

CURSO
actualización de
urgencias

Para residentes

Muéstrame

tu mejor

Tutor:
Iván García Freire

Sonia Paola Leiva
Bisbicuth

R4 MFYC

Formato sesiones

**caso
clínico**

**SERVICIO DE URGENCIAS
CAULE**



CURSO
actualización
de urgencias

1ª
edición

0/20

Muéstrame tu mejor caso clínico

Franklin
62 años
Cantante

Motivo de consulta:

Dolor abdominal



Enfermedad actual:



Dolor abdominal **continúo** de **intensidad creciente** de 15 días de evolución, comienza con dolor en epigastrio que se **irradia hacia espalda** “en cinturón” los últimos 4 días.

Acompañado de **hiporexia** y **náuseas** no vómitos.

No sensación distérmica, no fiebre cuantificada. No pérdida de peso.



Franklin

62 años
Cantante

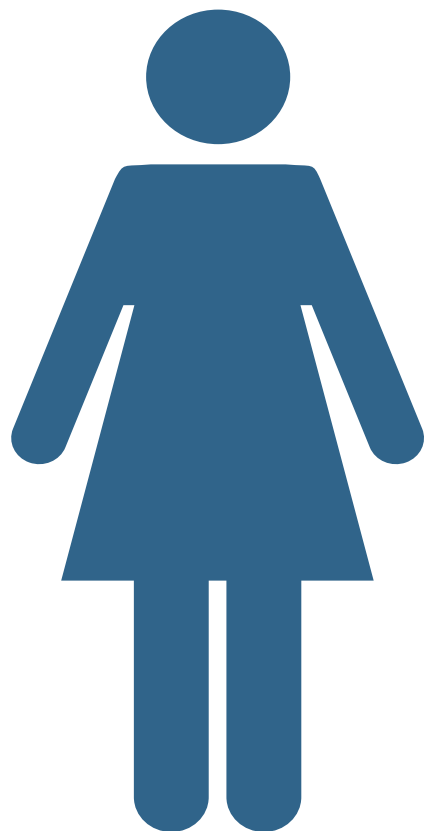
Antecedentes:

Sin alergias/intolerancias conocidas. No hábitos tóxicos.
Gastritis H. pylori + (erradicada desde hace 6 meses).
G1C1A0. Menopausia
IQ: amidalectomizada a los 23 años. Cesárea a los 30 años.
A. Familiares: Padre Ca próstata 70 años.

Tratamiento actual:

Omeprazol 20 mg 1 cp en ayunas (últimos 6 meses).
Zolpidem 10 mg 1 cp antes de dormir (hace 1 mes).
Paracetamol 1 gr 1 cp cada 8 horas a demanda.

Exploración física:



Piel: Ligera ictericia.



No tinte icterico



AC: RsCsRs a 70 lpm. No ausculto soplos.



AP: Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.



Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos (+), doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, se palpa **masa dolorosa irregular en abdomen superior**. Puño percusión bilateral negativo.



MMII: No Edemas. No signos de TVP. Pulsos distales presentes y simétricos.



Isocoria normorreactiva bilateral. Pares craneales normales. No disimetrías. No nistagmos. No disdiadococinesia. Fuerza y sensibilidad conservada y simétricas. ROT conservados y simétricos. Signos meníngeos negativos.



