

CASO CLINICO

## MANEJO QUIRÚRGICO DE COLANGIOCARCINOMA: REPORTE DE CASO

### SURGICAL MANAGEMENT OF CHOLANGIOCARCINOMA: CASE REPORT

Vallejo Rosero Vanessa Alejandra<sup>1</sup>, Estrada Salazar María Carolina<sup>2</sup>, Carrero Rivero  
Sonia Alejandra<sup>3</sup>, Hernández Martínez Hender<sup>4</sup>

**Recibido:** 15 de febrero de 2024.

**Aprobado:** 15 de marzo de 2024

#### RESUMEN

**Introducción:** El colangiocarcinoma es un tumor maligno originado en el epitelio de los conductos biliares intra o extrahepáticos, infrecuente y representa menos del 2% de los tumores malignos, su incidencia es de 1 o 2 casos nuevos por cada 100,000 habitantes cada año, las técnicas de las hepatectomías han evolucionado con el tiempo, soportados en el desarrollo del instrumental quirúrgico y a los métodos de pinzamiento vascular. **Caso clínico:** Paciente femenina de 28 años con antecedente de coleditiasis con lesión ocupante de espacio a nivel de la vía biliar y procedimiento diagnóstico previo fallido, quien presentó estrechez de vía biliar extrahepática a nivel del hepático común proximal comprometiendo la bifurcación y hepático derecho de origen tumoral. (Bismuth IIIa) con obstrucción secundaria, adenopatías de aspecto reactivo en el hilio hepático, por lo que se realiza hepatectomía con técnica descrita. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de hepatectomía planificada ayuda a lograr un mejor equilibrio entre lograr la resección tumoral radical del colangiocarcinoma hilar y un control razonable de la extensión del daño quirúrgico, que es técnicamente exigente y debe ser realizada por cirujanos experimentados, la selección de la estrategia quirúrgica debe basarse no sólo en la ubicación del tumor (clasificación de Bismuth) sino también en la afectación vascular y el futuro remanente hepático.

**PALABRAS CLAVES:** Colangiocarcinoma, Hepatectomía, cirugía, oncología.

---

1 Médico interno, Servicio Docencia e investigación, Hospital Universitario Erasmo Meoz, vaneavallejo@gmail.com.

2 Médico interno, Servicio Docencia e investigación, Hospital Universitario Erasmo Meoz, maria.estrada21@unipamplona.edu.co

3 Cirujana de trasplantes, hígado y vía biliar, Servicio de cirugía, Hospital Universitario Erasmo Meoz. sacarreror@unal.edu.co.

4 Cirujano gastrointestinal, Servicio de cirugía, Hospital Universitario Erasmo Meoz. Hahernandezma@unal.edu.co.

**Cómo citar este artículo:** Vallejo-Rosero Vanessa, Estrada-Salazar María, Carrero-Rivero Sonia, Hernández-Martínez Hender, Manejo Quirúrgico De Colangiocarcinoma: Reporte De Caso. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(1): 35-46. marzo 2024, ISSN 2981-5800.

## SUMMARY

**Introduction:** Cholangiocarcinoma is a malignant tumor originating in the epithelium of the intra- or extrahepatic bile ducts, rare and represents less than 2% of malignant tumors, its incidence is 1 or 2 new cases per 100,000 inhabitants each year, the techniques of hepatectomies have evolved over time, supported by the development of surgical instruments and vascular clamping methods. **Clinical case:** 28-year-old female patient with a history of cholelithiasis with a space-occupying lesion at the level of the bile duct and a previous failed diagnostic procedure, who presented extrahepatic bile duct narrowing at the level of the proximal common liver, compromising the bifurcation and right hepatic origin. tumor. (Bismuth IIIa) with secondary obstruction, lymphadenopathy with a reactive appearance in the hepatic hilum, so hepatectomy was performed with the described technique. **Conclusions:** The surgical treatment of planned hepatectomy helps to achieve a better balance between achieving radical tumor resection of hilar cholangiocarcinoma and reasonable control of the extent of surgical damage, however it requires greater arterial reconstruction, which is technically demanding and must be performed by For experienced surgeons, the selection of the surgical strategy should be based not only on the location of the tumor (Bismuth classification) but also on vascular involvement and future liver remnant.

