



*Colangiocarcinoma extrahepático avanzado: análisis de un caso clínico y
revisión de la literatura*

*Advanced extrahepatic cholangiocarcinoma: analysis of a clinical case and
review from the literature*

*Colangiocarcinoma extra-hepático avançado: análise de um caso clínico e
revisão da literatura*

Fernando Javier Morales Sani ^I
fernandoms02@uniandes.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0006-0661-2384>

Heidi Elizabeth López Cumbajin ^{II}
heidilc67@uniandes.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-1103-1397>

Emily Dayanara Tingo Poveda ^{III}
emilydtp71@uniandes.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-5827-2850>

Correspondencia: fernandoms02@uniandes.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 09 de diciembre de 2024 * **Aceptado:** 22 de enero de 2025 * **Publicado:** 28 de febrero de 2025

- I. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.
- II. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.
- III. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.

Resumen

El colangiocarcinoma extrahepático es una neoplasia maligna poco frecuente con un pronóstico reservado debido a su diagnóstico tardío. Se presenta el caso de un paciente masculino de 67 años con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus, que acude con dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos biliosos. A través de estudios de laboratorio e imagenológicos, se confirmó el diagnóstico de colangiocarcinoma extrahepático avanzado. Se discuten los hallazgos clínicos, diagnósticos diferenciales, opciones terapéuticas y pronóstico de la enfermedad con base en la literatura reciente.

Palabras clave: Colangiocarcinoma extrahepático; cáncer biliar; diagnóstico; tratamiento.

Abstract

Extrahepatic cholangiocarcinoma is a rare malignancy with a poor prognosis due to its late diagnosis. We present the case of a 67-year-old male patient with a history of hypertension and diabetes mellitus, who presented with pain in the right hypochondrium, nausea, and bilious vomiting. Through laboratory and imaging studies, the diagnosis of advanced extrahepatic cholangiocarcinoma was confirmed. The clinical findings, differential diagnoses, therapeutic options, and prognosis of the disease are discussed based on recent literature.

Keywords: Extrahepatic cholangiocarcinoma; biliary cancer; diagnosis; treatment.

Resumo

O colangiocarcinoma extra-hepático é uma neoplasia maligna rara e de prognóstico reservado devido ao seu diagnóstico tardio. Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, 67 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, que apresentava dor no hipocôndrio direito, náuseas e vómitos biliosos. Através de exames laboratoriais e de imagem foi confirmado o diagnóstico de colangiocarcinoma extra-hepático avançado. Os achados clínicos, os diagnósticos diferenciais, as opções terapêuticas e o prognóstico da doença são discutidos com base na literatura recente.

Palavras-chave: Colangiocarcinoma extra-hepático; cancro biliar; diagnóstico; tratamento.

Introducción

El colangiocarcinoma extrahepático es un tipo de cáncer poco frecuente que afecta los conductos biliares fuera del hígado y representa una causa significativa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Su desarrollo está asociado a múltiples factores de riesgo, incluyendo enfermedades inflamatorias crónicas del tracto biliar, infecciones parasitarias, anomalías congénitas y exposición a toxinas. La progresión silenciosa de la enfermedad y la falta de síntomas específicos en sus primeras fases dificultan su detección precoz, lo que lleva a que la mayoría de los casos sean diagnosticados en estadios avanzados, reduciendo significativamente las opciones terapéuticas y la tasa de supervivencia.

El diagnóstico del colangiocarcinoma extrahepático se basa en una combinación de hallazgos clínicos, estudios de laboratorio y técnicas de imagen avanzadas. Entre los marcadores tumorales más utilizados se encuentra el CA 19-9, cuya elevación se correlaciona con la presencia de la enfermedad, aunque su especificidad es limitada. La colangiografía magnética y la tomografía computarizada son herramientas esenciales para la caracterización de la lesión, permitiendo evaluar su extensión y la posible invasión a estructuras adyacentes. En algunos casos, la biopsia por ecoendoscopia se emplea para confirmar la naturaleza maligna del tumor.

El tratamiento del colangiocarcinoma extrahepático varía según el estadio de la enfermedad. En los casos localizados, la resección quirúrgica con márgenes libres de tumor sigue siendo la única opción curativa, aunque pocos pacientes son candidatos a este procedimiento debido a la detección tardía. En estadios avanzados, la terapia paliativa con quimioterapia basada en gemcitabina y cisplatino es la opción estándar, con el objetivo de prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente.