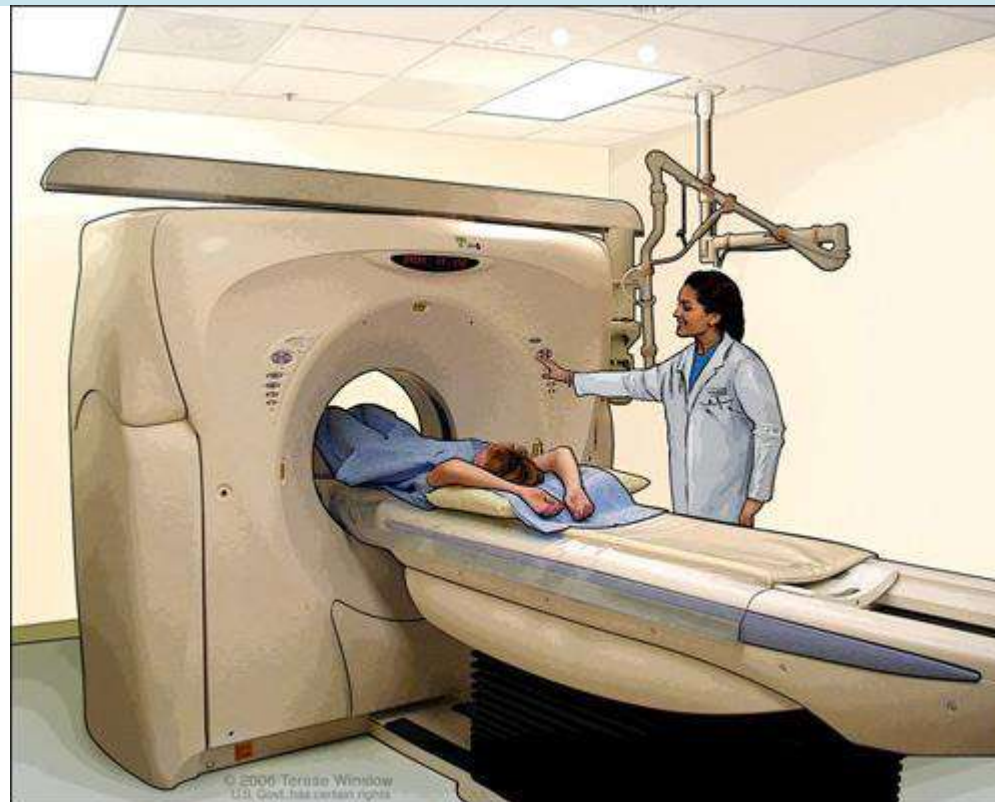
Pruebas complementarias

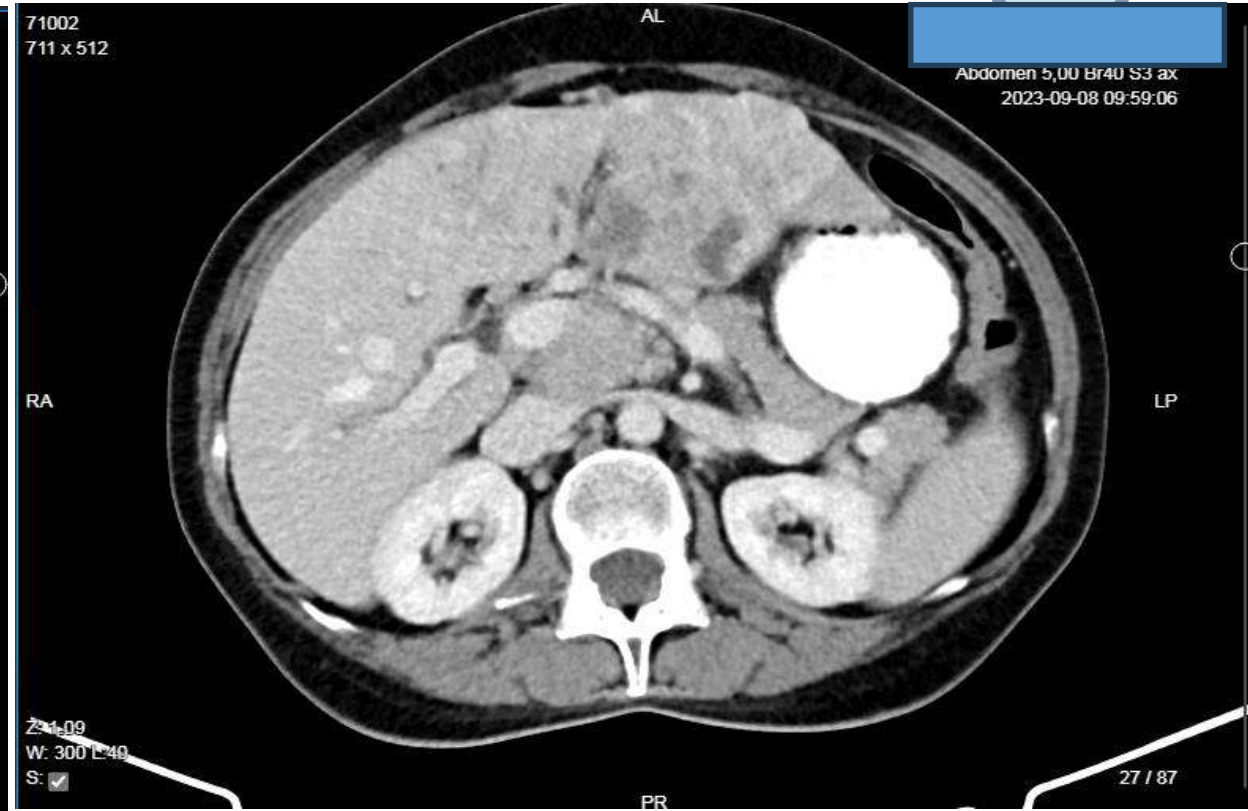
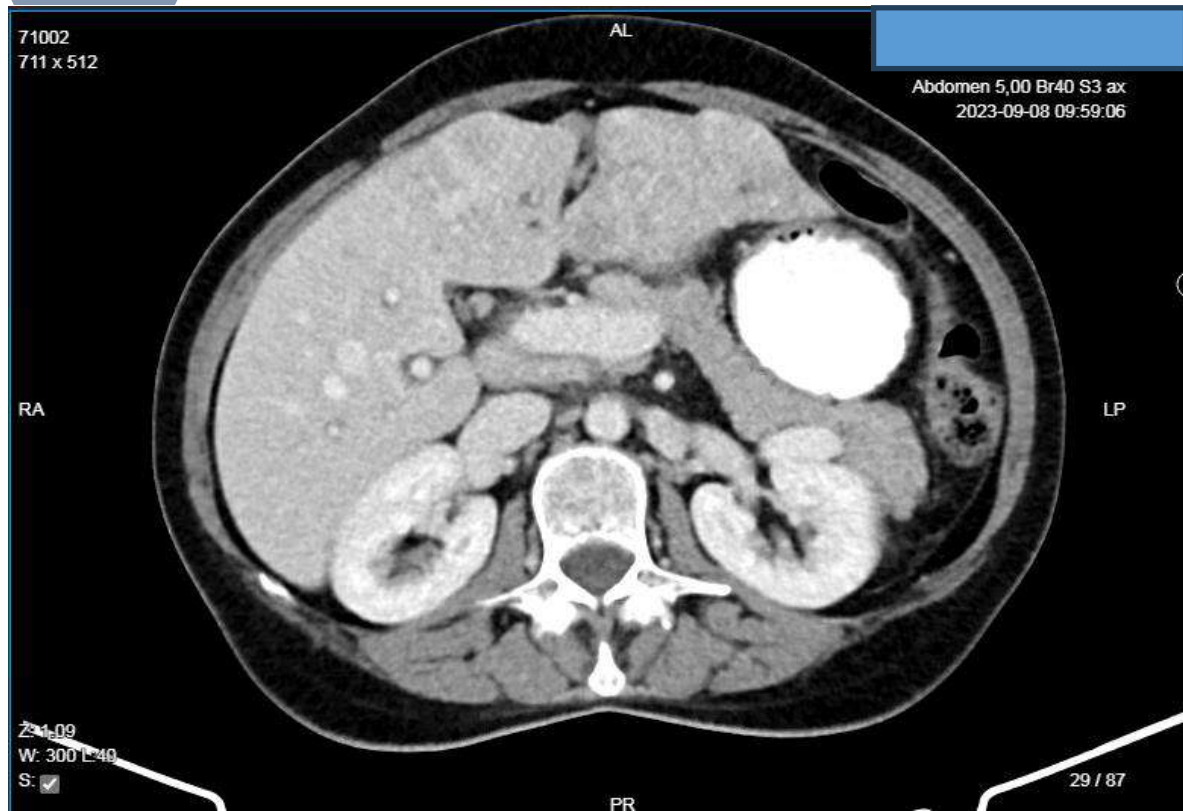
Pruebas complementarias



Hemograma	Normal
Coagulación	Normal
Bioquímica	Glc 86, Urea 18, Cr 0.66, FG >90, Proteínas 6.9, Albúmina 3.82. Iones: Na 138, K 5, Ca 9.3, P 3.47, Pruebas hepáticas: GOT 23, GPT 28, F. Alc 212, GGT 232, LDH 255, Bilirrubina total 0.25. Ferritina 415