**KEYWORDS:** Cholangiocarcinoma, Hepatectomy, surgery, oncology.

## INTRODUCCIÓN

El colangiocarcinoma es un tumor maligno originado en el epitelio de los conductos biliares intra o extrahepáticos, descrito por primera vez por Durand-Fardel en 1840<sup>5</sup>, es una entidad infrecuente y representa menos del 2% de los tumores malignos, su incidencia es de 1 o 2 casos nuevos por cada 100,000 habitantes cada año, siendo más frecuente en la sexta década de vida y ligeramente más incidente en

hombres<sup>6,7</sup>, la mayoría son del tipo histológico adenocarcinoma ductal, sin embargo, suelen verse otros como los adenocarcinomas papilar, mucinoso, mucoepidermoide y el cistoadenocarcinoma<sup>8</sup>.

Anatómicamente se categorizan en intrahepático (20% a 25%), perihiliar (50% a 60%), extrahepático distal (20% a 25%) y el multifocal (5%); El extrahepático también se clasifica por su ubicación en el tercio superior de la vía biliar (hepático común, confluencia

<sup>5</sup> Khan SA, Thomas HC, Davidson BR, Taylor-Robinson SD. Cholangiocarcinoma. *Lancet* 2005; 366: 1303-14.

<sup>6</sup> Burgos L. Cholangiocarcinoma. Actualización, diagnóstico y terapia. *Rev. Med Chile.* 2008; 136: 240-248.

<sup>7</sup> Giménez M, Andreacchio A. Carcinoma de vías biliares. Tumor de Klatskin. En: Galindo F, editor. *Cirugía digestiva.* Buenos Aires: SACD; 2009. IV-466-, p. 1-12.

<sup>8</sup> Vega P, Arribas J, González M, Moreno S, Aburto JM. Cholangiocarcinoma polipoideo difuso de colédoco. *CirEsp* 2004; 75: 365-8.

**Cómo citar este artículo:** Vallejo-Rosero Vanessa, Estrada-Salazar María, Carrero-Rivero Sonia, Hernández-Martínez Hender, Manejo Quirúrgico De Colangiocarcinoma: Reporte De Caso. *Revista Ciencias Básicas En Salud*, 2(1): 35-46. marzo 2024, ISSN 2981-5800.

hiliar o hepáticos derecho e izquierdo), tercio medio (colédoco hasta un plano dado por el borde superior del duodeno) y tercio inferior (desde el plano del borde superior del duodeno hasta la ampolla de Vater); siendo denominado tumor de Klatskin al colangiocarcinoma situado en la confluencia hiliar<sup>9</sup> con una supervivencia media sin tratamiento de tres meses desde el inicio de la presentación clínica.

Las causas de muerte son la falla hepática y la colangitis; secundarias a la progresión local de la enfermedad con obstrucción biliar<sup>10</sup>, la presencia de hepatolitiasis y la dilatación congénita de la vía biliar podrían vincularse con la aparición del cáncer de la vía biliar.

Para la categorización del colangiocarcinoma hiliar por extensión proximal a lo largo del árbol biliar se utiliza la clasificación de Bismuth - Corlette basada en la extensión tumoral dentro de la vía biliar del tumor resaltando el compromiso de uno o ambos conductos hepáticos<sup>11</sup>, esta clasificación distingue 4 tipos: Tipo I. Tumor ubicado bajo la confluencia,

Tipo II. Tumor ubicado en la confluencia, Tipo IIIa. Tumor con extensión al hepático derecho, Tipo IIIb. Tumor con extensión al hepático izquierdo y Tipo IV. Tumor con extensión hacia ambos hepáticos, Ver figura No.1, en la actualidad la clasificación de la Unión for International Cancer Control (UICC) considera la invasión vascular y el TNM del tumor como factores vitales en el diagnóstico y tratamiento. Ver figura No.2.

