



## Caso clínico

# Manejo endoscópico de adenocarcinoma de vesícula biliar. Presentación de caso

## Endoscopic management of gallbladder adenocarcinoma. Case report

Cristina Fernández-González de la Vega,\* Víctor Hugo Hernández-Lozada†

\* Médico General.

† Departamento de Cirugía General y Laparoscopia del Hospital Multimédica Norte. México.

### RESUMEN

**Introducción:** El adenocarcinoma de vesícula biliar es una patología poco frecuente, asintomática y de mal pronóstico. Entre los factores de riesgo más asociados se encuentra la inflamación crónica secundaria a litiasis, es por eso que ambas entidades suelen presentarse juntas y hace que el diagnóstico temprano de adenocarcinoma sea difícil. La mayoría de los casos (70%) son hallazgos incidentales reportados por el patólogo y se encuentran en estadios avanzados con un pronóstico de supervivencia a los cinco años menor a 5%. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 75 años con dolor en hipocondrio derecho de un mes de evolución asociado con ictericia generalizada con elevación de bilirrubinas. Se realiza colecistectomía laparoscópica por aparente colecistitis litiasica agudizada más CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) transoperatoria por probable coledocolitiasis, encontrando sólo dilatación importante de la vía biliar y estenosis de la misma. Se procede a la colocación de prótesis biliar plástica. El servicio de patología reporta días después adenocarcinoma de vesícula biliar. **Conclusiones:** Este caso ejemplifica cómo el adenocarcinoma de vesícula biliar, una entidad poco frecuente, se diagnostica en la mayoría de los casos en estadios avanzados y que las opciones terapéuticas son limitadas debido a la falta de estudios que comprueben su efectividad. También resalta cómo en la mayoría de los casos el tratamiento principal se debe basar en medidas paliativas para mejorar la sintomatología obstructiva, que suele acompañar este padecimiento, y la calidad de vida.

**Palabras clave:** Adenocarcinoma de vesícula biliar, obstrucción de la vía biliar, prótesis biliares, caso clínico.

### ABSTRACT

**Introduction:** Gallbladder adenocarcinoma is a rare condition that usually presents with no symptoms upon presentation and has a poor prognosis. The main known risk factor for the development of adenocarcinoma is the association between chronic inflammation caused by gallstones and because these two entities usually present together it makes it difficult to recognize adenocarcinoma at its early stages. Up to 70% of cases are incidentally found upon examination by the pathologist and present at advance stages with a 5% survival rate at five years. **Case presentation:** 75-year-old male that presents with a 1-month history of right hypochondrium pain with generalized jaundice and direct bilirubin elevation. A diagnosis of acute on chronic cholecystitis was made with a high suspicion of choledocholithiasis, cholecystectomy by laparoscopy was performed following an endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) intraoperative which found significant biliary dilation and stricture that was managed with placement of a biliary stent. Days after it was reported by the pathologist the incidental finding of gallbladder adenocarcinoma. **Conclusion:** Gallbladder adenocarcinoma presents in most cases with an advance staging disease. Therapeutic options for these patients are limited because of the lack of research demonstrating the benefits on survival rates, that is why is important that the main therapeutic approach focuses on palliative care measurements and relieved of the obstructive symptoms that often accompany this disease so that we can improve patient life style.

**Keywords:** Gallbladder carcinoma, obstruction of the biliary tract, biliary stent, case report.

www.medigraphic.org.mx

Recibido: 13/07/2021. Aceptado: 17/08/2021.

Correspondencia: Víctor Hugo Hernández-Lozada

Av. Convento de Sta. Mónica Núm. 113,

Hab. Jardines de Santa Mónica, 54050, Tlalnepantla de Baz, México.

E-mail: drlozada78@gmail.com

**Citar como:** Fernández-González de la Vega C, Hernández-Lozada VH. Manejo endoscópico de adenocarcinoma de vesícula biliar. Presentación de caso. Rev Mex Cir Endoscop. 2021; 22 (1): 28-33. <https://dx.doi.org/10.35366/102891>



## INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de vesícula biliar es una patología con incidencia de tres por cada 100,000 personas. Es el quinto cáncer más frecuente del tracto digestivo y el más común de la vía biliar.<sup>1,2</sup> Hasta 70% de los casos de adenocarcinoma son hallazgos incidentales diagnosticados por el servicio de patología al momento de examinar la pieza posterior a una colecistectomía.

