

Hepatectomía derecha asociada a resección de la confluencia de la vía biliar por cáncer de vesícula biliar: presentación de un caso clínico

Right hepatectomy in block with hilar extra hepatic bile duct for gallbladder cancer: clinical case

Claudio Mengoa Quintanilla^{1a}, Giovanni De la Cruz Robles^{1a}, Sergio Puma Condori^{1b}, Carol Durand Mendoza^{1b}

¹ Servicio de Cirugía Oncológica de Abdomen, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Arequipa, Perú.

^a Cirujano abdominal, ^b Médico Residente

Recibido: 28-8-2015

Aprobado 16-6-2016

RESUMEN

El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia maligna más común del tracto biliar. Suele presentarse en estadios clínicos avanzados. El tratamiento quirúrgico ha ido evolucionando y en la actualidad equipos dedicados pueden realizar resecciones multiorgánicas extensas y complejas en el afán de lograr resecciones R0 (no enfermedad residual), que podrían ofrecer a los pacientes la posibilidad de curación. En el presente reporte se describe el caso de una paciente con cáncer de vesícula estadio clínico IV, la cual fue sometida a hepatectomía derecha ampliada a segmento IV B en bloque con la confluencia de la vía biliar, lográndose una resección R0.

Palabras clave: Neoplasias; Vesícula biliar; Hepatectomía (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Gallbladder cancer is the most common malignancy of the biliary tract. Usually seen in advanced stages. There are still many controversies about the type of curative surgical treatment for each stage of the disease. The only chance of long term survival for patients with advanced tumors is aggressive, large surgeries that implies multiorgan resection. We report the case of a patient with gallbladder cancer with jaundice at diagnosis, who underwent extended hepatectomy (segment IV B, segment I and extra hepatic hilar bile duct included).

Keywords: Neoplasms; Gallbladder; Hepatectomy (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico del cáncer de vesícula biliar ha sido visto con pesimismo debido a los pobres resultados en cuanto a tasa de curación y sobrevida. En 1978, una revisión de 6000 casos reveló solo el 5% de sobrevida a 5 años de seguimiento, con una sobrevida media de entre 5 y 8 meses ⁽¹⁾. Publicaciones más recientes de la década del 90 han mostrado los mismos pobres resultados, con sobrevidas a 5 años de entre 5 y 12% ^(2,3). Los factores relacionados con este pronóstico sombrío incluyen la proximidad anatómica de la vesícula hacia el parénquima hepático y hacia el ligamento hepatoduodenal, así como la naturaleza biológica agresiva de este tipo de neoplasia. Del mismo modo, la extensión directa del tumor vesicular hacia el duodeno páncreas, colon transversal, hígado o ligamento hepatoduodenal constituye un reto quirúrgico formidable que muchas veces hace imposible obtener márgenes negativos (resecciones R0) ⁽⁴⁾.

Sin embargo, el desarrollo en las técnicas anestésicas y en el soporte quirúrgico, en los últimos 20 años, han hecho posible que equipos quirúrgicos de centros referenciales altamente especializados realicen con éxito y con tasas de morbimortalidad aceptables, resecciones multiorgánicas, agresivas y extensas que incluyen duodeno páncreas (operación de Whipple), resecciones hepáticas mayores, extensas y resecciones de la vía biliar en el afán de obtener la remoción completa del tejido neoplásico (resecciones R0) que de otra manera no serían posibles ⁽⁵⁾.

Aun así, las resecciones radicales extensas continúan siendo controversiales en el tratamiento del cáncer de vesícula avanzado. En este reporte de caso presentamos una paciente con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar con ictericia al momento de su ingreso que fue sometida a hepatectomía derecha extendida a segmento IVB y I, en bloque con la confluencia de la vía biliar extra hepática, como estrategia para lograr su potencial curación.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente, de sexo femenino, natural de Puno, procedente de Moquegua, que ingresa al Servicio de Cirugía Oncológica de Abdomen del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en mayo del 2014.