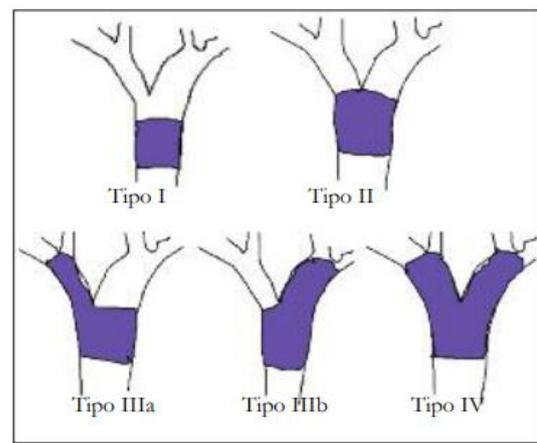


Figura No.1 Clasificación de Bismuth-Corlette

<sup>9</sup> Giménez M, Ibid.

<sup>10</sup> Vega, Ibid.

<sup>11</sup> Brody La, Brown Kt, Getrajdman Gi, Kannegieter Ls, Brown Ae, Fong Y, Blumgart

**Cómo citar este artículo:** Vallejo-Rosero Vanessa, Estrada-Salazar María, Carrero-Rivero Sonia, Hernández-Martínez Hender, Manejo Quirúrgico De Colangiocarcinoma: Reporte De Caso. Revista Ciencias Básicas En Salud, 2(1): 35-46. marzo 2024, ISSN 2981-5800.

Lh: Clinical factors associated with positive bile cultures during primary percutaneous biliary drainage. J Vasc Interv Radiol. 1998; 9: 572-8

	TUMOR	GANGLIOS	METASTASIS
ESTADIO I	T1	N0	M0
ESTADIO II	T2	N0	M0
ESTADIO III	T1-2	N1	M0
ESTADIO IVa	T3	N0-1	M0
ESTADIO IVb	T1-2-3	N0-1	M1

T1: Tumor limitado a la mucosa o capa muscular

T2: Tumor que invade el tejido periductal

T3: Tumor que invade estructura adyacente

N0: Sin compromiso ganglionar

N1: Metástasis en ganglios regionales

M0: Sin metástasis a distancia

M1: Metástasis a distancia

*Figura No.2 Estadificación TNM (UICC)*

En el cuadro clínico destacan el dolor en hipocondrio derecho, ictericia, baja de peso, anorexia, prurito y el grado de hiperbilirrubinemia suele ser mayor que el observado en la enfermedad biliar obstructiva benigna, actualmente el diagnóstico se ha facilitado por la disponibilidad de variados procedimientos imagenológicos y endoscópicos<sup>12</sup>.

El tratamiento quirúrgico es de elección en el colangiocarcinoma hiliar (CCH), siendo la obtención de márgenes libres (resección R0) el único factor reportado de pronóstico asociado a un aumento de la supervivencia<sup>13</sup>, cuando esto se logra la supervivencia promedio es de ochenta y tres meses, con un descenso a doce meses si queda tumor microscópico y sólo tres meses con tumor residual macroscópico; el tumor

también podría ser irreseccable, para esos casos hay posibilidad de paliación mediante la colocación de endoprótesis por vía endoscópica o percutánea es la opción más estudiada<sup>14</sup>.

La evaluación preoperatoria de estos tumores se realiza mediante ecografía, tomografía computarizada, visualización de la vía biliar ecodoppler o angiografía magnética, siendo la ecografía el primer estudio en realizar para evaluar a pacientes ictericos. La visualización y estadificación ecográfica debe realizarse antes de la instrumentación de la vía biliar, pues la neumbilia y la colocación de drenajes disminuyen la utilidad del método<sup>15</sup>.

El 80% de las cirugías oncológicas del tumor de Klatskin en la actualidad se

<sup>12</sup> Nakeeb A, Pitt HA. Radioterapia, quimioterapia y quimiorradiación en el colangiocarcinoma hiliar. *HPB (Oxford)*. 2005; 7 ( 4 ): 278–282.

<sup>13</sup> Peña, A. M., Sánchez, A. C., Botella, E. R., & Rincón, D. (2020).

Colangiocarcinoma. *Medicine-Programa de*

**Cómo citar este artículo:** Vallejo-Rosero Vanessa, Hernández-Martínez Hender, Manejo Quirúrgico De Colangiocarcinoma: Reporte De Caso. *Revista Ciencias Básicas En Salud*, 2(1): 35-46. marzo 2024, ISSN 2981-5800.

*Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(12), 666-677.

<sup>14</sup> Idberg MJ. Cholangiocarcinoma. *Dis Mon*. 2004; 50: 540-4.

<sup>15</sup> Hann L, Greatrex K, Blumgart L y colab. Cholangiocarcinoma at the hepatic hilus: Sonographic findings. *AJR* 1997. 168: 985-989.

Estrada-Salazar María, Carrero-Rivero Sonia,

acompañan de amplias resecciones hepáticas y reemplazos vasculares, en cirugía resectiva del hígado el volumen del parénquima hepático remanente deberá ser superior al 25% en un hígado sano<sup>16</sup> y al 40% en uno colestásico, de allí la importancia del drenaje prequirúrgico en el paciente icterico; De igual manera, en casos seleccionados, para lograr una buena funcionalidad postresección y aumentar el volumen de tejido hepático residual, se indica la embolización portal<sup>17</sup>.

Los pacientes con colangiocarcinoma hilar en un bajo porcentaje alcanzan a ser tratados con cirugía potencialmente curativa, fundamentalmente por tres motivos: por diagnóstico tardío, por infiltración neoplásica de la vasculatura del hilio hepático y limitaciones en el entrenamiento de equipos quirúrgicos para cirugía hepatobiliar de alta complejidad necesaria para estos casos en países en vías de desarrollo<sup>18</sup>.

Las técnicas de las hepatectomías han evolucionado con el tiempo, soportados en el desarrollo del instrumental quirúrgico y a los métodos de pinzamiento vascular, pero las

referencias anatómicas se han mantenido fijas; La lobectomía izquierda comienza por una sección del ligamento redondo y del ligamento triangular izquierdo; los pedículos de los segmentos 3 y 2 se ligan en el borde izquierdo del pedículo portal; una vez realizado este control vascular, se secciona el parénquima hepático finalizando con la sección de la vena hepática izquierda<sup>19</sup>.

La anastomosis hepático-yeyuno en Y de Roux se considera la técnica de elección para tratar lesiones quirúrgicas de la vía biliar, como su sección o resección; La pérdida de confluencia de los conductos hepáticos principales derecho e izquierdo es uno de los factores que incrementan la complejidad técnica durante el procedimiento y, en algunos de estos pacientes, se requiere una doble anastomosis hepático-yeyuno para garantizar resultados satisfactorios a largo plazo<sup>20</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 28 años con antecedente de colelitiasis con lesión ocupante de espacio (**LOE**) a nivel de la vía biliar, procedente de

<sup>16</sup> Rodríguez Prieto, M. D. P., & Rodríguez Medina, R. M. (2016). Tratamiento actual de las metástasis hepáticas de origen colorrectal.

<sup>17</sup> Yalcin s, Diagnosis, and management of cholangiocarcinomas: a comprehensive review. *Hepatogastroenterology*. 2004; 51: 43-50.

<sup>18</sup> Hemming AW, Reed AI, Fuiita S, Foley DP, Howard RJ. Surgical management of hilar

cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 2005; 241: 693-702.

<sup>19</sup> D. Castaing, C. Salloum, Técnicas de hepatectomía por laparotomía, EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo, Volume 27, Issue 2, 2011, Pages 1-17, ISSN 1282-9129

<sup>20</sup> Pereira Freddy, Venales Yajaira, Salazar Francisco, Detalles técnicos de la doble anastomosis hepático-yeyuno en Y de Roux, con base en la descripción de un caso, Revista Colombiana de Cirugía, vol. 34, núm. 2, pp. 179-184, 2019, Asociación Colombiana de Cirugía.

Venezuela, con cuadro clínico de aproximadamente un mes de evolución caracterizado por dolor abdominal en hemiabdomen superior, asociado a ictericia generalizada, pérdida peso, astenia y adinamia.

Con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (**CPRE**) extra institucional previa la cual fue fallida, con complicación de pancreatitis, requiriendo veintiún días de hospitalización con manejo antibiótico, a la valoración inicial presenta colangiografía con reporte de **LOE** de partes blandas de +/- 30 mm de diámetro ubicada a nivel del conducto hepático común y se extiende hacia el colédoco medio, ejerciendo signos de efecto de masa y compresión con dilatación proximal del colédoco y vías biliares intrahepáticas, la vesícula biliar aumentada de tamaño con presencia de múltiples defectos en su interior compatibles con cálculos.

