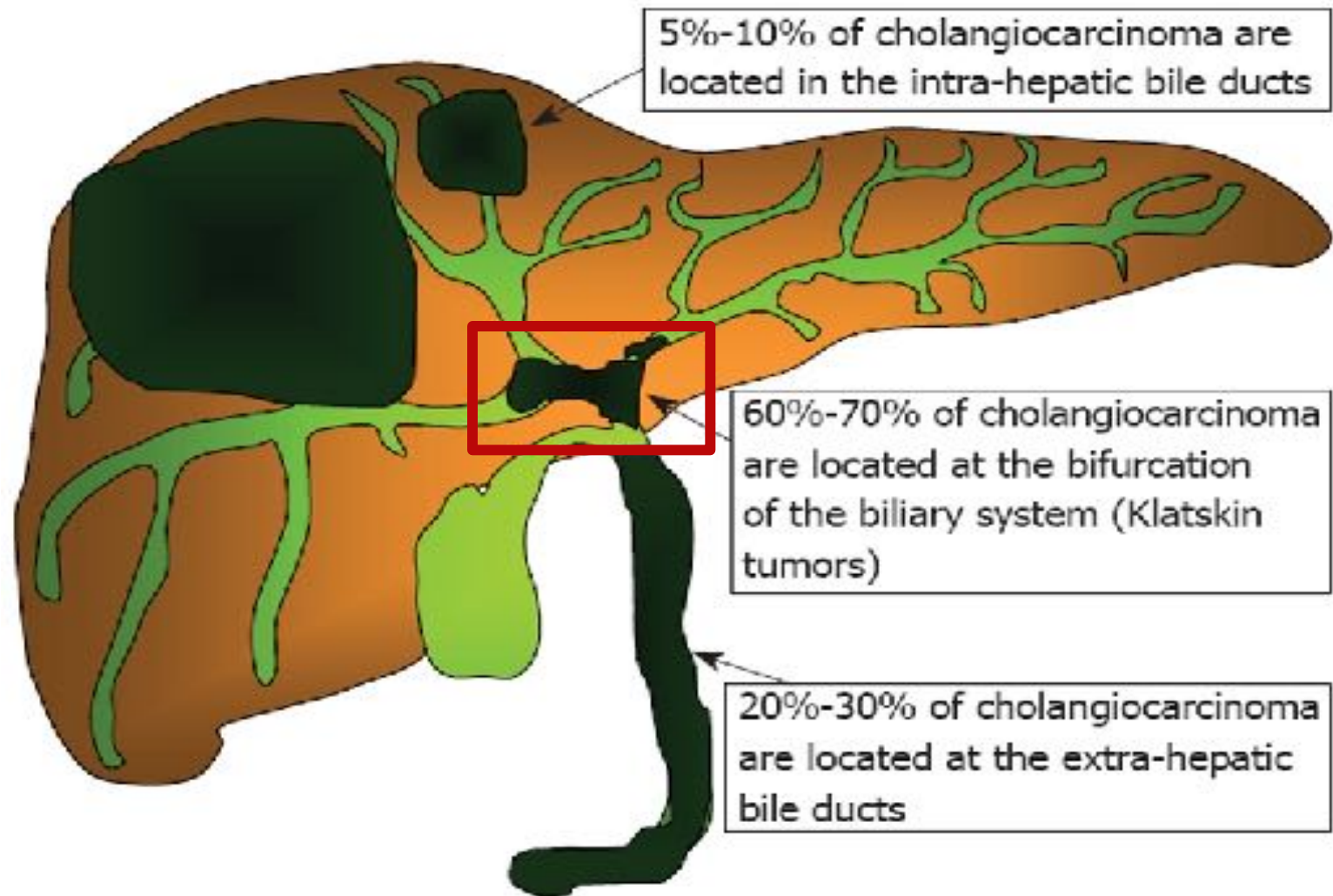
Con la colaboración del RMV y COMV
Sede: COMV (Iusta Colegio Oficial de
Médicos de Valencia)
Designado Instituto Científico Lembrado
por la Consejería de Sanidad.
Avda de la Piedad, 25. Tel. 963390330-34.125. e-
www.comv.es