Dada la alta letalidad del colangiocarcinoma extrahepático y la dificultad de su diagnóstico precoz, es fundamental promover estrategias de detección temprana en grupos de alto riesgo, así como mejorar el acceso a métodos diagnósticos más precisos. Además, la investigación de nuevas terapias dirigidas y la combinación de tratamientos multimodales representan una prioridad en la búsqueda de mejores resultados clínicos.

En este trabajo, se presenta el análisis de un caso clínico de colangiocarcinoma extrahepático avanzado, abordando los aspectos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos de la enfermedad, con el fin de contribuir a una mayor comprensión de esta patología y sus implicaciones en la práctica clínica.

Metodología

La presente investigación utiliza el método analítico-sintético, el cual permite analizar todos los aspectos que conforma el caso clínico de Colangiocarcinoma Extrahepático a través de exámenes complementarios e imagenológicos, antecedentes patológicos personales, quirúrgicos y familiares, para poner en marcha el análisis y revisión de la literatura en esta enfermedad.

Se ha tomado como fuentes de información la literatura especializada, que abarca los resultados de publicaciones realizadas desde el año 2019 hasta la actualidad, en tres bases de datos: Google Académico, PubMed, Cochrane Library y Scielo. Se utilizaron términos MeSH (Medical Subject Headings) y la combinación con operadores booleanos AND y OR, para generar la estrategia de búsqueda: "Cholangiocarcinoma", "Biliary Tract Neoplasms", que en los metabuscadores de las cuatro bases de datos fue la combinación de términos con mejores resultados.

En la población de los estudios incluidos se consideraron participantes de todos los rangos etarios y de cualquier sexo, en todos los contextos. Se abarcaron todos los artículos que presentan datos sobre prevención, diagnóstico y tratamiento para el Colangiocarcinoma Extrahepático.

Marco teórico

El colangiocarcinoma (CCA) es un cáncer complejo del tracto biliar que involucra múltiples procesos celulares y moleculares. La carcinogénesis del CCA está impulsada por alteraciones genéticas, epigenéticas y del microambiente tumoral. Entre las mutaciones genéticas más comunes se encuentran las de los genes IDH1/2, BAP1, ARID1A y FGFR2, que varían según el subtipo de CCA y la población. Además, las alteraciones epigenéticas, como la metilación del ADN y las modificaciones de histonas, juegan un papel crucial al influir en la expresión génica y el comportamiento tumoral. [1]

Los procesos de señalización celular implican vías como TGF- β /Smad, IL-6/STAT-3, PI3K/AKT, Wnt, RAF/MEK/MAPK y Notch, que son fundamentales en la proliferación, migración y supervivencia celular. El microambiente tumoral, compuesto por fibroblastos asociados al cáncer y macrófagos asociados al tumor, contribuye a un nicho inmunosupresor que favorece la progresión tumoral. Este entorno también se ve influenciado por mediadores inflamatorios como IL-6, TNF- α y TGF- β , que promueven la carcinogénesis a través de la inflamación crónica y la colestasis. [2][3] La comprensión de estos mecanismos es esencial para el desarrollo de terapias dirigidas que mejoren los resultados en los pacientes con CCA [2].

El CCA es un grupo heterogéneo de cánceres que se originan en el tracto biliar y se clasifican principalmente en colangiocarcinoma intrahepático (iCCA) y extrahepático (eCCA), con este último subdividido en perihiliar (pCCA) y distal (dCCA) [3]. Cada subtipo presenta características epidemiológicas, biológicas y clínicas distintas, lo que influye en su manejo terapéutico. La cirugía es la única opción curativa para todos los subtipos, aunque solo es viable en etapas tempranas de la enfermedad [4].

En el caso del iCCA, la resección hepática es el tratamiento principal, mientras que, para el pCCA, la resección quirúrgica puede incluir trasplante hepático en casos seleccionados tras quimiorradiación neoadyuvante. El dCCA generalmente requiere pancreatoduodenectomía, para los casos avanzados o irresecables, se utilizan terapias locorregionales y sistémicas, incluyendo quimioterapia e inmunoterapia, con un enfoque creciente en terapias dirigidas basadas en perfiles moleculares [5].