Al ingreso institucional la paciente presentaba los siguientes valores para su perfil de funcionamiento hepático, Creatinina 0.27 mg/dL, Transaminasa Oxalacética (TGO) 214.25 U/L, Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP) 127.27 U/L, bilirrubina total 23.09, bilirrubina directa 15.89 mg/dl, bilirrubina indirecta 7.20 mg/dl, fosfatasa alcalina 2575 y tiempos de coagulación prolongados, la Ecografía hepatobiliar reporta Hepatomegalia, litiasis vesicular, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. colédoco de 12 mm con cálculos en colédoco distal, tronco portal de 8mm, vesícula de paredes finas y con imágenes de

cálculos en su interior, sin signos ecográficos de pancreatitis o líquido libre.

La Tomografía de abdomen simple y contrastado reporta presencia de lesión hipodensa redondeada e inferior del lóbulo derecho del hígado de 35 x 33 mm, moderada dilatación de la vía biliar intrahepática, colédoco de aspecto normal, moderada dilatación de pelvis renal derecha, quiste de ovario izquierdo de 33 mm de diámetro, páncreas y bazo de tamaño y densidad normal. riñones de forma y densidad normal, ver figura No.3.



*Figura 3. Tomografía de abdomen*

En su estancia hospitalaria se realiza una **CPRE** institucional apreciando papila deformada por papilotomía previa, recubierta parcialmente de fibrina, fácilmente canulable con papilótomo precurvo y guía hidrofílica, la cual se dirige al conducto pancreático; (no se inyecta medio de contraste por antecedentes de pancreatitis reciente por procedimiento anterior); se realiza pequeña septotomía de abordaje, logrando

acceso a la vía biliar; con guía en posición de vía biliar; a la inyección de medio de contraste se llena vía biliar extra hepática, aproximadamente desde el hepático distal, la cual es de calibre normal y no tiene alteraciones en su interior; inicialmente no hay paso del medio de contraste a proximal; con dificultad logra el paso del papilótomo hacia la vía biliar intra hepática; y a la inyección del medio de contraste se dibuja dilatación muy notable de la vía biliar intra hepática, hasta nivel de la bifurcación, llegando a medir 1,5 cms de diámetro, sin alteraciones en su interior y con amputación a nivel de esta, sin vaciamiento del medio de contraste; no hay buen llenado de la vía biliar intra hepática derecha; se dibuja una estrechez filiforme larga que compromete el hepático común proximal en trayecto de 3 cms, sin llenado vesicular; con papilótomo precurvo y diatermia se completa papilotomía, procedimiento sin complicación; se decide insertar stent biliar plástico de 7 fr x 10 cms, el cual se conduce sobre guía bajo visión radiológica y endoscópica, quedando en posición y funcional, con conclusión del procedimiento se reporta estrechez de vía biliar extrahepática a nivel del hepático común proximal comprometiendo la bifurcación y probablemente el hepático derecho probablemente de origen tumoral. (bismuth 3a.) e inserción exitosa de stent biliar plástico.

La paciente es manejada de forma multidisciplinaria, por los servicios de nutrición, rehabilitación, psicología, cirugía gastrointestinal y cirugía

hepatobiliar previo a hepatectomía derecha más reconstrucción de la vía biliar en Y de roux al conducto hepático izquierdo.

En el acto quirúrgico se identifica masa de aspecto tumoral que compromete colédoco medio y se extiende hacia el hepático derecho compatible con colangiocarcinoma Bismuth IIIa con obstrucción secundaria, adenopatías de aspecto reactivo en el hilio hepático, colédoco intrapancreático sin lesiones.

Previa asepsia y antisepsia, colocación de campos, se realiza incisión de Makuuchi y disección por planos para ingreso a cavidad, se liberan adherencias, el equipo quirúrgico identifica hilio hepático, realizando disección de la arteria hepática común, vaciamiento ganglionar radical, se libera arteria hepática derecha y se liga, disección del colédoco intrapancreático sección en su porción distal, se realiza extracción de stent de hepático común, toma de cultivo, sutura del colédoco distal, resección de vía biliar en bloque, se identifica vena porta, disección y reparo de vena porta izquierda, sección de vía biliar a nivel del hepático izquierdo, se demarca zona isquémica del lóbulo derecho, se libera vena cava retrohepática, se ligan venas hepáticas derechas inferiores y se identifica vena suprahepática derecha.

