

CANCER DE VESICULA BILIAR

RESUMEN

Se presenta la experiencia del Hospital Privado en cáncer de vesícula biliar. Se estudiaron los pacientes que presentaron dicha patología en un lapso de 15 años en el período comprendido entre enero de 1982 y Diciembre de 1996.

Se hallaron 15 casos. Estos fueron sometidos a una evaluación que incluyó sexo, edad, la presencia de litiasis, los síntomas y signos, utilización de métodos complementarios de diagnóstico, tratamiento realizado, anatomía patológica y evolución.

Nuestro estudio nos mostró que el carcinoma de la vesícula biliar es aún una patología de muy mal pronóstico ya que el diagnóstico se realiza en estadíos avanzados de la enfermedad no pudiendo ofrecerse un tratamiento curativo.

Palabras clave: Vesícula biliar - Cáncer.

SUMMARY

We reviewed the experience of the Hospital Privado regarding Gallbladder Carcinoma. We searched for the patients that showed that pathology in a 15 years period from January 1982 to December 1996. Fifteen cases were found. They underwent a thorough evaluation that included sex, age, the presence of gallstones, signs and symptoms, diagnostic procedures, treatment, pathology findings and long term follow up.

Our study showed that the gallbladder carcinoma is related to a very poor prognosis due to reaching the diagnosis at advanced stages of the illness what leaves a curative treatment almost impossible to perform.

Key wards: Gallbladder - Carcinoma.

Dr. Tomás F. Ferrer ⁽¹⁾, Dr. Gonzalo Vivas ⁽²⁾,
Dr. Juan Carlos Mondino ⁽³⁾.
Servicio de Cirugía General - Hospital Privado.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes admitidos en el Hospital Privado de Córdoba en el período comprendido entre Enero de 1982 y Diciembre de 1996 para cirugía de la vesícula biliar o patología asociada a la vía biliar. De este grupo se tomaron los pacientes con cáncer de la vesícula biliar demostrados por anatomía patológica.

La revisión incluyó el análisis en cada paciente de: edad, sexo, antecedente de litiasis vesicular, síntomas y signos, métodos complementarios de diagnóstico, tratamiento recibido, anatomía patológica y evolución de los pacientes en los que pudo hacerse un seguimiento.

Los cánceres fueron clasificados según los criterios de la American Joint Committee on Cancer. (Tis, carcinoma in situ; T1, tumor que invade la mucosa; T2, tumor que invade el tejido conectivo perimuscular, sin extensión más allá de la serosa o hacia el hígado; T3, tumor que invade más allá de la serosa o hacia un órgano adyacente o ambos; T4, tumor que se extiende más de 2 cm. Hacia el hígado o hacia 2 ó más órganos adyacentes).

RESULTADOS

Entre enero de 1982 y diciembre de 1996 se encontraron 15 casos de cáncer de vesícula biliar sobre un total de 2830 colecistectomías (0.53 %). La relación mujer / hombre fue de 9 a 6. El rango de edad fue de 42 a 83 años con una media de 63 años.

En nuestra serie sólo 4 pacientes refirieron antecedente de litiasis biliar diagnosticada previamente.

En cuanto al inicio de la enfermedad nueve presentaron dolor en hipocondrio derecho y en epigastrio. Tres manifestaron su enfermedad como cólicos biliares, en su mayoría a repetición. Tres tuvieron un

(1) Médico concurrente de cirugía general - Hospital Privado.

(2) Médico residente de cirugía general - Hospital Privado.

(3) Médico adjunto de cirugía general - Hospital Privado.

cuadro de colecistitis aguda, 1 de ellos dos años antes, momento en el cual se le realizó una colecistografía oral que mostró vesícula excluida, y recién ante un cólico biliar se le realizó la colecistectomía. Cinco presentaron pérdida de peso, 4 anorexia, 2 decaimiento y astenia, 2 fiebre, 3 náuseas y vómitos. Tres pacientes debutaron con un síndrome coledociano, uno de ellos precedido de varios meses de dolor epigástrico irradiado al dorso. A 2 pacientes se les encontró hepatomegalia y a otros 2 tumoración palpable en hipocondrio derecho al examen físico. Como presentaciones más atípicas 1 presentó dolor en hipocondrio izquierdo, 1 ascitis y otro estaba asintomático al momento del diagnóstico y fue sospechado a raíz de una ecografía abdominal.

