

Carcinoma insospechado de la vesícula biliar

Armando Cortés, M.D.¹, María Paula Botero, M.D.², Edwin Carrascal, M.D.¹,
Fabio Bustamante, M.D.³

RESUMEN

Introducción. El carcinoma de la vesícula es una malignidad poco frecuente en Colombia. Este artículo pretende establecer la proporción global de carcinoma de la vesícula y el carcinoma de la vesícula insospechado e identificar características comunes en este grupo particular de pacientes.

Materiales y métodos. Se evaluaron retrospectivamente todas las colecistectomías consecutivas realizados en la Fundación Hospital San José de Buga durante dos años.

Resultados. De las 376 colecistectomías realizados en este hospital durante los dos últimos años, el carcinoma de la vesícula se diagnosticó en seis pacientes; sólo en uno de ellos fue sospechado antes de la cirugía. De acuerdo con la literatura la ocurrencia en mujeres (83.3%) es más alta que en hombres (16.7%). La edad promedio es 58.5 años (rango 41-71); el síntoma más común es el dolor abdominal; la mayoría (66.7%) tenía colelitiasis y los informes patológicos confirman el diagnóstico de adenocarcinoma en todos los 6 pacientes.

Conclusión. La incidencia global de carcinoma insospechado de la vesícula en la presente serie es de 1.6%. No existió alguna característica común para este grupo de pacientes cuando se comparó con las personas con patología no-maligna. El carcinoma de la vesícula biliar puede pasar desapercibido al examen macroscópico del espécimen quirúrgico tanto por el médico como por el radiólogo, el cirujano y el patólogo.

Palabras clave: Carcinoma de la vesícula. Colecistectomía y carcinoma incidental.
Carcinoma insospechado de la vesícula.

El carcinoma de la vesícula es una entidad rara, se diagnostica entre 0.2% y 5% de todas las colecistectomías¹. El diagnóstico temprano de este carcinoma es difícil por la ausencia de síntomas específicos y por la asociación frecuente con colecistitis crónica y cálculos. Desde la introducción de la cirugía laparoscópica, las colecistectomías han aumentado y con ellas el diagnóstico de carcinoma de vesícula. En este estudio se pretende establecer la proporción global del carcinoma de la vesícula y el carcinoma insospechado de la vesícula según la experiencia de los autores. Se evaluaron todas las colecistectomías consecutivas realizadas en la Fundación Hospital San José de Buga

durante un período de dos años y se compararon los datos presentes con los informados en la literatura pretendiendo descubrir características comunes en este grupo particular de pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 376 pacientes (72 hombres y 304 mujeres) consecutivos sometidos a colecistectomía durante un período de dos años en la Fundación Hospital San José de Buga. De los datos reunidos se recuperaron 6 pacientes con carcinoma insospechado de vesícula. Los datos médicos se presentan en el Cuadro 1. Se prestó especial atención

en las manifestaciones pre-operatorias o hallazgos intra-operatorios que despertaran la sospecha de carcinoma de la vesícula.

RESULTADOS

Durante este período se realizaron 376 colecistectomías en pacientes con edad promedio de 44.8 años (rango 17-74); hombres 49 años (rango 23-72); mujeres 44.5 años (rango 17-74). Todas fueron cirugías abiertas, ninguna laparoscópica. Este procedimiento incluye cirugías electivas por cálculos biliares sintomáticos y cirugías urgentes en colecistitis aguda.

La evaluación patológica de todos los especímenes reveló la asociación con cálculos en 332 (88.3%); seis casos de carcinoma de la vesícula comprendió 1.6% de todas las colecistectomías realizadas. Todos los casos identifica-

1. Profesor Titular, Departamento de Patología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Residente de Anatomía Patológica y Patología Clínica, Departamento de Patología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

3. Cirujano, Fundación Hospital San José de Buga.

Recibido para publicación agosto 19, 2003 Aprobado para publicación febrero 6, 2004

Cuadro 1
Presentación clínica y hallazgos operatorios y patológicos de los casos diagnosticados como carcinoma de la vesícula

