

Neoplasia de vesícula biliar como diagnóstico preoperatorio: reporte de un caso y revisión de la literatura

Autores Vanessa Becerra , Luz Lizcano, Ángel Rivera, Olga Silva, Luz Carreño, Denny Castro 

Afiliación Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E Anderson". San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela.

Autora de Correspondencia: Vanessa Becerra. Correo: vane19_1991@hotmail.com ORCID: [0000-0002-0541-4240](https://orcid.org/0000-0002-0541-4240)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2023; 77(3): 111-114.

© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

<https://doi.org/10.61155/2023.77.3.007>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Fecha de recepción: 02/05/2023

Fecha de revisión: 04/06/2023

Fecha de aprobación: 15/06/2023

Resumen

El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia maligna de las vías biliares más común y muestra una variación sorprendente entre las regiones del mundo. Su principal forma de diagnóstico es incidental y por sospecha a través de estudios de imagen la menos usual. Nuestro caso trata de paciente masculino de 51 años de edad, sin comorbilidades, quien refiere de 01 mes de evolución dolor abdominal, de aparición insidiosa, localizado en hipocondrio derecho, carácter opresivo, moderada intensidad, no irradiado, asociado a astenia y adinamia. Al examen físico, abdomen doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, no se palpan masas, ni signos de irritación peritoneal. Ecográficamente impresiona lesión endoluminal en vesícula biliar y tomográficamente, se observa engrosamiento neoproliferativo endoluminal, con realce en fase contrastada; por lo cual, es intervenido quirúrgicamente, realizando laparotomía exploradora + colecistectomía radical, cuya histología concluye como adenocarcinoma bien diferenciado de vesícula biliar, siendo entonces referido a oncología médica para recibir tratamiento adyuvante.

Palabras clave: vesícula biliar, adenocarcinoma.

GALLBLADDER NEOPLASIA AS A PREOPERATIVE DIAGNOSIS: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Summary

Gallbladder cancer is the most common bile duct malignancy and shows striking variation between world regions. Its main form of diagnosis is incidental and by suspicion through imaging studies the less usual. Our case deals with a 51-year-old male patient, without comorbidities, who reports abdominal pain of 1 month of evolution, insidious onset, located in the right hypochondrium, oppressive, moderate intensity, non-radiating, associated with asthenia and adynamia. On physical examination, the abdomen was painful on deep palpation in the right hypochondrium, no masses were palpable, and no signs of peritoneal irritation. Ultrasound impresses an endoluminal lesion in the gallbladder and tomographically, endoluminal neoproliferative thickening is observed, with phase-contrasted enhancement; Therefore, he underwent surgery, performing exploratory laparotomy + radical cholecystectomy, whose histology concluded as well-differentiated adenocarcinoma of the gallbladder, being then referred to medical oncology to receive adjuvant treatment.

Keywords: Gallbladder, adenocarcinoma.

Introducción

El diagnóstico preoperatorio de cáncer de vesícula biliar generalmente no es factible en la práctica clínica, ya que no se observa de forma evidente en los exámenes preoperatorios; sin embargo, si se aprecia una masa sospechosa, se requieren estudios adicionales, así como la valoración de cirujanos

oncólogos para una evaluación completa antes de la realización de una colecistectomía estándar. La vesícula biliar carece de una cubierta peritoneal hacia su lado hepático, por lo cual las neoplasias que comprometen la capa muscular, tienen una mayor propensión a invadir al hígado; es por esta razón que la colecistectomía simple es inadecuada para la mayoría de los cánceres de vesícula biliar, excepto los de etapa más tempranas como el T1a; además de ello, este procedimiento no incluye la extirpación de los ganglios linfáticos del conducto cístico, y como resultado, la estadificación ganglionar no sería apropiada. En contraparte, la colecistectomía radical, extrae la vesícula biliar con un margen de tejido hepático e incluye la linfadenectomía regional; mejorando la estadificación y disminuyendo el riesgo de recurrencia, condiciones las cuales mejoran aun más, cuando es el primer abordaje realizado ante un paciente con alta sospecha por imágenes de una neoplasia de vesícula biliar.