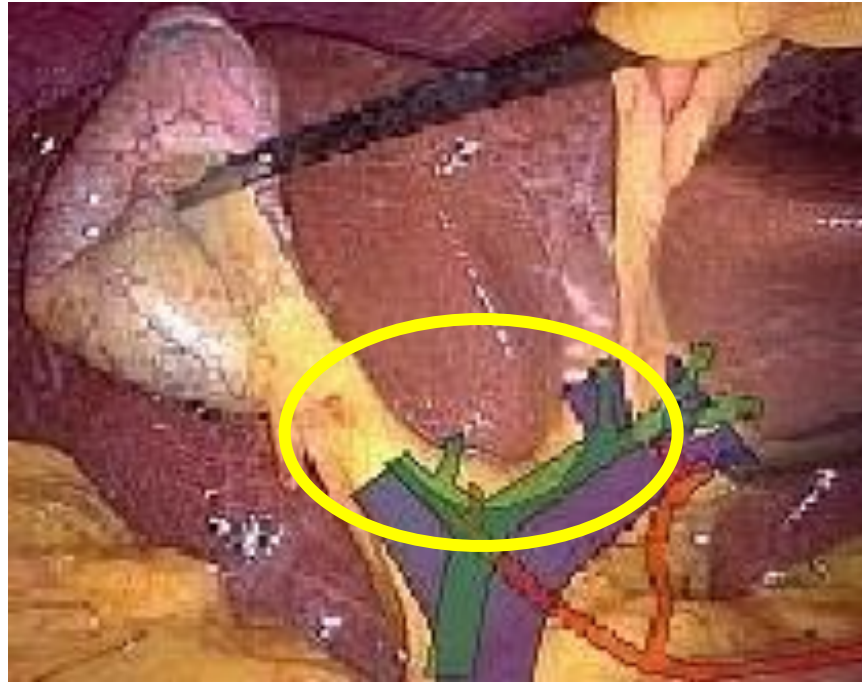
COLANGIOCARCINOMA. CLASIFICACIÓN ANATÓMICA.



COLANGIOCARCINOMA. FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN



TUMOR DE KLATSKIN



- Tratamiento difícil por su localización
- Mejores resultados del tto quirúrgico con > amplitud de la resección
- ↑ Resecciones R0.
- ↑ Demanda de procedimientos diagnósticos y de estadificación

TIPOS MORFOLÓGICOS



Nodular o mass forming:

20 %

Pobre diferenciación celular

Bordes bien definidos, ondulados o lobulados

Puede tener fibrosis y necrosis central



Escleroso o infiltrativo:

70 %

Engrosamiento concéntrico pared conducto biliar

En estadios tardíos aparenta como estrellado

Habitualmente muy diferenciado



Papilar o intraductal

< 5 %

Tumor dentro de la luz del conducto.

Como rugosidades mucosas

FORMAS DE PROPAGACIÓN



Nodular o mass forming:

Crece hacia afuera de la luz

Invade el parénquima hepático a través del plexo venoso peribiliar
Son frecuentes las metástasis hepáticas en estadios avanzados



Escleroso o infiltrativo:

Invade la pared del conducto biliar

Se extiende longitudinalmente a lo largo del eje de los conductos biliares.



Papilar o intraductal

Se extiende superficialmente a lo largo de la superficie mucosa

La descamación celular del tumor puede iniciar tumores secundarios

También puede darse la invasión intraductal

FACTORES DE RIESGO DE COLANGIOCARCINOMA

Factores de riesgo general	Infecciones parasitarias
Edad > 65 años	<i>Opisthorchis Viverini</i>
<i>Fumador</i>	<i>Clonorchis Sinensis</i>
<i>Obesidad</i>	Congénitas
<i>Diabetes</i>	<i>Quieste de colédoco</i>
Postquirúrgicos	<i>Enfermedad de Caroli</i>
<i>Anastomosis bilio-entérica</i>	<i>Fibrosis hepática congénita</i>
Enfermedad inflamatoria crónica	Agentes químicos
<i>Colangitis esclerosante primaria</i>	<i>Torostrast</i>
<i>Hepatitis crónica (colangiohepatitis oriental)</i>	<i>Dioxina</i>
<i>Hepatitis C</i>	<i>Nitrosaminas</i>
<i>Hepatitis B</i>	<i>Asbestos</i>
<i>VIH</i>	Medicamentos
<i>Cirrosis hepática</i>	<i>Anticonceptivos orales</i>
	<i>Isoniazida</i>