Edad/género	Cuadro clínico	Ultrasonido	Hallazgos operatorios	Enfermedad
72/masculino	Ictericia, acolia, coluria	Vesícula esclero-atrónica Colelitiasis. Dilatación de vía biliar intra y extra-hepática Colédoco 18 mm	Masa tumoral vesicular, compromete lecho hepático y vía biliar extrahepática	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante Fragmento de vesícula, no se recibieron cálculos
71/femenino	Dolor abdominal, astenia, adinamia	Colecistolitiasis múltiple Colecistopatía crónica. Hidrocolelitiasis Eco de hígado normal	Vesícula escleroatrónica Colelitiasis	Colelitiasis mixtos Adenocarcinoma mal diferenciado (toda la pared) No aparente macroscópicamente
62/femenino	Pérdida de peso, anemia, ictericia, síntomas generales	Vesícula esclero-atrónica, imágenes sugestivas de cálculos	Plastrón de vesícula con adherencias a duodeno	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con metástasis a hígado. Fragmento de vesícula, no se recibieron cálculos
55/femenino	Dolor abdominal, ictericia, coluria, acolia	Ecos sugestivos de cálculos, colelitiasis coledocolitiasis	Vesícula con cambios inflamatorios, colelitiasis	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante hasta serosa. Fragmentada. Colelitiasis
50/femenino	Dolor abdominal Ictericia	Colecistopatía calcuosa	Vesícula con cambios inflamatorios Colelitiasis	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante hasta serosa. y borde quirúrgico No aparente macroscópicamente Colelitiasis
41/Femenino	Dolor abdominal	Colecistopatía calcuosa	No hay nota	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante hasta serosa. Masa endo y exofítica Borde quirúrgico libre, Ganglio pericístico positivo. Colelitiasis

dos eran preoperatoriamente insospechados; sin embargo, los hallazgos intraoperatorios en tres de los pacientes dieron lugar a la sospecha de carcinoma de la vesícula (Cuadro 1). Los exámenes de laboratorio no se practicaron en 5 de 6 casos y no fueron relevantes en quién se realizó. Todas las cirugías fueron electivas y abiertas. Cinco de los seis pacientes diagnosticados eran mujeres. La edad media de estos pacientes fue 58.5 años (rango de 41-71). La apariencia macroscópica más relevante entre los casos de cáncer fue la vesícula escleroatrónica (4/6); del total de 7 vesícula con esta apariencia, 4 resultaron con malignidad (57.1%). Los datos clínicos y la evolución se informan en el Cuadro 1.

DISCUSIÓN

Aunque el carcinoma de la vesícula es una entidad escasa, es la quinta malignidad gastrointestinal más común y la más común del tracto biliar. Normalmente se descubre de manera accidental². El carcinoma de la vesícula se diagnostica patológicamente entre 0.2% y 5% de los especímenes de colecistectomía. El pronóstico de los pacientes en quienes se diagnostica preoperatoriamente es muy pobre. Entre 15% y 30% de los casos no hay ninguna evidencia de malignidad antes o durante la cirugía y la enfermedad se diagnostica sólo al microscopio en el postoperatorio. En teoría, este grupo tiene un mejor pronóstico³. Demográficamente,

el carcinoma de la vesícula es más común en mujeres y su frecuencia aumenta con la edad⁴. La etiología es desconocida, pero los factores de riesgo incluyen colelitiasis (70% a 90% de casos), varios carcinógenos, fondo étnico, tumores benignos y anomalías en la unión de los conductos pancreático-biliares. Cuando aparecen los síntomas incluyen dolor abdominal (72%), ictericia (58%), pérdida de peso (47.5%), fiebre (30.8%) y ascitis (14%)⁵. Los datos de laboratorio pertinentes muestran ictericia obstructiva en 51.7%, pruebas de función hepática anormales en 37%, leucocitosis en 34.4% y anemia en 22.4%⁵. La mayoría (90%) de las lesiones malignas de la vesícula son adenocarcinoma y menos de 2% carci-

nomas adenoescamosos. El factor pronóstico más importante es el estadio patológico. La única esperanza de supervivencia es la opción operatoria⁴.

Es importante saber preoperatoriamente si el cirujano está tratando un carcinoma de la vesícula, esto significa una evaluación preoperatoria y una cirugía más radical. El ultrasonido endoscópico puede ser de ayuda⁶. La sospecha de malignidad aumenta cuando la sonografía identifica pólipos grandes (45% de riesgo para cáncer en un pólipo >15 mm)⁷ o una vesícula de porcelana. En todos los seis pacientes de la presente serie, la cirugía se realizó en una situación electiva. En esta serie todos los pacientes con carcinoma insospechado de la vesícula se operaron con la técnica abierta (no se hace laparoscópica). La colecistectomía laparoscópica ha sido el método de elección para remover vesículas en la mayoría de las condiciones benignas. Sin embargo, no es claro aún si la colecistectomía laparoscópica es lo mejor para el carcinoma insospechado de la vesícula, por la posibilidad de la implantación de células malignas en los sitios del trocar usado en la colecistectomía laparoscópica en casos de malignidad insospechada, deteriorando el pronóstico.