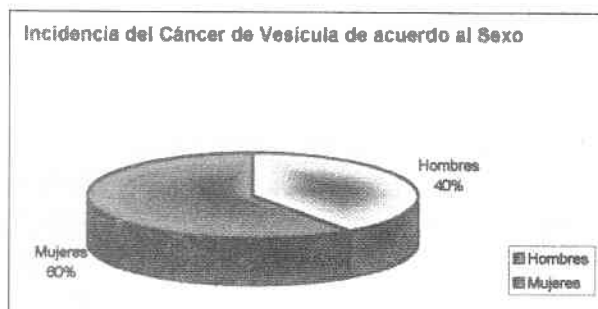
Analizando los valores de laboratorio se encontraron registros de velocidad de sedimentación globular (VSG) en 9 pacientes, uno sólo de ellos con un valor normal y el resto con valores aumentados que oscilaban entre 18 y 96 mm/h. De 6 pacientes con registro de fosfatasa alcalina (FA) el 50 % tenía valores normales y el resto se encuentran elevados. Se midieron glóbulos blancos en 7 pacientes, 3 estaban dentro del límite máximo normal y el resto valores elevados en su mayoría relacionados con cuadros de colecistitis aguda. La bilirrubina se dosó en 5 pacientes de los cuales en uno estaba normal y en 4 estaba elevada en un rango de 6.40 a 15.5 mg. a predominio de la bilirrubina directa. Se dosaron transaminasas (GOT / GPT) en sólo 2 pacientes con valores ligeramente superiores a los normales. Tres tenían un hemograma normal y 2 un hepatograma normal al momento del diagnóstico.

Al referirnos al diagnóstico por imágenes 10 de nuestros pacientes fueron estudiados por ecografía abdominal. De estos, 8 presentaron litiasis múltiple; 2 engrosamiento parietal; 3 dilatación de la vía biliar intrahepática, uno de ellos asociado a dilatación extrahepática, y otro paciente presentaba esta condición independientemente; en un paciente no se pudo visualizar la vesícula; en otro se encontraron adenopatías hiliares; en otro una imagen quística en el segmento VIII del hígado y por último un paciente con imágenes sos-

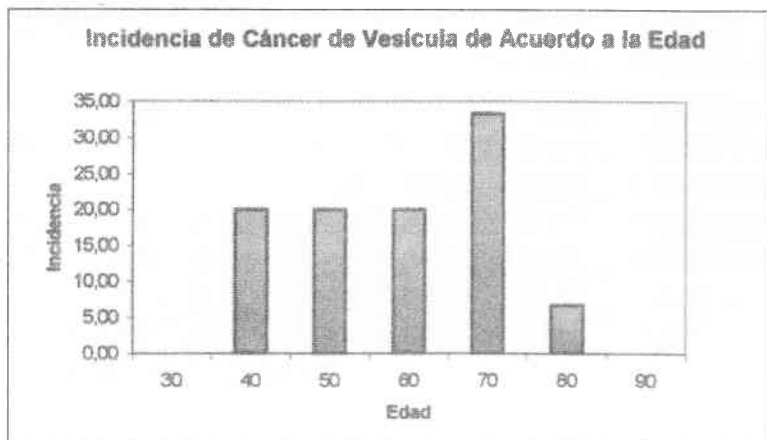
pechosas en este mismo órgano. Se realizó colecistografía oral a 4 pacientes, 2 de ellos fueron informadas como "vesícula excluida", otra como litiasis múltiple y la otra como colecistitis aguda. De los pacientes que presentaron síndrome coledociano, 2 fueron estudiados con colangiografía retrógrada endoscópica (ERCP) observándose en ambos obstrucción completa a nivel del hilio hepático. En un paciente se sospechó cáncer de páncreas por lo que se realizó arteriografía del tronco celíaco que resultó normal. En 1 paciente que comenzó con un cuadro de colecistitis aguda se realizó centellografía con Tc 99 y el resultado fue compatible con obstrucción del conducto cístico.

Los 15 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico. En 7 se encontraron signos de tumor avanzado debido a: invasión de hilio y del colédoco (3 casos), metástasis en hígado (3 casos), carcinomatosis peritoneal (1 caso) y un gran tumor que invadía colon (1 caso). En un paciente de 83 años de edad que presentó colecistitis aguda se practicó colecistostomía y biopsia que dio negativa reinterviniéndose a los 2 meses para someterla a una colecistectomía. En 9 pacientes se pudo realizar la colecistectomía. En 2 se drenó la vía biliar mediante un tubo de Kehr. En 2 se realizó coledocoduodenoanastomosis.

El rango de edad en ambos sexos osciló entre los 42 y 83 años con una media de 63 años.