TUMOR DE KLATSKIN. CLINICA

SINTOMAS	%
Ictericia	84
Pérdida de peso	35
Malestar abdominal	30
Nauseas y vómitos	10
Fiebre	10

TUMOR DE KLATSKIN. MARCADORES TUMORALES

Ca 19.9

- Sin sensibilidad para cribado diagnóstico.
- Nivel de corte: > 100 U/mL
- Sensibilidad: 53 %
- Valor predictivo negativo: 76 - 92 %
- Correlación con estadio: S 33 %

resecables

S 72 %

irresecables

TUMOR DE KLATSKIN. FUTUROS MARCADORES TUMORALES

MMP-7

Metaloproteinasa de matriz 7

Sensibilidad: 63 %

Especificidad: 72 %

Leelawat K, Sakchinabut S, Narong S et Wannaprasert J Detection of serum MMP-7 and MMP-9 in cholangiocarcinoma patients: evaluation of diagnostic accuracy. BMC Gastroenterology 2009;9(30):1-8

MUC5AC

Subtipos A y C de la mucina humana 5

Sensibilidad: 71 %

Especificidad: 90 %

Bamrunghon W et al. A new mucin antibody/enzyme -linked lectin-sandwich assay of serum MUC5AC mucin for the diagnosis of Cholangiocarcinoma. Cancer Lett. 2007;247:301-8

TUMOR DE KLATSKIN. PRUEBAS DE IMAGEN

Objetivo:

1. Diagnóstico
2. Diagnóstico diferencial
3. Identificar a los pacientes potencialmente resecables

ESTADIFICACION TNM DEL COLANGIOCARCINOMA

EXTRAHEPÁTICO

ESTADIO	TUMOR	GANGLIOS	METAS TASIS
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1 - T3	N1	M0
III	T4	Cualquier N	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Tumor primario (T)

Tis carcinoma in situ.

T1 tumor confinado histológicamente al conducto biliar.

T2 tumor que invade más allá del conducto biliar.

T3 tumor que invade el hígado, vesícula, páncreas y/o ramas ipsilaterales de la vena porta (dcha o izqda) o arteria hepática (dcha o izqda).

T4 tumor que invade cualquiera de los siguientes: vena porta principal o sus ramas bilateralmente, arteria hepática común, u otras estructuras adyacentes, tales como el colon, estómago, duodeno o pared abdominal.

Ganglios linfáticos regionales (N)

N0 Ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

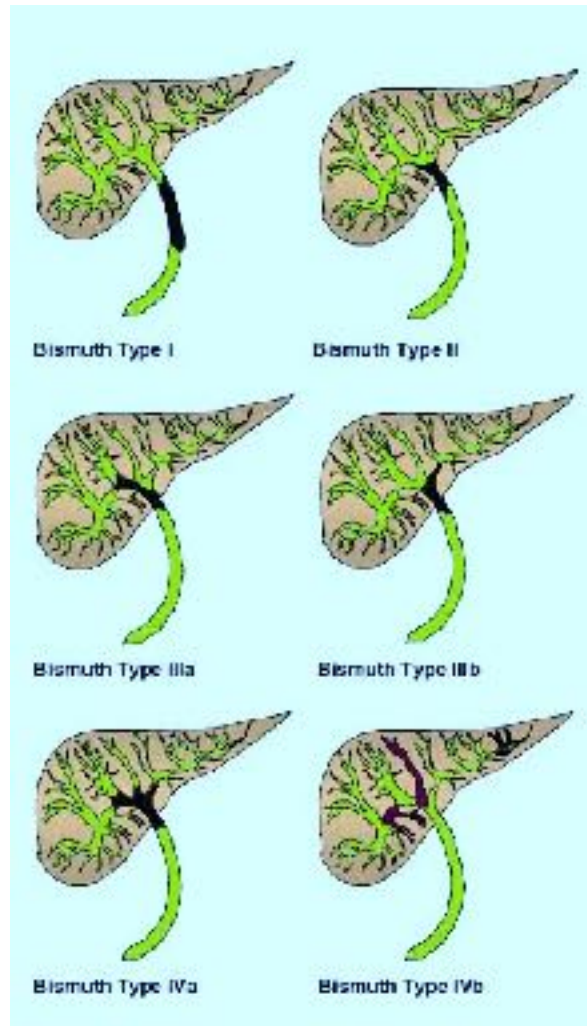
N1 Metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