Es el segundo cáncer hepático primario más común a nivel mundial, con una incidencia y mortalidad en aumento, especialmente en Asia, mientras que en Occidente las tasas son más bajas. En Ecuador, como en otros países de América Latina, la incidencia exacta no está bien documentada, pero se presume que sigue las tendencias globales, con un aumento en los casos de CCA intrahepático (iCCA). [6]

Los factores de riesgo para el CCA incluyen una variedad de condiciones hepáticas y biliares. La colangitis esclerosante primaria es un factor de riesgo bien establecido, al igual que las infecciones parasitarias por duelas hepáticas, como *Opisthorchis viverrini* y *Clonorchis sinensis*, que son más prevalentes en Asia [6]. En Ecuador, aunque las infecciones por duelas hepáticas no son comunes, otras condiciones como la cirrosis hepática, la hepatitis B y C, y la enfermedad hepática grasa no alcohólica pueden contribuir al riesgo de CCA. La exposición a toxinas, como el alcohol y el tabaco, también se ha asociado con un mayor riesgo. [7]

Factores ambientales y genéticos juegan un papel importante en la epidemiología del CCA. En el contexto ecuatoriano, la exposición a toxinas ambientales y la predisposición genética podrían influir en la incidencia de la enfermedad, aunque se necesita más investigación para comprender completamente su impacto. [8] La inflamación crónica y la colestasis son mecanismos patogénicos comunes que subyacen a muchos de estos factores de riesgo, promoviendo la proliferación celular reactiva y las mutaciones genéticas que conducen a la colangiocarcinogénesis. [9]

En los últimos años, se han realizado avances significativos en la investigación del colangiocarcinoma (CCA), especialmente en el desarrollo de terapias dirigidas e inmunomoduladoras. Estos avances han sido impulsados por una mejor comprensión del paisaje genómico del CCA, lo que ha permitido identificar subgrupos de pacientes con alteraciones genéticas específicas que pueden ser blanco de terapias personalizadas [10].

Las terapias dirigidas han cobrado relevancia, especialmente para tumores con fusiones de FGFR2, mutaciones de IDH1, mutaciones BRAF V600E, fusiones de NTRK y amplificaciones de HER2 (ERBB2) [11]. Estas terapias han abierto el camino hacia la medicina de precisión, permitiendo tratamientos más específicos y potencialmente más efectivos para subgrupos de pacientes con CCA avanzado. En particular, medicamentos como pemigatinib, infigratinib y futibatinib han mostrado eficacia en pacientes con fusiones de FGFR2 y están siendo evaluados en ensayos clínicos de fase III. [12]

En cuanto a la inmunoterapia, aunque los resultados han sido mixtos, la combinación de inhibidores de puntos de control inmunitario con quimioterapia ha mostrado actividad prometedora. [12] Sin embargo, la heterogeneidad del microambiente tumoral del CCA, incluyendo la presencia de tumores "desiertos inmunitarios", subraya la necesidad de desarrollar estrategias inmunoterapéuticas más innovadoras. [13]

En América Latina, la investigación y los ensayos clínicos en CCA están en crecimiento, aunque enfrentan desafíos relacionados con la infraestructura y el acceso a tecnologías avanzadas. No obstante, la participación en ensayos clínicos internacionales y la colaboración con centros de investigación globales son estrategias clave para mejorar el acceso a nuevas terapias en la región [14].

El colangiocarcinoma (CCA) se presenta clínicamente con síntomas como ictericia, dolor abdominal y pérdida de peso, que son indicativos de obstrucción biliar y progresión tumoral. [1][2] El diagnóstico de CCA es complejo y requiere una combinación de pruebas de laboratorio, estudios de imagen y procedimientos invasivos [14].

En cuanto a las pruebas de laboratorio, los biomarcadores como el antígeno carbohidrato 19-9 (CA 19-9) son útiles, aunque su interpretación puede ser complicada por la presencia de hiperbilirrubinemia y porque hasta un 10% de la población no produce este marcador debido a la falta del antígeno Lewis. Además, se evalúan los niveles de bilirrubina y enzimas hepáticas para detectar disfunción hepática y colestasis. [15]

Los estudios de imagen son fundamentales para el diagnóstico y la estadificación del CCA. La ecografía puede mostrar dilatación biliar, pero tiene limitaciones en la detección de masas tumorales. [5] La tomografía computarizada (CT) y la resonancia magnética (MRI), junto con la colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP), son más precisas para identificar y caracterizar las lesiones. La MRCP es particularmente útil para evaluar la anatomía biliar sin necesidad de procedimientos invasivos. [15]

Los procedimientos invasivos, como la colangiografía endoscópica retrógrada (ERCP), permiten la obtención de muestras para citología mediante cepillado, aunque su sensibilidad es limitada. La biopsia guiada por ultrasonido endoscópico (EUS-FNA) puede ser más precisa, pero su uso es controvertido debido al riesgo de diseminación peritoneal. [16]

En el contexto del sistema de salud ecuatoriano, la disponibilidad de estas herramientas diagnósticas puede variar. Generalmente, los hospitales de tercer nivel y centros especializados cuentan con la capacidad para realizar estudios avanzados de imagen y procedimientos endoscópicos, aunque el acceso puede estar limitado por recursos y logística.