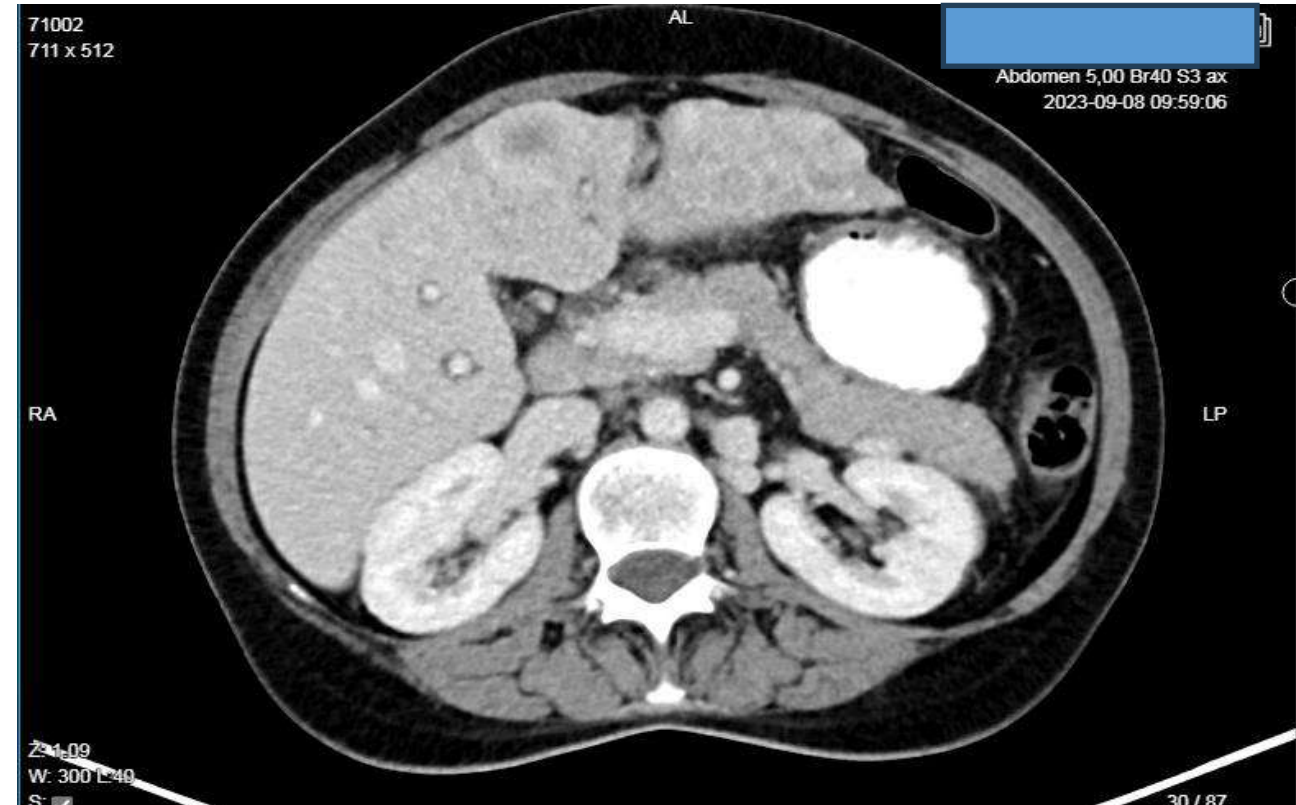
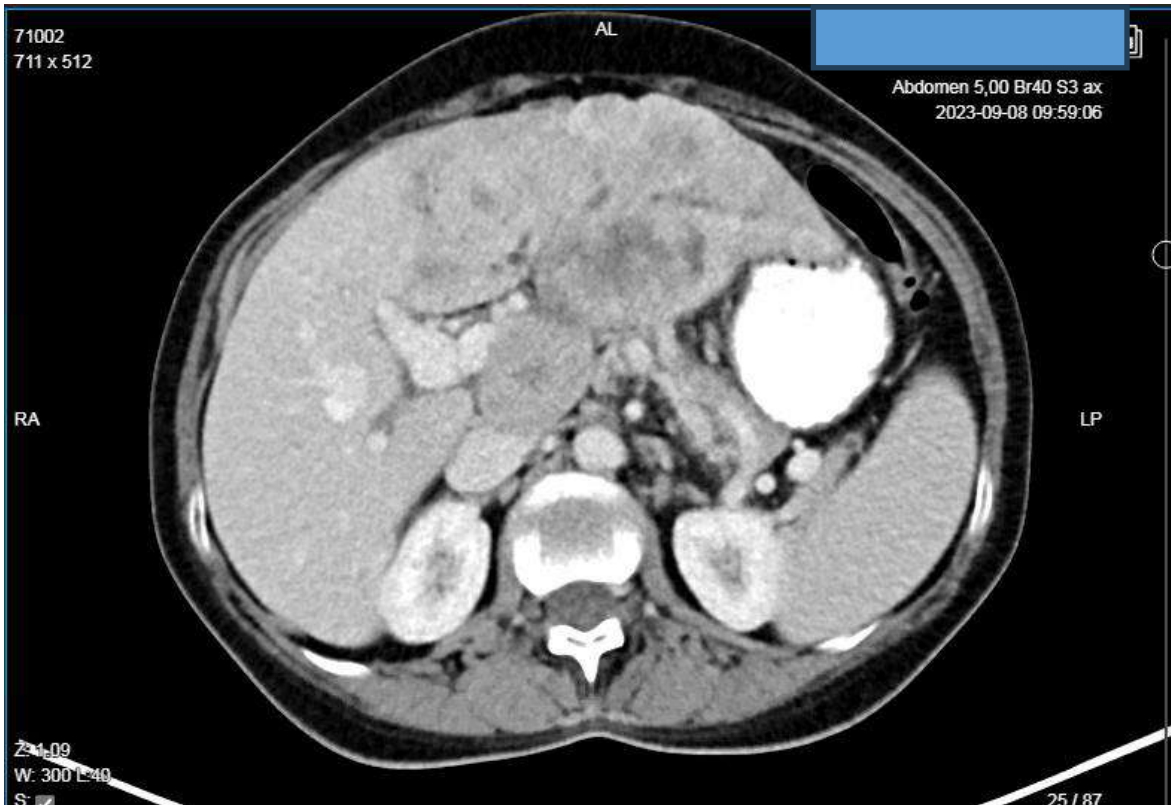
TAC TORACOABDOMINAL





Gran masa hepática de 14 cm en el segmento IV aunque por su tamaño se extiende a los segmentos II, III y VIII compatible con una gran lesión tumoral con extensa zona de necrosis.

