



## Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal

José Jesús Castillo García,\* Catalina Romo Aguirre,‡ Jorge Ruiz Lizárraga,\*  
Jesús Francisco Escrivá Machado,§ Víctor Hugo Córdova Pluma<sup>||</sup>

### Resumen

**Antecedentes:** El carcinoma de vesícula biliar, descrito por primera vez en 1777, ocupa el quinto lugar en frecuencia de neoplasias malignas en el tubo digestivo. **Objetivo:** Conocer la prevalencia e incidencia del cáncer de vesícula biliar en pacientes postoperados de colecistectomía en el Hospital Ángeles del Pedregal. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal de los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a colecistectomía, incluyendo 3,420 colecistectomías durante seis años. Se analizaron los resultados del estudio histopatológico, se recolectaron para obtener la prevalencia e incidencia del cáncer de vesícula biliar. **Resultados:** El diagnóstico más frecuente en pacientes postcolecistectomía fue colecistitis 1,557 casos (45.5%), colelitiasis 1,450 casos (42.4%), otras enfermedades de la vesícula biliar 404 casos (11.8%), cáncer de vesícula biliar 9 casos (0.26%), con prevalencia de 0.26 casos por cada 100 colecistectomías e incidencia de 2.6 por cada 1,000 pacientes sometidos a este procedimiento. El tipo histológico más común fue adenocarcinoma con 8 casos y 1 caso de carcinoma neuroendocrino. Sólo en uno de los 9 casos (11.1%), se sospechó cáncer de vesícula biliar en forma preoperatoria. **Conclusiones:** La incidencia de cáncer de vesícula biliar en nuestro hospital está por debajo de los límites bajos reportados en la literatura.

**Palabras clave:** Colecistectomía, cáncer de vesícula biliar, adenocarcinoma, colecistitis, colelitiasis.

### Summary

**Background:** The gallbladder carcinoma first described in 1777, ranks fifth in frequency of malignancies in the gastrointestinal tract. **Aim:** To determine the prevalence and incidence of gallbladder cancer in patients after cholecystectomy surgery at Hospital Angeles Pedregal. **Material and methods:** We conducted a descriptive, observational, retrospective and cross study of the clinical records of patients undergoing cholecystectomy, including a total of 3,420 cholecystectomy for six years. The results of histological evaluation were analyzed and collected in a prescribed format. Then the prevalence and incidence of malignancy in our hospital were obtained. **Results:** The diagnosis most often reported according to data from clinical records at this hospital, was cholecystitis with 1,557 cases (45.5%), followed by cholelithiasis with 1,450 cases (42.4%), other diseases of the gallbladder reported 404 cases (11.8%) and gallbladder cancer was present in 9 cases with a prevalence of 0.26 cases per 100 patients undergoing cholecystectomy and an incidence of 2.6 per 1,000 patients undergoing this procedure. Adenocarcinoma was the most common type with eight cases and one case of neuroendocrine carcinoma. Only one of the nine cases (11.1%), gallbladder cancer was suspected preoperatively. **Conclusions:** The incidence of gallbladder cancer in our hospital, is located below the lower limits reported in the literature.

**Key words:** Cholecystectomy, gallbladder cancer, adenocarcinoma, cholecystitis, cholelithiasis.

\* Cirujano General en el Hospital Ángeles Pedregal. México, D.F.

‡ Patóloga del Departamento de Patología del Hospital Ángeles Pedregal. México, D.F.

§ Residente de Cirugía General en el Hospital Ángeles Pedregal. México, D. F.

<sup>||</sup> Jefe de Postgrado y Vinculación de la Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle. México, D.F.

### Correspondencia:

Dr. José Jesús Castillo García

Av. Universidad Núm. 1134, 1<sup>er</sup> piso, Consultorio 26, Col. Xoco, Del. Benito Juárez. 03330 México, D. F.

Correo electrónico: [jesusmd10@hotmail.com](mailto:jesusmd10@hotmail.com)

