Patricia Corella[1]

Alejandro Villavicencio[1]

Giomara Ojeda Peláez[2]

Thalía Ortega[2]

1. PUCE

2. Hospital SOLCA núcleo de Quito

Financiamiento: El presente trabajo se declara autofinanciado por los autores

Conflicto de intereses: Los autores declaran la no existencia de conflictos de interés.

Consideraciones éticas: En el presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado del paciente. Su elaboración y todos los detalles inherentes se basaron en la Declaración de Helsinki.

Correspondencia
Patricia Corella
patriciacoresan@gmail.com

Recibido: Febrero - 2026
Aceptado: Abril- 2026

Forma de citar este artículo:

Corella, P. Villavicencio, A. Ojeda, G. Ortega, T. (2026). Colangiocarcinoma, ya no más un reto diagnóstico, reporte de caso. Reflexiones. Revista científica Del Hospital Eugenio Espejo, 22(1).

Rev Med Reflexiones 2026; 22: 82-86.

COLANGIOCARCINOMA, YA NO MÁS UN RETO DIAGNÓSTICO, REPORTE DE CASO

Reporte de Caso

RESUMEN

El colangiocarcinoma es una neoplasia hepática derivada del epitelio biliar tanto intra hepático como extrahepático que suele expresarse clínicamente de forma tardía. Se presenta el caso de un paciente masculino de 76 años de edad que presenta ictericia, dolor abdominal, pérdida de peso, por CPRE no se pudo tomar biopsias, por lo que fue referido a nuestro centro para realizar una endoscopia en la cual se identifica lesión intraluminal del colédoco proximal, estadificándolo como un (TNM T1bN1Mx), se toma biopsia con aguja 22G, obteniendo un resultado de adenocarcinoma tubular bien diferenciado por proliferación de glándulas tubulares complejas, posterior a esto el paciente regresa a su unidad de base sin conocer su evolución.
DISCUSIÓN: La ecoendoscopia constituye un método diagnóstico complementario a los estudios de imagen ya que es útil en la estadificación de los casos de colangiocarcinoma, y permite obtener una toma de biopsia para llegar al diagnóstico histopatológico del paciente, además que también constituye una alternativa terapéutica.
CONCLUSIÓN: En nuestro caso la ecoendoscopia fue un factor determinante para el diagnóstico y por ende para el tratamiento del paciente.

Palabras clave: colangiocarcinoma, extrahepático, diagnóstico, ecoendoscopia, biopsia

CHOLANGIOCARCINOMA, NO LONGER A DIAGNOSTIC CHALLENGE, CASE REPORT

ABSTRACT

Cholangiocarcinoma is a hepatic neoplasm derived from both intrahepatic and extrahepatic biliary epithelium that usually expresses itself clinically late. We expose the case of a 76-year-old male patient who presents with jaundice, abdominal pain, and weight loss.. Biopsies could not be taken through ERCP, so he was referred to our center to perform an ultrasound endoscopy in which an intraluminal lesion of the proximal common bile duct was identified, staging it as a (TNM T1bN1Mx) and a biopsy was taken with a 22G needle, obtaining a result of well-differentiated tubular adenocarcinoma due to proliferation of tubular glands. complex, after this, the patient returns to his hospital unit without knowing his evolution.
DISCUSSION: Ultrasound endoscopy constitutes a complementary diagnostic method to imaging studies since it is useful in the staging of cases of cholangiocarcinoma and allows obtaining a biopsy to reach the histopathological diagnosis of the patient, in addition to being a therapeutic alternative.
CONCLUSION: In our case, endoscopy was a determining factor for the diagnosis and therefore for the patient's treatment.

Keywords: Cholangiocarcinoma, diagnosis, staging, ecoendoscopy, case report.

INTRODUCCIÓN

Los cánceres de las vías biliares representan el 3% de todos los tumores gastrointestinales y el 15% de los cánceres primitivos de hígado, los colangiocarcinoma pueden clasificarse como intrahepáticos o extrahepáticos, nuestro caso constituye el último mencionado, clasificándose como intraluminal, lo que antiguamente era imposible tomar una biopsia, actualmente tenemos herramientas como la coledoscopia y la ecoendoscopía, ambas técnicas, permiten la toma de biopsias en los colangiocarcinomas intraluminales, sin embargo en nuestro paciente por disponibilidad y siendo también costo efectiva se realiza ecoendoscopía con toma de biopsia, obteniendo un resultado favorable.