Resumen del Caso

Masculino de 51 años edad, sin comorbilidades, quien refiere de 01 mes de evolución dolor abdominal de aparición insidiosa, localizado en hipocondrio derecho, carácter opresivo, moderada intensidad, no irradiado, el cual cede parcialmente con la administración de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), asociado a astenia y adinamia y refiere haber presentado durante 02 días tinte icterico en piel y mucosas. Al examen físico luce en condiciones clínicas estables, normocoloreado, con abdomen plano, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho; no se palpan masas ni megalias, así como tampoco signos de irritación peritoneal. Ecográficamente se observa vesícula biliar con engrosamiento difuso de pared, de 0,4 cm y en su interior una masa que protruye hacia la luz, irregular, con bordes bien definidos, sin sombra acústica posterior e inmóvil a los cambios de posición (Figura 1) y por tomografía abdominal se aprecia engrosamiento de la pared de la vesícula, siendo más evidente hacia el fundus con realce homogéneo tras la administración de contraste; dicho engrosamiento no sobrepasa la pared ni compromete parénquima hepático (Figura 2). Dados los hallazgos descritos por estudios de imagen es llevado a mesa operatoria, donde se realiza laparotomía exploradora + colecistectomía radical, cuyos hallazgos intraoperatorios fueron, vesícula distendida, pared engrosada y en su interior lesión de aspecto tumoral, friable, que ocupa la circunferencia de la vesícula en su totalidad hasta el bacinete, respeta fundus vesicular; no se observa lesión en lecho vesicular ni ganglios aumentados (Figura 3). Los hallazgos anatomopatológicos corresponden con adenocarcinoma bien diferenciado que compromete fundus, cuerpo y cuello en ambas caras, de tipo gástrico, grado 1, e infiltra la capa muscular y tejido conectivo perimuscular, sin comprometer la serosa y los segmentos hepáticos IV y V libres de lesión, así como los ganglios. El paciente actualmente se encuentra recibiendo tratamiento adyuvante con evolución clínica satisfactoria.

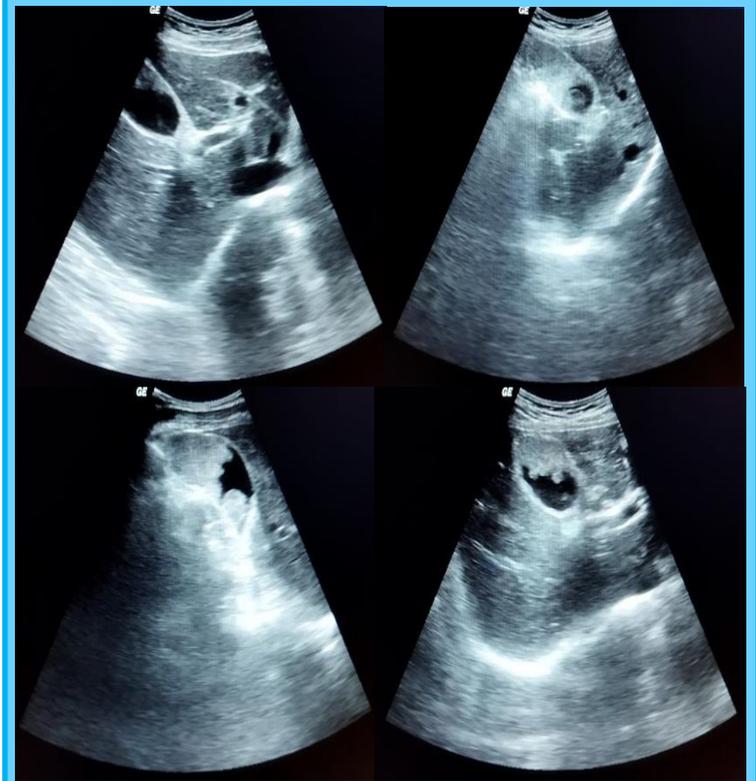


Figura 1. LOE endoluminal de vesícula biliar.