Aceptado: 12-07-2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de vesícula biliar se conoce desde hace más de un siglo. El carcinoma de vesícula biliar fue descrito por primera vez por Maximilian de Stoll en 1777 y es un proceso maligno poco frecuente aunque no es raro.<sup>1,2</sup> La primera resección de esta patología se atribuye a Keen en 1891, y fue posteriormente George Pack, en 1955, el primer cirujano que realizó una resección hepática radical para el tratamiento del carcinoma de vesícula biliar. Es la forma más frecuente de la patología biliar maligna.<sup>3</sup> Algunos autores reportan el cuarto lugar entre los cánceres digestivos,<sup>4</sup> mientras que otros lo reportan como el quinto cáncer en frecuencia en el tubo digestivo.<sup>5</sup> Su incidencia varía ampliamente en distintas partes del mundo; mientras algunas series reportan entre el 0.2 y 5% de todas las colecistectomías,<sup>6,7</sup> otros autores reportan entre 1 a 3% de todas las colecistectomías.<sup>5</sup> Este tumor se caracteriza por una evolución poco favorable como consecuencia del curso clínico, que en el momento del diagnóstico ya se presenta como una enfermedad avanzada imposible de resecar. Sin embargo, esto ha ido cambiando en la era de la cirugía laparoscópica, pues el incremento en el número de procedimientos quirúrgicos de colecistectomía ha permitido encontrar a la enfermedad en estadios potencialmente curables.<sup>8</sup> El diagnóstico temprano, la cirugía agresiva y la quimioterapia constituyen la base para lograr una mayor supervivencia. No obstante el avance con los procedimientos de diagnóstico por imágenes, el diagnóstico oportuno continúa siendo un problema.<sup>9</sup>

La incidencia de carcinoma de vesícula biliar es extremadamente variable según las regiones geográficas y los grupos étnico-raciales, con un margen de incidencia anual que oscila entre los 2-13/100,000 habitantes. Las tasas más altas de incidencia se registran en Chile, entre habitantes del Noreste de Europa, Israel e indios americanos. Recientemente se ha comunicado que el cáncer de vesícula biliar es la principal causa de muerte entre las mujeres de Chile. Las tasas más bajas se han observado en habitantes de raza negra de Zimbawe y América y en países como España e India.<sup>10-12</sup>

En México, la incidencia es desconocida; sin embargo, en un hospital regional de este país, perteneciente al IMSS, se reportó una incidencia de 0.54% en relación a las colecistectomías realizadas a lo largo de 10 años.<sup>13</sup>

Esta neoplasia afecta de manera más importante a la población de sexo femenino, con una relación mujer/hombre de 5:1, siendo el grupo etario más afectado el comprendido entre 50 y 70 años. La cantidad de pacientes afectados por ella no es despreciable y corresponde al 22.7%.<sup>14</sup>

Los principales factores de riesgo lo constituyen el sexo femenino, la edad y la colelitiasis. La litiasis se asocia entre

un 45 y 100% de las veces. El vínculo entre cálculos y carcinoma se relaciona con el traumatismo y la inflamación crónica de la mucosa vesicular producida por los cálculos que conducen a cambios displásicos y al carcinoma. El riesgo relativo de carcinoma aumenta cuando se registran síntomas previos de colecistitis y en particular cuando se produce una calcificación como con la "vesícula en porcelana", donde el riesgo es muy alto.<sup>15</sup>

La variedad histológica predominante es el adenocarcinoma (80 al 95%). El carcinoma indiferenciado aparece en un 6%, el carcinoma escamoso en un 3%, el tumor mixto o acantoma en el 1% de los casos. Como variedades histológicas raras figuran: leiomioma, rhabdomyosarcoma alveolar, rhabdomyosarcoma embrionario, paraganglioma, carcinoma de células pequeñas, adenoma vellosos de la vesícula con áreas de carcinoma *in situ*, histiocitoma fibroso maligno y linfomas. También se han descrito tumores malignos sincrónicos: adenocarcinoma y coriocarcinoma, carcinoma escamoso y angiosarcoma. Entre los tumores mixtos: carcinoide y adenocarcinoma, carcinoma y sarcoma.<sup>16-18</sup>

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta las masas vesiculares observadas en el examen ecográfico: los pólipos simples, los pólipos constituidos por mucosa gástrica heterotópica, los pólipos carcinomatosos, el coristoma (tejido hepático heterotópico sin conexión alguna con el hígado) y el hígado accesorio de la vecindad de la vesícula. También la colecistitis xantogranulomatosa puede simular un carcinoma mínimo y crear confusión.

Con los pólipos vesiculares menores de 1 cm se sugiere tener una conducta expectante y realizar exámenes ecográficos cada 3, 6 y 12 meses si no ocurren modificaciones. Aquellos que superan el centímetro deben ser resecados (colecistectomía).

Para el adenocarcinoma de vesícula biliar se reconocen dos modelos de transformación maligna: la secuencia adenoma-adenocarcinoma, a partir de la mucosa plana, con la aparición de metaplasia, posterior displasia, carcinoma *in situ* y luego invasor que es la más aceptada para el carcinoma vesicular; y la secuencia adenoma-carcinoma, con la transformación de una lesión polipoidea, como el adenoma, a una lesión maligna; esta última con mucho menor frecuencia que el cáncer de colon. Ambas vías corresponden a eventos biológicos distintos. Por lo tanto, la importancia de las lesiones polipoideas se basa, en parte, en su relación con la patología maligna de la vesícula biliar.<sup>19</sup>