Las metástasis en el sitio del trocar son más comunes cuando el tumor invade en profundidad toda la pared de la vesícula y cuando una salpicadura ha ocurrido durante la cirugía. Por consiguiente, cuando se sospecha carcinoma de la vesícula, ésta debe extraerse en una endo-bolsa y se debe considerar el tratamiento del sitio a través del cual la vesícula es retirada con radioterapia o excisión local cuando el diagnóstico de carcinoma insospechado de la vesícula se hace postoperatoriamente. Si el carcinoma es sospechado previamente a la cirugía, se recomienda un procedimiento abierto⁸⁻¹³.

El pronóstico global de los pacientes diagnosticados con carcinoma de la vesícula es pobre y fatal cuando no es resecable. La ventaja de realizar una segunda intervención más radical después de una colecistectomía laparoscópica en el caso de un hallazgo incidental de carcinoma de la vesícula, depende de la fase de la enfermedad^{12,14}. Para enfermedad T1, no se requiere ninguna cirugía extensa debido a que el pronóstico es bueno y no hay ninguna justificación para la morbilidad de una segunda cirugía más radical. Para una enfermedad T2-T4, se debe considerar una cirugía complementaria después de realizar estudios imagenológicos para definir la diseminación de la enfermedad^{12,15}. No se ha usado quimioterapia o radioterapia de manera rutinaria para los pacientes con un tumor resecable o no, por tanto no hay una conclusión definitiva al respecto. En un grupo de 149 pacientes con carcinoma de la vesícula¹⁵, la supervivencia a 5 años fue 51% seguida de cirugía complementaria para el carcinoma insospechado de la vesícula post-colecistectomía^{16,17}.

De acuerdo con la literatura se encontró que la frecuencia en mujeres es más alta que en hombres (cinco mujeres y un hombre) y característicamente en mayores de cincuenta años (58.5 años promedio, desde 41 a 71). El síntoma más común es dolor abdominal (66.7%), 66.7% tenían colelitiasis y todos los resultados patológicos revelaron adenocarcinoma, mientras ninguno de ellos se diagnosticó antes de la cirugía. No hubo alteraciones de laboratorio o hallazgos sonográficos que pudiese identificar o seleccionar los pacientes con carcinoma de vesícula. El diagnóstico preoperatorio es posible en menos de 10% de los casos, con alto índice de sospecha¹⁸. La información de laboratorio y la imagenología tiende a confirmar el diagnóstico clínico de la enfermedad incurable y no son útiles en

la enfermedad temprana, con lesiones potencialmente curables¹⁹. La naturaleza biológica de este tumor hace posible que la mayoría sean lesiones insospechadas al momento de la cirugía y los pacientes con enfermedad resecable corresponden a sólo 25%¹⁹. En 66.7% de los casos con una enfermedad relativamente progresiva se encontraron hallazgos sospechosos de carcinoma durante la cirugía incluyendo una linfadenopatía y metástasis a distancia. En los dos casos restantes la entidad no fue sospechada durante la cirugía ni por el patólogo antes de la observación microscópica. Por tanto, aunque todas las vesículas sean abiertas e inspeccionadas de manera sistemática, algunos casos pueden pasar desapercibidos. Pero es recomendable ante irregularidades de la pared o en casos de vesículas de apariencia escleroatróficas, realizar un examen histopatológico preoperatorio, al igual que en presencia de lesiones polipoides para contemplar una cirugía más radical. Sólo un paciente tuvo una segunda cirugía al tener borde de resección quirúrgico libre (segmentectomía hepática, vaciamiento ganglionar, ligamento hepático duodenal y arteria hepática); ningún paciente tuvo diagnóstico de carcinoma *in situ*. El seguimiento fue posible en tres de ellos de los cuales uno falleció a los 40 días postquirúrgico y los otros dos estaban vivos seis meses después.

SUMMARY

Background. Gallbladder cancer is a relatively uncommon malignancy in Colombia. To establish the overall rate of gallbladder carcinoma and unexpected gallbladder

Study design and methods. We retrospectively evaluate all consecutive cholecystectomies performed in the Fundación Hospital San José de Buga during a 2 year-old period to determine

the incidence of carcinoma of the vesicle and to identify retrospectively characteristic common in this particular group of patient.