Dentro de los múltiples factores de riesgo que existen para el desarrollo de adenocarcinoma, uno de los más estudiados es la asociación de inflamación crónica de la vesícula biliar secundaria a la existencia de litiasis vesicular. Se ha visto que los cálculos biliares mayores a 3 mm incrementan el riesgo de desarrollar adenocarcinoma hasta en 10%,<sup>1-6</sup> por lo que es frecuente encontrar ambas entidades al momento del diagnóstico. Esto, a su vez, dificulta el diagnóstico temprano de adenocarcinoma.

En la mayoría de los casos, es una entidad asintomática que sólo se manifiesta cuando se encuentra en estadios avanzados. Una vez que se asocia la presencia de ictericia (34% de los pacientes), esto determina un indicador de enfermedad avanzada y de peor pronóstico.<sup>2</sup> El paciente con adenocarcinoma de vesícula biliar cuenta con una supervivencia a los cinco años del diagnóstico de 5%.<sup>1,2</sup>

Este caso es un claro ejemplo de una presentación clínica sugestiva de colecistitis litiasica con coledocolitiasis en un

paciente de edad avanzada, en donde el diagnóstico final histopatológico confirmó la presencia de adenocarcinoma. Resalta el hecho de que, en estos casos avanzados, las opciones terapéuticas comúnmente se ven limitadas a la paliación por medio de una endoprótesis biliar y que el trabajo conjunto del cirujano y el endoscopista deben ser oportunos.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 75 años que acude a valoración al servicio de urgencias por dolor intermitente en hipocondrio derecho de un mes de evolución, agudizándose una semana previa a su internamiento, agregándose al cuadro clínico ictericia generalizada de una semana de evolución, así como astenia, adinamia, náuseas e intolerancia a la vía oral. Como antecedentes de importancia presenta hipertensión arterial sistémica de larga evolución, etilismo y tabaquismo crónico.

Se realiza tomografía computarizada axial contrastada de abdomen encontrando importante dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con colédoco de 19 mm, litiasis vesicular, así como engrosamiento de la porción intramural del colédoco distal, sin observar defectos de llenado. El páncreas se aprecia de contornos regulares sin colecciones ni modificación de la grasa peripancreática. Cabe mencionar la presencia de adenomegalias del segmento retroduodenal no mayores a 8 mm (Figura 1).