La mortalidad varía dependiendo de factores como: la etapa del cáncer al momento del diagnóstico, ubicación del tumor y salud general del paciente. (6) La tasa de supervivencia a 5 años para el colangiocarcinoma varía entre el 10% y el 40% (1), dependiendo de la etapa en que se diagnostique.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 76 años, con antecedentes de poliglobulia, hipertrofia prostáticabenigna, desde hace varios meses con pérdida de peso no cuantificada, con síndrome constitucional, patrón colestásico, ictericia por lo que se realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que indica dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con imágenes endoluminales y compresión de la vía biliar con disminución del calibre a 1 cm de la confluencia de los hepáticos por lo que realiza extracción de barro biliar y se deja una prótesis plástica, porque no se puede avanzar por la compresión previamente descrita. Se decide la realización de una ecoendoscopia para toma de biopsia, misma que en nuestra unidad hospitalaria la realizamos con los siguientes hallazgos:

Ecoendoscopia

Colédoco proximal con lesión intraluminal, tumoral que mide 26mm*12mm de diámetro, ocasiona dilatación del colédoco proximal y en pequeña área sobrepasa la pared de la vía biliar, infiltrando tejido adyacente (Fotografia 1 y 2). La elastografía cualitativa sugiere malignidad (Foto 3), además 3 adenopatías, la de mayor tamaño mide 10mm * 6mm de diámetro (Foto 4). Se toma biopsia de la lesión tumoral intracoledociana con aguja de biopsia 22G, desde ventana duodenal, por dos ocasiones, obteniendo adecuado material que se envía a patología, procedimiento sin complicaciones inmediatas (Foto 5). La clasificación del Comité Conjunto Estadounidense sobre Cáncer (AJCC) ecoendoscópico es un TNM T1bN1Mx y el resultado histopatológico obtenido fue de un Adenocarcinoma tubular bien diferenciado por proliferación de glándulas tubulares complejas. Inmunohistoquímica: Ki 67 del 60%.

Posterior al procedimiento ambulatorio, el paciente fue enviado a su domicilio indicándole los signos de alarma como: dolor abdominal, hematemesis, malestar general, para ser revalorado por la consulta externa con los resultados del histopatológico tomado.

Colangiocarcinoma

Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. En Estados Unidos la incidencia es de entre 3.000 y 4.000 casos/año (9). La tasa de supervivencia libre de enfermedad es del 65% a los 5 años y una tasa de recurrencia del 25%. (9). El colangiocarcinoma, tiene varias clasificaciones entre ellas destacan según su localización que a su vez se clasifican en: 1. periférico o intrahepático, 2. perihiliar o tumor de Klatskin y 3. Extrahepático. Otra clasificación dada por el Grupo de estudio de hígado en Japón (Liver Cancer Study Group of Japan), propone una clasificación basada en el patrón de crecimiento: 1. formador de masa, 2. infiltración predominantemente periductal y 3. crecimiento intraductal (4).

Existen diferentes métodos diagnósticos, pero es imprescindible la histología para lo cual la ecoendoscopía nos permite realizar una punción con aguja fina de biopsia y estadificación tumoral. Histológicamente, el 90% de los colangiocarcinomas son adenocarcinomas, mientras que el 10% restante corresponden a formas más raras. (10)

Clínica

La clínica del colangiocarcinoma extrahepático se manifiesta cuando el tumor obstruye el sistema de drenaje biliar, provocando ictericia, prurito, acolia, entre otros síntomas, mientras que el intrahepático se presenta con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, malestar, sudores nocturnos y caquexia. (2)

Pronóstico

La Sociedad Estadounidense del Cáncer se basa en la información de la base de datos de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), en la que las características del colangiocarcinoma extrahepático reportado con propagación hacia ganglios linfáticos cercanos y sin metástasis a distancia es considerado regional por lo que se indica que el 18% por ciento de los pacientes pueden sobrevivir 5 o más años sin embargo cabe recalcar que otro factor de mal pronóstico es el marcador de proliferación celular aumentado (ki 67) lo que da un pronóstico más reservado. (7)