Alrededor de esta gran lesión se observan otras imágenes nodulares de menor tamaño, pero de las mismas características compatibles con metástasis.



Gran masa hepática de 14 cm en el segmento IV aunque por su tamaño se extiende a los segmentos II, III y VIII compatible con una gran lesión tumoral con extensa zona de necrosis.

Alrededor de esta gran lesión se observan otras imágenes nodulares de menor tamaño, pero de las mismas características compatibles con metástasis.

ANATOMIA PATOLOGICA



Tejido hepático con infiltración por
adenocarcinoma con perfil
inmunohistoquímico compatible con
colangiocarcinoma.

Citoqueratina 7: positividad intensa y difusa.
Citoqueratina 20: positividad moderada y difusa.
Arginasa y HepPar: negativos. CDX2, TTF1, PAX-8,
GATA3 y receptores de estrógenos: negativos.

Primera línea de quimioterapia

CDDP + GEM +DURBALUMAB + emen

La paciente inició dicho tratamiento el 13.10.2023 y hasta la fecha ha recibido 8 ciclos, el último con fecha 22.04.2024, con **acceptable tolerancia**.

En TAC de reevaluación tras 8º ciclo se objetiva estabilización de la enfermedad.

CURSO
actualización
de urgencias

1ª
edición

10/20

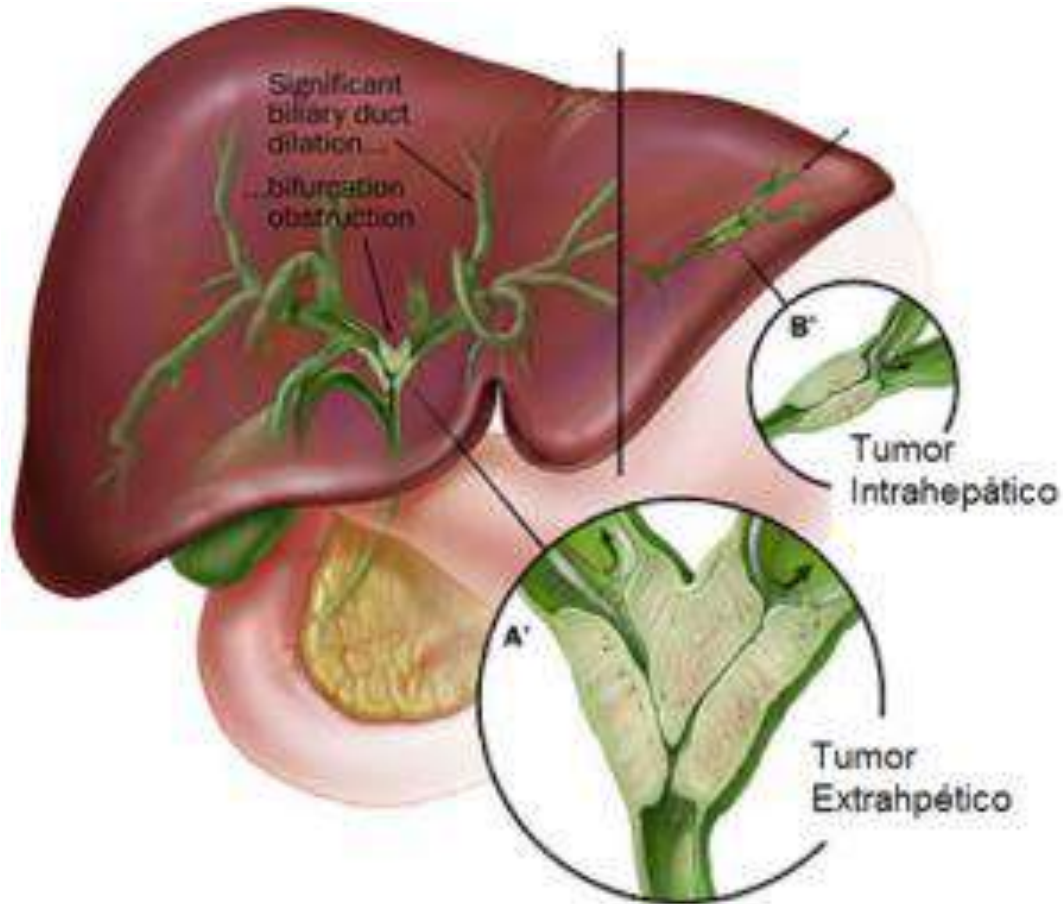
COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO ESTADIO IV



*La legendaria **cantante de soul** fue diagnosticada con colangiocarcinoma en 2010.*

A pesar de recibir tratamiento médico, Franklin falleció en agosto de 2018.

COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO



Neoplasia que se desarrolla a partir de las células epiteliales de los **conductos biliares intrahepáticos.**