La estadificación para cáncer de vesícula biliar es de importancia para la selección de los pacientes, quienes se benefician de una cirugía. Existen diversos sistemas de estadificación para el cáncer de vesícula biliar que incluyen la Clasificación de Nevin (*Cuadro I*), la cual fue

**Cuadro I.** Estadificación de Nevin para el carcinoma de vesícula biliar (original y modificado de Donohue).

	Original	Modificado
Nevin I	Carcinoma limitado a mucosa	Carcinoma <i>in situ</i>
Nevin II	Limitado a capa muscular	Invasión mucosa/muscular
Nevin III	Limitado a capa subserosa (no infiltra hígado)	Infiltración hepática contigua
Nevin IV	Afección ganglio cístico	Afección ganglionar (+)
Nevin V	Infiltración hepática directa o metástasis a distancia	Metástasis hepática a otros órganos

publicada por primera vez en 1976, siendo modificada en 1990 por Donohue y clasifica a los pacientes en 5 estadios basados en el grosor y la profundidad de la invasión parietal; sin embargo, la modificación ubica en el mismo estadio (Nevin 3) a aquellos tumores con infiltración hepática por contigüidad menor a 2 cm y mayor a 2 cm, variable que se ha demostrado de importancia pronóstica.<sup>1,22</sup>

Existe además de la estadificación de Nevin el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC) (Cuadro II).<sup>1,23</sup>

Las manifestaciones fundamentales son dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia, acolia, coluria y prurito. El síndrome de obstrucción biliar es generalmente de instalación lenta; se observa, además, deterioro del estado general y pérdida de peso.<sup>1-3</sup>

El dolor en el hipocondrio derecho o el epigastrio puede estar presente hasta en el 60% de los casos, pero no tiene características de cólico y su intensidad es variable. El prurito acompaña generalmente al cuadro clínico en sus etapas avanzadas, pero también puede constituir un síntoma inicial.<sup>1-3</sup>

Los estudios considerados como complementarios son generalmente de poca relevancia o inespecíficos, encontrando, entre ellos, elevación de fosfatasa alcalina, gamma glutamil transferasa, alteraciones en los niveles de bilirrubinas, elevación del antígeno carcinoembrionario y el marcador tumoral CA 19-9, aunque no son específicos. La medición de valores de antígeno carcinoembrionario mayor de 4 ng/mL tiene un 93% de especificidad para el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar si se comparan con valores de casos controles en pacientes sometidos a colecistectomía por patología benigna de vía biliar; no obstante, su sensibilidad es de sólo el 50%.<sup>3</sup> El antígeno sérico más utilizado para el cáncer de vesícula biliar es el CA 19-9, sintetizado por las células del epitelio ductal biliar y pancreático en condiciones normales, alcanzando los valores más altos en neoplasias pancreáticas; la cuantificación de valores CA 19-9 mayor de 20 U/mL tiene una sensibilidad del

**Cuadro II.** Estadificación TNM para cáncer de vesícula biliar.

Tumor	
T is	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Invade mucosa y muscular
T1a	Invade mucosa
T1b	Invade muscular
T2	Invade serosa
T3	Perfora serosa o invade un órgano adyacente (hígado menor a 2 cm)
T4	Invade hígado mayor a 2 cm, o más de un órgano adyacente
Ganglios linfáticos	
N0	Ausencia de metástasis ganglionares
N1	Invasión de ganglio cístico, ganglios pericoleodocianos o hiliares
N2	Invasión a ganglios celíacos, periportales, periduodenales, peripancreáticos, lumboaórticos mesentéricos
Metástasis a distancia	
M0	Sin invasión a órganos a distancia
M1	Invasión a órganos a distancia (incluye metástasis hepáticas no por contigüidad)
Estadios	
0	Tis, N0, M0
I	T1, N0, M0
II	T2, N0, M0
III	T3, N0, M0/T1-3, N1, M0
IV-A	T4, N0-1, M0
IV-B	T1-4, N2, M0

79.4% y una especificidad del 79.2%, siendo por ello de gran utilidad en casos de hallazgos radiológicos ambiguos o indeterminados.<sup>3,21</sup>

Los estudios de imagen son de importancia para estadiar y clasificar el estadio clínico en que se encuentra la enfermedad; sin embargo, tumores de etapas tempranas o los que son infiltrantes son indistinguibles de patología de origen biliar maligno. El 75% de los pacientes se diagnostica en fases avanzadas de la enfermedad y la supervivencia a 5 años es del 4-12%.<sup>4</sup>