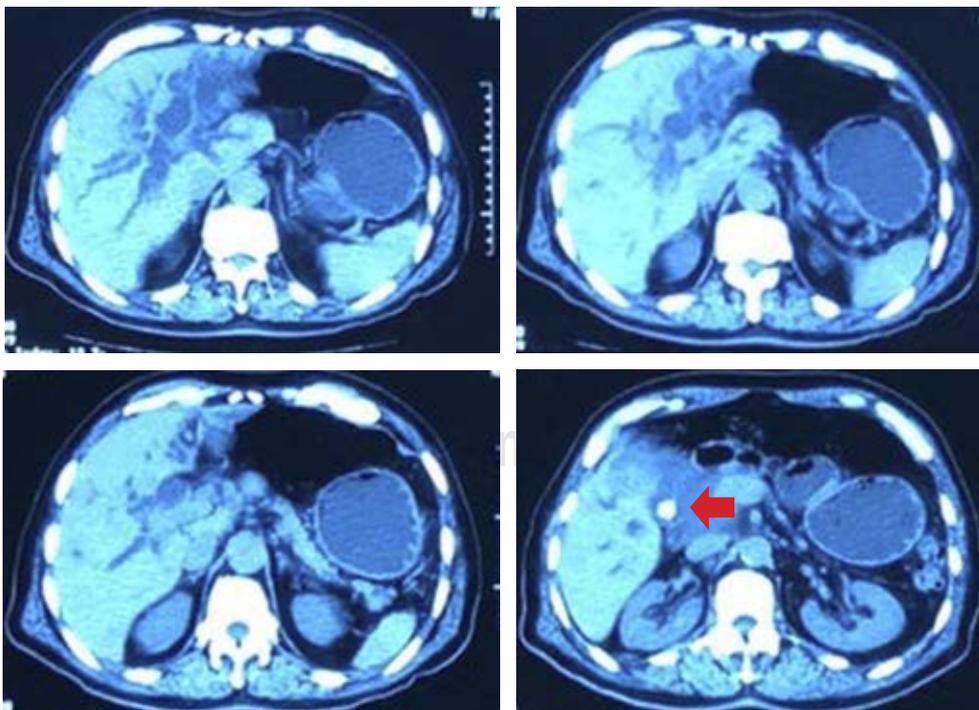
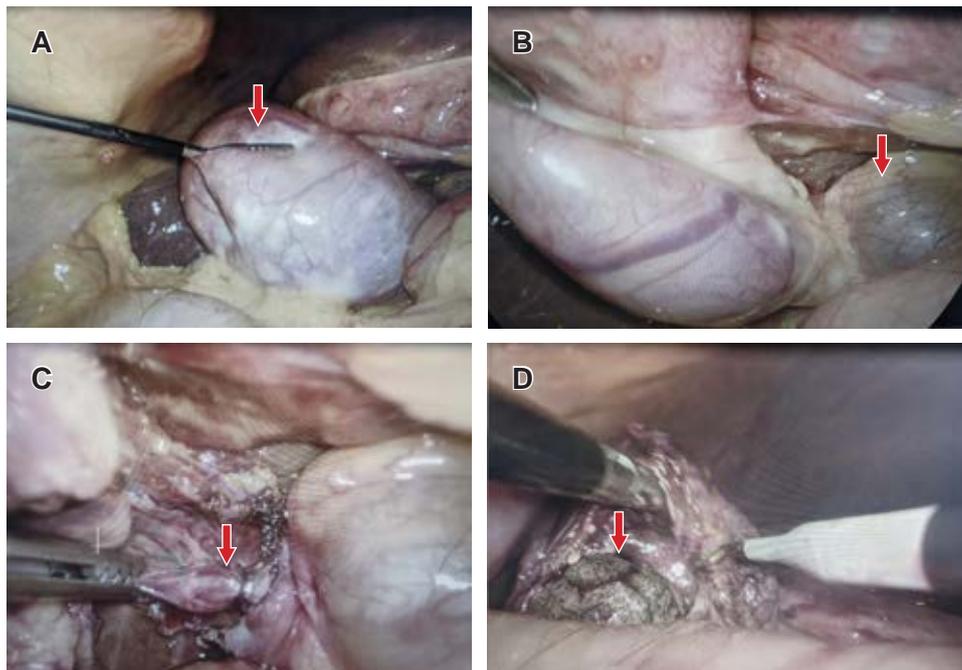


Figura 1:

Tomografía axial computarizada de abdomen con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Se logra visualizar lito vesicular (flecha).



**Figura 2:**

**A)** Se observa vesícula biliar edematosa (flecha), **B)** dilatación importante del conducto colédoco (flecha), **C)** conducto cístico engrapado quirúrgicamente (flecha) y **D)** lito (flecha).

A la examinación, se encontró paciente con ictericia en escleras y piel en general con signos vitales estables y con abdomen doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal.

Se efectuaron laboratorios preoperatorios encontrando elevación de la bilirrubina total de 7.0 a expensas de directa y elevación de transaminasas (TGO 165 U/L, TGP 305 U/L, GGT 321 U/L) resto de laboratorios dentro de parámetros normales, sin leucocitosis.

Se decide realizar colecistectomía laparoscópica más CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) transoperatoria secundaria a obstrucción biliar.

Durante el procedimiento quirúrgico se encuentra vesícula edematosa aumentada de tamaño con contenido purulento, pared engrosada de hasta 8 mm y segmentos de necrosis en su superficie, se observa dilatación del conducto cístico hasta 25 mm (Figura 2). Se procede a introducir duodenoscopia de visión lateral en tiempo transoperatorio hasta la segunda porción del duodeno, observando papila hipertrófica con ausencia de salida de bilis, se canula esfínter de Oddi en el primer intento y se opacifica de manera selectiva la vía biliar con medio de contraste observando dilatación importante de la vía intra y extrahepática, con colédoco tortuoso que llega a medir hasta 25 mm, por debajo de la unión de los conductos hepáticos derecho e izquierdo. En la unión del conducto cístico se observa una estenosis concéntrica de consistencia dura franqueable con la guía (Figura 3). Se realizan tres barridos con balón extractor obteniendo sólo

deétritus biliares con hemorragia al paso por el sitio de la estenosis. Se realiza cepillado biliar para ser procesado por patología y esfinterotomía de 20 mm, se decide colocar prótesis biliar Cotton-Leung® de 10 × 10 Fr y se retira la vesícula biliar (Figura 4).