La implementación de un enfoque multidisciplinario es crucial para optimizar el diagnóstico y manejo del CCA en este contexto [17].

El colangiocarcinoma (CCA) se clasifica utilizando varios sistemas de estadificación, siendo el sistema de Tumor, Nódulo, Metástasis (TNM) de la AJCC/UICC uno de los más utilizados. Este sistema evalúa la extensión del tumor primario (T), la afectación de los ganglios linfáticos regionales (N) y la presencia de metástasis a distancia (M). Sin embargo, existen limitaciones en su capacidad para predecir el pronóstico, especialmente en pacientes con enfermedad irresecable [18].

Para el colangiocarcinoma perihiliar (pCCA), se ha desarrollado un sistema de estadificación clínico que incluye factores como el estado funcional del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), el tamaño y número de tumores, el compromiso vascular, la metástasis ganglionar y peritoneal, y los niveles de CA 19-9. Este sistema ha demostrado una mejor capacidad para predecir la supervivencia en comparación con el sistema TNM tradicional, con medianas de supervivencia de 48.6, 21.8, 8.6 y 2.8 meses para los estadios I, II, III y IV, respectivamente. [19]

En el caso del colangiocarcinoma intrahepático (iCCA), se ha propuesto un nuevo sistema de estadificación que considera el tamaño del tumor, la invasión arterial y biliar mayor, y el número de tumores. Este sistema ha mostrado una buena estratificación de la supervivencia global de los

pacientes según el estadio de la enfermedad. Además, se ha sugerido que las metástasis hepáticas en iCCA tienen un peor pronóstico que otros estadios tempranos, lo que ha llevado a propuestas de modificaciones en el sistema AJCC para incluir estas características. [20]

Los factores pronósticos en CCA dependen del estadio de la enfermedad y la presentación clínica. En general, los factores asociados con un peor pronóstico incluyen la presencia de metástasis, la invasión vascular, el mal estado funcional, y niveles elevados de CA 19-9. La multifocalidad en iCCA también se asocia con un pronóstico desfavorable. Estos factores son cruciales para guiar el manejo clínico y las decisiones terapéuticas. [21]

Resultados

Datos de filiación:

- Nombre y Apellidos: XXXXXX
- Cedula de ciudadanía: 170XXXXXX
- Estado civil: Casado
- Sexo: Masculino
- Numero de Celular: XXXXXX
- Fecha de nacimiento: 24/09/1953
- Lugar de nacimiento: Loja, Cariamanga
- Nacionalidad: Ecuatoriano
- Edad: 67
- Etnia: Mestizo
- Instrucción: Básica
- Ocupación: Agricultor.
- Lugar de residencia Habitual: Santo Domingo
- Historia Clínica: 975***
- Dirección: Praderas

Antecedentes patológicos personales:

Patológicos:

- Hipertensión arterial controlada.
- Diabetes mellitus tratada con insulina.

Quirúrgicos:

- Orquiectomía derecha por trauma

Antecedentes patológicos familiares:

- No refiere.

Alergias:

- Alergia a medicamentos: No refiere
- Otras alergias: No refiere

Hábitos:

- Alimentación: 2 veces al día
- Micción: 4 veces al día
- Defecación: 2 vez cada día
- Alcohol: No refiere
- Tabaco: No refiere
- Drogas: Niega

Motivo de consulta:

- Dolor en Hipocondrio derecho
- Nauseas que llegan al vomito
- Sensación de llenura

Enfermedad actual:

Paciente masculino adulto quien refiere que hace un mes aproximadamente presenta dolor abdominal difuso localizado en hipocondrio derecho de moderada intensidad, dispepsia acompañada de vomito postprandial de contenido bilioso y de aparente hematemesis.