Opciones de tratamiento

La cirugía es el único tratamiento curativo para el colangiocarcinoma extrahepático con el objetivo de la resección R0, lamentablemente, pocos pacientes (aproximadamente el 35%) tienen enfermedad en etapa temprana y son candidatos para esta opción de tratamiento curativo. (8)

Las medidas de tratamiento adicionales en el colangiocarcinoma extrahepático localmente avanzado incluyen: colocación de stents, ablación por radiofrecuencia, terapia fotodinámica, radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida molecularmente y/o inmunoterapia. (8)

Los colangiocarcinomas intrahepáticos unilaterales se tratan preferentemente con resección, mientras que los colangiocarcinomas perihiliares se pueden tratar mediante resección si son unilaterales o mediante trasplante de hígado en casos seleccionados con afectación bilateral del conducto hepático. Los colangiocarcinomas extrahepáticos distales con frecuencia requieren pancreatoduodenectomía (procedimiento de Whipple), aunque en casos raros los cánceres del conducto biliar medio se pueden resecar sin un procedimiento de Whipple. (2)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es fundamental diferenciar el colangiocarcinoma de otras condiciones como la colangitis esclerosante primaria, la colitis ulcerosa crónica, los quistes coledocianos y las infestaciones por la duela hepática Clonorchis sinensis. Estas patologías pueden presentar síntomas y hallazgos imagenológicos similares, lo que requiere una evaluación clínica y de imagen detallada para un diagnóstico preciso (5).

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

El diagnóstico clínico tiene su pilar en técnicas imagenológicas (ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética), mientras que el diagnóstico final se corrobora con el examen histopatológico de la biopsia, el frotis con cepillo o las muestras postoperatorias. (6)

Los exámenes de imagen clave incluyen la colangiopancreatografía por resonancia magnética, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la ecografía endoscópica y la tomografía por emisión de positrones. En este caso se resalta la utilidad de la ecoendoscopia por permitir una evaluación minuciosa de los conductos biliares extrahepáticos, vesícula biliar, estructuras del hilio hepático, ganglios linfáticos locales y los vasos, (6) además de la toma de biopsias de estas lesiones para realizar su diagnóstico diferencial.

La ecoendoscopia se debe considerar de primera línea en pacientes con estenosis distal y un complemento importante para la estadificación ganglionar en pacientes con enfermedad perihiliar o intrahepática. Se debe tener especial precaución en pacientes con estenosis perihiliares, ya que la biopsia guiada por EUS del tumor primario es una contraindicación absoluta para el trasplante hepático. (3)

DISCUSIÓN (FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL CASO)

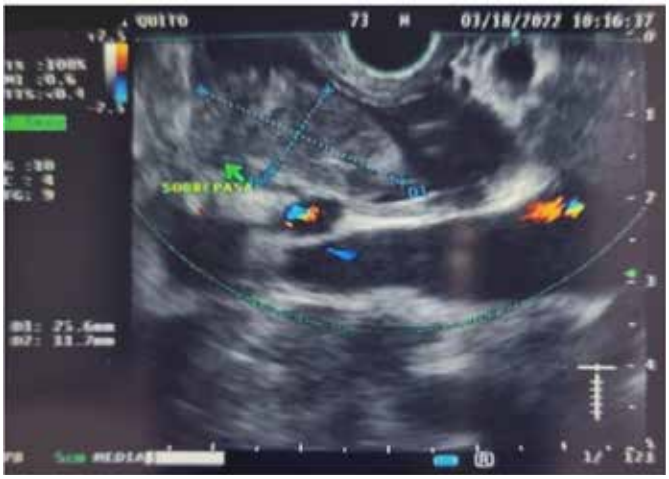
El caso clínico citado trata de un paciente adulto mayor sin antecedentes de importancia clínicos, quirúrgicos ni familiares previos. Tras las diferentes pruebas diagnósticas se llegó al diagnóstico de colangiocarcinoma extrahepático. Se recalca en la investigación de este tipo de neoplasia el desafío de un diagnóstico temprano y la dificultad para dilucidar la estadificación, es importante determinar el tipo de tumor para el manejo y pronóstico del paciente. La mayoría de los colangiocarcinomas suelen darse cuando ya hay manifestación clínica como fue en nuestro caso, ya instaurado un síndrome constitucional y con paraclínicos y exámenes de imagen que guiaron hacia la sospecha de ictericia obstructiva. En este contexto posterior a la realización algorítmica de ecografía, colangioresonancia magnética y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), con impresión de probable lesión dentro de la vía biliar, la mejor alternativa disponible fue la realización de la ECOENDOSCOPIA que permite estadificar adecuadamente el tumor y llegar al diagnóstico histopatológico luego de la toma de biopsia. Demostrando la utilidad de la ecoendoscopia para el diagnóstico y estadificación certera en este tipo de cáncer, una de las debilidades de este caso clínico fue no poder realizar un seguimiento de la evolución del paciente ya que el paciente posterior a la realización de la ecoendoscopía fue referido a su hospital de base para su manejo posterior y luego se nos comunicó que el paciente se ausentó a los controles.