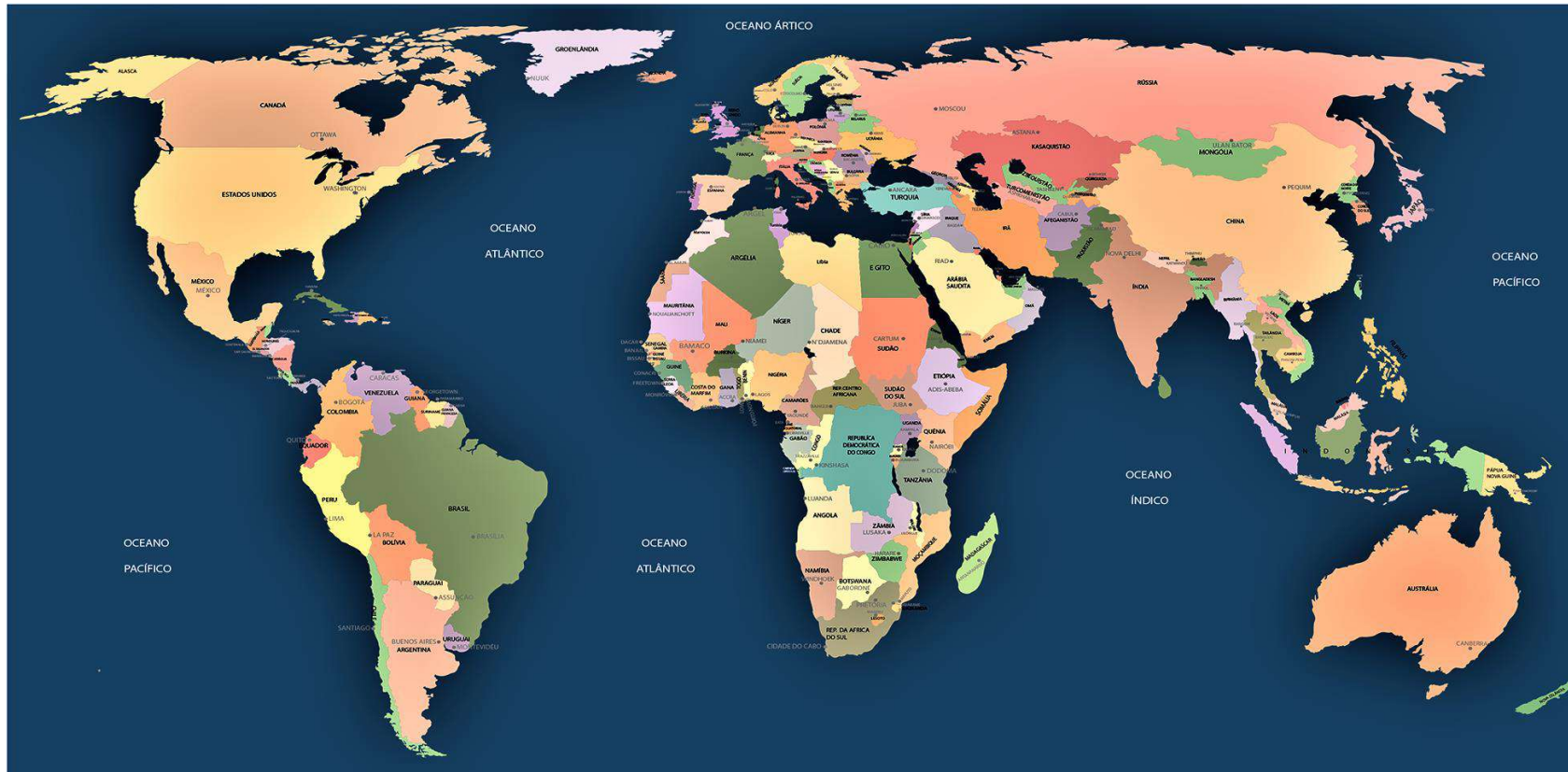
COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO



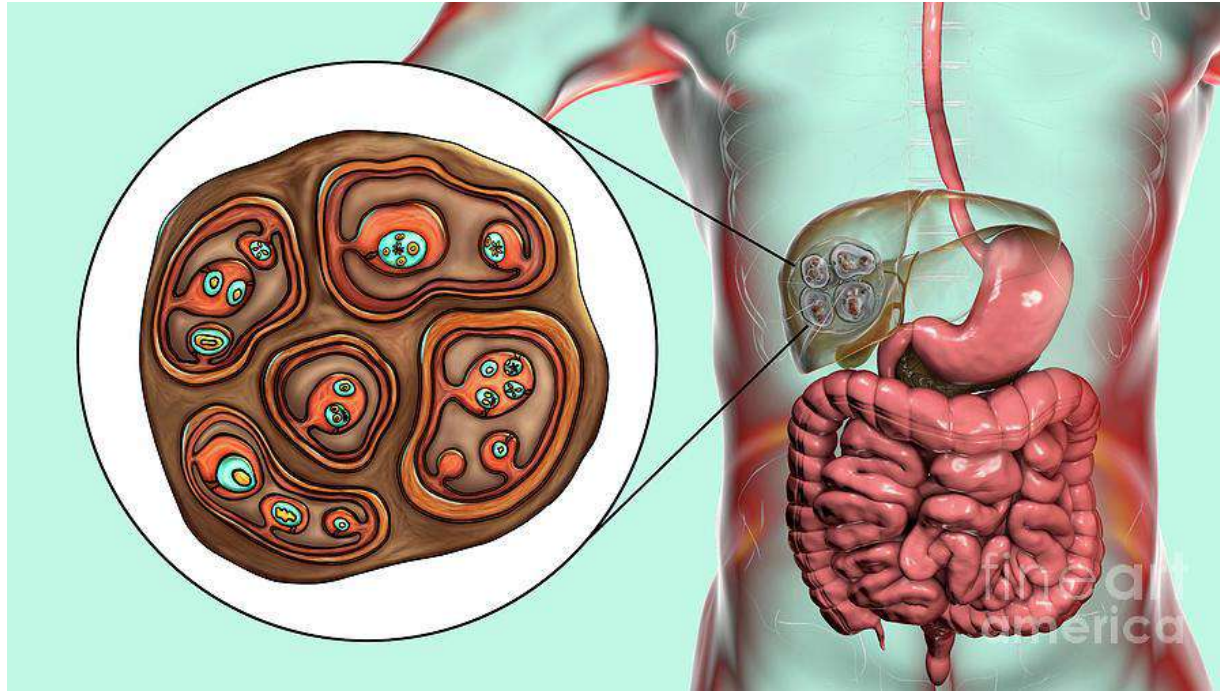
Representa **menos de un 3%** de los tumores gastrointestinales.

15% de los casos de neoplasia primaria hepática.

Es la 2ª neoplasia en frecuencia, por detrás del hepatocarcinoma¹.



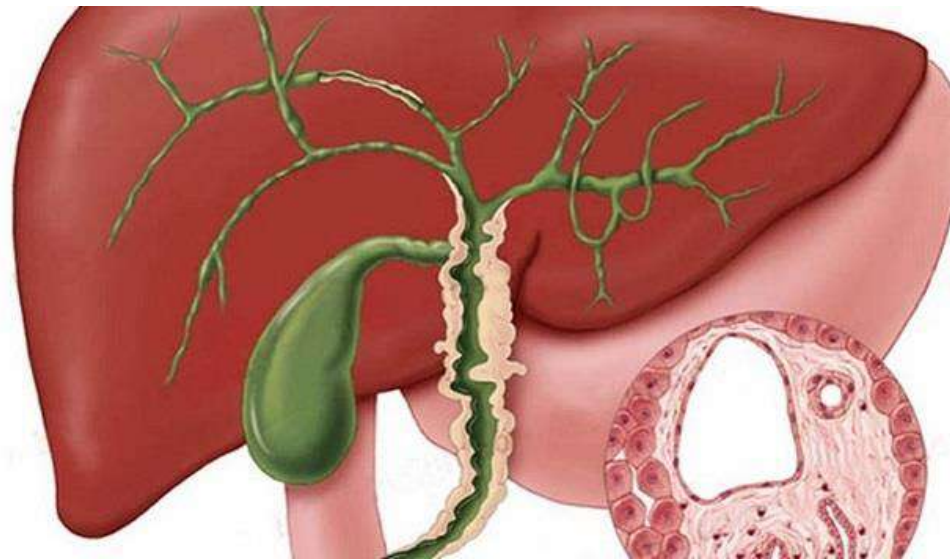
La incidencia del CCA es variable en las diferentes partes del mundo debido a la **distribución heterogénea** de los diferentes **factores de riesgo**.