Metástasis a distancia (M)

M0 Ausencia de metástasis a distancia.

M1 Metástasis a distancia

CLASIFICACIÓN DE BISMUTH-CORLETTE DEL TUMOR DE KLATSKIN.



- Tipo I** Confinado al hepático común.
- Tipo II** Afecta a la bifurcación del hepático común.
- Tipo IIIa** Afecta a la bifurcación y a hepáticos derechos.
- Tipo IIIb** Afecta a la bifurcación y a hepáticos izquierdos.
- Tipo IVa** Localizado en la confluencia y afectando tanto hepáticos derechos como izquierdos.
- Tipo IVb** Distribución multifocal bilateral.

SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN CLÍNICA T DE JARNAGIN-BLUMGART DEL TUMOR DE KLATSKIN.

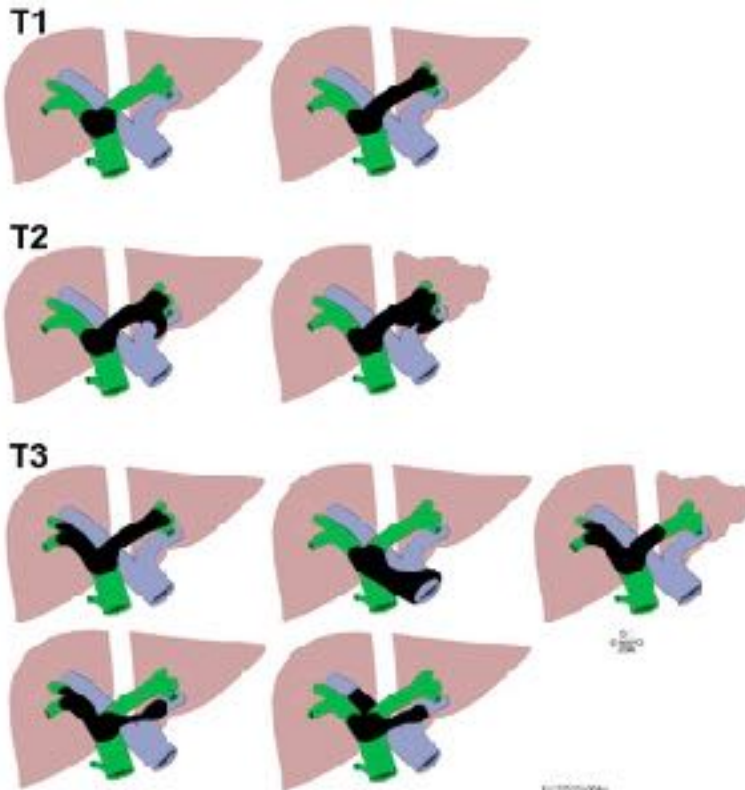


TABLE 2. Jarnagin-Blumgart Clinical T Staging System (Jarnagin WR et al. *Ann Surg* 2001;234:507-519)

	Biliary Involvement	PoV Involvement	Lobar Atrophy
T1	Hilus ± unilateral sectional bile ducts	No	No
T2	Hilus ± unilateral sectional bile ducts	+Ipsilateral	± Ipsilateral
T3	Hilus + bilateral sectional bile ducts	Yes/no	Yes/no
	Hilus + unilateral sectional bile ducts	+Contralateral	Yes/no
	Hilus + unilateral sectional bile ducts	Yes/no	+Contralateral
	Hilus ± unilateral sectional bile ducts	Bilateral	Yes/no

Sectional bile ducts = right anterior, right posterior, left medial, left lateral.
PoV = portal vein.