Refiere un tiempo de enfermedad de 3 meses. Presenta dolor abdominal continuo en hipocondrio derecho, disminución de peso no cuantificada, ictericia progresiva. Al examen físico: paciente adelgazado, con un peso de 42 kilos, ictericia ++/+++. Los exámenes de laboratorio muestran positivos: hiperbilirrubinemia a predominio directo (bilirrubinas totales 8,11 mg/dl; bilirrubina directa 7,15 mg/dl), elevación de transaminasas (TGP 60 U/L; TGO 80 U/L). Hemoglobina 13,5g%, serie blanca y perfil de coagulación normal; albúmina 3,77 g/dL. Ecografía abdominal: tumoración sólida intravesicular que abarca fondo. TEM abdomino-pélvica: vesícula biliar dilatada con signos de litiasis, sin evidencia de lesión tumoral vesicular asociado a dilatación de la vía biliar intrahepática (Figura 1). El 15 de mayo de 2014 es llevada a sala de operaciones encontrándose a la exploración, induración mal definida de la pared vesicular, que se extendió hacia el hilio hepático, comprometiendo predominantemente la triada portal derecha, asimismo se evidencia extensión focal hacia parénquima hepático circundante (Figura 2). Después de seccionar el colédoco y de aislar el conducto hepático izquierdo el cual se encontró dilatado y libre de infiltración se decidió realizar hepatectomía derecha ampliada a segmento IVB – segmento I en bloque con la confluencia de la vía biliar extrahepática (Figura 3 y 4). Durante la disección se objetivó infiltración de



Figura 1. TEM preoperatoria que no muestra lesiones expansivas ni tumor vesicular, solo dilatación de la vía biliar intrahepática.

la vena porta derecha cerca de la bifurcación portal por lo cual fue necesario realizar una plastia vascular a dicho nivel. Se reconstruyó mediante una anastomosis del hepático izquierdo al yeyuno en Y de Roux (Figura 5). Evolucionó favorablemente y fue dada de alta al noveno día postoperatorio.

El resultado de anatomía patológica informó adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado de vesícula biliar que infiltra superficialmente parénquima hepático, embolismo vascular positivo, infiltración perineural positiva, parénquima hepático con nódulo metastásico de 0,8 cm próximo al tumor primario. Bordes de sección libres. Ganglios retroportales y del hilio positivos para neoplasia 4/9 (T3 N1 M1). Estadio patológico: IVB.

Recibió 7 ciclos de quimioterapia, esquema gencitabina + oxaliplatino (último ciclo en febrero de 2015). En junio de 2015 presentó episodios intermitentes de ictericia, dolor abdominal, hipocolia y coluria. Se realizó colangiografía en julio de 2015 que muestra ausencia de dilatación de vía biliar intrahepática. TEM abdominal: no se evidenció signos de recurrencia local. Se concluyó que la paciente cursa con obstrucción parcial a nivel de la anastomosis hepático yeyunal sin descartar recurrencia loco regional que no es visible en los estudios de radiodiagnóstico.

DISCUSIÓN

De acuerdo al registro poblacional de Arequipa, el cáncer de vesícula biliar, es la segunda neoplasia digestiva en frecuencia después del cáncer gástrico con una incidencia de alrededor de 14/100 000 (6). En la casuística hospitalaria, al igual que en todas

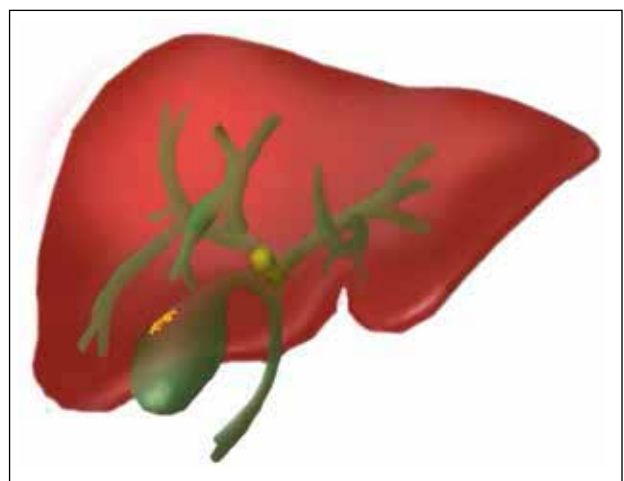


Figura 2. Esquema de los hallazgos operatorios: induración difusa y mal definida de la pared vesicular que se proyecta hacia ligamento hepatoduodenal y triada portal derecha predominantemente.

