

## ***Cáncer de Vesícula Biliar- Estrategia Quirúrgica: A Propósito de un Caso Incidental Re-resecado en el Hospital Rebagliati***

Pedro J. Ríos Canturín<sup>1</sup>, Luis A. Aguilar Surichaquí<sup>2</sup>, Pedro O. Ríos Torres<sup>3</sup>

### **RESUMEN**

En presente reporte describe el caso de una paciente sometida a colecistectomía convencional y que en forma incidental en el estudio de anatomía patológica se detectó cáncer de la vesícula biliar que infiltra hasta el plano muscular (T1b) . En su evaluación de estadio de enfermedad post operatoria la TAC fue negativa para metástasis y 5 meses después fue sometida a resección en cuña del lecho vesicular con 2 cm. de margen de parénquima hepático, mas disección ganglionar del ligamento hepatoduodenal y de la arteria hepática común. En la literatura estos casos se presentan con relativa frecuencia, siendo lo mas importante su re-resección oportuna con el objeto de brindarles una mayor sobrevida y/o la curación.

**PALABRAS CLAVES:** Cáncer de vesícula biliar, diagnóstico incidental, re-resección.

*Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-4: 374-377*

### **ABSTRACT**

This report describes the case of a patient undergoing conventional cholecystectomy and incidentally in the study of pathology was detected gallbladder cancer infiltrating to the muscular plane (T1b). Its evaluation on post operatory of the stage disease, CT was negative for metastases and after five months later underwent wedge resection of gallbladder bed with 2 cm. margin of hepatic parenchyma, plus extensive lymph node dissection. The literature show these cases occur relatively frequently, being important his re-resection timely in order to provide better survival and / or cure.

**KEY WORDS:** Gallbladder cancer, diagnosed incidentally, re-resection

---

1 Pedro Ríos Canturín, Cirujano, Departamento de Cirugía, Hospital Rebagliati  
2 Luis Aguilar Surichaquí, Cirujano, Departamento de Cirugía, Hospital Rebagliati  
3 Pedro Omar Ríos Torres, Ex - Interno, Hospital Rebagliati

## INTRODUCCIÓN

**E**l uso de la colecistectomía profiláctica en pacientes con litiasis asintomática, ha sido considerado una forma de disminuir la incidencia del cáncer de la vesícula biliar, sin embargo el porcentaje de cáncer de la vesícula biliar en pacientes con cálculos es muy baja 0.3%, así el riesgo de la colecistectomía parece ser mayor que el riesgo a desarrollar cáncer de la vesícula biliar en esos pacientes<sup>(1)</sup>.

Los pacientes con vesícula biliar en porcelana tienen la posibilidad de desarrollar cáncer por encima del 25%<sup>(2)</sup>.

Cualquier paciente mayor de 50 años con pólipo solitario en la vesícula biliar mayor de 1 cm. debería ser sometido a colecistectomía laparoscópica con biopsia por congelación del pólipo. Pacientes con menos de tres pólipos independientemente del tamaño deberían ser considerados para colecistectomía laparoscópica si la morbilidad de resección es mínima. Pacientes con alto riesgo para anestesia general debería ser observado con ecografía cada 6 meses. Pacientes con más de tres pólipos es probable que tengan pseudo tumor y pueden ser observados sin cirugía a menos que tengan síntomas de cólico biliar.<sup>(3)</sup>

Pacientes con hallazgos sospechosos en un examen de ecografía, con vesícula en porcelana y con pólipos grandes solitarios deberían ser manejados con colecistectomía abierta y biopsia de la lesión sospechosa en un esfuerzo por minimizar la siembra de células tumorales. La meta es hacer el diagnóstico del cáncer antes de remover la vesícula y evitar violar el plano sub seroso donde la siembra del tumor no puede evitarse, de tal forma que los márgenes de resección siempre estarán comprometidos. El diagnóstico puede ser realizado con biopsia aspiración con aguja fina y citología intra operatoria o una muy pequeña biopsia incisional controlada y congelación inmediata<sup>(4)</sup>

Es importante que el cirujano palpe la vesícula después de la colecistectomía laparoscópica, para identificar cualquier anomalía, engrosamiento, induración, así cualquier área sospechosa debería ser marcada y enviada para biopsia congelación<sup>(5)</sup>.

El cáncer de la vesícula biliar que es descubierto durante el proceso laparoscópico debe ser convertido a cirugía abierta para llevar a cabo la intervención definitiva con intención curativa<sup>(7)</sup>.

La colecistectomía simple no tiene lugar en la cirugía electiva del cáncer de la vesícula biliar y solo puede considerarse como tratamiento curativo para los pacientes con cáncer incidental descubierto en el examen histológico post operatorio y en estadio T1a (compromiso de mucosa)<sup>(6)</sup>.

