



IMAGEN DEL MES

Colangiografía magnética y adecuación de pruebas diagnósticas al final de la vida

Pablo Gallardo Melo^{1*}, Aránzazu Castellano Candalija² y Juan Luis Torres Tenor²

¹Unidad de Oncología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España. ²Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España

Recibido el 1 de marzo de 2022

Aceptado el 1 de mayo de 2022

Gallardo Melo P, Castellano Candalija A, Torres Tenor JL. Colangiografía magnética y adecuación de pruebas diagnósticas al final de la vida. *Med Paliat.* 2022;29:264-265.

INTRODUCCIÓN

Varón de 73 años, exfumador, sin otros antecedentes de interés. Diagnosticado en enero de 2015 de carcinoma escamoso de pulmón estadio III-B sobre lóbulo superior izquierdo. Realiza tratamiento con quimio-radioterapia e inmunoterapia de mantenimiento, alcanzando una respuesta completa radiológica e iniciando controles periódicos. En marzo de 2021, se objetiva aparición de un nódulo pulmonar de 3 cm en lóbulo medio de pulmón derecho que se interviene quirúrgicamente, siendo compatible con carcinoma de pulmón de célula pequeña estadio II-B. Completa tratamiento adyuvante con carboplatino y etopósido, con una recidiva precoz a nivel hepático y mediastínico en diciembre de 2021. El paciente se encontraba pendiente de inclusión en ensayo clínico.

Acude a hospital de día de oncología refiriendo un cuadro de astenia, hiporexia y deterioro del estado general de una semana de evolución. Asocia coluria y acolia durante los últimos días. A la exploración física inicial, destaca ictericia mucocutánea con dolor abdominal difuso a la palpación de hipocondrio derecho. Se realiza analítica sanguínea en la que destaca

alteración del perfil hepático con predominio de colestasis (bilirrubina total 5,71 mg/dl, bilirrubina directa 4,07 mg/dl, AST 149 UI/l, ALT 438 UI/l) y leucocitosis con neutrofilia (leucocitos 16.280/mm³, neutrófilos 14.490/mm³), con perfil renal e ionograma en rango normal. Se completa estudio con ecografía abdominal, que objetiva múltiples áreas nodulares hipoecogénicas sugestivas de afectación metastásica difusa, sin dilatación de la vía intra- o extrabiliar.

Se decide ingreso hospitalario en el servicio de oncología, orientando el cuadro como ictericia obstructiva en contexto de afectación metastásica múltiple. Se completa estudio diagnóstico con colangiografía magnética preferente, que objetiva infiltración metastásica masiva en todo el parénquima hepático sin dilatación de vía biliar intra- o extrahepática (Figuras 1 y 2). Por ello, y ante el empeoramiento clínico, no se considera tributario de terapias endoscópicas ni colocación de endoprótesis. En ese momento, se solicita valoración por equipo de cuidados paliativos.

Pese a la instauración de corticoterapia a dosis altas y la optimización del tratamiento sintomático, presenta mala evolución con progresivo deterioro de la función hepática, elevación de

*Autor para correspondencia:

Pablo Gallardo Melo

Unidad de Oncología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Carrer de Sant Antoni Maria Claret, 167. 08025, Barcelona, España

Correo electrónico: pablo_gms@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2022.1331/2022>

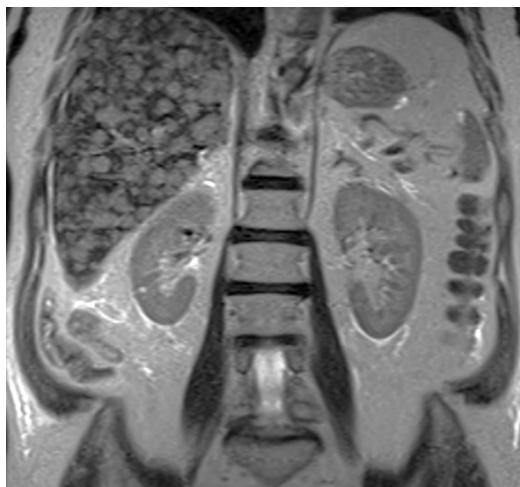


Figura 1. Corte TC de abdomen y tórax en el momento de recaída de la enfermedad.

