
Cáncer de vesícula biliar: reporte de caso.

Gallbladder cancer: report of case.

Reinaldo Ramírez Robinson *
Geovanny Raúl Lozada Bajaña **
Wendy Jiménez Carriel **
Ricardo Francisco Altamirano Bajaña **

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente de sexo femenino de 53 años de edad que ingresa por el servicio de emergencia del hospital "Luis Vernaza" por presentar dolor en hipocondrio derecho con diagnóstico presuntivo de colecistitis aguda, cuyo cuadro clínico evoluciona en 5 meses; una semana antes presentó síntomas como tinte amarillo en escleróticas y piel de la cara, vómitos posprandiales, dolor irradiado a la espalda. La biopsia de vesícula biliar demostró fragmentos de adenocarcinoma de tipo infiltrante. La TAC demostró vías biliares intrahepáticas dilatadas. El adenocarcinoma se lo encuentra en el 1% y es un hallazgo quirúrgico o patológico de los pacientes sometidos a colecistectomía. El 90% de los casos están asociados a cálculos.

Palabras Claves: Colecistitis. Adenocarcinoma. Colecistectomía.

SUMMARY

Female patient, 53 years old admitted in the Emergency Room with pain in right hypochondrium. Provisional diagnosis: Acute Cholecystitis. This clinical profile has developed for 5 months. A week ago the patient showed a yellow dyeing in her eyes and the skin of her face slightly icteric, after eating vomitus, pain radiated to the back. Gallbladder biopsy showed bits of adenocarcinoma, infiltrating type. CAT showed expanded intrahepatic bile ducts. Adenocarcinoma is found in 1% and it is a surgical finding, or a pathological one in patients who had a cholecystectomy. In 90% of cases it is associated to gallstones.

Key words: Cholecystitis. Adenocarcinoma. Cholecystectomy.

Introducción

El carcinoma se presenta entre los 50 y 70 años de edad, en una proporción de 4 a 1 con predominio en mujeres. En el 90% o más de los casos está asociado a colelitiasis, lo cual lleva a considerar que los cálculos tienen sustancias cancerígenas. Entre los tipos de cáncer, la mayor proporción corresponde a adenocarcinomas con el 90% y el 10% restante son epidermoides. La forma de presentación más común es el infiltrante que puede extenderse hasta las vías biliares adoptando la forma de escirro; otras

formas menos frecuentes son el papilífero y el gelatinoso.

El cáncer vesicular invade rápidamente al hígado siguiendo las vías linfáticas y venosas. También son relativamente precoces las metástasis al ganglio cístico del hiato de Winslow y ganglios retroduodenopancreáticos como periportales y de la arteria hepática.

La sintomatología esta enmascarada por la colelitiasis, donde existe baja de peso e ictericia, el tumor ya está muy avanzado. El carcinoma temprano es hallazgo operatorio al hacer el estudio histopatológico de la vesícula extirpada, la

lesión está localizada en la mucosa o levemente en la submucosa; en estos casos podría ser suficiente la simple colecistectomía, pero por la agresividad del tumor es aconsejable la resección en cuña del lecho vesicular en el mismo acto operatorio.

En los casos de cáncer más avanzados se recomienda además el vaciamiento linfático del pedículo hepático e incluso una hepatectomía derecha; pero las posibilidades de curación son mínimas según las estadísticas de los diversos autores, por esta razón se recomienda practicar la colecistectomía en los pacientes mayores de 50 años con colelitiasis asintomática o sintomática; salvo los casos en que el riesgo operatorio sea muy alto, por la edad o enfermedades intercurrentes.

La quimioterapia tiene efecto muy leve en el carcinoma de vesícula biliar, por lo que no se lo considera como alternativa de tratamiento con los medicamentos que existen en la actualidad.

Reporte del caso

Paciente de sexo femenino, de 53 años de edad, presentó cuadro clínico hace 5 meses con diagnóstico de colecistitis aguda. Es reingresada con diagnóstico de colelitiasis.

El 29/09/2006 se realiza la toma de biopsia de hígado y vesícula biliar, más lavado y drenaje de cavidad

Diagnóstico post-quirúrgico empiema vesicular.

Hallazgo:

- . Hígado aumentado de tamaño.
- . Plastrón que involucra epiplón mayor, colon, estómago y vesícula biliar.
- . Vesícula biliar con triada, de paredes gruesas, firmemente adheridas a colon, de aspecto tumoral.
- . Hígado con múltiples tumoraciones, una de aproximadamente 10 cm. a nivel de segmento V y VIII y otras de aproximadamente 6 cm. a nivel del VII
- . No se observa siembras tumorales en mesenterio ni en otros órganos intrabdominales

Procedimiento realizado

Incisión subcostal derecha, se palpan las masas tumorales en hígado. Se libera plastrón

digitalmente, observándose una vesícula atrófica, de paredes engrosadas, firmemente adherido a las paredes del colon; se disecciona y se libera la misma. Se palpa la vesícula biliar dura. Se utiliza catéter N° 18 con jeringuilla de 20 cc para punsionar el hígado y tratar de aspirar bilis pero sin resultado ya que las masas tumorales antes descritas comprometen el parénquima hepático.