Regiones asiáticas

Influenciada por la infestación por **parásitos hepáticos**, existiendo una incidencia de CCA por **fasciola hepática** de hasta 100 casos por 100.000 habitantes en hombres 40 por 100.000 en mujeres en el norte de Tailandia³.

En **Occidente**, en cambio, no existe un factor de riesgo identificable en la mayoría de los pacientes, siendo el colangiocarcinoma una entidad **poco frecuente**, a excepción de aquellos pacientes con **colangitis esclerosante primaria (CEP)**^{2,4}.



2. Banales JM, Marin JJG, Lamarca A, Carpino G, Boulter L, Gaudio E, et al. Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2020.

4. Brindley PJ, Bachini M, Ilyas SI, Khan SA, Loukas A, Sirica AE, et al. Cholangiocarcinoma. *Nature Reviews Disease Primers*. 2021 Dec 9;7(1):65.

Factores de riesgo de CCA y subtipo implicado con mayor frecuencia^{2,5,7}. iCCA: colangiocarcinoma intrahepático. eCCA: colangiocarcinoma extrahepático. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. *Datos obtenidos a partir de metaanálisis. **Sin datos disponibles sobre el predominio de un subtipo.

Factor de riesgo	Subtipo*
GENERAL	
Edad >65 años	**
Diabetes Mellitus	ICCA
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS	
Colangitis esclerosante primaria	ECCA
Litiasis intrahepática	ICCA
Litiasis bilio-entérica	eCCA
Colelitiasis	eCCA
Pancreatitis crónica	eCCA
Anastomosis bilio-entérica	**
Cirrosis hepática	ICCA
Esteatosis hepática metabólica	ICCA
Hemocromatosis	ICCA
Enfermedad inflamatoria intestinal	ICCA

INFECCIONES

Opisthorchis viverrini (fasciolas hepáticas)	ICCA
Clonorchis sinensis (fasciolas hepáticas)	ICCA
Hepatitis B y C	ICCA
Infección VIH	**

FÁRMACOS Y TOXINAS

Alcohol	ICCA
Tabaco	eCCA
Productos químicos: Thorotrast, cloruro de polivinilo, dioxina, nitrosaminas, asbesto	**
Anticonceptivos orales, isoniazida	**

CONGÉNITOS

Quiste de colédoco	eCCA
Enfermedad de Caroli	eCCA
Fibrosis hepática congénita	**

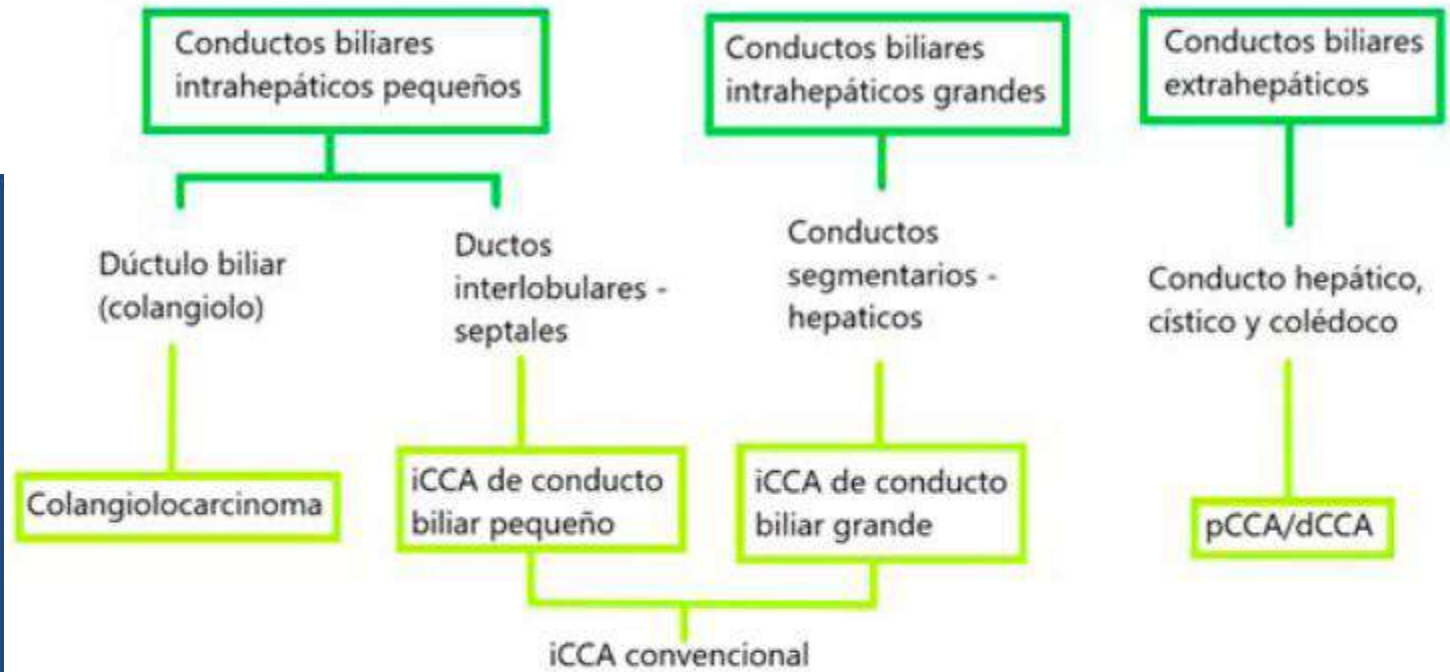
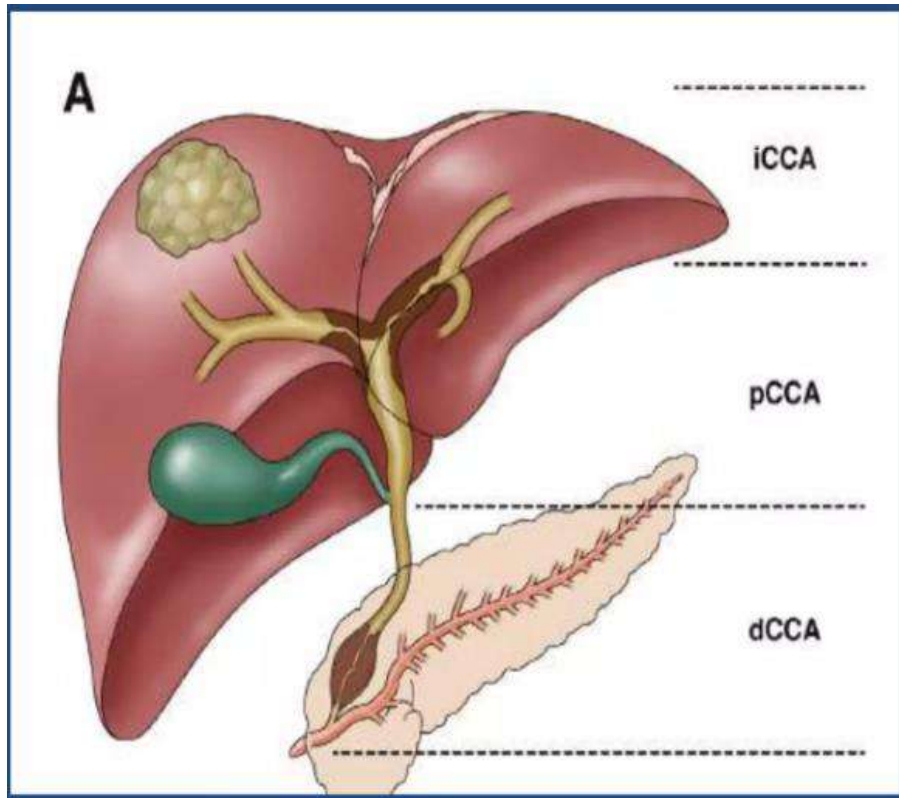


