

Tumor de Klatskin IIIB complicado

Complicated Klatskin IIIB tumor

José Luis González González^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9783-1238>

Iván Palacios Morejón¹ <https://orcid.org/0000-0001-9306-6209>

Llipsy Teresa Fernández Santiesteban¹ <https://orcid.org/0000-0002-1276-7554>

Orlando Zamora Santana¹ <https://orcid.org/0000-0001-6069-070X>

Miguel Licea Videux¹ <https://orcid.org/0009-0005-0910-9592>

Sonia Jiménez Reyes¹ <https://orcid.org/0009-0005-0910-9592>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, Grupo de Cirugía Hepatobiliopancreática. La Habana, Cuba.

*Autor para correspondencia: joseluis@infomed.sld.cu

RESUMEN

El colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin) es una neoplasia poco frecuente del árbol biliar, con alta complejidad quirúrgica y pronóstico dependiente de la extensión tumoral y la permeabilidad vascular. Se presenta una adulta de 42 años, sin antecedentes patológicos ni hábitos tóxicos, con pérdida de peso de 10 kg en seis meses, ictericia, coluria, acolia, fiebre diaria y dolor en hipocondrio derecho. Estudios bioquímicos mostraron patrón obstructivo y hipoalbuminemia. La ecografía y colangiorresonancia revelaron dilatación biliar izquierda y una lesión compatible con absceso subsegmento II, con tumoración hiliar y permeabilidad de los vasos contralaterales. La colangipancreatografía retrograda (CPRE) confirmó obstrucción en la confluencia biliar, diagnosticando colangiocarcinoma tipo IIIB según Bismuth-Corlette. Se realizó laparotomía con colecistectomía, disección del hilio hepático y resección de la vía biliar tumoral, completando hemihepatectomía

izquierda. La reconstrucción biliar se efectuó mediante anastomosis hepático-yeyunal en Y de Roux. La cirugía fue exitosa, preservando los vasos contralaterales y permitiendo resección curativa. Este caso destaca la importancia de la evaluación multimodal (ecografía, CPRE, colangiorresonancia) y del abordaje quirúrgico planificado en colangiocarcinomas hiliares complejos.

Palabras clave: colangiocarcinoma hilar; tumor de Klatskin.

ABSTRACT

Hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumor) is a rare neoplasm of the biliary tree, with high surgical complexity and a prognosis dependent on tumor extent and vascular patency. We present the case of a 42-year-old woman with no prior medical history or history of smoking or alcohol use, who presented with a 10 kg weight loss over six months, jaundice, dark urine, pale stools, daily fever, and right upper quadrant pain. Biochemical studies showed an obstructive pattern and hypoalbuminemia. Ultrasound and magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) revealed left biliary dilation and a lesion consistent with a subsegment II abscess, with a hilar tumor and patency of the contralateral vessels. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) confirmed obstruction at the biliary confluence, leading to a diagnosis of Bismuth-Corlette type IIIB cholangiocarcinoma. Laparotomy with cholecystectomy, dissection of the hepatic hilum, and resection of the tumorous bile duct were performed, completing a left hemihepatectomy. Biliary reconstruction was performed using a Roux-en-Y hepaticojejunostomy. The surgery was successful, preserving the contralateral vessels and allowing for curative resection. This case highlights the importance of multimodal evaluation (ultrasound, ERCP, MRCP) and planned surgical approach in complex hilar cholangiocarcinomas.

Keywords: hilar cholangiocarcinoma; Klatskin tumor.

Recibido: 21/03/2025

Aprobado: 12/10/2025

Introducción

El colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klastkin) es una neoplasia poco frecuente del árbol biliar, con alta complejidad quirúrgica y pronóstico dependiente de la extensión tumoral y la permeabilidad vascular. Es una neoplasia maligna que se origina en el epitelio de los conductos biliares. Se clasifica en tres tipos según su localización: intrahepático, perihiliar (tumor de Klatskin) y distal. El tumor de Klatskin es el más común, representando hasta el 10 % de todos los tumores hepatobiliares. Su diagnóstico y tratamiento son desafiantes debido a la variabilidad en los tipos histológicos y la presentación clínica.^(1,5)

Clasificación

El tumor de Klatskin se clasifica según diferentes sistemas:

La clasificación de Bismuth-Corlette: Divide los tumores según la extensión biliar. (fig. 1)

La clasificación TNM de la Unión para el Control Internacional del Cáncer (UICC, por sus siglas en inglés) considera la extensión local, afectación vascular, ganglionar y metástasis.