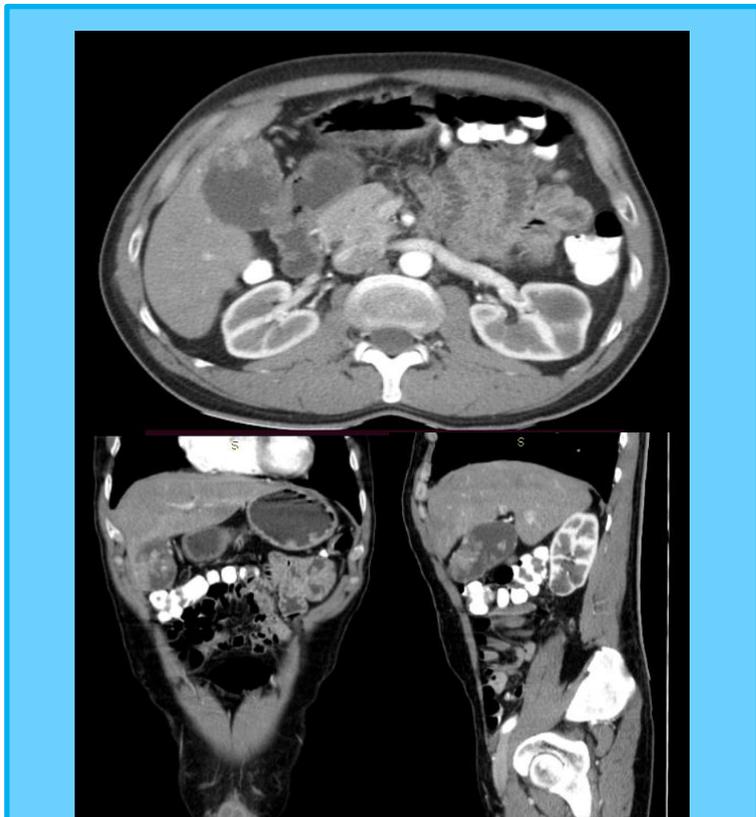


Figura 2. Engrosamiento neoproliferativo endoluminal de pared de la vesícula biliar, más evidente hacia el fundus, presenta realce en fase contrastada, no sobrepasa la pared.

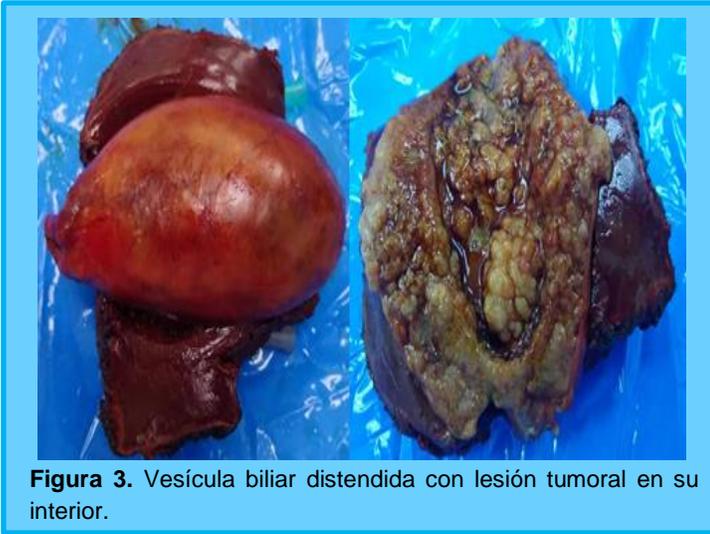


Figura 3. Vesícula biliar distendida con lesión tumoral en su interior.

Discusión

El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia más frecuente de la vía biliar, con mayor predilección en el sexo femenino sobre el masculino en una proporción de 3:1, en mayores de 50 años de edad y se pueden asociar a mutaciones genéticas en los genes KRAS y TP53¹. Esta neoplasia muestra una variación geográfica evidente, ocupando el puesto 20 en incidencia y el 17 en mortalidad a nivel mundial, y representa el 1,3% de todos los cánceres. Las áreas geográficas con las tasas de mortalidad más altas incluyen Chile, Bolivia, Corea, Nepal, Bangladesh, Japón, Perú, República Checa y Eslovaquia^{1,2}. Los factores de riesgo incluyen la colelitiasis, pólipos vesiculares > 1 cm, vesícula de porcelana, infecciones crónicas por salmonella y alteraciones ductales pancreatobiliares³.

Histológicamente se distinguen el adenocarcinoma (más frecuente), carcinoma de células escamosas, el carcinoma adenoescamoso, cistoadenocarcinoma y el carcinoma mucinoso^{1,3}. Los síntomas generalmente son inespecíficos y pueden comprender dolor abdominal, astenia, adinamia, náuseas, vómito y se ha descrito la presencia de ictericia y pérdida de peso en casos avanzados; sin embargo, hay que tener en cuenta que las neoplasias pueden coexistir con litiasis y estas pueden causar obstrucciones transitorias de la vía biliar^{1,3,4}.

La diseminación suele suceder por invasión directa de órganos vecinos, fundamentalmente a hígado (65%), aunque también a colon, duodeno, páncreas o epiplón. Una segunda vía de extensión suele ser la linfática, hacia región hiliar (ganglio cístico) y posteriormente por el ligamento hepatoduodenal hacia mesenterio superior, región celiaca y paraaórtica. También es posible la diseminación hematogena, intraductal (con la consiguiente obstrucción secundaria de la vía biliar), peritoneal o neural^{1,5,6}.