A pesar de los avances radiológicos, se reportan series en donde el cáncer de vesícula biliar es prácticamente indistinguible de patología benigna,<sup>24</sup> siendo ésta agresiva y letal, de pronóstico poco favorable. Si se realizan las investigaciones preoperatorias adecuadas, la cirugía radical puede llegar a ser curativa. A pesar de los avances logrados en el diagnóstico y estadificación de esta enfermedad, la exploración quirúrgica continúa siendo la forma más adecuada para determinar la reseabilidad.<sup>25,26</sup> Se ha visto que hasta un 50% de los pacientes sometidos a exploración quirúrgica se encuentran en etapa avanzada e irresecable.<sup>27</sup>

El adenocarcinoma de vesícula biliar se presenta con un mal pronóstico, excepto en los casos de estadios tempranos (T1 y T2 con ganglios negativos). De hecho, si la enfermedad se encuentra avanzada la esperanza terapéutica disminuye considerablemente. Si la infiltración tumoral puede ser claramente clasificada como T4 antes de emprender una resección, ésta dejará de ser indicada para la mayoría de los grupos quirúrgicos.<sup>28-30</sup>

El diagnóstico preoperatorio de invasión tumoral llega a ser correcto en sólo el 52.6% de los casos y esto puede variar según el grado en las imágenes para T que se presenten, reportando algunos autores, buenos rangos diagnósticos que van entre el 87.5 y 66.7% para T1 y T2 respectivamente.<sup>31</sup>

Algunas de estas series japonesas muestran un mayor porcentaje de diagnóstico preoperatorio; sin embargo, es posible que la mayor incidencia de lesiones tumorales protruidas, sin coexistencia con litiasis, pueda ser responsable de esta diferencia.<sup>32</sup>

Antes del uso rutinario de la ecografía y la tomografía axial computada, las tasas de diagnóstico preoperatorio de cáncer de vesícula biliar estaban en torno del 8%; sólo eran de utilidad los estudios radiológicos simples y la colecistografía oral e intravenosa. Con la introducción en los 80 de ambas pruebas de imagen, el porcentaje ha aumentado, reportando algunas series desde un 30% y algunos otros reportes, llegando hasta 75-88%; sin embargo, no parece que este marcado aumento se haya acompañado de una mejora en los resultados terapéuticos y tasa de supervivencia para el cáncer de vesícula biliar diagnosticado de forma preoperatoria.<sup>12,33</sup>

## OBJETIVO

Conocer la prevalencia e incidencia del cáncer de vesícula biliar en pacientes postoperados de colecistectomía en el Hospital Ángeles Pedregal.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a cirugía de colecistectomía por cualquier patología de origen biliar.

El método de búsqueda fue a través del archivo del Departamento de Patología del Hospital Ángeles Pedregal, así como de los expedientes pertenecientes al archivo clínico del mismo hospital.

Los criterios tomados en cuenta para ser incluidos en el estudio, fueron todos los pacientes sometidos a cirugía de colecistectomía por cualquier patología de vesícula biliar (cuya razón primaria para ser sometidos a cirugía fuera la colecistectomía) realizada entre el 1° de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2009.

Se excluyeron aquellos pacientes con expediente incompleto y pacientes cuya indicación de colecistectomía hubiera sido causa secundaria al procedimiento quirúrgico, así como expedientes de pacientes intervenidos quirúrgicamente en otro hospital.

Se realizó un total de 3,420 colecistectomías en el periodo antes mencionado; de éstas, 9 pacientes resultaron con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar por estudio patológico.

De los expedientes clínicos se recopilaron los siguientes antecedentes: edad, sexo, diagnóstico clínico previo a la intervención quirúrgica, manifestaciones clínicas.

Del archivo de anatomía patológica se obtuvo el tipo histológico, grado de diferenciación celular, grado de la infiltración de la pared de la vesícula biliar u órganos vecinos (estadificación de Nevin).

Con fines de análisis estadístico se calculó y analizó la prevalencia y la incidencia en la población del Hospital Ángeles Pedregal.

## RESULTADOS

Los resultados del presente estudio determinaron un total de 3,420 pacientes operados de colecistectomía entre el 1° de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2009.

El diagnóstico más frecuente según datos del archivo clínico de este hospital (en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10) fue colecistitis, 1,557 casos (45.5%), seguido de colelitiasis, 1,450 casos (42.4%); otras

enfermedades de la vesícula biliar, 404 casos (11.8%); el cáncer de vesícula biliar presentó 9 casos (0.26%).

De los 3,420 pacientes sometidos a colecistectomía, 2,270 (66.3%) fueron del sexo femenino y 1,150 (33.6%) masculinos (Figura 1), lo que da una relación de 2:1, con un promedio de 25.9% entre los 30 y 39 años de edad (Figura 2).