Results. Of the 376 cholecystectomies performed in this hospital during the last two years, the carcinoma of gallbladder was diagnosed in six patients alone in one of them was suspected before the surgery. In accordance with the literature, the occurrence in women (83.3%) was higher than in men (16.7%). The mean age was 58.5 years (range 41±71). Its presentation is similar to that of lithic disease of the gallbladder. The most common symptom is was abdominal pain; the majority (66.7%) had cholelithiasis, and the pathological reports confirm the diagnosis adenocarcinoma in all the six patients.

Conclusions. The overall incidence of unsuspected gallbladder carcinoma in our series was 1.6%. We could not find common characteristic for this particular group of patient when compared to patients with no-malignant pathology. Gallbladder cancer was undiagnosed for clinical physician, radiologist, surgeon and pathologist for examination macroscopic specimens.

Key words: Gallbladder carcinoma. Cholecystectomy and incidental carcinoma. Unexpected gallbladder cancer.

REFERENCIAS

1. Silecchia G, Raparelli L, Jover Navalon JM, *et al.* Laparoscopic cholecystectomy and incidental carcinoma of the extrahepatic biliary tree. *JLS* 2002; 6: 339-344.
2. Romano F, Franciosi C, Caprotti R, *et al.* Gallbladder carcinoma and laparoscopic cholecystectomy. An emergent problem. *Minerva Chir* 2000; 55: 817-822.
3. Contini S, Dalla Valle R, Zinicola R. Unexpected gallbladder cancer after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1999; 13: 264-267.
4. Donohue JH, Andrew KS, Herman RM. The national cancer database report on carcinoma of the gallbladder, 1989-1995. *Cancer* 1998; 83: 2618-2628.
5. Arnaud JP, Casa C, Georgeac C, *et al.* Primary carcinoma of the gallbladder review of 143 cases. *Hepatogastroenterology* 1995; 42: 811-815.
6. Inui K, Nakazawa S. Diagnosis of depth of invasion of gallbladder carcinoma with endosonography. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1998; 99: 696-699.
7. Nakajima S, Kayaba M, Harada T, *et al.* Indication of gallbladder cancer for laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1994; 8: 617-619.
8. Copher JC, Rogers JJ, Dalton ML. Trocar-site metastasis following laparoscopic cholecystectomy for unsuspected carcinoma of the gallbladder: case report and review of the literature. *Surg Endosc* 1995; 9: 348-350.
9. Box JC, Edge SB. Laparoscopic cholecystectomy and unsuspected gallbladder carcinoma. *Semin Surg Oncol* 1999; 16: 327-331.
10. Z'graggen K, Birrer S, Maurer CA, Wehrli H, Klaiber C, Baer HU. Incidence of port site recurrence after laparoscopic cholecystectomy for preoperatively unsuspected gallbladder carcinoma. *Surgery* 1998; 124: 831-838.
11. Nduka CC, Monson JRT, Menzies-Gow N, Darzi A. Abdominal wall metastasis following laparoscopy. *Br J Surg* 1994; 81: 648-652.
12. Wibbenmeyer LA, Wade TP, Chen RC, Meyer RC, Turgeon RP, Andrus CH. Laparoscopic cholecystectomy can disseminate *in situ* carcinoma of the gallbladder. *J Am Coll Surg* 1995; 181: 504-510.
13. Johnstone PA, Rhode DC, Swartz SE, Fetter JE, Wexner SD. Port site recurrences after laparoscopic and thoracoscopic procedures in malignancy. *J Clin Oncol* 1996; 14: 1950-1956.
14. Fong Y, Heffernan N, Blumgart LH. Gallbladder carcinoma discovered during laparoscopic cholecystectomy. *Cancer* 1998; 83: 423-427.
15. Bartlett DL, Fong Y, Fortner JG, Brennan MF, Blumgart LH. Long-term results after resection for gallbladder cancer. *Ann Surg* 1996; 224: 639-646.
16. Vauthey JN, Baer HU, Guastella T, Blumgart LH. Comparison of outcome between extended and nonextended liver resections for neoplasms. *Surgery* 1993; 114: 968-975.
17. Yamaguchi K, Chijiwa K, Ichimiya H, *et al.* Gallbladder carcinoma in the era of laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 1996; 131: 981-984.
18. Reddy YP, Sheridan WG. Port-site metastasis following laparoscopic cholecystectomy; a review of the literature and a case report. *Eur J Surg Oncol* 2000; 26: 95-98.
19. Piehler JM, Crichlow RW. Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 147: 929-942.