El diagnóstico de las neoplasias de vesícula biliar, en la mayoría de los casos es incidental (reporte anatomopatológico de una

colecistectomía estándar), seguido de hallazgo intraoperatorio y finalmente, menos frecuente, sospecha por estudios de imagen, las cuales generalmente se realizan por otros motivos^{1,7}. Ecográficamente se pueden distinguir 3 patrones morfológicos debidos a su tipo de crecimiento; la forma de presentación más comúnmente descrita es la de una masa que reemplaza la vesícula (40 – 65%), visualizándose como una lesión de ecos heterogéneos, de bordes irregulares, con áreas de necrosis o calcificaciones en su interior. Los focos de ecogenicidad y sombra acústica asociados al tumor pueden estar relacionados con la coexistencia de litiasis. La extensión directa al hígado circundante y al árbol biliar es común, no pudiéndose establecer un límite ecográfico entre la masa y el parénquima hepático⁸.

El segundo patrón en frecuencia es el de engrosamiento difuso o focal de la pared (20 – 30%), siendo la forma de presentación más difícil de diagnosticar, ya que es muy inespecífico y se presenta en múltiples enfermedades vesiculares (colecistitis aguda y adenomiomatosis) y extravesciculares (hepatitis, cirrosis, pancreatitis e insuficiencia cardíaca); sin embargo existen algunos datos que sugieren malignidad, como engrosamiento mural e irregular superior a 12 mm, marcada asimetría mural, pérdida de la interfase entre la pared de la vesícula y el hígado, calcificaciones de la pared, adenopatías y obstrucciones biliares^{9,10,11,12}. El patrón menos habitual es el de masa intraluminal mayor de 2 cm, que aparecen en un 15 – 25% de casos, y se muestra como nódulos o pólipos homogéneos, bien definidos, sin sombra posterior y fijados a la pared. Cuando son menores de 10 mm son indistinguibles de los pólipos de colesterol o de adenomas y suelen representar neoplasias en estadio temprano^{10,11,12}.

Para completar la estadificación, se emplea la tomografía computarizada, la resonancia magnética nuclear y la colangiografía por resonancia magnética; la laparoscopia diagnóstica y el PET – CT pueden ser útiles para la estadificación en casos seleccionados, como pacientes con sospecha de tumores T3 o T4. Estudios recientes señalan el uso de la elastografía en tiempo real como una herramienta prometedora, ya que permite diferenciar el tejido maligno del benigno en relación con su rigidez, por lo cual se ha sugerido su uso combinado con biomarcadores, entre los cuales se emplean el CA 19 – 9, CA 125 y CA 242, este último no se ve afectado por trastornos inflamatorios^{1,8}.

La colecistectomía simple implica la disección entre la vesícula biliar y la placa quística. Este enfoque no es óptimo para pacientes con tumores T2 – T4, ya que corre el riesgo de dejar una enfermedad residual, sólo se considera suficiente para los tumores T1a¹. Además, la colecistectomía simple no incluye la extirpación de los ganglios linfáticos del conducto cístico y, como resultado, la estadificación ganglionar es inadecuada con este procedimiento. La colecistectomía radical (extendida o de limpieza de márgenes) extrae la vesícula biliar con un margen de tejido hepático normal e incluye linfadenectomía regional. Este procedimiento se utiliza para mejorar la estadificación y disminuir el riesgo de recurrencia. Además de la resección hepática, se debe realizar una linfadenectomía adecuada de la

porta hepática con el objetivo de evaluar seis o más ganglios regionales^{13,14,15}.

Los expertos coinciden en que, como mínimo, el hígado que rodea la fosa de la vesícula biliar en los segmentos 4b / 5 deben researse para un aclaramiento óptimo de los márgenes. Dada la proximidad del infundíbulo de la vesícula biliar a la porta hepática y las estructuras de entrada del hígado (en particular, la arteria hepática derecha, la vena porta derecha y el conducto biliar derecho y común), los tumores cercanos a estas estructuras pueden requerir una hepatectomía mas extensa. Los tumores más avanzados (T3 – T4) pueden afectar el estómago, el colon derecho y / o duodeno, así como el hígado. En estos casos, puede ser necesaria la resección en bloque de los órganos afectados con gastrectomía, colectomía, resección duodenal o pancreatoduodenectomía para lograr márgenes claros^{13,14,15}.