Examen físico:

Signos vitales

- Tensión arterial 100/75 mm Hg
- Frecuencia cardiaca: 75lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Saturación O2 91%
- Temperatura: 36.8 °C

Peso: 60kg

Talla: 160

Paciente vigil, alerta, orientado en tiempo espacio y persona, afebril

- Boca: mucosas orales húmedas.
- Orofaringe: no congestiva.
- Ojos: ligeramente ictericos.
- Cuello: no adenopatías.
- Tórax: simétrico, expansibilidad conserva. Cardiopulmonar conservado.
- Abdomen: suave, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, murphy negativo.
- Hidroaéreos presentes: puntos ureterales negativos.
- Región lumbar: puñopercusión bilateral negativa
- Región inguino-genital: ausencia de testículo derecho. Cicatriz quirúrgica en adecuadas condiciones no Dolor.
- Extremidades: atrofia muscular, llenado capilar <3 seg.
- Cardiovascular: hipertensión controlada. Ruidos rítmicos.
- Endocrino: diabetes controlada

Exámenes complementarios:

Biometría hemática:

Examen	Resultado	V. Referencia
Biometría hemática		
<i>Recuento de Glóbulos Rojos:</i>	$4.31 \times 10^6/\mu\text{L}$	4.2 - 5.4
<i>Hemoglobina:</i>	13.5 g/dL	12 - 16
<i>Hematocrito:</i>	38.7% ↓	40 - 55
<i>Volumen Corpuscular Medio (VCM):</i>	$89.8 \mu\text{m}^3$	80 - 100
<i>Hemoglobina Corpuscular Media (HCM):</i>	31.4 pg	27 - 34
<i>Concentración de Hb Corp. Media (CHCM):</i>	35.0 g/dL	30 - 36
<i>Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c:</i>	12.9%	11.5 - 15.5
<i>Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s:</i>	$42.2 \mu\text{m}^3$	35 - 56
<i>Plaquetas:</i>	$189 \times 10^3/\mu\text{L}$	150-450
<i>Plaquetocrito:</i>	0.18%	0.1-0.5

Volumen Plaquetario Medio (MPV):	9.8 μm^3	6.5-12
Índice de Distribución Plaquetaria (PDW)c:	16.3%	10-18
Glóbulos Blancos:	10.85 $\times 10^3/\mu\text{L}$ \uparrow	5-10
Granulocitos (%):	89.3% \uparrow	50-70
Linfocitos (%):	3.0% \downarrow	20-40
Monocitos (%):	7.7%	3-15
Eosinófilos (%):	0.0% \downarrow	0.5-5
Basófilos (%):	0.0%	0-2
Granulocitos (#):	9.69 $\times 10^3/\mu\text{L}$ \uparrow	2-8
Linfocitos (#):	0.32 $\times 10^3/\mu\text{L}$ \downarrow	0.8-4.4
Monocitos (#):	0.84 $\times 10^3/\mu\text{L}$	0.1-1.5

Tabla 1. BIOMETRÍA HEMÁTICA

Bioquímica sanguínea:

Examen	Resultado	V. referencia
Sodio (Na)	134.2 mmol/l	135-150
Potasio (K)	436 mmol/L	3.5-5
Cloro (Cl)	94.0 mmol/L	94-110
Calcio iónico (Ca)	1.30 mmol/L	1.1-1.35
Litio (LI)	0.19 mmol/L	0-0.3

Tabla 2. BIOQUÍMICA SANGUÍNEA

Bioquímica:

BIOQUÍMICA				
Glucosa	↑	316.2	mg/dL	70 - 115
* RESULTADO VERIFICADO				
				Fecha: 2022-11-30 12:46PM
Urea		43	mg/dL	16.8 - 43.2
				Fecha: 2022-11-30 12:03PM
Creatinina		1.01	mg/dL	0.8 - 1.3
				Fecha: 2022-11-30 12:16PM
Bilirrubina Total	↑	3.34	mg/dL	0.3 - 1.1
Bilirrubina Directa	↑	2.27	mg/dL	0.1 - 0.4
Bilirrubina Indirecta	↑	1.07	mg/dL	0 - 0.75
* SUERO ICTÉRICO +				
				Fecha: 2022-11-30 12:32PM
Gama GT	↑	2 470	U/L	10 - 71
* RESULTADO VERIFICADO EN DILUCION 1:10				
				Fecha: 2022-11-30 12:33PM
Amilasa		33.31	U/L	28 - 100
				Fecha: 2022-11-30 12:28PM
Fosfatasa Alcalina	↑	1 090	U/L	30 - 120
* RESULTADO VERIFICADO EN DILUCION 1:5				
				Fecha: 2022-11-30 12:45PM

Ilustración 1 BIOQUÍMICA

Uroanálisis:

Color	Amarrillo intenso	Examen Microscópico	
Aspecto	Ligeramente Turbio	Células epiteliales	1-2 / campo
Densidad	1.010	Leucocitos	0-2 / campo
pH	7.0	Piocitos	0-1 / campo
Leuco	Negativo	Hematíes	0-1 / campo
Nitritos	Negativo	Moco	+
Proteínas	Negativo	Bacterias	Escasas
Glucosa	+++		
Cetonas	Negativo		
Urobilinógeno	Negativo		
Bilirrubinas	Negativo		
Sangre	Negativo		

Hemoglobina | Negativo

Tabla 3. UROANALISIS

Pruebas histológicas:

Macroscópica

Se recibe en formol, 4 fragmentos blandos, blanquecinos, irregularmente redondeados y aplanados que miden de 1 a 2 milímetros SPT.

