

**CIRUGIA**

**TUMOR DE KLATSKIN**

Pablo Cesar Brenes Barquero\*

**SUMMARY**

**Klatskin tumor is a rare tumor and nonspecific clinical enough, we must always take this into account as part of the differential diagnosis in disease-causing obstructive jaundice and a delay in diagnosis has important implications in their management as the only possibility healing in the surgical resection but unfortunately it is a small percentage of patients who benefit from this treatment as an option, leaving only palliative treatment.**

**INTRODUCCIÓN**

La incidencia de carcinoma de conductos biliares es de 2 - 2,8 por

cada 100 mil habitantes por año, siendo mayor en países del lejano oriente por frecuencia de parásitos biliares. A diferencia de carcinoma de vesícula biliar los tumores de conductos biliares ocurren con ligera mayor frecuencia en hombres.<sup>2-8</sup>

**FISIOPATOLOGÍA**

Los tumores de Klatskin son la forma más común de colangiocarcinoma y ocupan un 50-70% de los casos y son adenocarcinomas con fuerte reacción inflamatoria. Se encuentra relacionado con:

- a. Enfermedad intestinal inflamatoria aún en ausencia de colangitis esclerosante.
- b. Anormalidades biliares congé-

- nitas (quiste de colédoco, enfermedad poliquística hepática, enfermedad de Caroli)
- c. Colangiohepatitis oriental (Clonorchis sinensis)
- d. Exposición química (Thorotrast, bencidina, 3'3- diclorobenzidina y m-toluenodiamida)<sup>2</sup>
- e. La más reconocida asociación es con colangitis esclerosante<sup>2-5-8</sup>

Dos terceras partes de las lesiones se localizan en la porción proximal del conducto<sup>1</sup>, el colangiocarcinoma hilar, también denominado tumor de Klatskin, afecta a la bifurcación de los conductos hepáticos principales. El pronóstico de estos tumores es gene-

\* Médico Asistente General en el EBAIS Alto, Alto Telire.

ralmente desfavorable y tan sólo la cirugía radical puede prolongar la vida de estos pacientes, siempre y cuando puedan conseguirse márgenes de resección libres de tumor<sup>4</sup>.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La clínica característica de estos pacientes es de ictericia de inicio reciente acompañada de prurito, evacuaciones acólicas y coluria. Además de asociar pérdida de peso significativa (60-75%) con pérdida de apetito y mala absorción de grasas concomitante. La mitad de los pacientes sufren de dolor abdominal; la colangitis puede ser resultado de la obstrucción.<sup>9-11-14</sup> Los estudios de laboratorio son compatibles con un patrón colestásico, con bilirrubina total frecuentemente mayor a 10 mg/dL, con elevación de fosfatasa alcalina y transaminasas<sup>11-14</sup>.

En bilis se puede detectar un aumento de la concentración de antígeno carcinoembrionario (ACE). El CA 19-9 puede estar elevado estos pacientes, y puede tener utilidad en la detección de colangiocarcinoma, sobre todo en los grupos de alto riesgo, si bien se ha reportado que sólo el 50% de pacientes con colangitis esclerosante y colangiocarcinoma, elevan los niveles de dicho marcador tumoral.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los estudios de imagen son útiles para determinar la extensión del tumor, compromiso de la vía biliar, hígado, estructuras vasculares y la presencia de metástasis. Los estudios iniciales utilizados con frecuencia son Ultrasonido, tomografía axial computarizada (TAC) y colangiopancreatografía endoscópica (CPRE). El ultrasonido muestra dilatación de conductos intrahepáticos y distensión de los conductos extrahepáticos proximal al punto de obstrucción en ausencia de litiasis biliar.<sup>1</sup> El TAC define la extensión y localización de la dilatación ductal. Los colangiocarcinomas perihiliares mostrarán dilatación de la vía biliar intrahepática, con vesícula biliar y vía biliar extrahepática normal o colapsadas. Los tumores distales muestran dilatación de la vía biliar tanto intra como extrahepática. La CPRE logra mostrar con precisión el sitio de la obstrucción

## TRATAMIENTO

El tratamiento va dirigido a la resección total del tumor o hacia la cirugía paliativa mediante la dilatación endoscópica, drenaje percutáneo o anastomosis biliodigestiva. Sin embargo al momento del diagnóstico, la resección es posible en menos de la tercera

parte de los pacientes.<sup>6-10-11-13-14</sup>

### Reseccion curativa

La resección curativa generalmente consiste en extirpar el colédoco y el conducto hepático común hacia arriba incluyendo a veces la confluencia de los conductos hepáticos derechos e izquierdos, seguidos por anastomosis del sistema proximal dilatado a un asa en Y de Roux de intestino delgado.<sup>10-13-14</sup> La curación de los tumores de conducto biliar distal ha mejorado gracias a la linfadenopatía radical y pancreatoduodenectomía (Whipple).