En los comienzos de la enfermedad, la clínica es totalmente inespecífica, y cuando se la sospecha, generalmente se encuentra en un estadio avanzado. Al momento del diagnóstico ningún caso correspondió a los estadios de carcinoma in situ (Tis) o T1, encontrándose en 33 % en estadio T2, un 33 % en T3, y el res-



tante 33 % en estadio T4. De nuestros pacientes, 9 (60 %), presentaron un cuadro de dolor en hemiabdomen superior, ya sea por cólicos biliares a repetición (20 %) ó cuadros de colecistitis aguda (20 %). En 5 pacientes (33.3 %) se registró pérdida de peso. El resto de los pacientes presentaron, aisladamente, náuseas y vómitos (20 %), anorexia (20 %), astenia (14 %), fiebre (14 %), hepatomegalia (14 %), tumoración en hipocondrio derecho (14 %), y un sólo paciente (7 %) no presentó sintomatología alguna y fue resultado de un hallazgo quirúrgico.

La anatomía patológica reveló adenocarcinoma en los 15 pacientes, 10 correspondieron a la variedad infiltrante, 1 no infiltrante y 4 mucosecretantes. A los adenocarcinomas además se los clasificó según el grado de diferenciación en bien diferenciados (4 casos), moderadamente diferenciados (2 casos), e indiferenciados (5 casos). En los 4 restantes no se contó con dicha información. En dos pacientes se confirmó el diagnóstico mediante biopsia del ganglio cístico que demostró metástasis de adenocarcinoma de origen vesicular. En otro se llegó al diagnóstico en la autopsia que mostró adenocarcinoma mucosecretante de origen biliar con metástasis en suprarrenales e hígado.

En nuestra serie 5 pacientes fueron clasificados como T2 (33 %), 5 como T3 (33 %) y 5 como T4 (33 %) según los criterios de la American Joint Committee on Cancer. No se encontraron pacientes en estadio de carcinoma in situ (Tis) ó T1.

En 11 casos se pudo controlar el postoperato-

rio y evolución alejadas, en cambio, en 4 se perdió contacto con los pacientes. Del primer grupo tenemos 5 pacientes de los que sólo contamos con información parcial: uno de ellos hizo una pancreatitis a los 19 meses del alta, otro a los 8 meses presentó una eventración en la herida quirúrgica y otro repitió el síndrome colodociano a los 3 meses, cuando se diagnosticaron metástasis hepáticas. Un cuarto paciente que desarrolló anorexia y ascitis y por último, un paciente que mostró metástasis en un scan óseo, sólo recibió paliación con quimioterapia.

De los restantes 6, uno vive en la actualidad y 5 fallecieron debido a causas secundarias a su enfermedad. Uno desarrolló ascitis secundaria a carcinomatosis peritoneal falleciendo a los 10 meses de la cirugía. A otro se le propuso bisegmentectomía que fue rechazada por la familia y en el control a los 12 meses tenía un gran deterioro del estado general con pérdida de peso de 10 kg, falleciendo 3 meses después. Otro presentó un cuadro de oclusión intestinal debido a progreso de su enfermedad que fue solucionado con la realización de una gastro-yeyuno anastomosis pero falleció al año del diagnóstico. El quinto tuvo varias internaciones debidas a dolor epigástrico y lumbar y falleció a los dos años y medio debido a un gran deterioro del estado general, ictericia, náuseas y vómitos.

De los pacientes seguidos en su evolución sólo uno permanece con vida. Corresponde a una mujer de 50 años que luego de cólicos biliares a repetición presentó un cuadro de colecistitis aguda siendo sometida a colecistectomía por video. La anatomía patológica mostró colecistitis crónica calculosa y adenocarcinoma infiltrante con metástasis en el ganglio cístico. En un segundo tiempo fue sometida a hepatectomía parcial (segmentos 4 B-5-6) Desde entonces han transcurrido 2 1/2 años y se encuentra libre de enfermedad corroborado con ecografía abdominal y seguimiento mediante controles seriados de antígeno carcinoembrionario (CEA).

DISCUSION:

En este trabajo se presentan 15 casos de cáncer de la vesícula biliar operados entre 1982 y 1996 en el Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Se observó un ligero predominio en el sexo femenino (60 %) sobre el sexo masculino (40 %).

Síntoma	Número	Porcentaje
Dolor en Hipocondrio derecho	9	60,0
Pérdida de peso	5	33,3
Anorexia	4	26,7
Cólicos Biliares	3	20,0
Colecistitis Aguda	3	20,0
Náuseas y Vómitos	3	20,0
Síndrome Coledociano	3	20,0
Astenia	2	13,3
Fiebre	2	13,3
Tumor en Hipocondrio Derecho	2	13,3
Hepatomegalia	2	13,3
Asintomático	1	6,7

Síntomas relacionados al Cáncer de Vesícula Biliar

Los estudios de laboratorio no fueron significativos ni orientadores. Se obtuvieron registros de VSG en 9 pacientes, uno tuvo valores normales (11 %) y el resto tuvo cifras anormalmente elevadas (88 %), aunque de por sí la VSG es un parámetro muy inespecífico.