Foto 1: Lesión intracoledociana proximal



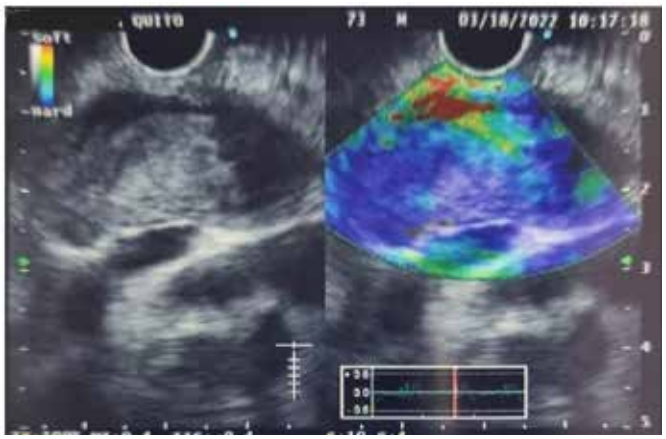
Fuente: Servicio de Gastroenterología Solca

Foto 2: Lesión tumoral que mide 26mm por 12mm, sobrepasa la pared del conducto biliar



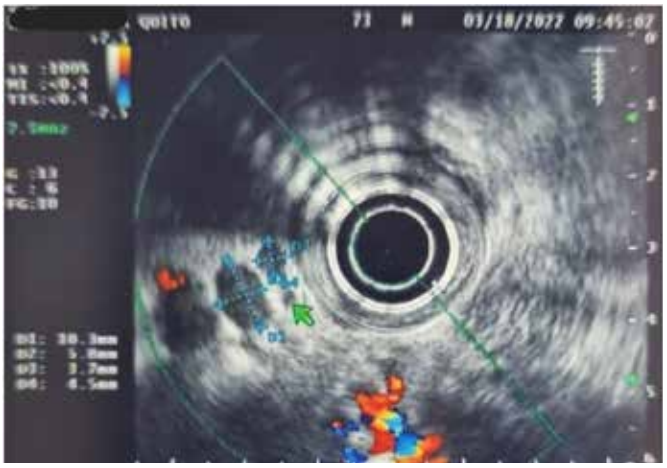
Fuente: Servicio de Gastroenterología Solca

Foto 3. La elastografía cualitativa que sugiere malignidad



Fuente: Servicio de Gastroenterología Solca

Foto 4. Las adenopatías evidenciadas en la ecoendoscopía



Fuente: Servicio de Gastroenterología Solca

Foto 5. Muestra obtenida por la punción por ecoendoscopia de la lesión previamente descrita