TUMOR DE KLATSKIN. TÉCNICAS DE IMAGEN

- ❖ Ecografía abdominal.
- ❖ Eco-doppler color.
- ❖ TC y colangiografía por TC
- ❖ RM colangiopancreatografía por RM
- ❖ Ecografía endoscópica
- ❖ Ecografía intraductal
- ❖ PET y PET-TC
- ❖ Tomografía de coherencia óptica
- ❖ CPRE
- ❖ CPTH
- ❖ Colangioscopia peroral o

TUMOR DE KLATSKIN. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

1. No hay ninguna modalidad de técnica de imagen que pueda diferenciar con total precisión entre estenosis benignas y malignas.
2. La PAAF tiene una sensibilidad muy baja (30 %).
3. La citología por cepillado por CPRE tiene una sensibilidad 50 - 60 %.
4. Muchos pacientes se operan sin confirmación diagnóstica.
5. Hasta un 15 % de los resecaos tienen

TUMOR DE KLATSKIN. LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACIÓN

40-50 % de los pacientes potencialmente resecables no lo son definitivamente en laparotomía.

Laparoscopia de estadificación

Rendimiento: 25-42 %

Precisión: 42-53 %

Con ecolaparoscopia: ↑ rendimiento hasta en un 17 %

Indicación: tumores T2 y T3

En qué momento*: antes de la preparación

Ito F, Cho CS, Rikkers LF and Weber SM. Hilar cholangiocarcinoma: Current management. Ann Surg. 2009; 250(2): 210-8.

** Belghiti J et Ogata S. Preoperative optimization of the liver for resection in patients with hilar cholangiocarcinoma.*

HPB 2005;7:252-3

TUMOR DE KLATSKIN. LAVADO PERITONEAL

No ha demostrado que puede predecir

Martin RC et al. Peritoneal washings are not predictive occult peritoneal disease inpatients with hilar cholangiocarcinoma. J Am Coll Surg 2001;193:620-5.

TUMOR DE KLATSKIN. PREPARACIÓN PREOPERATORIA

1. Drenaje biliar.
2. Embolización portal.

TUMOR DE KLATSKIN. DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO

Objetivo:	Prevenir la insuficiencia hepática postoperatoria.
A que pacientes:	Colangitis. Malnutrición. Potencial resección hepática mayor.
Vía:	Percutánea.
Tipo:	Drenaje externo sin atravesar el tumor.
Que drenar:	El potencial remanente hepático.
Duración:	2-4 semanas (bilirrubina 2 a 5 mg/dL).

TUMOR DE KLATSKIN. EMBOLIZACIÓN PORTAL PREOPERATORIA

Objetivo: Inducir la hipertrofia del potencial remanente hepático.
Inducir la atrofia del hígado afecto por el tumor.

Indicación*: Ante potencial resección hepática con remanente hepático < 40 % del volumen.

Valoración:** TC ó RM.

No indicación: Infiltración de la rama portal por el tumor.
En pacientes que requieren hepatectomía central.

Vía: Percutánea transhepática.

* Nivel de evidencia: IV. Grado recomendación C1.

** Nivel de evidencia: III. Grado de recomendación B.

Kondo S et al. Guidelines for the management of biliary tract and ampullary carcinomas: surgical treatment. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2008;15:41-54.

TUMOR DE KLATSKIN. MANEJO

LA DECISIÓN DE EXPLORAR QUIRÚRGICAMENTE O TRATAR DE OTRO MODO A LOS PACIENTES CON UN TUMOR DE KLATSKIN **LA DEBE REALIZAR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO** CONSTITUIDO POR EXPERTOS CIRUJANOS HEPATOBILIARES, ENDOSCOPISTAS Y RADIOLOGOS.