

Cáncer de vesícula biliar

Gallbladder cancer

MsC. Rafael Escalona Veloz¹ y Lic. Milagros de la Caridad Milá Pascual²

¹ Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Máster en Medios Diagnósticos. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

² Licenciada en Laboratorio Clínico. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se ofrece la información precisa sobre una paciente de 43 años de edad, con antecedentes de dispepsias, a la cual se le diagnosticó un pólipo de vesícula biliar mediante ecografía. Fue operada a causa de ello y se le realizó una colecistectomía, con evolución satisfactoria; pero el resultado de la biopsia confirmó la presencia de un adenoma en vesícula biliar, con transformación maligna.

Palabras clave: mujer, vesícula biliar, adenoma en vesícula biliar, colecistectomía, tratamiento quirúrgico, biopsia.

ABSTRACT

The precise information about a 43 year-old patient, with a history of dyspepsias, in whom a gallbladder polyp was diagnosed by means of echography is presented. She was surgically treated because of it and a cholecystectomy was carried out, with a satisfactory clinical course; but the result of biopsy confirmed the presence of an adenoma in her gallbladder, with malignant transformation.

Key words: woman, gallbladder, adenoma in gallbladder, cholecystectomy, surgical treatment, biopsy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vesícula es poco frecuente, por lo que no se incluye en importantes bases de datos internacionales de cáncer en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC); ¹ tampoco aparece entre los principales diagnósticos de egresos hospitalarios por capítulos de la CIE-10 en Cuba, ² aunque representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres chilenas con una proporción de 4:1 con respecto a los hombres. ¹⁻³ No obstante, su mortalidad es muy elevada, por lo que realizar el diagnóstico precoz se ha convertido, como en todas las

demás localizaciones para neoplasias malignas, en una necesidad imperiosa si de prolongar y/o salvar la vida del paciente se trata.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente de 43 años de edad, con antecedentes de dispepsias, la cual fue ingresada en el Servicio de Cirugía del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba por presentar vómitos frecuentes, náuseas, acidez y sensación de plenitud gástrica.

- Exámenes complementarios

Ecografía de vías biliares: vesícula biliar de tamaño normal, con imagen hiperecogénica por adición en pared anterior, de 20 x 10 mm, de base regular y bien delimitada.

Vías biliares: sin alteraciones.

Los restantes complementarios resultaron normales.

Fue operada a causa de ello y se le realizó una colecistectomía, con evolución satisfactoria, por lo cual egresó 2 días después.

Pieza quirúrgica: vesícula biliar

Descripción macroscópica: Vesícula biliar de 8 cm de longitud, de superficie lisa y verdosa, cuya cavidad contenía abundante bilis verde oscuro y formación tumoral de 2,5 x 1 cm (de base estrecha) en la mucosa de la pared anterior, con superficie en forma de coliflor, digitiforme, color oscuro y aspecto polipoide.

Descripción microscópica: Presencia de un tumor papilomatoso con focos de transformación carcinomatosa en uno de sus bordes, que se extendía hasta la base de la lesión e invadía la pared hasta la submucosa.

- Diagnóstico: Adenoma vesicular y, como ya se dijo y ahora se reitera, con transformación adenocarcinomatosa e infiltración de la pared hasta la submucosa.

COMENTARIOS

El cáncer de la vesícula biliar es una enfermedad extremadamente grave, muchos de estos tumores, con crecimiento relativamente lento, son bien diferenciados; pero otros, muy raros, se presentan como la variante esclerosante que se confunde con una colangitis esclerosante, lo que retarda o hace ignorar el diagnóstico y, por tanto, agrava el pronóstico para estos pacientes.

La neoplasia de vesícula biliar presenta muy baja incidencia en los países desarrollados. Las personas de bajo riesgo de cáncer vesicular están en el norte de Europa y entre la población blanca no hispánica de Estados Unidos de Norteamérica; mientras que las de muy alto riesgo son las de los países andinos, particularmente Chile y Bolivia, así como también los hispanos e indígenas de América del Norte.

En las poblaciones de bajo riesgo se informan tasas de incidencia de aproximadamente 1,3 y 0,8 casos por 100 000 habitantes en mujeres y hombres, respectivamente; en las

de alto riesgo, oscilan de 10-15 casos por 100 000 habitantes en mujeres y de 3,5-7,0 en hombres.

Las principales hipótesis que explican este patrón geográfico son genéticas (mayor susceptibilidad en población amerindia), hormonales (relacionadas con el estrógeno) y ambientales (dieta, pobreza e infecciones).¹

En Cuba no aparece entre las 35 primeras causas de egresos hospitalarios² y su diagnóstico se realiza generalmente asociado a litiasis vesicular, como hallazgo en la pieza quirúrgica.

Los adenomas vesiculares son raros y cuando se diagnostican, generalmente el informe se realiza como una curiosidad médica; no obstante, se reconocen como lesiones preneoplásicas en la mucosa vesicular, en las que se origina el cáncer a partir de focos metaplásicos.

La edad promedio para la aparición del cáncer de vesícula, fluctúa entre los 45 y 57 años, fundamentalmente en las mujeres,³⁻⁹ sobre todo con litiasis vesicular;^{1,3,5,8} al respecto, Roa¹⁰ encontró en su serie que la colesterosis era un factor predisponente.