Se inicia disección con aspirador ultrasónico del parénquima hepático, se identifican pedículos del segmento IVB y se ligan selectivamente, disección y ligadura de pedículos del segmento IVA, sección con

endograpadora 45mm recargas arena (2) de vena porta derecha y del pedículo de la vena suprahepática derecha, se continúa disección con aspirador ultrasónico del parénquima, hasta la cava retro hepática. exéresis de pieza quirúrgica producto de hepatectomía figura No.4, revisión de hemostasia, se deja apósito hemostático (hemopatch #2) con adecuado control del sangrado. reconstrucción de via biliar en y de roux

con endograpadora dos recargas arena 60mm (2). seccion de asa de yeyuno a 30cm del ángulo de treitz, se sube asa retrocolica, anastomosis del hepático izquierdo al asa de yeyuno con pds 6-0. yeyuno yeyunostomía con prolene vascular 5-0, cierre de mesos con vicryl, lavado de cavidad, se deja dren subhepático derecho, cierre de fascia con Prolene® No.1, piel con Prolene® 3-0.



Figura No.4 Pieza quirúrgica producto de la hepatectomía

Paciente fue trasladada a unidad de cuidados intermedios, con estancia de dieciocho días postquirúrgica, se aisló cultivo intraoperatorio positivo para klebsiella pneumoniae multisensible requiriendo manejo antibiótico de

manera satisfactoria con egreso hospitalario; al noveno día posterior al alta hospitalaria se realiza retiro de dren sin ninguna complicación continua manejo oncológico con quimioterapia.

## DISCUSIÓN

El término colangiocarcinoma describe un grupo variado de neoplasias malignas agresivas que surgen del epitelio biliar<sup>21</sup>, siendo el

colangiocarcinoma hiliar (HC) el subtipo más común responsable del 60% de todos los casos<sup>22</sup>; El tratamiento del HC es particularmente desafiante dada su naturaleza agresiva y sus complejas relaciones

<sup>21</sup> Passeri, M. J., Baimas-George, M. R., Sulzer, J. K., Iannitti, D. A., Martinie, J. B., Baker, E. H., & Vrochides, D. (2020). Prognostic impact of the Bismuth-Corlette classification: Higher rates of local unresectability in stage IIIb hilar cholangiocarcinoma. *Hepatobiliary &*

*Pancreatic Diseases International*, 19(2), 157-162.

<sup>22</sup> Klatskin, G. (1965). Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis: an unusual tumor with distinctive clinical and pathological features. *The American journal of medicine*, 38(2), 241-256.

anatómicas, que tienen importantes implicaciones en el tratamiento<sup>23</sup>.

El colangiocarcinoma es un cáncer raro, con una incidencia de 0,3 a 6 por 100.000 habitantes por año y una mortalidad de 1-6 por 100.000 habitantes por año, a nivel mundial y que ha aumentado en las últimas décadas en todo el mundo<sup>24</sup>, para 2019 en Colombia se registró una mortalidad de 1.10 muertes por 100.000 habitantes<sup>25</sup>.

En el presente caso clínico abordó uno de los retos diagnósticos y terapéuticos originados en la migración que vivencia el lugar de origen de la paciente con antecedentes quirúrgicos en el diagnóstico, y que concluye en el bienestar y los resultados de los pacientes.

Siendo el drenaje biliar adecuado fundamental antes de la resección, dada la fisiopatología descompresiva del remanente de hígado con ictericia que fomenta la disminución del riesgo de morbilidad y mortalidad posteriores a la resección basados en la regeneración hepática<sup>26</sup>.

Estudios recientes han demostrado que la resección extensa, principalmente hemihepatectomía derecha extendida, después del drenaje biliar y la embolización preoperatoria de la vena porta se puede realizar de manera segura y es más probable que dé como resultado márgenes histológicamente negativos que otros métodos de resección<sup>27</sup>, sin embargo, el presente caso brinda una nueva visión sobre la importancia de la evaluación pre e intraoperatoria y los pasos clave de la resección quirúrgica.