Figura 1

Subtipos de CCA y su origen anatómico². CCA: colangiocarcinoma. iCCA: colangiocarcinoma intrahepático. pCCA: colangiocarcinoma perihiliar. dCCA: colangiocarcinoma distal.

Clínica y diagnóstico

Dado que el CCA suele ser **asintomático** en etapas iniciales, el diagnóstico suele realizarse en etapas avanzadas de la enfermedad.

Clínica y diagnóstico



En los pCCA y dCCA la forma de presentación más frecuente es la **ictericia** debido a la **obstrucción del árbol biliar**, que suele ser en estadios más iniciales que en el intrahepático⁸.

En los iCCA la ictericia es menos frecuente y si se presenta suele ser por enfermedad avanzada.

Clínica y diagnóstico

Síntomas de enfermedad avanzada



Astenia, pérdida de peso, dolor abdominal, malestar, anorexia y prurito.

Colangitis aguda en casos de obstrucción biliar completa⁴.

pCCA puede palpase la vesícula biliar. Se puede producir una **hepatomegalia e hipertensión portal** como consecuencia de la invasión vascular².

2. Banales JM, Marin JJG, Lamarca A, Carpino G, Boulter L, Gaudio E, et al. Cholangiocarcinoma 2020: the next horizon in mechanisms and management. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. 2020.

4. Brindley PJ, Bachini M, Ilyas SI, Khan SA, Loukas A, Sirica AE, et al. Cholangiocarcinoma. Nature Reviews Disease Primers. 2021 Dec 9;7(1):65.

CURSO
actualización
de urgencias

1ª
edición

Clasificación TNM

Tabla 2

Clasificación TNM CCA¹³. CCA: colangiocarcinoma. iCCA: colangiocarcinoma intrahepático. pCCA: colangiocarcinoma perihiliar. dCCA: colangiocarcinoma distal.

	dCCA	pCCA	iCCA
Tumor primario (T)			
TX	No puede evaluarse el tumor primario	No puede evaluarse el tumor primario	No puede evaluarse el tumor primario
TO	N/A	Sin evidencia de tumor primario	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ/displasia de alto grado	Carcinoma in situ/displasia de alto grado	Carcinoma in situ (tumor intraductal)
T1	El tumor invade la pared de la vía biliar con profundidad <5mm	Tumor confinado a la vía biliar, con extensión hasta la capa muscular o tejido fibroso	-
T1a	-	-	Tumor solitario ≤ 5 cm sin invasión vascular
T1b	-	-	Tumor solitario >5 cm sin invasión vascular
T2	El tumor invade la pared de la vía biliar con una profundidad de 5-12 mm	El tumor invade más allá de la pared del conducto biliar al tejido adiposo circundante o invade el parénquima hepático adyacente	Tumor solitario con invasión vascular intrahepática o tumores múltiples (con o sin invasión vascular)
T2a	-	El tumor invade más allá de la pared del conducto biliar al tejido adiposo circundante	-
T2b	-	El tumor invade el parénquima hepático adyacente	-
T3	El tumor invade la pared de la vía biliar con una profundidad >12 mm	El tumor invade unilateralmente una rama de la vena porta o arteria hepática	El tumor perfora el peritoneo visceral
T4	El tumor afecta al tronco celiaco, la arteria mesentérica superior y/o la arteria hepática común	El tumor invade la vena porta principal, sus ramas bilateralmente, la arteria hepática común; o conductos biliares unilaterales de segundo orden con afectación de la vena porta contralateral o de la arteria hepática	El tumor invade estructuras extrahepáticas por invasión directa.
Ganglios linfáticos regionales (N)			
NX	Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados	Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados	Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados
N0	No afectación de ganglios linfáticos regionales	No afectación de ganglios linfáticos regionales	No afectación de ganglios linfáticos regionales
N1	Metástasis de 1 a 3 ganglios linfáticos regionales	Metástasis de 1 a 3 ganglios linfáticos regionales	Metástasis de 1 a 3 ganglios linfáticos regionales
N2	Metástasis de 4 o más ganglios linfáticos regionales	Metástasis de 4 o más ganglios linfáticos regionales	-
Metástasis a distancia (M)			
M0	No metástasis a distancia	No metástasis a distancia	No metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia	Metástasis a distancia	Metástasis a distancia