Resultado de los exámenes

La Biopsia reporta:

- A. Vesícula biliar. Fragmento de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo infiltrante.
- B. Hígado. Fragmento de colestasis.

Figura 1



Rx estándar de Tórax: normal

Fuente: hospital "Luis Vernaza", sala Santa Cecilia.

Figura 2



La TAC de abdomen simple y contrastada: hígado aumentado de tamaño con presencia de masa de menor densidad entre la derecha y la izquierda. Vías biliares intrahepáticas severamente dilatadas.

Fuente: hospital "Luis Vernaza", sala Santa Cecilia.

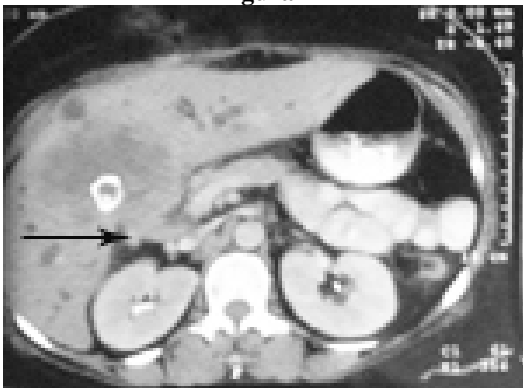
Figura 3



La TAC de abdomen simple y contrastada: hígado aumentado de tamaño con presencia de masa de menor densidad entre la derecha y la izquierda. Vías biliares intrahepáticas severamente dilatadas.

Fuente: hospital "Luis Vernaza", sala Santa Cecilia.

Figura 4



La TAC de abdomen simple y contrastada: hígado aumentado de tamaño con presencia de masa de menor densidad entre la derecha y la izquierda. Vías biliares intrahepáticas severamente dilatadas.

Fuente: hospital "Luis Vernaza", sala Santa Cecilia.

Figura 5



Colangiografía percutánea transparietohepática: se observa dilatación de las vías biliares internas hepáticas, colédoco no se lo visualiza. DX: cáncer de vías biliares.

Fuente: hospital "Luis Vernaza", sala Santa Cecilia.

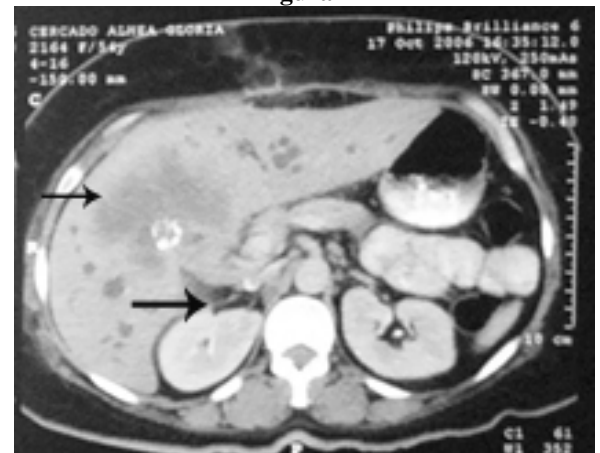
Figura 6



Colangiografía percutánea transparietohepática: se observa dilatación de las vías biliares internas hepáticas, colédoco no se lo visualiza. DX: cáncer de vías biliares.

Fuente: hospital "Luis Vernaza", sala Santa Cecilia.

Figura 7



Colangiografía percutánea transparietohepática: se observa dilatación de las vías biliares internas hepáticas, colédoco no se lo visualiza. DX: cáncer de vías biliares.

Fuente: hospital "Luis Vernaza", sala Santa Cecilia.

Marcadores tumorales:

Antígeno Carcinoembrionario: 22,11

Alfabetoproteína: 1,86

CA. 125: 369,1

CA. 72-4: 2,7

Examen de Laboratorio.