Como se describe en el estudio retrospectivo del Dr. Lee (2023) el tratamiento quirúrgico de hepatectomía planificada ayuda a lograr un mejor equilibrio entre lograr la resección tumoral radical del colangiocarcinoma hilar y un control razonable de la extensión del daño quirúrgico<sup>28</sup>.

Aunque la hepatectomía del lado izquierdo no es inferior a la hepatectomía del lado derecho en cuanto a supervivencia general y

<sup>23</sup> Soares KC, Jarnagin WR. The Landmark Series: Hilar Cholangiocarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2021 Aug;28(8):4158-4170.

<sup>24</sup> Banales JM, et al. Documento de consenso de expertos: colangiocarcinoma: conocimientos actuales y perspectivas futuras declaración de consenso de la Red Europea para el Estudio del Colangiocarcinoma (ENS-CCA) *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol*. 2016; 13 : 261–280

<sup>25</sup> Bertuccio P, et al. Tendencias globales en la mortalidad por colangiocarcinoma intrahepático y extrahepático. *J. Hepatol*. 2019; 71: 104–114.

**Cómo citar este artículo:** Vallejo-Rosero Vanessa, Estrada-Salazar María, Carrero-Rivero Sonia, Hernández-Martínez Hender, Manejo Quirúrgico De Colangiocarcinoma: Reporte De Caso. *Revista Ciencias Básicas En Salud*, 2(1): 35-46. marzo 2024, ISSN 2981-5800.

<sup>26</sup> Mansour JC, Aloia TA, Crane CH, Heimbach JK, Nagino M, Vauthey JN. Colangiocarcinoma hilar: declaración de consenso de expertos. *HPB (Oxford)*. 2015; 17 (8): 691–699.

<sup>27</sup> Jena SS, Mehta NN, Nundy S. Surgical management of hilar cholangiocarcinoma: Controversies and recommendations. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2023 Aug 31;27(3):227-240.

<sup>28</sup> Li B, Li Z, Qiu Z, Qin Y, Gao Q, Ao J, Ma W, Jiang X. Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: retrospective analysis. *BJS Open*. 2023 May 5;7(3): zrad024.

supervivencia libre de enfermedad<sup>29</sup>, requiere mayor reconstrucción arterial, que es técnicamente exigente y debe ser realizada por cirujanos experimentados, la selección de la estrategia quirúrgica entre dichos abordajes debe basarse no sólo en la ubicación del tumor (clasificación de Bismuth) sino también en la afectación vascular y el futuro remanente hepático<sup>30</sup>.

## REFERENCIAS

Banales JM, et al. Documento de consenso de expertos: colangiocarcinoma: conocimientos actuales y perspectivas futuras declaración de consenso de la Red Europea para el Estudio del Colangiocarcinoma (ENS-CCA) *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2016; 13 : 261–280

Bertuccio P, et al. Tendencias globales en la mortalidad por colangiocarcinoma intrahepático y extrahepático. *J. Hepatol.* 2019; 71: 104–114.

Burgos L. Colangiocarcinoma. Actualización, diagnóstico y terapia. *Rev. Med Chile.* 2008; 136: 240-248.

Brody La, Brown Kt, Getrajdman Gi, Kannegieter Ls, Brown Ae, Fong Y, Blumgart Lh: Clinical factors associated with positive bile cultures during primary percutaneous biliary drainage. *J Vasc Interv Radiol.* 1998; 9: 572-8

D. Castaing, C. Salloum, Técnicas de hepatectomía por laparotomía, EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo, Volume 27, Issue 2, 2011, Pages 1-17, ISSN 1282-9129

Galindo F, editor. Cirugía digestiva. Buenos Aires: SACD; 2009. IV-466-, p. 1-12.

Giménez M, Andreacchio A. Carcinoma de vías biliares. Tumor de Klatskin. En:

Hann L, Greatrex K, Blumgart L y colab. Cholangiocarcinoma at the hepatic hilus: Sonographic findings. *AJR* 1997. 168: 985-989.