	dCCA	pCCA	iCCA
Estadios pronósticos			
0	Tis, NO, MO	Tis, NO, MO	Tis, NO, MO
I	T1, NO, MO	T1, NO, MO	-
Ia	-	-	T1a, NO, MO
Ib	-	-	T1b, NO, MO
II	T1, NO, MO	T2a-b, NO, MO	-
IIa	T1N1/T2N0, MO	-	-
IIb	T2N1/T3N0/T3N1, M	-	-
IIIa	T1-3, N2 MO	T3, NO, MO	T3, NO, MO
IIIb	T4, cualquier N, MO	T4, NO, MO	T4, cualquier N, MO / cualquier T, N1, MO
IIIc	-	Cualquier T, N1, MO	-
IV	-	-	-
IVa	-	Cualquier T, cualquier N, M1	-
IVb	-	Cualquier T, Cualquier N, M1	-

Tabla 2

Clasificación TNM CCA¹³. CCA: colangiocarcinoma. iCCA: colangiocarcinoma intrahepático. pCCA: colangiocarcinoma perihiliar. dCCA: colangiocarcinoma distal.

Tratamiento

La resección quirúrgica es la única opción potencialmente curativa, sin embargo, un alto porcentaje de pacientes presenta etapas avanzadas de la enfermedad al diagnóstico (70-85%), cuando el tumor ya es **irresecable** y la única opción disponible es el tratamiento paliativo.

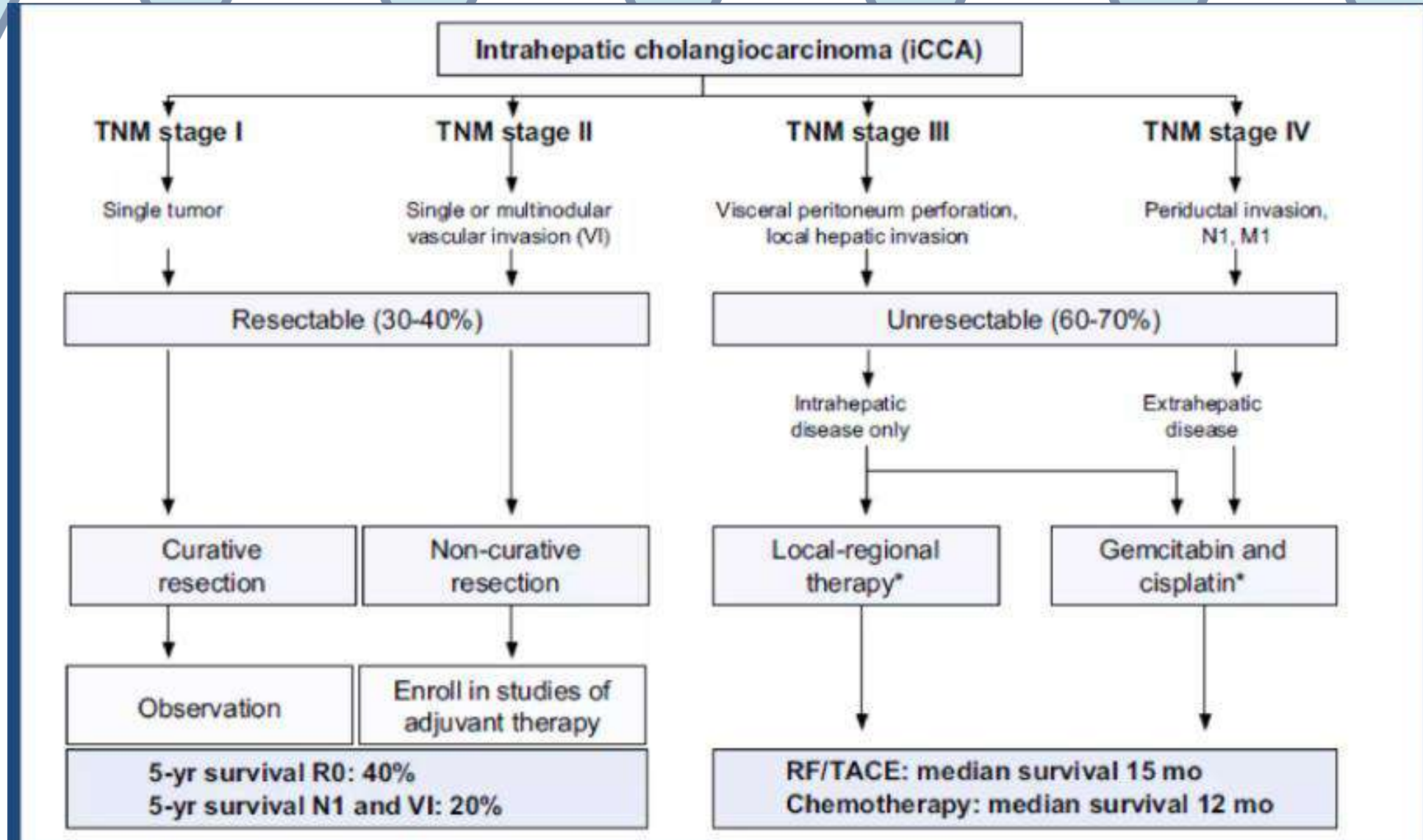
Resección curativa--> 30%

Sobrevida libre de la enfermedad-->26 meses.

Recurrencia-->65%

Tiempo medio de sobrevida 36 meses.

Endo I, Gonen M, Yopp AC, et al. Intrahepatic cholangiocarcinoma: rising frequency, improved survival, and determinants of outcome after resection. *Ann Surg.* 2008;248(1):84-96.



Comentarios

CCA en un grupo heterogéneo de tumores cuyo abordaje supone al día de hoy un **gran desafío**, dado que se sigue diagnosticando en **estadios muy avanzados** de la enfermedad y la **pobre respuesta a los tratamientos disponibles**.

Nuevos estudios sobre las herramientas diagnósticas y terapéuticas son necesarios para mejorar el pronóstico de estas neoplasias.

CURSO
actualización
de urgencias

1ª
edición

20/20

**¡Muchas gracias por
la atención prestada!**