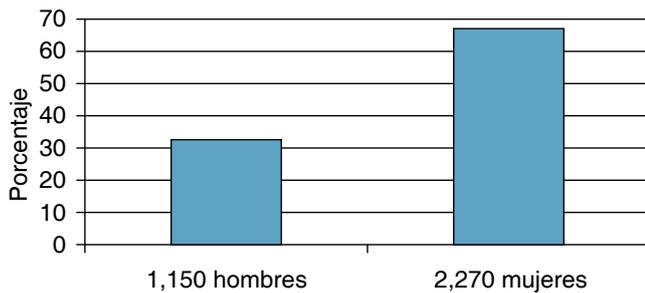
La mayor frecuencia de presentación por grupos de edad del cáncer de vesícula biliar fue en la quinta década de la vida con 5 casos, un caso entre los 60 y 69 años, y tres casos en pacientes de 80 años y más (Figura 3).

La prevalencia de cáncer de vesícula biliar fue de 0.26 casos por cada 100 pacientes sometidos a cirugía de colecistectomía como indicación quirúrgica primaria, en tanto la incidencia fue de 2.6 casos por cada 1,000 pacientes sometidos a colecistectomía.

El cáncer de vesícula biliar se presentó con mayor frecuencia en mujeres que en hombres a razón de 2:1 (6 mujeres y 3 hombres) (Figura 4).

### Hallazgos anatomopatológicos

De los 9 pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar, se reportó adenocarcinoma en 8 y en 1 paciente carcinoma neuroendocrino (Figura 5).



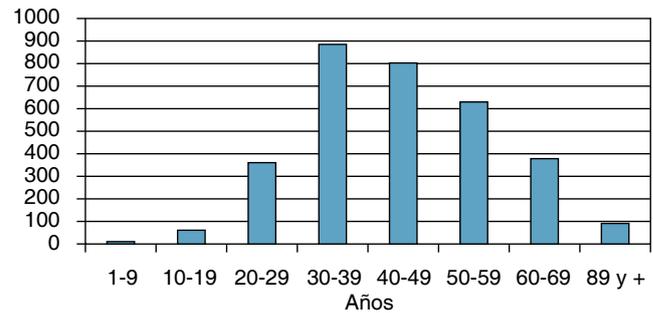
**Figura 1.** Relación mujer/hombre en colecistectomías realizadas.

De acuerdo al grado de diferenciación celular, se encontró que 4 pacientes se presentaban con cáncer bien diferenciado (44.4%), 4 pacientes más (44.4%) presentaron moderado grado de diferenciación celular, y 1 paciente se presentó como poco diferenciado (11.1%) (Figura 6).

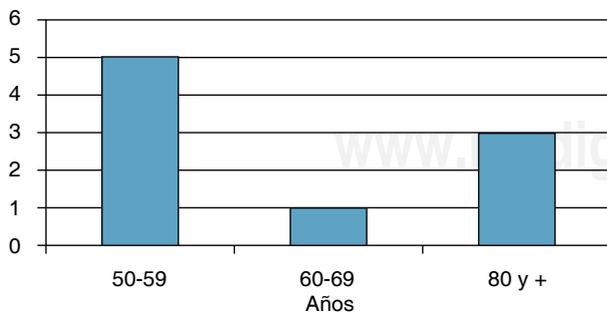
De los 9 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer, se encontró que de acuerdo con el grado de invasión tumoral, en ningún paciente se presentó tumor que sólo infiltrara la mucosa (Nevin I); en 2 pacientes (22.2%), el tumor infiltraba la capa muscular (Nevin II), en 4 pacientes (44.4%) el tumor infiltraba en forma transmural la pared (Nevin III); en ningún paciente se encontró evidencia de que el tumor infiltrara en forma transmural la pared con afectación del ganglio cístico (Nevin IV) y en 3 pacientes el tumor infiltraba el lecho hepático y/o presentaban afectación metastásica a distancia (33.3%) (Nevin V) (Cuadro III).

### Hallazgos clínicos

De los 9 pacientes con cáncer de vesícula biliar se encontró que 7 (77.7%) presentaban dolor en cuadrante superior derecho, 4 pacientes (44.4%) presentaban ictericia, 4



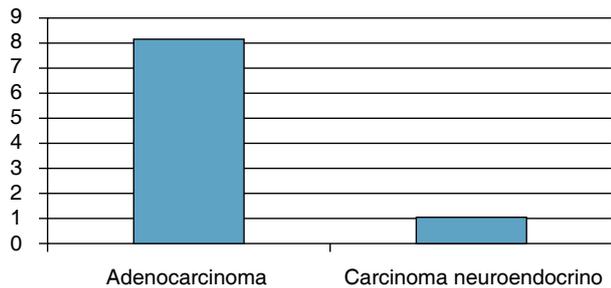
**Figura 2.** Distribución de colecistectomías por grupo de edad.