En cuanto a los métodos de diagnóstico por imágenes se recurrió a la ecografía abdominal, tomografía computada, colecistografía oral y colangiografía retrógrada endoscópica. Ninguno de ellos permitió hacer el diagnóstico en forma preoperatoria.

Los 15 pacientes de nuestra serie fueron explorados quirúrgicamente. En 7 (46.6 %), debido a la extensión del tumor, sólo pudo realizarse algún procedimiento paliativo. el resto de los pacientes (53.4 %)

recibió tratamiento más agresivo pero en sólo 2 casos se realizó colecistectomía más hepatectomía. Uno de ellos, un hombre de 56 años, fue sometido a este procedimiento y, a pesar de ello, falleció al año del diagnóstico por progresión de su enfermedad. En el otro caso, una mujer de 50 años de edad, se realizó colecistectomía videolaparoscópica, y la anatomía patológica

alertó sobre el diagnóstico. En un 2do. tiempo fue sometida a hepatectomía de los segmentos 4B - 5 y 6. Esta paciente se encuentra libre de enfermedad a los 2 1/2 años del diagnóstico.

CONCLUSIONES

La etiopatogenia del cáncer de la vesícula biliar no está del todo claro, pero se acepta su relación con la litiasis. Es una enfermedad ligeramente más común en el sexo femenino y después

de la sexta década de la vida. Tanto los estudios de laboratorio como de diagnóstico por imágenes son inespecíficos para el diagnóstico.

El único tratamiento potencialmente curativo es la resección quirúrgica completa, ya que ni la radioterapia ni la quimioterapia han dado buenos resultados como tratamientos alternativos. Si se demuestra la presencia de un tumor in situ (Tis), la colecistectomía es potencialmente curable. Ante un tumor invasor, pero limitado a la vesícula biliar (T1 - T2), se aconseja una colecistectomía ampliada incluyendo una cuña de parénquima hepático y el tejido celulo-ganglionar del pedículo hepático. Si el cáncer es más extenso (T3 - T4), se intentará una resección lo más completa posible siempre que no haya evidencia de metástasis aleja-

das. Si el tumor es irresecable se intentará hacer una derivación interna o bien algún drenaje percutáneo de la vía.

En dos de nuestros pacientes el diagnóstico se realizó mediante biopsia del ganglio cístico, por lo que sugerimos la extirpación del mismo con la pieza quirúrgica en las colecistectomías.

El carcinoma de la vía biliar extrahepática ha sido asociado siempre con un mal pronóstico. Esto es esencialmente el resultado del crecimiento lento y asintomático de la neoplasia que infiltra las estructuras adyacentes, tales como la vena porta y la arteria hepática, haciendo un tratamiento quirúrgico curativo casi imposible.

En conclusión podemos decir que no se han hecho progresos en los últimos años en el tratamiento del cáncer de la vesícula biliar. Debido a la casi evolución asintomática de la enfermedad, la únicas áreas en las que podría haber un progreso en su manejo son el enfoque quirúrgico agresivo, la cirugía profiláctica de la vesícula biliar y una última conducta, aunque muy discutida, el trasplante hepático.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Juan Carlos Mondino, Dr. Gustavo Mengo, Dr. Eduardo de Arteaga. Cáncer Primario de la Vesícula Biliar. 1987. Trabajo realizado en el Hospital Privado, no publicado.
2. R. Edward Hamrick, Jr y col Primary Carcinoma of the Gallbladder. *Annals of Surgery* 1982; 106:270-273.
3. Jorge Albores-Saavedra y col. The precursor lesions of invasive gallbladder carcinoma: hyperplasia, atypical hyperplasia and carcinoma in situ. *Cancer* 1980; 45:919-927.
4. Pierre Cubertafond, M.D., Alain Gainant, M.d., Gionanni Cuchiaro, M.D. Surgical Treatment of 724 Carcinomas of the Gallbladder. *Annals of Surgery* 1994; 219:275-280.
5. Koji Yamaguchi, M.D. Gallbladder Carcinoma in the Era of Laparoscopic Cholecystectomy. *Arch. Surg.* 1996; 131:981-985.
6. Satoshi Nakamura, M.D. Hepatopancreatoduodenectomy for Advanced Gallbladder Carcinoma. *Arch. Surg.* 1994; 129:625-629.

La civilización es una ilimitada multiplicación de necesidades innecesarias.

Mark Twain