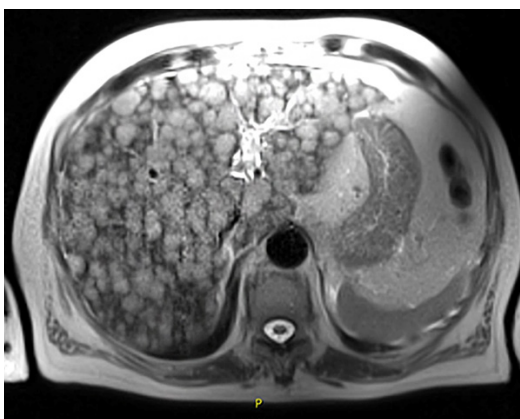


Figura 2. Colangiorrresonancia magnética. Corte axial.

bilirrubina total (26,42 mg/dl) e instauración de encefalopatía hepática refractaria a medidas farmacológicas. Finalmente, el paciente fallece en su decimosegundo día de ingreso.

COMENTARIO

La precisión y el coste de las técnicas radiológicas se han incrementado de manera exponencial durante la última década¹. A menudo, estos avances se aplican de manera generalizada en el ámbito hospitalario, siguiendo protocolos que incluyen a los pacientes paliativos. La colangiorrresonancia magnética, con un coste aproximado de 3500², presenta una alta sensibilidad para el diagnóstico etiológico de la obstrucción biliar³, una complicación que puede requerir el uso de endoprótesis biliares. La TC o la ecografía suponen alternativas más accesibles, rápidas y de menor coste económico⁴, y son de mayor utilidad ante cuadros clínicos de etiología definida.

El uso de endoprótesis biliares en pacientes con obstrucción maligna de la vía biliar constituye un tratamiento paliativo. Su objetivo es reducir el impacto de diversas complicaciones hepatobiliares que pueden repercutir en la calidad de vida

de los pacientes, incluyendo dolor, ictericia, prurito o colangitis de repetición⁵. Su utilización no está exenta de efectos secundarios, por lo que las indicaciones se deben ajustar a la esperanza de vida y la morbilidad esperada⁶.

El caso clínico descrito presenta a un paciente metastásico con afectación hepática difusa, un patrón asociado a mal pronóstico en el contexto del cáncer de pulmón de célula pequeña⁷. La indicación de un procedimiento endoscópico y colocación de una endoprótesis se reserva únicamente para aquellos pacientes en los que se objetiva una obstrucción biliar definida⁸, un criterio que no cumplía el paciente mencionado. La ecografía inicial objetivó un patrón de diseminación hepática difusa sin dilatación de la vía biliar intra- o extrahepática. La colangiorrresonancia magnética no supuso un cambio en la valoración diagnóstica ni en el manejo posterior.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de establecer modelos de adecuación de pruebas diagnósticas en pacientes en situación de final de vida. La justificación a la hora de realizar pruebas de alto coste económico y baja disponibilidad ha de basarse no solo en guías clínicas, sino también en un adecuado diagnóstico situacional como herramienta conductora. Esta decisión ha de ser congruente con el pronóstico del paciente, la información proporcionada, las expectativas terapéuticas y la pertinencia en un sistema sanitario finito.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previo a la publicación del caso, se obtuvo el consentimiento informado escrito por parte del tutor del paciente para la divulgación de las imágenes y datos clínicos con fines científicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Froelich MF, Kunz WG, Tollens F, Schnitzer ML, Schönberg SO, Kaiser CG, et al. Cost-effectiveness analysis in radiology: methods, results and implications. *Rofo*. 2022;194:29-38.
2. Adam V, Bhat M, Martel M, da Silveira E, Reinhold C, Valois E, et al. Comparison costs of ERCP and MRCP in patients with suspected biliary obstruction based on a randomized trial. *Value Health*. 2015;18:767-73.
3. Kim JY, Lee JM, Han JK, Kim SH, Young J, Choi JY, et al. Contrast-enhanced MRI combined with MR cholangiopancreatography for the evaluation of patients with biliary strictures: differentiation of malignant from benign bile duct strictures. *J Magn Reson Imaging*. 2007;26:304-12.
4. Castrillón GA, Gómez DV. Malignant biliary obstruction: usual and recent imaging findings. *Rev Colomb Radiol*. 2015;26:4317-27.
5. Webb K, Saunders M. Endoscopic management of malignant bile duct strictures. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2013;23:313-31.
6. Dy SM, Harman SM, Braun UK, Howie LJ, Harris PF, Jayes RL. To stent or not to stent: an evidence-based approach to palliative procedures at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43:795-801.
7. Mishima S, Nozaki Y, Mikami S, Kihira E, Iikura M, Koketsu R, et al. Diffuse liver metastasis of small-cell lung cancer presenting as acute liver failure and diagnosed by transjugular liver biopsy: a rare case in whom nodular lesions were detected by enhanced CT examination. *Case Rep Gastroenterol*. 2015;9:81-7.
8. Afshar M, Khanom K, Ma YT, Punia P. Biliary stenting in advanced malignancy: an analysis of predictive factors for survival. *Cancer Manag Res*. 2014;6:475-9.