El pronóstico de la enfermedad está relacionado con la detección temprana y el grado de penetración de la neoplasia en la pared del órgano. Su diagnóstico clínico, que era fortuito y se realizaba generalmente como hallazgo anatomopatológico en piezas quirúrgicas, en la actualidad se hace en estadios iniciales gracias a la ecografía y la tomografía.^{3,6} La supervivencia por 5 años en estos pacientes, después de la intervención quirúrgica, sobrepasa 90 % para Xabier⁵ y algo menos para Gabrielli *et al.*⁶

Morfológicamente esta afección asume 2 patrones de crecimiento: tumor exofítico e infiltrante. La primera variante se presenta como una masa irregular proyectada hacia la luz del órgano (**figura 1**), generalmente con aspecto de coliflor que puede infiltrar la pared. Esta porción luminal puede mostrar zonas de necrosis, ulceración y hemorragias. Se localiza habitualmente en el fondo y cuello de la vesícula, a la vez que afecta las paredes laterales en 20 % de los casos; la segunda es más común y aparece como un área de induración y engrosamiento de la pared, difusa, poco definida, que puede ulcerarse y ocupar todo el grosor de la pared y producir fistulas hacia órganos vecinos.



Figura 1. *Obsérvese la lesión tumoral polipoide en la vesícula biliar abierta*

Histológicamente más de 90 % de los tumores son adenocarcinomas (**figuras 2 y 3**), generalmente papilares, aunque los hay también poco diferenciados o indiferenciados; cerca de 5 % son carcinomas epidermoides e incluso algunos pueden ser carcinoides.⁸

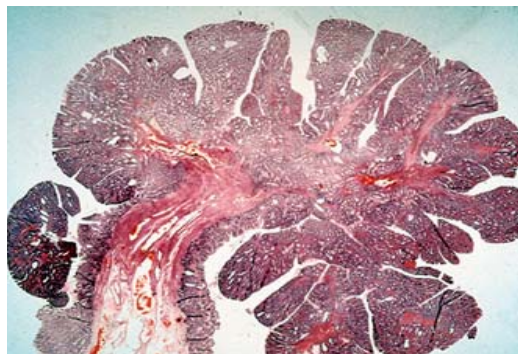


Figura 2. Aspecto histológico x 4

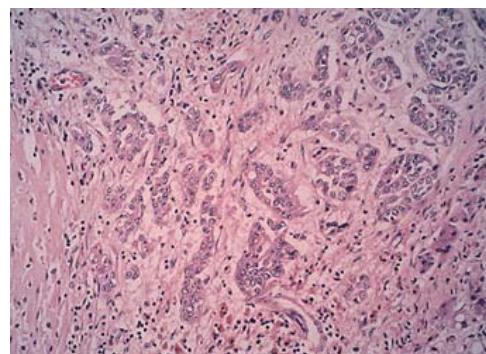


Figura 3. Aspecto histológico x 400

Clínicamente los signos y síntomas suelen ser similares a los de la litiasis vesicular, la cual se acompaña en muchas ocasiones de dolor abdominal, anorexia, vómito e ictericia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andia K Marcelo, Gederlini G Alessandra, Ferreccio R Catterina. Cáncer de vesícula biliar: Tendencia y distribución del riesgo en Chile. Rev Méd Chile 2006; 134(5):565-74. <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000500004&script=sci_arttext> [consulta: 13 marzo 2011].
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud, 2009. Lista tabular. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/lista_morbilidad_egresos.pdf> [consulta: 12 marzo 2011].
3. Maluenda F, Díaz JC, Aretxabala X de, Burdiles P, Csendes A, Contreras L. Aspectos quirúrgicos del cáncer de vesícula biliar. Rev Méd Chile 2005; 133(6):723-8. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000600016&lng=es> [consulta: 22 marzo 2011].
4. Roa I, Muñoz S, Ibacache G, Aretxabala X de. Desde la displasia hasta el cáncer de la vesícula biliar. Rev Méd Chile 2009; 137(7):873-80. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000700002&lng=es> [consulta: 13 marzo 2011].
5. Aretxabala X de, Roa I, Mora J, Pincheira O, Burgos L, Silva J, et al. Cáncer de la vesícula biliar: manejo de pacientes con invasión de la túnica muscular. Rev Méd Chile 2004; 132(2):183-8. <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000200007&lng=es> [consulta: 22 marzo 2011].
6. Gabrielli M, Hugo S, Domínguez A, Báez S, Venturelli A, Puga M, et al. Letalidad del cáncer de vesícula biliar es independiente del lugar de atención o características sociodemográficas. Chile 2002-2005. Rev Méd Chile 2010; 138:1357-64.

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001200003&lang=es&tlng=es> [consulta: 22 marzo 2011].

7. Montoya Aguilar C. La litiasis biliar y el cáncer de la vesícula y vías biliares en Chile: dos estrategias. Cuad Méd Soc 2004; 44(3):162-75.
<http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/44_3.pdf> [consulta: 22 marzo 2011].
8. Kumar A, Fausto M. Robbins Basic Pathology. 8ed. [Versión en CD-ROM]. Madrid: Elsevier, 2007.
9. Donoso E, Cuello M. Mortalidad por cáncer en la mujer chilena. Análisis comparativo entre los años 1997 y 2003. Rev Chil Obstetr Ginecol 2006; 71(1).
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000100003&script=sci_arttext> [consulta: 22 marzo 2011].
10. Roa I, Muñoz S, Ibacache G, Aretxabala X de. Colesterolosis y cáncer de la vesícula biliar. Rev Méd Chile 2010; 138:804-8.
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000700002&lang=es&tlng=es> [consulta: 22 marzo 2011].

Recibido: 4 de mayo de 2011

Aprobado: 24 de mayo de 2011

MSc. Rafael Escalona Veloz. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: escalona@medired.scu.sld.cu