Cuando el tumor infiltra la capa muscular sin sobrepasarla (T1b) debe tratarse mediante colecistectomía radical extendida, ya que varios autores han comunicado recurrencias locales en el propio lecho y metástasis ganglionares en este estadio; Ouchi ha publicado hasta un 28% de afectación ganglionar sincrónica en cáncer de la vesícula biliar T1b<sup>(6,3)</sup>.

La colecistectomía radical extendida es la colecistectomía ampliada a 2 cm. del margen del lecho vesicular en cuña (del parénquima hepático) más disección ganglionar del ligamento hepatoduodenal y de la arteria hepática común<sup>(9)</sup>.

Los pacientes con tumores T2 (subserosa) deberían tratarse siempre con colecistectomía radical extendida porque suelen presentar compromiso ganglionar en el 41-62% de los casos y es el estadio que más se beneficia con la re-resección en los casos de cáncer incidental, además tener en cuenta que el tumor se disemina extensivamente en el plano subseroso y que es el mismo plano quirúrgico usado en la colecistectomía<sup>(9,10)</sup>.

El punto más controvertido se centra en el tratamiento quirúrgico del cáncer de la vesícula biliar localmente avanzado (T3-T4), así los trabajos del Memorial Sloan Kettering Cancer Center reportaron 21% y 28 % de supervivencia a 5 años para T3-T4 cuando no existía compromiso ganglionar<sup>(6,7)</sup> y ha servido para defender el papel de la cirugía en estos subgrupos, no obstante cuando existía compromiso ganglionar y/o de la vía biliar la supervivencia fue nula a los 3 años<sup>(11)</sup>.

La estrategia quirúrgica en el cáncer de la vesícula biliar no solo depende de la profundidad de la invasión y del compromiso ganglionar del tumor<sup>(3-4)</sup>, porque existe otro factor pronóstico importante, la localización del tumor. Es más favorable la localización del fondo y/o cuerpo de la vesícula, siendo incluso el tipo ventral (lado peritoneal) más favorable que el tipo lecho hepático (lado hepático), así los tumores de esta localización con infiltración de la pared vesicular T1b, T2, T3, T4 deben ser resecaados con 2 cm. de margen del lecho vesicular e incluso la resección del parénquima hepático puede ser aún más generosa (segmento IVb, V) si la infiltración del hígado es mayor de 2 cm; por el contrario el tipo hiliar (localización del cuello vesicular) invade rápidamente la triada portal derecha o la infiltración esta tan cerca, que no permite la resección recomendada de 2 cm. de parénquima hepático, por lo tanto es necesario en estos casos para lograr una resección R0, hepatectomía derecha o hepatectomía derecha ampliada (trisegmentectomía derecha)<sup>(5, 11,12)</sup>.

El compromiso ganglionar en el cáncer de la vesícula biliar ha demostrado ser un factor pronóstico de supervivencia de gran impacto, así existe gran controversia en la extensión de la disección ganglionar para lograr las mayores tasas de éxito y supervivencia a largo plazo. Las series Occidentales como la de Fong publica supervivencia nula a largo plazo para enfermos con ganglios comprometidos, aún con solo compromiso del nivel N1.<sup>(6,7)</sup> Las publicaciones más optimistas de autores Japoneses informan que las linfadenectomías extensas N1, N2, paraaórticas, intercavaoáórticas, mejoran la supervivencia aún cuando existe compromiso N1, excepto en casos de compromiso de estos últimos<sup>(11,13)</sup>.

Cuando se trata de una re-resección a veces es difícil distinguir el componente cicatricial perihiliar de una recidiva local, por lo que resulta útil enviar para congelación un corte intraoperatorio del muñón cístico, cuya negatividad excluye la necesidad de resecaar la vía biliar con propósitos oncológicos<sup>(14)</sup>.

La única variante terapéutica que debe acompañar a la re-resección radical del cáncer de la vesícula biliar incidental cuando la colecistectomía se realizó por laparoscopia es la resección radical de las puertas de entrada de los trocares, no ya con intención curativa sino de estadificación y predicción, porque siempre que se detecto cáncer microscópico a este nivel, los pacientes presentaron recurrencia peritoneal temprana<sup>(15)</sup>.

El método ideal y más extendido para la paliación de la ictericia en el cáncer de la vesícula biliar no operable o que se determina como no resecable por los estudios de imágenes en el pre operatorio, es la colocación de una endoprotesis transtumoral a nivel de la vía biliar por medio de colangiografía transparieto hepática bajo control ecográfico<sup>(14)</sup>.

El cáncer papilar es un tumor exfoliativo que puede llenar el lumen de la vesícula sin un componente invasivo significativo de la pared vesicular; es la variante que tiene mejor pronóstico<sup>(16)</sup>.

