

Cirugía y Cirujanos

Volumen **73**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2005**
March-April

Artículo:




Adenocarcinoma de vesícula biliar
como hallazgo histopatológico posterior
a colecistectomía

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Adenocarcinoma de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a colecistectomía

Dr. Miguel Leonardo de la Parra-Márquez,* Dr. Humberto Martínez-Garza,**
Dr. David Sánchez-Antúnez,* Dra. Adriana Cabañas-López,***
Dra. Marlen Ramírez-Garza,*** Dra. Alejandra González-Quintanilla***

Resumen

Objetivo: conocer la incidencia de adenocarcinoma de vesícula biliar posterior a colecistectomía en nuestra población.

Material y métodos: se realizó un muestreo de tipo censal de los últimos 3 años, el cual incluyó 4548 vesículas. Se analizaron los resultados del estudio histopatológico y se recolectaron en un formato establecido. Posteriormente se obtuvo la incidencia de neoplasias malignas de vesícula biliar en nuestro hospital.

Resultados: el hallazgo histopatológico más común fue la colesterosis (26%), seguido de la colecistitis xantogranulomatosa con una incidencia de 0.94%. La incidencia de cáncer de vesícula biliar fue de 0.54% (25 casos), de los cuales el tipo más común fue el adenocarcinoma (incidencia de 0.48%).

Conclusión: la incidencia de cáncer de vesícula biliar en nuestro hospital se encuentra dentro de límites bajos en relación a la reportada en la literatura mundial.

Palabras clave: adenocarcinoma de vesícula, colecistectomía.

Summary

Objective: We wanted to determine the incidence in our population of gallbladder adenocarcinoma based on a histopathologic study done after cholecystectomy in patients with a diagnosis of gallstones.

Material and methods: We made a census-type study during the last 3 years that included a total of 4548 gallbladders. Histopathologic results were analyzed and recollected in an established format. Finally, we calculated the incidence of malignant neoplasias of gallbladder in our hospital.

Results: The most common histopathologic finding was colesterosis (incidence: 26%), followed by xanthogranulomatous gallbladder (incidence: 0.94%).

The incidence of gallbladder cancer was 0.54% (25 cases), the most common type being adenocarcinoma (incidence: 0.48%).

Conclusion: The incidence of gallbladder cancer in our hospital is among the lowest limits compared with the literature worldwide.

Key words: gallbladder carcinoma, cholecystectomy.

Introducción

El cáncer de vesícula biliar representa 2 a 4% de las afecciones malignas gastrointestinales y se encuentra en forma accidental

en la evaluación anatomopatológica de 0.3 a 5% de todas las piezas de colecistectomía en diferentes revisiones. Este cáncer es la quinta neoplasia más común del tubo digestivo.¹⁻⁴

La litiasis vesicular puede ser un factor etiológico ya que acompaña a las neoplasias en 80 a 90% de los casos; 80% son adenocarcinomas y el resto son tumores indiferenciados o de células escamosas. De los adenocarcinomas, 70% son escirros, 20% son papilares y 10% son mucoides. Se reportan incidencias de 2 a 7% para el cáncer indiferenciado, 1 a 6% para el carcinoma de células escamosas, y 1 a 4% para el adenoescamoso. Los tumores carcinoides, de células pequeñas, melanomas malignos, linfomas y sarcomas son particularmente raros.⁵

El sexo femenino, la edad mayor de cincuenta años y la presencia de litiasis acompañan la mayoría de los casos de cáncer de la vesícula biliar. Al parecer, la litiasis desencadena una respuesta inflamatoria con liberación de factores de crecimiento (promotores tumorales) y éstos ejercen su efecto sobre un epitelio dañado previamente por otros agentes.⁶

* Residente de Cirugía General, Hospital Regional de Especialidades 25, IMSS, Monterrey, Nuevo León.