La clasificación del Grupo de estudio japonés sobre el colangiocarcinoma perihiliar (JSGPH, por sus siglas en inglés) propone modificaciones a la clasificación TNM, priorizando la afectación ganglionar como un factor pronóstico clave.^(1,4,5)

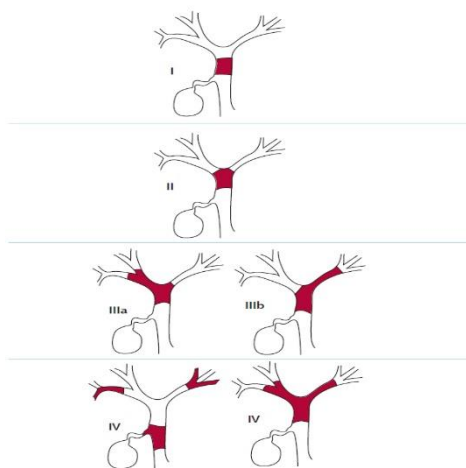


Fig. 1- Clasificación de Bismuth-Corlette

Presentación del caso

Se trata de una paciente femenina de 42 años de edad con antecedentes de salud aparente y sin hábitos tóxicos, que acude a consulta con pérdida de peso de unos 10 kg en menos de 6 meses, inapetencia, ictero, coluria, acolia, fiebre diaria en el último mes y dolor en hipocondrio derecho. Se realizan exámenes complementarios en los que se encuentra un patrón enzimático obstructivo y niveles bajos de albumina y proteínas totales. Se realiza ecografía abdominal que demuestra dilatación de la vía biliar intrahepática a predominio izquierdo e imagen ecolúcida hacia subsegmento II que impresiona absceso. El examen Doppler de los vasos del eje espleno-portal las muestras permeables y se aprecia tumoración a nivel del hilio hepático.

Se realiza colecistopancreatografía retrógrada (CPRE) que no puede progresar más allá de la confluencia, diagnosticando un colangiocarcinoma hiliar.

Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) contrastado donde se evidencia la imagen hipodensa notificada en la ecografía en subsegmento II, que contacta el diafragma, próximo al pericardio (fig. 2 A, B). Se realiza colangiorresonancia (fig. 2 C y D) que muestran dilatación a expensas del árbol biliar izquierdo y su extensión a la confluencia de los hepáticos. En la TAC, fase venosa, se comprueba permeabilidad de la rama portal derecha (fig. 2E) y de la rama arterial derecha (fig. 2F).

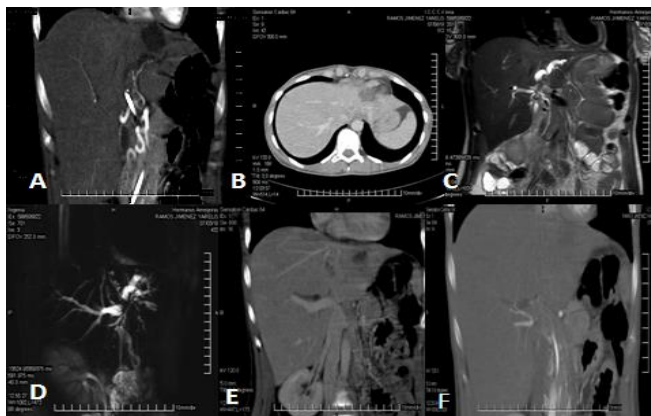


Fig. 2- TAC contrastado donde se evidencia la imagen hipodensa reportada en la ecografía en subsegmento II, que contacta el diafragma, próximo al pericardio (A, B). CRMN (Fig. 2 C y D) dilatación a expensas del árbol biliar izquierdo y su extensión a la confluencia de los hepáticos. (E) TAC, en fase venosa, se comprueba permeabilidad de la rama portal derecha y de la rama arterial derecha (F)

Ante estos hallazgos, planteamos estar ante la presencia de un tumor de Klastkin IIIB de la clasificación de Bismuth-Corlette, complicado con un absceso intrahepático y con potencialidad de resección quirúrgica, al ser los vasos contralaterales permeables y no notificarse adenomegalias.

Se realiza una laparotomía utilizando una incisión subcostal bilateral bajo anestesia general y previa inspección visual que descarta carcinosis, metástasis intraperitoneales ni hepáticas. Se accede al hilio hepático, se realiza colecistectomía, se disea y secciona el colédoco y se eleva proximalmente la vía biliar tumoral, seccionándola a nivel del conducto hepático derecho (fig. 3A) y se esqueletiza el hilio hepático. Se prosigue la disección identificando y ligando las estructuras vasculares del hemi-hígado izquierdo (Fig. 3B) Se completa la hemihepatectomía izquierda (fig. 3C) y se realiza una anastomosis con el hepático derecho utilizando un asa larga de yeyuno en Y de Roux. (fig. 3D)

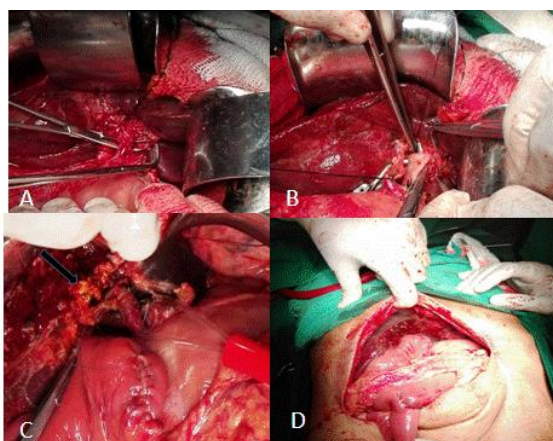


Fig. 3. (A) Acceso al hilio hepático, disección, sección del colédoco y se elevación proximal de la vía biliar tumoral (B) esqueletización del hilio hepático y ligadura de las estructuras vasculares del hemi-hígado izquierdo (C) Hemihepatectomía izquierda. (D) anastomosis con el hepático derecho en Y de Roux