### Reseccion Paliativa

La inserción de endoprótesis endoscópicas ha sido ampliamente aceptada como un tratamiento paliativo en los pacientes donde la cirugía curativa no puede ser realizada por la irresecabilidad del tumor.<sup>1-3-4-6-7</sup> Este procedimiento paliativo ha mostrado utilidad en pacientes con ictericia obstructiva maligna, ya que alivia la ictericia, el prurito y mejora la calidad de vida reflejada por disminución de síntomas como anorexia, dolor y diarrea entre otros. Estudios aleatorizados han establecido que el método endoscópico es preferible al percutáneo o quirúrgico por sus bajas tasas de complicación y

mortalidad a corto plazo, corta estancia hospitalaria y favorable costo-beneficio.<sup>6-7</sup>

### ***Radioterapia y Quimioterapia***

La radiación externa sola o en combinación con fluoracilo, puede aliviar el dolor y contribuir a la descompresión biliar. Cuando la radioterapia es usada en combinación con una resección total en pacientes que involucran márgenes microscópicos positivos parece que prolonga, en algunos casos, la supervivencia a largo plazo.<sup>1-2</sup> La quimioterapia preoperatoria o postoperatoria no mejora de forma significativa la supervivencia o la calidad de vida en los pacientes con carcinomas de tracto biliar. Un gran número de agentes han sido probados solos o en combinación sin efectos apreciables.<sup>2</sup>

### **RESUMEN**

El Tumor de Klatskin es un tumor raro y de clínica bastante inespecífica, debemos tenerlo en

cuenta siempre como parte de los diagnósticos diferenciales en las enfermedades causantes de ictericia obstructiva ya que un retraso en su diagnóstico tiene implicaciones importantes en su manejo ya que la única posibilidad de curación está en la resección quirúrgica aunque desgraciadamente es un pequeño porcentaje de pacientes quienes se benefician de este tratamiento dejando como opción solamente el tratamiento paliativo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Becker G., et al. Klatskin tumor treated by inter-disciplinary therapies including stereotactic radiotherapy: A case report. *World J. Gastroenterol.* 2005; 11; 4923 – 4926.
2. De Groen P.C, Gores G.J, LaRusso N.F et al. Biliary tract cancers. *N Engl J Med* 1999;341:1368
3. Figueras J., Valls C. El Tratamiento quirúrgico del tumor de Klatskin. Una asignatura pendiente de la cirugía. *Cir. Esp.* 2001; 70; 175 – 176.
4. Fondevila C. et al. Tumor de Klatskin con invasión de la vena porta. Utilización de injertos vasculares criopreservados tras la resección quirúrgica radical. *Cir. Esp.* 2001; 70; 200 – 205.
5. Friedman S., Grendell J.H., et cols. Diagnóstico y Tratamiento en *Gastroenterología. Manual Moderno.* 2003. 771-773
6. González J.A. y cols. Estenosis Biliar Maligna, Tratamiento Endoscópico. *Endoscopia.* 2005; 17; 203 – 209.
7. Güitrón-Cantú A. y cols. Endoprótesis metálicas biliares autoexpandibles en ictericia obstructiva maligna. *Rev. Gastroenterol. Mex.* 2005; 70; 247 – 252.
8. Henson D.E, Albores-Saavedra J, Corle D. Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. Histologic types, stages of disease, grade and survival rates. *Cancer* 1992; 70:1498
9. Mulholland M. W. et al. *Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice.* 4a Edición. 2006; 1020 – 1027.
10. Ramos Rubio E. Radicalidad en la cirugía del colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin). *Cir. Esp.* 2007; 82; 11 – 15.
11. Reynoso R., et al. Colangiocarcinoma Primario con Extensión Intraduodenal. *Médica Sur, México;* 9; 15 – 17.
12. Ridruejo Sáenz R., Jiménez Bartolomé B. Colangiocarcinoma infectado. *An. Med. Interna.* 2006; 23; 335 – 337.
13. Sabiston D. et cols. *Tratado de Patología quirúrgica.* Interamericana Mc Graw-Hill. 1991. 1120-1122.
14. Schwartz S.I., et al. *Principios de Cirugía.* Editorial McGraw –Hill Interamericana. 7ª Edición.1999; 1552 – 1554.
15. Siablis D., et al. Hemobilia secondary to Hepatic artery pseudoaneurysm: An unusual complication of bile leakage in a patient with a history of a resected III b Klatskin tumor. *World. J. Gastroenterol.* 2005; 11; 5229 – 5231.