** Coordinador del Departamento de Cirugía General, Hospital General de Zona 33, IMSS, Monterrey, Nuevo León.

*** Escuela de Medicina, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Miguel Leonardo de La Parra-Márquez
Paseo de los Leones 2859, departamento 19, Cumbres Cuarto Sector,
64610 Monterrey, Nuevo León.
Tel: (01 818) 025 9535.
E-mail: nariz7@hotmail.com

Recibido para publicación: 02-03-2004

Aceptado para publicación: 22-10-2004

La vesícula en porcelana es un hallazgo raro, tal vez resulta de una reacción inflamatoria crónica y sus cambios están asociados con el desarrollo de cáncer.⁷

El cáncer de vesícula biliar en estadios tempranos no manifiesta ninguna sintomatología específica, sin embargo, puede producir datos inespecíficos, lo cuales se han dividido en cinco síndromes clínicos dependiendo de la evolución de la enfermedad: colecistitis aguda, colecistitis crónica, enfermedad de vías biliares con pérdida de peso, astenia, adinamia y dolor crónico en cuadrante superior derecho, el cuarto grupo incluye pacientes con enfermedad avanzada que presentan pérdida de peso, anorexia, mal estado general y el quinto grupo aquellos pacientes con vesícula palpable o datos de enfermedad extravascular como sangrado de tubo digestivo u obstrucción intestinal.^{8,9}

La cirugía es el tratamiento estándar para el cáncer de vesícula. Se ha visto que no existe diferencia significativamente estadística entre la resección de un adenocarcinoma de vesícula biliar no sospechado después de colecistectomía por laparotomía o laparoscopia. Si el diagnóstico de carcinoma se hace posterior a la cirugía, el manejo de la enfermedad depende de la invasión tumoral (estadio T). La información acerca de la invasión ganglionar (N) generalmente no está disponible.¹⁰⁻¹⁵

Así pues, el cáncer de vesícula biliar es una enfermedad agresiva y letal con un pronóstico desfavorable; si se realizan las investigaciones preoperatorias adecuadas, la cirugía radical puede ser curativa. El cáncer de vesícula se puede sospechar en los pacientes con colecistectomía particularmente difícil.⁵

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional retrospectivo, transversal no comparativo.

De un universo de 15,000 vesículas analizadas durante los últimos 10 años en el Hospital General de Zona 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León, se realizó un muestreo de tipo censal de los últimos 3 años a partir del 1 de enero de 2001 al 1 de enero de 2004, el cual incluyó un total de 4548 vesículas; el nivel de confianza fue de 95% y el error estándar de 1.21%.

Los criterios de inclusión fueron vesículas de pacientes postoperados de colecistectomía abierta, vesículas de pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica, pacientes de todas las edades a quienes se les realizó colecistectomía por cualquier causa en el periodo comprendido entre enero del 2001 y enero del 2004.

Se revisaron los resultados del estudio histopatológico y se recolectaron en un formato establecido, posteriormente se obtuvo la incidencia de patologías benignas y malignas de vesícula biliar y se analizaron las muestras mediante el programa de computadora Stats, utilizando como pruebas estadísticas la media, moda, mediana y desviación estándar.

Cuadro I. Patologías vesiculares benignas más comunes en estudio histopatológico de productos de colecistectomía

Patología	Total	Incidencia (%)
Colesterosis	1196	26.00
Metaplasma intestinal	6	0.13
Metaplasma pilórico	32	0.70
Xantogranulomatosa	43	0.94
Pólipo de colesterol	5	0.10
Adenomioma	3	0.06
Pólipo inflamatorio	3	0.06
Pólipo adenomatoso tubular	2	0.04
Cistoadenoma mucinoso	1	0.02
Total de patologías benignas	1291	28.30
Total de vesículas	4548	

Fuente: Departamento de Patología, Hospital General de Zona 33, Monterrey, Nuevo León

Resultados

Durante el periodo analizado se realizaron 4548 colecistectomías, de las cuales en la gran mayoría de las vesículas se encontraron litos en su interior, siendo éste el principal motivo de la cirugía, con una relación mujer-hombre de 5:1.