Microscopia

Los cortes histológicos muestran fragmentos de una neoplasia maligna epitelial glandular tubular bien diferenciada que invade el estroma, se acompaña de infiltrado inflamatorio linfocitario hemorragia focal de epitelio glandular intestinal.

Diagnostico:

Resonancia magnética de colangioresonancia:

- Dilatación marcada de vías biliares Extra Hepáticas.
- Se sugiere CPRE para toma de muestra de proceso ocupante a nivel de la ampolla de Vater o en la Unión del Colédoco-Wirsun.
- Descartar lesión primaria.



Ilustración2 RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLANGIORESONANCIA

Colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE):



Centro Especializado de Endoscopia y Vía Biliar

COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (C.P.R.E)

Fecha: 20/03/2023

Paciente

Nombre y Apellidos:

Cedula de identidad: 170

Ficha Médica: Ninguno

Edad : 68 años

Dirección : Santo Domingo

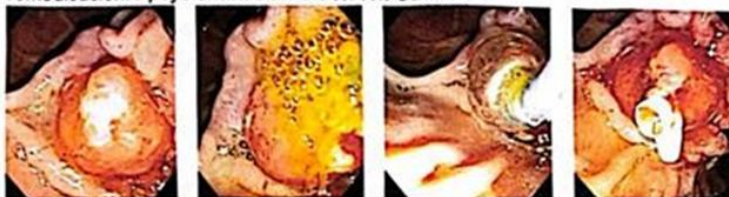
Teléfono :

Procedimiento

Referido por : Hospital de Solca

Motivo : Neoplasia de papila

Premedicación: Apoyo anestésico. Dr. Wilson Guerrón



Descripción:

PAPILA: Edematosa, friable, en la segunda porción.

VIA BILIAR: Intrahepáticos dilatados. El colédoco mide 15 mm de diámetro y en su interior se observan una imagen radiológica de defecto compatible con un cálculo. El colédoco distal termina en dedo de guante.

PROCEDIMIENTO: Canulación selectiva de la vía biliar con esfinterotomía de arco y alambre biliar 0.035. Colangiografía (Intensificador de imagen y/o arco en C más 1 frasco de 50 ml de medio de contraste IOPAMIDOL (IOPA) 300 mg X 50 ml). Extracción de barro biliar con catéter balón, finalmente este es negativo para más litos. Colocación de prótesis biliar de 10 Fr x 10 cm.

OBSERVACION:

Equipos utilizados: Olympus Exera II CLV 180. Equipo de Colangio más extracción de cálculos biliar y/o Duodenoscopio TJF 160 VF

Intensificador de imagen y/ o arco en C Marca PERLOVE: PLX7000A. electrobisturí Olympus óptica

Insumos: Esfinterotomía de arco. Alambre biliar 0.035. Balón catéter extractor de cálculos.

Pasador y empujador de prótesis biliar de 10 Fr. Prótesis biliar de 10 Fr x 10 cm.

Medio de contraste. IOPAMIDOL (IOPA) 300 mg X 50 ml frasco número 1 (uno).

DG: VIA BILIAR DILATADA

COLEDOCOLITIASIS A BARRO BILIAR

BIOPSIA: ADENOCARCINOMA MEDIANAMENTE BIEN DIFERENCIADO (PAPILA MAYOR)

CIE 10 k80.5 K83.1 K83.9

Ilustración 3 COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

Endoscopia:

Esófago: fácil acceso, esófago con calibre normal, luz libre, paredes elásticas, mucosa normal. Unión gastro esofágica a 39 cm del ADN y el cambio mucosa a 3 cm proximal de la anterior, conformando una hernia hiatal por deslizamiento.

Estómago: contenido biliar

- Calibre y forma gástrica normal, paredes elásticas, los pliegues presentan buena distensión con la insuflación.
- Clasificación de Hill: II.
- Mucosa de fondo y cuerpos sin lesiones mucosas.
- En antro hacia cara anterior se evidencia una úlcera +/- de 8 mm, con bordes elevados, impresión regular, con fondo de fibrina.
- Antro con mucosa congestiva.
- Píloro céntrico, abierto y bordes regulares.
- A las retrovisión la incisura bien conformada.
- Se toma biopsia según protocolo de Sidney.