TGO: 2,12 UI/L TGP: 191UI/L Fosfatasa

Alcalina: 8.38 U/L LDH: 8,74 mU/mL

Lipasa: 48 mU/mL Amilasa: 41 mU/mL Bi-total: 18,17 mg/dl

Bi-directa: 16,38 mg/dl Bi-indirecta: 1,79 mg/dl

Discusión

El 80% de los pacientes con carcinoma de vesícula tienen colelitiasis, lo cual sugiere una relación etiológica entre la presencia de cálculos y la posterior degeneración maligna del epitelio de la vesícula biliar. Su prevalencia en material de autopsia es del 0,5%; se encuentra 4 veces más en mujeres que en varones, en concordancia con la frecuencia relativa de colelitiasis en ambos sexos. Para el paciente con colelitiasis, sin embargo, el riesgo de degeneración maligna de la vesícula es pequeño, ya que su incidencia es sólo del 1%. Por razones desconocidas, este riesgo es sustancialmente mayor en pacientes con vesícula calcificada (vesícula de porcelana) por lo que en este grupo esta indicada la colecistectomía profiláctica. La edad media de presentación clínica oscila alrededor de los 70 años. Debido a la extensa invasión local, la mayoría de estos tumores no son resecables. Los pacientes presentan grandes masas con invasión profunda del hígado y estructuras del hilio hepático.

Conclusiones

La falta de semiología específica impide la detección del carcinoma de vesícula en un estadio precoz y, por lo tanto, resecable quirúrgicamente. El cuadro clínico suele ser superpuesto al de la colelitiasis y sólo cuando aparecen manifestaciones claramente tumorales, puede sospecharse el diagnóstico correcto; éste se obtiene sólo en una minoría de casos, antes de la cirugía.

El síntoma más frecuente es el dolor (75%), seguido del síndrome tóxico (40%), ictericia (35%) y náuseas y vómitos (30%). La exploración física revela con frecuencia una masa dolorosa en el hipocondrio derecho, en cuyo caso la lesión es indefectiblemente irresecable en el acto quirúrgico. Los datos de laboratorio pueden demostrar anemia y evidencia de colestasis o lesión hepática ocupante de espacio (elevación de las fosfatasa alcalinas y de la GGT, con hiperbilirrubinemia conjugada o sin ella. El diagnóstico de certeza es muy difícil de establecer antes de la intervención quirúrgica. El tratamiento depende del grado de infiltración con el cual se descubre, con una supervivencia de 5 años. El tipo de cirugía no mejora la supervivencia. Hay diferentes tipos de tratamiento para los pacientes con cáncer del conducto biliar extrahepático. Se utilizan dos

tipos de tratamiento estándar: cirugía y radioterapia.

Otros tipos de tratamiento están en evaluación en ensayos clínicos, como: radiosensibilizadores y quimioterapia.

Referencias bibliográficas

1. Robbins. Patología Estructural y Funcional. Sexta Edición Capítulo. 19:937, 2000.
2. Berk PD. Hepatic imaging. *Semin Liv Dis* 1989; 9: 1-101.
3. Bruguera M, Bordas JM, Rodes J. Técnicas de exploración y diagnóstico en hepatología. Barcelona, Salvat, 1990.
4. McIntyre N, Rosalki S. Biochemical investigations in the management.
5. Medicina Interna Decimotercera Edición. Página 389.
6. M, Rodes J (eds). Oxford textbook of clinical hepatology. Londres, Oxford University Press, 1991; 293-314.
7. Harrison. Principios de Medicina Interna. Decimosexta Edición. 78:600, 2006.
8. Reuter SR, Redman HC, CHO KJ. Gastrointestinal angiography. Filadelfia, WB Saunders, 1986.
9. Sherlock S, Summerfield JA. Atlas de enfermedades hepáticas, Vols. 1, 2 y 3. Londres, Mosby Year Book, 1992.
10. Stolz A, Kaplowitz N. Biochemical tests for liver disease. En: Zakim D, Boyer TD (eds). Hepatology. A textbook of liver disease. Filadelfia, WB Saunders, 1990; 637-667.
11. Cameron, J. L., Broe. P., and Zuidema, G. D.: Proximal bile duct tumors: Surgical management with silastic transhepatic biliary stents. *Ann. Surg.* 196:412, 1982.
12. Catedra DE Cirugía Facultad DE Ciencias Médicas DE LA Universidad DE Guayaquil. Texto de Cirugía. Primera Edición. capítulo 39. Página 619, 1999.
13. Seel, D. J., and Park, Y. K.: Oriental infestational cholangitis. *Am. J. Surg.*, 146:366, 1983.
14. Witlin, L.T., GADACZ, T. R. Zuidema, G. D., and Kridelbaugh, W. W.: Transhepatic decompression of the biliary tree in Caroli's disease. *Surgery*, 91:205, 1982.
15. Suros. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Octava Edición. 4:511, 2001.

Geovanny Raúl Lozada Bajaña

Teléfonos: 593-04- 2971654 / 099694456

Correo electrónico: rauozad-7@hotmail.com

Fecha de presentación: 30 de octubre de 2006

Fecha de publicación: 25 de junio de 2007

Traducido por: Dr. Gonzalo Clavijo.