Encontramos 1291 patologías benignas y 25 malignas. Dentro de las primeras, el hallazgo histopatológico más común fue la colesterosis con 1196 casos (26%), seguido de la colecistitis xantogranulomatosa con 43 casos (0.94%), y otras patologías benignas con 52 casos más (cuadro I).

Se encontraron 25 casos de cáncer de vesícula biliar (0.54%), con una frecuencia de 8.3 por año, de los cuales el tipo más común fue el adenocarcinoma con 22 casos (0.48%), encontrando 14 moderadamente diferenciados y 8 poco diferenciados; seguido de 2 casos de adenoescamoso y uno de células pequeñas.

Cuadro II. Frecuencia de presentación de cáncer de vesícula biliar por grupo de edades

Rango (edad en años)	Frecuencia de cáncer
41-50	2
51-60	4
61-70	13
71-80	5
81-90	1
Total	25

Fuente: Departamento de Patología, Hospital General de Zona 33, Monterrey, Nuevo León

Cuadro III. Grado de invasión del carcinoma vesicular en estudio histopatológico, según la clasificación de Kevin*

Grado	Total
Estadio I (mucosa)	8
Estadio II (muscularis)	3
Estadio III (serosa)	4
Estadio IV (invasión hepática)	5
Estadio V (metástasis a órganos adyacentes)	5
Total	25

*De Nevin JE, Moran TJ, Day S. Carcinoma of gallbladder: staging, treatment and prognosis. *Cancer* 1976;37:141-148.

Fuente: Departamento de Patología, Hospital General de Zona 33, Monterrey, Nuevo León

Para la colecistolitiasis se obtuvo una media de edad de 42.8 años con una desviación estándar de 15.67, con límites de edades entre 12 y 97 años, moda de 32; para el cáncer de vesícula se obtuvo una media de edad de 66.6 años, con una desviación estándar de 8.52 y límites de edades entre 49 y 85 años y una moda de 68.

La mitad de los sujetos con cáncer de vesícula se encontraba por encima de 67 años de edad, a diferencia de la colecistolitiasis, 50% de ellos por encima de los 41 años (cuadro II).

Se trató de adenocarcinoma 88% de los tumores malignos de vesícula biliar; 32% del total se encontró en estadio I de Nevin (invade sólo mucosa) siendo éste el más común (cuadros III y IV).

La relación mujer-hombre en el cáncer de vesícula biliar fue de 1.7:1, favoreciendo a la primera con una edad promedio de 65.8 años.

Discusión

Demográficamente la colecistolitiasis es más común en el sexo femenino, así mismo el cáncer de vesícula biliar se presenta con mayor frecuencia en la mujer, con una relación de 1.7:1 según nuestros resultados, siendo factores predisponentes la colelitiasis (en 70 a 90% de los casos), tumores benignos, anomalías de la unión de los conductos pancreatobiliares y edad avanzada, entre otros.

La colesterosis fue el hallazgo más común en las piezas de colecistectomía, se piensa que refleja la presencia de bilis sobresaturada de colesterol.

Nosotros encontramos en este estudio que de cada 1000 colecistectomías realizadas ya sea por laparoscopia o laparotomía, en 5.4 existía algún tipo de cáncer de vesícula (0.54%). Estas cifras se encuentran en los límites inferiores del rango de 0.3 a 5% reportado en la literatura mundial.¹⁻⁵ De los tumores malignos, sin duda el adenocarcinoma es el más común, correspondiendo 88% del total de los cánceres de vesícula.

Cuadro IV. Patologías malignas en estudio histopatológico de vesículas extraídas

Patología	Total	Incidencia (%)
Adenocarcinoma	22	0.48
Adenoescamoso	2	0.04
Células pequeñas	1	0.02
Total	25	0.54

Fuente: Departamento de Patología, Hospital General de Zona 33, Monterrey, Nuevo León

El grado de invasión más frecuente fue el estadio I de Nevin, lo cual puede reflejar que el hecho de encontrar un cáncer en estadios tempranos depende principalmente de realizar una colecistectomía sin sospecha clínica ni paraclínica del mismo, ya que en nuestro hospital la edad promedio a quienes se realiza colecistectomía es de 42 años, y la de presentación de cáncer de vesícula fue de 66 años en pacientes con litiasis vesicular.