El cáncer de la vesícula biliar tiene alta propensión de sembrarse en el tracto de biopsia y en la cavidad peritoneal, así es mejor evitar manipulación preoperatorio del tumor si es posible. Los pacientes que son considerados irresecables basado en imágenes radiológicas y que requieren un diagnóstico patológico pueden ser sometidos a biopsia aspiración con aguja fina con excelente resultado en la mayoría de los casos<sup>(34)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente CBJ, de 60 años procedente de Arequipa, con un tiempo de enfermedad de 15 años de inicio insidioso, progresivo caracterizado por dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho que calma con analgésicos, el último episodio fue intenso, siendo sometida el 13 /07/ 2005 a colecistectomía convencional, exploración de vías biliares y colocación de kher .Los hallazgos intraoperatorios: vesícula biliar de 12x12 cm., paredes delgadas con cálculos, colédoco de 15 mm con cálculo en su interior. El informe anatómico patológico fue adenocarcinoma bien diferenciado que infiltra la pared muscular sin llegar a la serosa, derivada al Hospital Rebagliati con el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar incidental T1b NX M0 para re-resección.

La revisión de lamina en el Hospital Rebagliati : Adenocarcinoma tubopapilar medianamente diferenciado infiltrante hasta la capa muscular.

Análisis preoperatorios: glucosa: 78 mg/dl , creatinina: 0.73 mg /dl, albumina: 4.62 g/dl, BT: 0.97 mg/dl, TGO: 25 U/L, TGP: 16 U/L , Hb: 15,5 g/dl ,Plaquetas: 209,000 x mm<sup>3</sup>, TP: 11 seg., TTP: 27 segundos, riesgo neumológico: moderado, riesgo quirúrgico : II, TAC: no metástasis

El 14/12/2005 fue sometida a resección del lecho vesicular en cuña con un margen de de 2cm. de parénquima hepático, disección ganglionar del ligamento hepatoduodenal y de la arteria hepática común; hallazgos: no implantes peritoneales, abundantes adherencias entero hepáticas, a ni-

vel del lecho hepático conglomerado de grasa de 4x4 cm., no metástasis, no ganglios (Foto 1,2,3). La paciente con buena evolución, sale de alta el 27/12/2005. En el informe anatomopatológico: no se encuentra neoplasia maligna en la muestra remitida, ganglios libre de neoplasia. La paciente no recibió radioterapia, quimioterapia adyuvante.

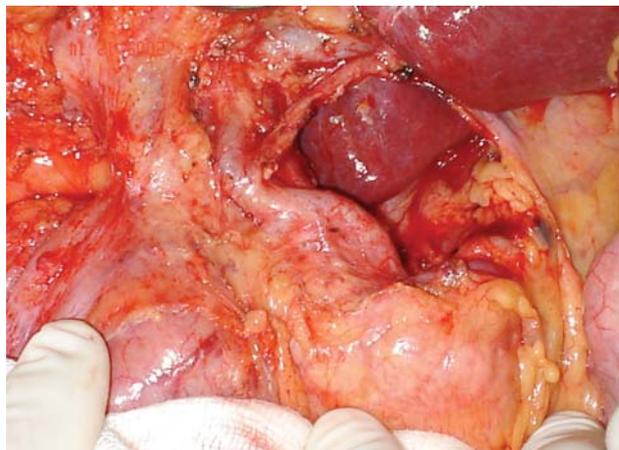


Foto 1. Disección ganglionar arteria hepática propia y común

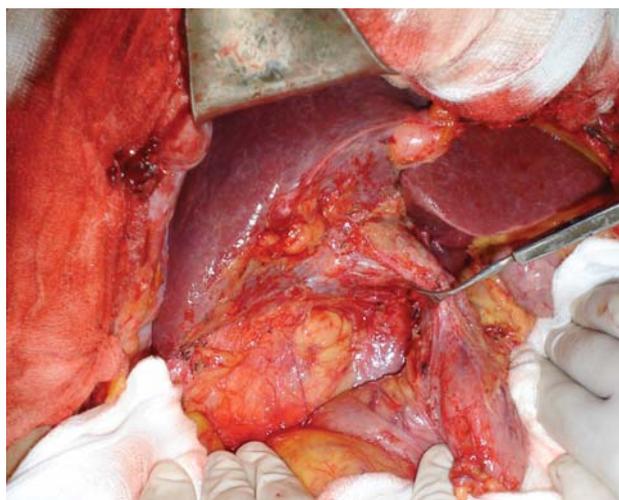


Foto 2. Disección ganglionar ligamento hepatoduodenal



Foto 3. resección en cuña lecho vesicular

## DISCUSIÓN

Cuando se realiza colecistectomía laparoscópica o convencional siempre se debe palpar la vesícula biliar y en caso de hallazgo anormal aperturarla y enviar para congelación cualquier área sospechosa, que no se realizó en este caso<sup>(6)</sup>.