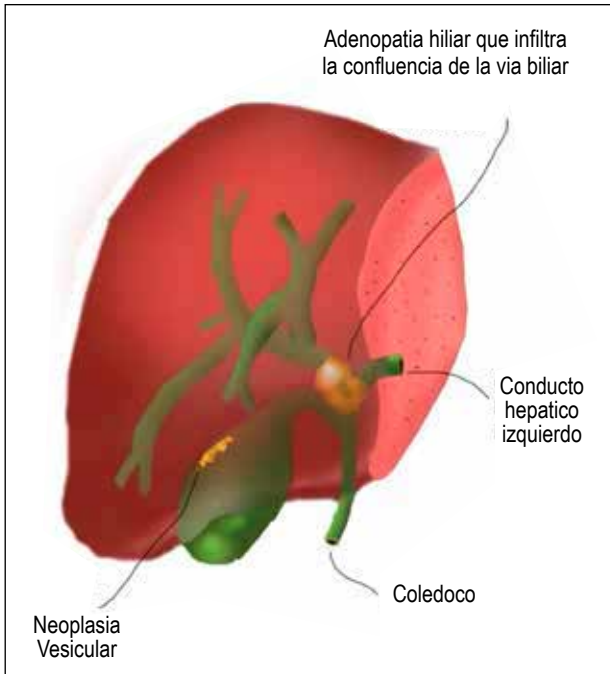


Figura 3. Esquema de pieza operatoria: hígado derecho (segmentos V, VI, VII, VIII) segmento I y parte de segmento IVB, confluencia de la vía biliar, colédoco y vesícula biliar.

las series alrededor del mundo, los casos se suelen presentar en estadios avanzados. La única alternativa para estos pacientes es lograr, en caso de enfermedad loco regional, erradicar quirúrgicamente la enfermedad neoplásica. A pesar de que históricamente los resultados en sobrevida y curación han sido pobres en las series quirúrgicas ⁽³⁾, recientemente centros japoneses han reportado sobrevidas a 5 años de hasta 36% en pacientes sometidos a cirugías radicales ⁽⁷⁾; lo cual ha sido corroborado en series norteamericanas por Dixon en un estudio retrospectivo de 12 años, en donde se operó a 51 pacientes con intención curativa realizando en 9 de ellos hepatectomías derechas y en otros 22 pacientes resecciones de la vía biliar, logrando una tasa de sobrevida de 35% a 5 años ⁽⁴⁾.

Con el desarrollo de nuevas tecnologías como el drenaje biliar percutáneo y la embolización portal selectiva como preparación para resecciones hepáticas extensas se podría lograr inclusive mejorar estos resultados ⁽⁸⁾. El grupo de Masato ⁽⁹⁾ en Japón participó en un estudio que involucró 240 pacientes consecutivos (150 colangiocarcinomas y 90 neoplasias de vesícula biliar) y realizó de manera protocolizada embolizaciones portales preoperatorias en todos sus pacientes para aumentar el volumen del remanente hepático y minimizar de esta manera la posibilidad de insuficiencia hepática postoperatoria, y de esta manera ofrecer a los pacientes la posibilidad de resecciones completas tras hepatectomías extensas. En este estudio, se consideró solo los pacientes con cáncer de vesícula

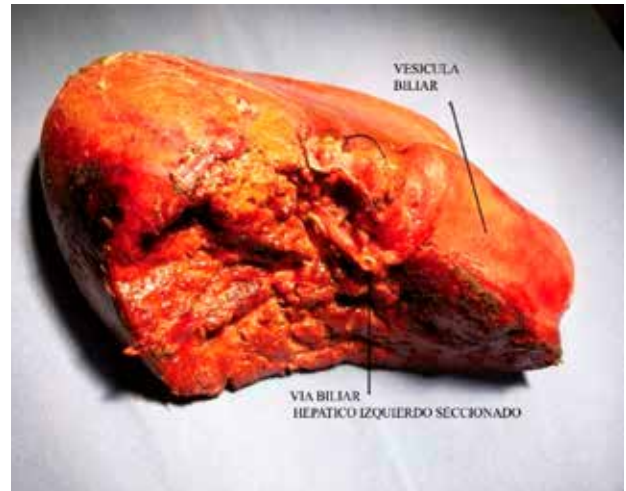


Figura 4. Fotografía de la pieza operatoria.

biliar y se realizó resección de intención curativa en 61 pacientes, siendo el tipo de hepatectomía más común (44 casos) el que involucró los segmentos 1, 4a, 5,6,7,8. En cuanto a las resecciones combinadas, incluyó en todos los casos la vía biliar extra hepática, en 24 pacientes se resecó un segmento de vena porta y en 21 casos se realizó también pancreatoduodenectomía. La mortalidad de esta serie en el periodo más reciente 2001 – 2006 fue de 1,6% para los colangiocarcinomas y 14,3% para las neoplasias de vesícula biliar. La tasa de sobrevida a 5 años para los pacientes resecados con cáncer de vesícula biliar fue de 17%.

Resultados similares se observaron en una serie más reciente publicada por Ebata ⁽¹⁰⁾ en donde se consideró a 80 pacientes con cáncer de vesícula biliar sometidos a hepatectomía extendida con o sin resección combinada de vía biliar o duodeno páncreas (mortalidad postoperatoria 16%, sobrevida a 5 años de seguimiento 23%).