Fuente: Servicio de Gastroenterología Solca

CONCLUSIONES

La ecoendoscopía constituye un método diagnóstico y terapéutico ya disponible en nuestro país, tiene muchas ventajas frente a los métodos de imagen, sin embargo, no deja de ser un método diagnóstico complementario. La ecoendoscopía permite la toma de biopsias de órganos, lesiones o sitios adyacentes a la pared del tracto gastrointestinal, llegando a diagnósticos histopatológicos que anteriormente eran imposibles por su ubicación, además de ser costo efectivo (11). Otra facilidad de la ecoendoscopía es que podemos realizar elastografía cualitativa y cuantitativa de las diferentes lesiones, sugiriendo si la lesión es inflamatoria – benigna o maligna y nos ayuda a dirigir la toma de biopsia para un mejor resultado. La ecoendoscopía no solamente permite llegar a un diagnóstico, nos da la facilidad de realizar diferentes alternativas terapéuticas, como drenajes de la vía biliar a diferente nivel, pudiendo realizar colédoco duodeno anastomosis o hepaticogastro anastomosis, mediante el uso de stents plásticos o metálicos, de esta forma logramos el drenaje de la vía biliar que puede estar obstruida por cualquier motivo y el paciente mantiene un drenaje interno que no empeorará su calidad de vida, si lo comparamos a un drenaje externo.

REFERENCIAS

1. Dar FS, Abbas Z, Ahmed I, Atique M, Aujla UI, Azeemuddin M, et al. National guidelines for the diagnosis and treatment of hilar cholangiocarcinoma. World J Gastroenterol [Internet]. 2024 [citado el 21 de febrero de 2025];30(9):1018–42. Disponible en: https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v30/i9/1018.htm
2. Coronel M, Lee JH, Coronel E. Endoscopic ultrasound for the diagnosis and staging of biliary malignancy. Clin Liver Dis [Internet]. 2022;26(1):115–25. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1089326121000751

3. Singh, Ajaypal, MD; Siddiqui, Uzma D. MD .El papel de la endoscopia en el diagnóstico y tratamiento del colangiocarcinoma. Revista de Gastroenterología Clínica 49(9):p 725-737, octubre de 2015. | DOI: 10.1097/MCG.0000000000000390
4. Ruiz García DVJ, Márquez Pérez DV, Toro López DA, Serrano Puche DF. Colangiocarcinoma, diagnóstico y clasificación mediante TC y RM. seram [Internet]. 26 de mayo de 2022 [citado 24 de febrero de 2025];1(1). Disponible en: https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8615
5. Tratamiento del cáncer de vías biliares (colangiocarcinoma) (PDQ®). (2025, febrero14).Cancer.gov.https://www.cancer.gov/espanol/tipos/higado/pro/tratamiento-vias-biliares-pdq?utm
6. Yakub, Z. A., Aebisher, D., Woźnicki, P., Łabądź, J. M., Myśliwiec, A., Dynarowicz, K., & Bartusik-Aebisher, D. (2025). Different diagnostic methods for biliary tract cancer: A review. Advances in Radiotherapy & Nuclear Medicine, 0(0), 4557. https://doi.org/10.36922/arnm.4557
7. Bile duct cancer survival rates. (s/f). Cancer.org. https://www.cancer.org/cancer/types/bile-duct-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-by-stage.html
8. Tantau AI, Mandrutiu A, Pop A, Zaharie RD, Crisan D, Preda CM, Tantau M, Mercea V. Extrahepatic cholangiocarcinoma: Current status of endoscopic approach and additional therapies. World J Hepatol. 2021 Feb 27;13(2):166-186. doi: 10.4254/wjh.v13.i2.166. PMID: 33708349; PMCID: PMC7934015
9. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. (2016). Colangiocarcinoma. Revista de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva, 39(6), 3–15. Recuperado de https://www.sapd.es/revista/2016/39/6/03
10. Sirica, A. E. (2005). Cholangiocarcinoma: molecular targeting strategies for chemoprevention and therapy. Hepatology (Baltimore, Md.), 41(1), 5–15. https://doi.org/10.1002/hep.20537
11. Laopachee P, Siripongsakun S, Sangmala P, Chanree P, Hiranrat P, Srisittimongkon S. Cost-Effectiveness Analysis of Ultrasound Surveillance for Cholangiocarcinoma in an Endemic Area of Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2023 Dec 1;24(12):4117-4125. doi: 10.31557/APJCP.2023.24.12.4117. PMID: 38156846; PMCID: PMC10909103.