Duodeno: el bulbo sin lesiones mucosas. Segunda porción y con visión indirecta se observa papila mayor de aspecto irregular, desflecado.

Idg:

- Hernia Hiatal por deslizamiento.
- úlcera gástrica Forest III.
- Gastropatía Congestiva Antral.
- Reflujo biliar duodenal gástrico
- Papila mayor irregular.

Impresión diagnóstica:

- Cálculo del conducto biliar, sin colangitis ni colecistitis
- Tumor maligno extrahepático

Diagnóstico de ingreso:

- Colangiocarcinoma extrahepático.
- Ictericia obstructiva secundaria.

Diagnóstico de egreso:

- Colangiocarcinoma extrahepático avanzado.
- Disfunción hepática secundaria.

Condiciones de egreso y pronóstico:

El paciente fue egresado con un esquema de manejo paliativo y seguimiento por oncología. El pronóstico es reservado debido a la progresión de la enfermedad.

Discusión

Este caso clínico resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento del colangiocarcinoma extrahepático avanzado. El paciente presentó ictericia obstructiva y dolor abdominal persistente, síntomas que suelen aparecer en estadios avanzados, lo que dificulta el tratamiento curativo.

El diagnóstico se basó en la combinación de pruebas de laboratorio y estudios imagenológicos, destacando el CA 19-9 elevado y la colangioresonancia magnética, los cuales son herramientas fundamentales para la identificación de esta patología.

Desde una perspectiva epidemiológica, la falta de síntomas específicos en estadios tempranos subraya la necesidad de mejorar las estrategias de detección temprana, especialmente en poblaciones con factores de riesgo como enfermedades biliares crónicas. Además, la ausencia de antecedentes familiares de cáncer en este paciente sugiere que el desarrollo del colangiocarcinoma puede estar más asociado a factores adquiridos que a predisposición genética.

El tratamiento quirúrgico es la única opción curativa en casos localizados, pero en este paciente, el diagnóstico tardío limitó las posibilidades de intervención curativa, requiriendo un enfoque paliativo basado en quimioterapia y control de síntomas. La literatura indica que la combinación de gemcitabina y cisplatino es la terapia de primera línea en estos casos, aunque con una sobrevida limitada.

En conclusión, este caso refleja los desafíos clínicos en la detección y manejo del colangiocarcinoma extrahepático. Se requieren estrategias para un diagnóstico más temprano y el desarrollo de terapias más efectivas para mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes.

Conclusión

En conclusión, podemos delinear el perfil del paciente con colangiocarcinoma extrahepático avanzado de nuestro estudio: varón de 67 años, agricultor, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, sin antecedentes familiares de neoplasias, con una alimentación irregular y

hábitos sedentarios. Presentó ictericia obstructiva, dolor abdominal y pérdida de peso progresiva, siendo diagnosticado en una etapa avanzada de la enfermedad.

El colangiocarcinoma extrahepático representa un desafío clínico debido a su diagnóstico tardío y escasas opciones terapéuticas curativas. La elevada mortalidad y la progresión rápida de la enfermedad subrayan la necesidad de estrategias de detección temprana y tratamiento multidisciplinario.

Es fundamental fortalecer los programas de diagnóstico precoz y mejorar el acceso a pruebas imagenológicas avanzadas en poblaciones de riesgo. La implementación de políticas de salud pública orientadas a la prevención y diagnóstico oportuno podría contribuir a mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes afectados por esta patología.

Referencias

1. Qurashi M, Vithayathil M, Khan SA. Epidemiology of Cholangiocarcinoma. *European Journal of Surgical Oncology : The Journal of the European Society of*
2. *Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology.* 2023;:107064. doi:10.1016/j.ejso.2023.107064.
3. Krenzien F, Nevermann N, Krombholz A, et al. Treatment of Intrahepatic Cholangiocarcinoma-a Multidisciplinary Approach. *Cancers.* 2022;14(2):362. doi:10.3390/cancers14020362.
4. Khan SA, Tavolari S, Brandi G. Cholangiocarcinoma: Epidemiology and Risk Factors. *Liver International : Official Journal of the International Association for the Study of the Liver.* 2019;39 Suppl 1:19-31. doi:10.1111/liv.14095.
5. Labib PL, Goodchild G, Pereira SP. Molecular Pathogenesis of Cholangiocarcinoma. *BMC Cancer.* 2019;19(1):185. doi:10.1186/s12885-019-5391-0.
6. 5. Clements O, Eliahoo J, Kim JU, Taylor-Robinson SD, Khan SA. Risk Factors for Intrahepatic and Extrahepatic Cholangiocarcinoma: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Journal of Hepatology.* 2020;72(1):95-103. doi:10.1016/j.jhep.2019.09.007.
7. Merters J, Lamarca A. Integrating Cytotoxic, Targeted and Immune Therapies for Cholangiocarcinoma. *Journal of Hepatology.* 2023;78(3):652-657. doi:10.1016/j.jhep.2022.11.005.