Discusión

El tumor de Klatskin, es un tipo agresivo de cáncer biliar que se origina en la confluencia de los conductos hepáticos. Representa entre el 40-60 % de todos los colangiocarcinomas. Su diagnóstico es a menudo tardío debido a síntomas inespecíficos, lo que resulta en una supervivencia sin tratamiento quirúrgico de entre 6 y 12 meses. La cirugía es la única

opción curativa, pero sólo es posible en aproximadamente el 47 %. El diagnóstico se basa en la combinación de pruebas de imagen y análisis de laboratorio. Las pruebas más comunes incluyen: la TAC y resonancia magnética (RM), utilizadas para evaluar la extensión tumoral y la resecabilidad, la CPRE, que puede ser útil para el drenaje biliar y la obtención de muestras para citología. También, los marcadores tumorales, entre los que el CA 19-9 es el más utilizado, aunque su especificidad es limitada.^(2,6)

El tratamiento del tumor de Klatskin es principalmente quirúrgico. Las opciones incluyen: la resección quirúrgica, que constituye la única opción curativa, con un enfoque en lograr márgenes libres (R0). La resección en bloque con reconstrucción vascular puede mejorar la supervivencia a largo plazo. También la quimioterapia, la que se utiliza en casos irresecables o como tratamiento adyuvante. La combinación de gemcitabina y cisplatino ha mostrado beneficios en la supervivencia.^(3,5)

En el presente, existen varios debates en torno al manejo del tumor de Klatskin. Se plantea la resecabilidad, de la que su definición varía entre centros, lo que puede influir en los resultados. La clasificación de JSGPH sugiere que la afectación biliar bilateral no debe considerarse un criterio absoluto para la irresecabilidad si se puede lograr una resección R0.^(1,5) El manejo de ganglios linfáticos, cuya disección durante la cirugía es un tema controvertido. Algunos estudios sugieren que la afectación ganglionar es un predictor clave de supervivencia, lo que resalta la necesidad de una evaluación exhaustiva.^(4,6)

El tumor de Klatskin es un cáncer biliar agresivo con un pronóstico desfavorable. La detección temprana y un enfoque multidisciplinario son esenciales para mejorar los resultados. La cirugía sigue siendo el único tratamiento curativo, pero sólo es viable en una minoría de pacientes. Se requieren más investigaciones para optimizar el tratamiento sistémico y mejorar la supervivencia a largo plazo.

Este caso destaca la importancia de la evaluación multimodal (ecografía, CPRE, TAC, colangiorresonancia) y del abordaje quirúrgico planificado en colangiocarcinomas hiliares complejos. La resección hepática izquierda y la reconstrucción biliar lograron control curativo en un tumor IIIB con absceso intrahepático, subrayando que una planificación precisa permite resultados óptimos incluso en lesiones avanzadas.

Referencias bibliográficas

1. Molina V, Sampson J, Ferrer J, Sanchez-Cabus S, Calatayud D, Pavelet MC, et al. Tumor de Klatskin: diagnóstico, evaluación preoperatoria y consideraciones quirúrgicas. Cir Esp. 2015;93:552–560. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.07.003>
2. Sánchez García AA, Avila MD, Gómez Pérez MG. Tumor de Klatskin: colangiocarcinoma hiliar. Medigraphic. 2023;3:273-275. Acta Med GA. 2023; 21 (3): 273-275. DOI: <https://dx.doi.org/10.35366/111353>
3. Yu M, Lu L, Wu R. Perihilar cholangiocarcinoma resection: Is it beneficial for survival in elderly patients? Gastroenterol Hepatol. 2024;47(7):691-701. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2023.10.002>.
4. Rogacka N A, Benko T, Sanser FH, Malamutmann E. Lymph node staging in perihilar cholangiocarcinoma: The key to the big picture. Curr Oncol. 2023;30(6):5849-5862. DOI: <https://doi.org/10.3390/curroncol30060438>
5. Zhang X, Liu, H Klastkin Tumor: A population-based study of incidence and survival Med Sci Monit. 2019;25:4503-4512 DOI: <https://doi.org/10.12659/MSM.914987>
6. Pérez Ramírez A, Ruz Zafra P, Perez Estrada C, Sánchez Torrijos Y. Colangiocarcinoma: una revisión de la literatura actual. RAPD Online. 2023;46(1):03. DOI: <https://doi.org/10.37352/2023461.3>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, redacción – borrador original; redacción – revisión y edición: José Luis González González, Iván Palacios Morejón, Llipsis Teresa Fernández Santiesteban, Orlando Zamora Santana, Miguel Licea Videux y Sonia Jiménez Reyes