Enfoques más recientes plantean, que ante la sospecha de cáncer de vesícula biliar, el manejo debe adaptarse a cada paciente para lograr una adecuada estadificación y al mismo tiempo minimizar la morbimortalidad perioperatoria. Para los pacientes con una masa en la vesícula, debe procederse con la estadificación con imágenes transversales de alta calidad; si dichos estudios no son concluyentes o hay una baja probabilidad de cáncer, es razonable ofrecer una colecistectomía para la confirmación patológica; en la cual de tratarse de cáncer y ser estadio T1b o superior que son aptos para una cirugía abdominal mayor y no tienen evidencia de enfermedad inoperable, se debe ofrecer una cirugía de limpieza de márgenes con linfadenectomía regional. En el caso de los tumores T1a, los expertos están de acuerdo en que la colecistectomía simple es suficiente, ya que la posibilidad de enfermedad residual o metástasis en los ganglios linfáticos es < 5%. Si durante la estadificación inicial la probabilidad de cáncer es elevada, se recomienda proceder con una colecistectomía radical, como en el caso presentado^{13,14,15}.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

- Zaidi MY, Abou-Alfa GK, Ethun CG, Shrikhande SV, Goel M, Nervi B, Primrose J, Valle JW, Maithel SK. Evaluation and management of incidental gallbladder cancer. *Chin Clin Oncol*. 2019;8(4):37.
- García P, Lamarca A, Díaz J, Carrera E, Roa JC, On Behalf Of The European-Latin American Escalon Consortium. Current and New Biomarkers for Early Detection, Prognostic Stratification, and Management of Gallbladder Cancer Patients. *Cancers (Basel)*. 2020 7;12(12):3670.
- Gupta P, Meghashyam K, Marodia Y, Gupta V, Basher R, Das CK, Yadav TD, Irrinki S, Nada R, Dutta U. Locally advanced gallbladder cancer: a review of the criteria and role of imaging. *Abdom Radiol (NY)*. 2021;46(3):998-1007
- Krell RW, Wei AC. Gallbladder cancer: surgical management. *Chin Clin Oncol*. 2019;8(4):36.
- Qadan M, Kingham TP. Technical Aspects of Gallbladder Cancer Surgery. *Surg Clin North Am*. 2016; 96(2):229-45.
- Okumura K, Gogna S, Gachabayov M, Felsenreich DM, McGuirk M, Rojas A, Quintero L, Seshadri R, Gu K, Dong XD. Gallbladder cancer: Historical treatment and new management options. *World J Gastrointest Oncol*. 2021; 13(10):1317-1335.
- Cherkassky L, D'Angelica M. Gallbladder Cancer: Managing the Incidental Diagnosis. *Surg Oncol Clin N Am*. 2019; 28(4):619-630.
- Song X, Hu Y, Li Y, Shao R, Liu F, Liu Y. Overview of current targeted therapy in gallbladder cancer. *Signal Transduct Target Ther*. 2020; 5(1):230.
- Hickman L, Contreras C. Gallbladder Cancer: Diagnosis, Surgical Management, and Adjuvant Therapies. *Surg Clin North Am*. 2019; 99(2):337-355.
- Kishi Y, Nara S, Esaki M, Hiraoka N, Shimada K. Extent of lymph node dissection in patients with gallbladder cancer. *Br J Surg*. 2018;105(12):1658-1664.
- Zevallos Maldonado C, Ruiz Lopez MJ, Gonzalez Valverde FM, Alarcon Soldevilla F, Pastor Quirante F, Garcia Medina V. Ultrasound findings associated to gallbladder carcinoma. *Cir Esp*. 2014; 92(5):348-55.
- Segura Grau A, Joleini S, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía de la vesícula y la vía biliar [Ultrasound of gallbladder and bile duct]. *Semergen*. 2016;42(1):25-30. Spanish.
- Sharma A, Sharma KL, Gupta A, Yadav A, Kumar A. Gallbladder cancer epidemiology, pathogenesis and molecular genetics: Recent update. *World J Gastroenterol*. 2017; 23(22):3978-3998.
- Ethun CG, Postlewait LM, Le N, Pawlik TM, Buettner S, Poultsides G, Tran T, Idrees K, Isom CA, Fields RC, Jin LX, Weber SM, Salem A, Martin RC, Scoggins C, Shen P, Mogal HD, Schmidt C, Beal E, Hatzaras I, Shenoy R, Merchant N, Cardona K, Maithel SK. A Novel Pathology-Based Preoperative Risk Score to Predict Locoregional Residual and Distant Disease and Survival for Incidental Gallbladder Cancer: A 10-Institution Study from the U.S. Extrahepatic Biliary Malignancy Consortium. *Ann Surg Oncol*. 2017;24(5):1343-1350.
- Wernberg JA, Lucarelli DD. Gallbladder cancer. *Surg Clin North Am*. 2014;94(2):343-60.