La edad de presentación del cáncer de vesícula biliar en personas mayores al promedio de aquellas con colecistolitiasis u otra patología benigna (66 *versus* 42 años), apoya la importancia de factores benignos como antecedentes de importancia para la presentación del cáncer.

En conclusión, con el diagnóstico temprano de colecistolitiasis gracias a la toma de ultrasonido en todos los pacientes que ingresan a urgencias con cólico vesicular, se realiza colecistectomía a pacientes más jóvenes que la edad media para cáncer de vesícula, lo cual refleja una baja incidencia del mismo en nuestro hospital, aunque es necesario realizar más estudios para comprobar dicha hipótesis.

Agradecimientos

Al doctor Edgardo Gómez, jefe del Departamento de Cirugía General del Hospital General de Zona 33 del IMSS, en Monterrey, Nuevo León; así como al doctor Iván Gamboa Fuentes del Hospital Regional de Especialidades 25 del IMSS, en Monterrey, por su apoyo en la realización de este escrito.

Referencias

- Baillie J, MB. Tumors of the gallbladder and bile ducts (review). *J Clin Gastroenterol* 1999;29:14-21.
- Sessa F, Furlan D, Genasetti A, Billo P, Feltri M, Capella C. Microsatellite instability and p53 expression in gallbladder carcinomas. *Diagn Mol Pathol* 2003;12:96-102.
- Weinstein D, Herbert M, Bendet N, Sandbank J. Incidental finding of gallbladder carcinoma. *IMAJ* 2002;4:334-335.
- Cortés A, Botero MP, Carrascal E, Bustamante F. Carcinoma insospechado de vesícula biliar. *Colomb Med* 2004;35:18-21.
- Sanjeev M, Chaturvedi A, Misra N, D Sharma I. Carcinoma of the gallbladder. *Lancet Oncol* 2003;4:167-176.

6. Liehl AK. Gallstone size and the risk of gallbladder cancer. *JAMA* 1983;250:2323-2326.
7. Young-Eun J, Hyun-Soo K, Sung-Kyu C, Jong-Sung R, Hyun-Jong K. Case of mucinous adenocarcinoma with porcelain gallbladder. *J Gastroenterol Hepatol* 2003;18:995.
8. Piehler JM, Crichlow RW. Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynaecol Obstet* 1978;147:929-942.
9. Misra NC, Misra S, Chaturvedi A. Epidemiology, etiology and new perspectives in carcinoma gallbladder. *Indian J Surg* 1998;60:167-175.
10. Figer A, Brener B, Katz A, Njuguna E, Sulkes A. Umbilical metastases of gallbladder carcinoma unrelated to a laparoscopic procedure. *Dig Dis Sci* 2000;45:1058-1060.
11. Hoyuela C, Cugat E, Bardaji M, Rodríguez-Santiago J, Collera P, Veloso E. Unsuspected gallbladder carcinoma alters laparoscopic cholecistectomy. *Eurosurgery* 1997;84:60-61.
12. Ricardo A, Feig B, Ellis L, Hunt K, Cyrley S, McFayden B. Gallbladder cancer and trocar site recurrences. *Am J Surg* 1997;174:619-623.
13. Malik I, Aziz Z. Prospective evaluation of efficacy and toxicity of 5-FU and folinic acid (Mayo Clinic regimen) in patients with advanced cancer of the gallbladder. *Am J Clin Oncol* 2003;26:124-126.
14. Gall FP, Kockerling F, Scheels J. Radical operations for carcinoma of the gallbladder: present in Germany. *World J Surg* 1991;15:328-336.
15. Ouchi K, Susuki M, Tominaga T. Survival after surgery for cancer of the gallbladder. *Br J Surg* 1994;81:1655-1657.