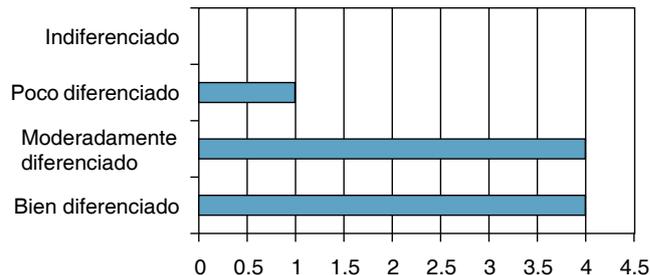
**Figura 3.** Frecuencia de cáncer de vesícula biliar por grupo de edad.



**Figura 4.** Relación mujeres/hombres en el cáncer de vesícula biliar.



**Figura 5.** Número de pacientes según su tipo histológico.



**Figura 6.** Número de pacientes según el grado de diferenciación celular.

(44.4%) presentaban anorexia o hiporexia y 2 pacientes (22.2%) presentaron pérdida de peso (*Cuadro IV*).

De los 9 pacientes con cáncer de vesícula biliar, el diagnóstico preoperatorio se realizó en base a cuadro clínico y estudios de gabinete, encontrando la siguiente relación: 5 pacientes (55.5%) con colecistitis crónica litiásica, 1 paciente con datos ultrasonográficos compatibles con piocolecisto (11.1%), 1 paciente con colecistitis crónica litiásica no agudizada (11.1%), 1 paciente con diagnóstico de coledocolitiasis (11.1%) y 1 paciente con datos tomográficos compatibles con cáncer vesicular (11.1%) (*Cuadro V*).

### DISCUSIÓN

El cáncer de vesícula biliar suele ser una patología que debido a su presentación clínica se confunde con enfermedades benignas de la vesícula biliar y esto suele estar relacionado con los síntomas más frecuentemente asociados a la presencia de cáncer de vesícula biliar, como son el dolor de tipo cólico hacia cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia, anorexia o hiporexia y pérdida de peso. En los pacientes que se evidenció cáncer de vesícula biliar se mostró como síntoma principal dolor abdominal en cuadrante superior derecho en 7 pacientes (77.7%).

De acuerdo con nuestros resultados, en la mayoría de los pacientes se realizó el diagnóstico preoperatorio de colecistitis litiásica agudizada, y de los 9 pacientes con cáncer de vesícula biliar, en 5 (55.5%) se realizó diagnóstico preoperatorio de colecistitis litiásica. El diagnóstico de cáncer de vesícula biliar se realizó en forma preoperatoria en sólo 1 paciente (11.1%), en base a sospecha clínica con fundamento en las propias manifestaciones de cada paciente, apoyados por estudios radiológicos como ultrasonido y tomografía axial computada.

El bajo porcentaje de pacientes con sospecha preoperatoria de cáncer de vesícula biliar quizá está en relación directa a los estudios radiológicos que se le realizaron a los pacientes antes de ser sometidos a cirugía, ya que según lo reportado

Cuadro III. Número de pacientes según estadificación de Nevin.		
Estadio	Número de casos	Porcentaje
Nevin I	0 pacientes	0
Nevin II	2 pacientes	22.2
Nevin III	4 pacientes	44.4
Nevin IV	0 pacientes	0
Nevin V	3 pacientes	33.3
Total	9 pacientes	100

Cuadro IV. Síntomas predominantes en los pacientes con carcinoma de vesícula biliar.	
Síntoma	No. de pacientes
Dolor abdominal en cuadrante superior derecho	7
Ictericia	4
Anorexia o hiporexia	4
Pérdida de peso	2

en la literatura el aumento en el porcentaje de diagnóstico preoperatorio se debe a la combinación de estudios de ultrasonografía y tomografía, los cuales fueron realizados de esta forma en sólo un paciente, mismo en el que se sospechó diagnóstico de cáncer de forma preoperatoria.

Encontramos que la prevalencia de cáncer de vesícula biliar en nuestra población fue 0.26 casos por cada 100 pacientes sometido a colecistectomía, con indicación primaria del procedimiento quirúrgico, que en comparación con otras series, está por debajo de lo reportado en estadísticas mundiales, las cuales van entre el 2.1 y 8.8 %, <sup>10-12</sup> y algunas otras series reportan entre el 1 y 2.8%.<sup>27</sup>

**Cuadro V.** Diagnóstico preoperatorio en los pacientes con carcinoma de vesícula biliar.

Diagnóstico preoperatorio	No. de pacientes (%)
Colecistitis crónica litiasica agudizada	5(55.5%)
Colecistitis crónica litiasica no agudizada	1(11.1%)
Piocollecisto	1(11.1%)
Coledocolitiasis	1(11.1%)
Carcinoma de vesícula biliar	1(11.1%)
Total	9(100 %)