El estudio anatomopatológico fue informado como tubo papilar medianamente diferenciado infiltrante hasta la muscular. Esta descrito que este tipo histológico es el menos agresivo y su crecimiento es fundamentalmente intraluminal, la infiltración hasta la muscular nos indica que el porcentaje de compromiso ganglionar es hasta de un 28%, con bajas posibilidades de recurrencia local; en conclusión el caso es de buen pronóstico y de acuerdo a las directivas de la NCCN esta indicado la colecistectomía radical extendida y no es necesario tratamiento adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia<sup>(16)</sup>.

El antecedente quirúrgico de exploración de las vías biliares y colocación de dren de kher condicionaron gran cantidad de adherencias y proceso inflamatorio de la serosa del ligamento hepatoduodenal, que dificultó la exposición del área operatoria así como también la disección ganglionar del ligamento hepatoduodenal y de la arteria hepática común<sup>(14)</sup>.

La resección del lecho vesicular en cuña con 2 cm de tejido hepático como margen de resección se realizó previa maniobra de Pringle, en un campo exangue, ligándose el pedículo del segmento 5 en su base y la vena hepática media a nivel del lecho vesicular<sup>(7)</sup>.

### Correspondencia:

Dr. Pedro Rios Canturín,  
Email: prioscanturin@yahoo.com  
Teléfono: 2637488, 995236011

## BIBLIOGRAFÍA

- SHUKLA VK, TIWARI SC, ROY SK. Biliary bile acids in cholelithiasis and carcinoma of the gall bladder. *Eur J Cancer Prev* 1993; 2: 155-160.
- BERK RN, ARMBUSTER TG, SALTZTEIN SL. Carcinoma in the porcelain gallbladder. *Radiology* 1973;106: 29-31.
- YANG HL, SUN TG, WANG Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *Br J Surg* 1992; 79: 227-229.
- WIBBENMEYER LA, SHARAFUDDIN MJ, WOLVERSON MK. Sonographic diagnosis of unsuspected gallbladder cancer: imaging findings in comparison with benign gallbladder conditions. *Am J Roentgenol* 1995; 165: 1169-1174.
- YAMAGUCHI K, CHIJIWA K, ICHIMIYA H. Gallbladder carcinoma in the era of laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 1996; 131: 981-984.
- FONG Y, BRENNAN MF, TURNBULL A, COIT DG, BLUMGART LH. Gallbladder cancer discovered during laparoscopic surgery: potential for iatrogenic dissemination. *Arch Surg* 1993; 128:1054-6.
- BARLETT DL. Gallbladder cancer. *Seminars in Surgical Oncology* 2000; 19:145-155.
- SHIRAI Y, YOSHIDA K, TSUKADA K. Early carcinoma of the gallbladder. *Eur J Surg* 1992; 158: 545-548. OUCHI K, OWADA Y, SATO T. Prognostic factors in the surgical treatment carcinoma. *Surgery* 1987;101:731-7.
- FEIG BW, BERGER DH, FUHRMAN GM. MD Anderson surgical Oncology Handbook, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins Inc.; 2005.
- TSUKADA K, KUROSAKI I, UCHIDA K. Lymph node spread from carcinoma of the gallbladder. *Cancer* 1997;80: 661-667.
- FONG Y, JARNAGIN WR, BLUMGART LH. Gallbladder cancer: comparison of patients presenting initially for definitive operation with those presenting after prior non-curative intervention. *Ann Surg* 2000; 232 (4): 551-569.
- YAMAGUCHI K, CHIJIWA S, TANAKA M. Anatomical limit of extended cholecystectomy for gallbladder carcinoma involving the neck of the gallbladder. *Int Surg* 1998; 83: 21-23.
- CHIJIWA K, SUGITANI A, YAMAGUCHI K. Role of surgery for gallbladder carcinoma with special reference to lymph node metastasis and stage using Western and Japanese Classification Systems. *World J Surg* 2000; 24: 1271- 7.
- RAMIREZ CP, SUAREZ MA, FERNANDEZ JL. Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. *Cir Esp* 2002; 71(2): 102-11.
- RICARDO AE, FEIG BW, MACFADYEN BV. Gallbladder cancer and trocar recurrent sites. *Am J Surg* 1997; 174:619-23.
- SUMIYOSHI K, NAGAI E, CHIJIWA K, NAKAYAMA F. Pathology of carcinoma of the gallbladder. *World J Surg* 1991; 15: 315-321.
- AKOSA AB, BARKER F, DESA L. Cytologic diagnosis in the management of gallbladder carcinoma. *Acta Cytologica* 1995; 39: 494-498.