Hemming AW, Reed AI, Fuiita S, Foley DP, Howard RJ. Surgical management of hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg* 2005; 241: 693-702.

Idberg MJ. Cholangiocarcinoma. *Dis Mon.* 2004; 50: 540-4.

Jena SS, Mehta NN, Nundy S. Surgical management of hilar cholangiocarcinoma: Controversies and recommendations. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2023 Aug 31;27(3):227-240.

Klatskin, G. (1965). Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis: an unusual tumor with distinctive clinical and pathological features. *The American journal of medicine*, 38(2), 241-256.

Khan SA, Thomas HC, Davidson BR, Taylor-Robinson SD.

<sup>29</sup> Xu B, Zhao W, Chang J, Yin J, Wang N, Dong Z, Zhi X, Li T, Chen Z. Comparative study on left-sided versus right-sided hepatectomy for resectable peri-hilar cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg Oncol.* 2023 May 18;21(1):153.

**Cómo citar este artículo:** Vallejo-Rosero Vanessa, Estrada-Salazar María, Carrero-Rivero Sonia, Hernández-Martínez Hender, Manejo Quirúrgico De Colangiocarcinoma: Reporte De Caso. *Revista Ciencias Básicas En Salud*, 2(1): 35-46. marzo 2024, ISSN 2981-5800.

<sup>30</sup> Sugiura T, Okamura Y, Ito T, et al. Left hepatectomy with combined resection and reconstruction of right hepatic artery for bismuth type I and II perihilar cholangiocarcinoma. *World J Surg.* 2019;43(3):894–901.

Colangiocarcinoma. *Lancet* 2005; 366: 1303-14.

Li B, Li Z, Qiu Z, Qin Y, Gao Q, Ao J, Ma W, Jiang X. Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma: retrospective analysis. *BJS Open*. 2023 May 5;7(3): zrad024.

Mansour JC, Aloia TA, Crane CH, Heimbach JK, Nagino M, Vauthey JN. Colangiocarcinoma hilar: declaración de consenso de expertos. *HPB (Oxford)*. 2015; 17 (8): 691–699.

Nakeeb A, Pitt HA. Radioterapia, quimioterapia y quimiorradiación en el colangiocarcinoma hilar. *HPB (Oxford)*. 2005; 7 (4): 278–282.

Passeri, M. J., Baimas-George, M. R., Sulzer, J. K., Iannitti, D. A., Martinie, J. B., Baker, E. H., ... & Vrochides, D. (2020). Prognostic impact of the Bismuth-Corlette classification: Higher rates of local unresectability in stage IIIb hilar cholangiocarcinoma. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, 19(2), 157-162.

Peña, A. M., Sánchez, A. C., Botella, E. R., & Rincón, D. (2020). Colangiocarcinoma. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(12), 666-677.

Pereira Freddy, Venales Yajaira, Salazar Francisco, Detalles técnicos de la doble anastomosis hepático-

yeyuno en Y de Roux, con base en la descripción de un caso, *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 34, núm. 2, pp. 179-184, 2019, Asociación Colombiana de Cirugía.

Rodríguez Prieto, M. D. P., & Rodríguez Medina, R. M. (2016). Tratamiento actual de las metástasis hepáticas de origen colorrectal.

Soares KC, Jarnagin WR. The Landmark Series: Hilar Cholangiocarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2021 Aug;28(8):4158-4170.

Sugiura T, Okamura Y, Ito T, et al. Left hepatectomy with combined resection and reconstruction of right hepatic artery for bismuth type I and II perihilar cholangiocarcinoma. *World J Surg*. 2019;43(3):894–901.

Vega P, Arribas J, González M, Moreno S, Aburto JM. Colangiocarcinoma polipoideo difuso de colédoco. *CirEsp* 2004; 75: 365-8.

Xu B, Zhao W, Chang J, Yin J, Wang N, Dong Z, Zhi X, Li T, Chen Z. Comparative study on left-sided versus right-sided hepatectomy for resectable peri-hilar cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *World J Surg Oncol*. 2023 May 18;21(1):153.

Yalcin s, Diagnosis and management of cholangiocarcinomas: a comprehensive review. *Hepatogastroenterology*. 2004; 51: 43-50.