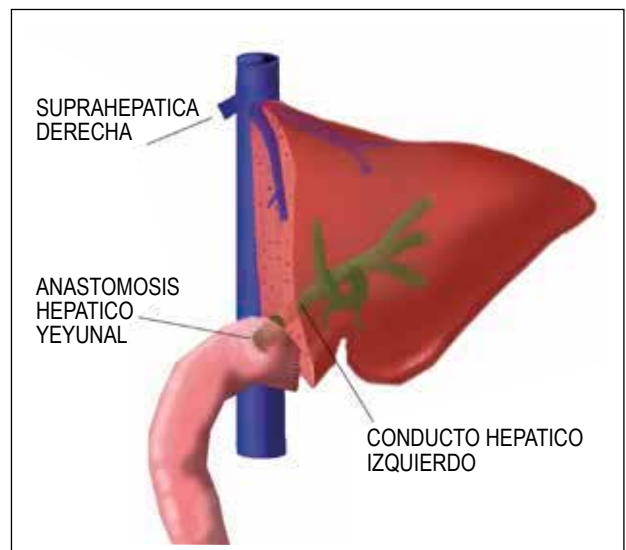


Figura 5. Esquema de reconstrucción: anastomosis hepático izquierdo al yeyuno en Y de Roux.

En el caso presentado se realizó una hepatectomía extendida y resección de la confluencia de la vía biliar en bloque, debido a que se estimó que el volumen hepático residual era suficiente. No se consideró la posibilidad de embolización portal preoperatoria, aunque claramente este procedimiento mejora las posibilidades de lograr resecciones más seguras. Nosotros concluimos, al igual que D'Angelica (11), que la biología tumoral y el estadio clínico, más que la extensión de la resección, son indicadores fiables de la sobrevida a largo plazo; por tanto, se debe seleccionar cuidadosamente los pacientes candidatos a este tipo de cirugías de alto riesgo de morbimortalidad, sabiendo que sus posibilidades de sobrevida a largo plazo se sitúan entre el 15 y el 35% en el mejor de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Piehlner JM, Crichlow RW. [Primary Carcinoma of the gallbladder](#). Surg Gynecol Obstet. 1978;147(6):929-42.
- Cuberta P, Gainan A, Cuschiero G. [Surgical Treatment of 724 carcinomas of the gallbladder. Results of the French Surgical Association Survey](#). Ann Surg. 1994;219(3):275-80.
- Wilkinson DS. [Carcinoma of the gallbladder: an experience and review of the literature](#). Aust N Z J Surg. 1995;65(10):724-7.
- Dixon E, Vollmer CM, Sahajpal A, Cattral M, Grant D, Doig C, et al. [An aggressive surgical approach leads to improved survival in patients with gallbladder cancer: a 12-year study at a North American Center](#). Ann Surg. 2005;241(3):385-94.
- Jamagin WR, Gonen M, Fong Y, DeMatteo RP, Ben-Porat L, Little S, et al. [Improvement in perioperative outcome after hepatic resection: analysis of 1803 consecutive cases over the past decade](#). Ann Surg. 2002;236(4):397-406.
- Registro poblacional de cáncer de Arequipa. Arequipa: Gerencia de Salud; 2012.
- Fong Y, Jamagin W, Blumgart LH. [Gallbladder cancer: comparison of patients presenting initially for definitive operation with those presenting after prior noncurative intervention](#). Ann Surg. 2000;232(4):557-69.
- Nilsson J, Eriksson S, Nørgaard Larsen P, Keussen I, Christiansen Frevert S, Lindell G, et al. [Concurrent biliary drainage and portal vein embolization in preparation for extended hepatectomy in patients with biliary cancer](#). Acta Radiol Open. 2015;4(5):2058460115579121.
- Nagino M, Kamiya J, Nishio H, Ebata T, Arai T, Nimura Y. [Two hundred forty consecutive portal vein embolizations before extended hepatectomy for biliary cancer: surgical outcome and long-term follow-up](#). Ann Surg. 2006;243(3):364-72.
- Ebata T, Yokoyama Y, Igami T, Sugawara G, Takahashi Y, Nagino M. [Portal vein embolization before extended hepatectomy for biliary cancer: current technique and review of 494 consecutive embolizations](#). Dig Surg. 2012;29(1):23-9.
- D'Angelica M, Moore K, De Matero R, Fong Y, Blumgart L. [Analysis of the Extent of Resection for Adenocarcinoma of the Gallbladder](#). Ann Surg Oncol. 2009 april; 16(4): p. 806 - 816.

Correspondencia:

Claudio Alain Mengoa Quintanilla

Miguel de Cervantes 227, Urb. La Victoria Cercado. Arequipa, Perú.

E-mail: claudiomengoa@yahoo.com