De los pacientes con cáncer de vesícula biliar encontramos que el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma (8 de los 9 casos), es decir el 88.8%, lo que es similar a lo reportado en la literatura mundial.<sup>16-18</sup>

De acuerdo al grado de diferenciación celular encontramos que 4 pacientes (44.4%) se reportaron como cáncer bien diferenciado, 4 más (44.4%) con cáncer moderadamente diferenciado, y sólo un paciente (11.1%) con cáncer poco diferenciado. Esto, junto con el grado de infiltración tumoral, son factores que influyen en la supervivencia a 5 años en los pacientes con cáncer de vesícula biliar.<sup>3</sup>

Durante la revisión encontramos que tres pacientes (33.3%) presentaron infiltración al lecho hepático o lesiones metastásicas. Es importante mencionar que ante el hallazgo transoperatorio de sospecha de neoplasia debe determinarse la resecabilidad, y con base en ella decidir resección en block o sólo fundamentación histológica y tratamiento paliativo.

De forma universal, el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC) es la base para la estadificación del cáncer de vesícula biliar, siendo ésta la base para la toma de decisiones terapéuticas.<sup>1,23</sup>

Los pacientes con sospecha preoperatoria de cáncer de vesícula biliar deben someterse a cirugía abierta para llevar a cabo la intervención definitiva con intención curativa y radical en un solo tiempo; igualmente, aquéllos en los que el cáncer de vesícula biliar se descubre de forma intraoperatoria durante el procedimiento laparoscópico deben ser convertidos a cirugía abierta para llevar a cabo la intervención definitiva con intención curativa.<sup>12,28</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 resecar la vía biliar con propósitos oncológicos.<sup>3,33</sup>

La única variante terapéutica que debe acompañar a la re-resección radical del cáncer de la vesícula biliar incidental cuando la colecistectomía se realiza por laparoscopia es la resección radical de las puertas de entrada de los trócares, no ya con intención curativa sino de estadificación y predicción, porque siempre que se detecta cáncer microscópico a este nivel, los pacientes presentan recurrencia peritoneal temprana.<sup>33</sup>

## CONCLUSIONES

El cáncer de vesícula biliar es una enfermedad con baja prevalencia en nuestro medio, en comparación con lo reportado por otros autores; estos hallazgos por debajo de lo esperado en las tasas de prevalencia e incidencia de cáncer de vesícula biliar nos orienta a pensar que sólo en casos bien seleccionados, ante la sospecha clínica de cáncer de vesícula biliar, se debe solicitar estudio histopatológico transoperatorio, con la finalidad de determinar el grado de diferenciación celular, invasión tumoral y etapificación clínica, estableciendo así el tratamiento, ya sea quirúrgico o no, para cada caso.

Con un diagnóstico temprano de coledocolitiasis por ultrasonografía en los pacientes que presentan cólico vesicular se realizan colecistectomías por debajo del promedio de edad en que se presenta con mayor frecuencia el cáncer de vesícula biliar, lo cual se ve reflejada en la baja incidencia con que se presenta esta patología en nuestro hospital.

## AGRADECIMIENTOS

Lic. José Luis López Arista. Jefe de Archivo Clínico del Hospital Ángeles Pedregal.

## REFERENCIAS

1. Fatechi M, Leiva S, Roa C, Smith G. Cáncer de vía biliar. *Revista de Postgrado de la VIª Cátedra de Medicina*. N° 186. 2008.
2. Soto S, Herrera M, Rosas C et al. Cáncer de vesícula biliar durante el trienio 2001-2003 en el Hospital Base de Osorno. *Cuad Cir* 2004; 18: 21-26.
3. Ramírez C, Suárez M, Santoyo J et al. Actualización del diagnóstico y tratamiento del cáncer de vesícula biliar. *Cir Esp* 2002; 71(2): 102-111.
4. Ramos-Font C, Santiago A, Rodríguez-Fernández A et al. Estadificación del cáncer de vesícula mediante tomografía de positrones con 18F-fluorodesoxiglucosa. *Rev Esp Med Nucl* 2009; 28(2): 74-77.
5. Oxley A, Barbosa L, Dal Pino L et al. Expressao imuno-histoquímica e valor prognóstico da proteína p53 no carcinoma de vesícula biliar: estudo de 60 casos. *J Bras Patol Med Lab* 2004; 40(6): 403-410.
6. Cortés A, Botero M, Carrascal E et al. Carcinoma insospechado de la vesícula biliar. *Colomb Med* 2004; 35:18-21.
7. Silecchia G, Raparelli L, Navalone J et al. Laparoscopic cholecystectomy and incidental carcinoma of the extrahepatic biliary tree. *JSL* 2002; 6: 339-344.