8. Khosla D, Misra S, Chu PL, et al. Cholangiocarcinoma: Recent Advances in Molecular Pathobiology and Therapeutic Approaches. *Cancers*. 2024;16(4):801. doi:10.3390/cancers16040801.
9. Ilyas SI, Affo S, Goyal L, et al. Cholangiocarcinoma - Novel Biological Insights and Therapeutic Strategies. *Nature Reviews. Clinical Oncology*. 2023;20(7):470-486. doi:10.1038/s41571-023-00770-1.
10. Usón Junior PLS, Borad MJ. Precision Approaches for Cholangiocarcinoma: Progress in Clinical Trials and Beyond. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2022;31(1):125-131. doi:10.1080/13543784.2022.2017882.
11. Vignone A, Biancaniello F, Casadio M, et al. Emerging Therapies for Advanced Cholangiocarcinoma: An Updated Literature Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(21):4901. doi:10.3390/jcm10214901.
12. Kankeu Fonkoua LA, Serrano Usón Junior PL, Mody K, et al. Novel and Emerging Targets for Cholangiocarcinoma Progression: Therapeutic Implications. *Expert Opinion on Therapeutic Targets*. 2022;26(1):79-92. doi:10.1080/14728222.2022.2029412.
14. Wang J, Liu S, Cao Y, Chen Y. Overcoming Treatment Resistance in Cholangiocarcinoma: Current Strategies, Challenges, and Prospects. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*. 2024;12:1408852. doi:10.3389/fcell.2024.1408852.
15. Putatunda V, Jusakul A, Roberts L, Wang XW. Genetic, Epigenetic, and Microenvironmental Drivers of Cholangiocarcinoma. *The American Journal of Pathology*. 2024;S0002-9440(24)00406-1. doi:10.1016/j.ajpath.2024.10.013.
16. Maemura K, Natsugoe S, Takao S. Molecular Mechanism of Cholangiocarcinoma Carcinogenesis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2014;21(10):754-60. doi:10.1002/jhbp.126.
17. Buckholz AP, Brown RS. Cholangiocarcinoma: Diagnosis and Management. *Clinics in Liver Disease*. 2020;24(3):421-436. doi:10.1016/j.cld.2020.04.005.
18. Forner A, Vidili G, Rengo M, et al. Clinical Presentation, Diagnosis and Staging of Cholangiocarcinoma. *Liver International : Official Journal of the International Association for the Study of the Liver*. 2019;39 Suppl 1:98-107. doi:10.1111/liv.14086.

19. Bowlus CL, Lim JK, Lindor KD. AGA Clinical Practice Update on Surveillance for Hepatobiliary Cancers in Patients With Primary Sclerosing Cholangitis: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology : The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*. 2019;17(12):2416-2422. doi:10.1016/j.cgh.2019.07.011.
20. Cao J, Srinivas-Rao S, Mroueh N, et al. Cholangiocarcinoma Imaging: From Diagnosis to Response Assessment. *Abdominal Radiology (New York)*. 2024;49(5):1699-1715. doi:10.1007/s00261-024-04267-y.
21. Elmunzer BJ, Maranki JL, Gómez V, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Biliary Strictures. *The American Journal of Gastroenterology*. 2023;118(3):405-426. doi:10.14309/ajg.0000000000002190.
22. Lamarca A, Santos-Laso A, Utpatel K, et al. Liver Metastases of Intrahepatic Cholangiocarcinoma: Implications for an Updated Staging System. *Hepatology (Baltimore, Md.)*. 2021;73(6):2311-2325. doi:10.1002/hep.31598.
23. Turner KM, Delman AM, Kharofa J, et al. A National Assessment of T2 Staging for Intrahepatic Cholangiocarcinoma and the Poor Prognosis Associated With Multifocality. *Annals of Surgical Oncology*. 2022;29(8):5094-5102. doi:10.1245/s10434-022-11762-3.

© 2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).