8. Nishiyama Y, Yamamoto Y, Fukunaga K et al. Dual-Time-Point 18F-FDG PET for the evaluation of gallbladder carcinoma. *J Nucl Med* 2006; 47(4): 633-638.
9. Talbot E, Klaassen R, Mucientes F et al. Supervivencia en cáncer de vesícula biliar estadios I. *Rev Chil Cir* 2003; 55(1): 65-69.
10. Esterio I, González P, Ibacache G et al. Cáncer de la vesícula biliar en colecistectomías por litiasis. *Rev Esp Patol* 2004; 37(3): 279-285.
11. Gupta S, Shukla V. Gallbladder cancer etiopathology and treatment. *Health Administrator* 17(1): 134-142.
12. Campos Y, Brenes I. Cáncer de vesícula biliar (revisión bibliográfica). *Rev Med de Costa Rica y Centroamérica* 2008; 65(583): 147-152.
13. De la Parra M, Martínez H, Sánchez et al. Adenocarcinoma de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a colecistectomía. *Cir Ciruj* 2005; 73(2): 97-100.
14. Venturelli A, Soto S, Díaz J y cols. Cáncer de vesícula biliar. Análisis del periodo 1995- 1999 en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. *Rev Chil Cir* 2004; 56(5): 434-439.
15. Chaurasia P, Thakur M, Shukla S et al. What Causes Cancer Gallbladder? A review. *HPB Surg* 1999; 11: 217-224.
16. Levy A, Murakata L, Rohrmann C. Gallbladder carcinoma: Radiologic-pathologic correlation. *AFIP Arch* 2001; 21: 295-314.
17. Butha P, Brown M, Alderdice J. Gallbladder cancer-radical surgery, the key role to improve outcome. *Ulster Med J* 2002; 71(2):128-131.
18. Reid K, Ramos A, Donohue A. Diagnosis and surgical management of gallbladder cancer: a Review. *J Gastrointestinal Surg* 2007; 11: 671-681
19. Seguel G, Fres E, Frez M y cols. Naturaleza de los pólipos de la vesícula biliar sometidos a colecistectomía. *Rev Chil Cir* 2007; 59(3): 208-211.
20. Lazcano E, Miquel F, Muñoz N et al. Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer. *CA Cancer J Clin* 2001; 51: 349-364.
21. Ritts R, Nagorney D. Comparison of preoperative serum Ca 19-9 levels with results of diagnostic imaging modalities in patients undergoing laparotomy for suspect pancreatic or gallbladder disease? *Pancreas* 1999; 9: 707-716.
22. Toshio T, Satoshi K, Fumuhiko M. Stenting and interventional radiology for obstructive jaundice in patients with unresectable biliary tract carcinomas. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2008; 15: 55-62.
23. Shirai Y, Yoshida K. Innapparent carcinoma of the gallbladder. An appraisal of a radical second operation after simple cholecystectomy. *Ann Surg* 1992; 215(4): 326-331.
24. Amanullah M, Ahmad R, Siddiqui S, et al. Occult Carcinoma of gallbladder: incidence and role of simple cholecystectomy. *JK-Practitioner* 2007; 14(1): 22-23.
25. Wright B, Lee C, Douglas M et al. Management of T2 gallbladder cancer: are practice patterns consistent with national recommendations? *Am J Surg* 2007; 194: 820-826.
26. Wakai T, Shirai Y, Yokohama N et al. Depth of subserosal invasion predicts long-term survival after resection in patients with T2 gallbladder carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2003; 10(4): 447-454.
27. Arísti G, Pérez M, Soto V. Carcinoma de vesícula biliar: una neoplasia subestimada. *Rev Med Hosp Gral* 1999; 62(2): 94-101.
28. Morera F, Ballestin J, Ripoll F y cols. Cáncer de vesícula biliar en un hospital comarcal. *Cir Esp* 2009; 86(4): 219-223.
29. Maluenda F. Cáncer de la vesícula biliar. Resultados de la cirugía resectiva. *Rev Chil Cir* 2002; 54(5): 464-473.
30. Maluenda F, Díaz J, Aretxabala XY cols. Aspectos quirúrgicos del cáncer de vesícula biliar. *Rev Med Chil* 2005; 133: 723-728.
31. Kokudo N, Makuuchi M, Natori T et al. Strategies for surgical treatment of gallbladder carcinoma based on information available before resection. *Arch Surg* 2003; 138: 741-750.
32. Aretxabala X. Cáncer de la vesícula biliar. Manejo de pacientes con invasión de la túnica muscular. *Rev Med Chil* 2004; 132: 183-188.
33. Ríos P, Aguilar L, Ríos P. Cáncer de vesícula biliar-estrategia quirúrgica: a propósito de un caso incidental re-resecado en el hospital Rebagliati. *Rev Gastroenterol Perú* 2009; 29(4): 374-377.