Días después, el servicio de patología reporta adenocarcinoma de vesícula biliar moderadamente diferenciado, que invade todo el espesor de la pared con permeación vascular linfática y espacio perineural.

Al mes de seguimiento, se presentó el paciente al servicio de urgencias con datos de choque séptico secundario a colangitis por probable invasión tumoral y con prótesis funcional; sin embargo, por cuestiones económicas, sus familiares deciden el egreso del paciente por malas condiciones generales con mal pronóstico para la vida y la función.

## DISCUSIÓN

La presentación clínica de nuestro caso corresponde con lo que suele encontrarse en la literatura,<sup>2-7</sup> donde el diagnóstico de adenocarcinoma se establece en estadios avanzados, provocando limitaciones importantes en cuanto al manejo terapéutico a seguir, ya que aún hay controversia sobre la efectividad que proporcionan diferentes regímenes de quimioterapia y radioterapia.<sup>4</sup>

El adenocarcinoma de vesícula biliar sólo en 1/3 de los casos se detecta antes de una colecistectomía, el resto se encuentra de manera incidental por el patólogo

**Tabla 1: Sistemas TNM American Joint Committee on Cancer (AJCC) para carcinomas de vesícula biliar.<sup>5</sup>**

Categoría T (tumoral)	
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	T1a: invade la lámina propia T1b: invade la muscular
T2	T2a: invade el tejido fibroso perimuscular del lado peritoneal T2b: invade el tejido fibroso del lado hepático
T3	Perfora la serosa y/o invade el hígado o estructuras adyacentes
T4	Invade la vena hepática o la arteria hepática o dos o más órganos extrahepáticos
Categoría N (nodular)	
N0	Sin invasión hacia ganglios linfáticos regionales
N1	Invasión hacia ganglios linfáticos que se extienden alrededor del conducto cístico, colédoco, arteria hepática y/o a la vena porta
N2	Invasión de ganglios linfáticos periaórticos, pericaval, o que se extienden alrededor del tronco celiaco a la arteria mesentérica superior
Agrupamiento por etapas TNM	
Etapas 0	Tis N0 M0
Etapas I	T1 N0 M0
Etapas II	T2 N0 M0
IIa	T2a N0 M0
IIb	T2b N0 M0
Etapas III	T3 N0 M0
IIIa	T1 N1 M0
IIIb	T2 N1 M0 T3 N1 M0
Etapas IV	T4 N0 M0
IVa	Cualquier T N2 M0
IVb	Cualquier T, cualquier N M1
TNM = Tumor, Nódulos o ganglios linfáticos, Metástasis a distancia. M0 = No hay metástasis presente, M1 = Metástasis presente en órganos o tejidos distantes.	

al momento de efectuar una inspección rutinaria de las piezas quirúrgicas de las colecistectomías. Es una enfermedad poco estudiada debido a su relativa baja frecuencia y que tiende a encontrarse en estadios avanzados, es por eso que el tratamiento terapéutico, tanto médico como quirúrgico, sigue siendo de controversia. Hay pocos estudios que demuestran su efectividad sobre la supervivencia del paciente, y aquellos que existen cuentan con varias limitantes como una muestra poblacional reducida.<sup>3-9</sup>

Según guías europeas, se recomienda realizar una segunda cirugía para resección radical hepática en cuña del lecho vesicular y resección de nódulos linfáticos del ligamento hepatoduodenal en aquellos adenocarcinomas que invaden la *muscularis propria*.<sup>5</sup> Sin embargo, esto no siempre es posible, dadas las condiciones del paciente y el riesgo quirúrgico que implica.

En la mayoría de los casos, el manejo principal se debe centrar en mejorar la calidad de vida. Dentro de las medidas de cuidados paliativos que existen, sobre todo para pacientes que padecen estenosis de la vía biliar, está la posibilidad de colocar una prótesis biliar a través de endoscopia para mejorar la sintomatología obstructiva.<sup>6</sup> Nuestro caso se presentó con importante dilatación de la vía biliar secundaria a estenosis, razón por la cual se colocó una prótesis biliar plástica, para así poder mejorar su sintomatología y por consiguiente su calidad de vida.

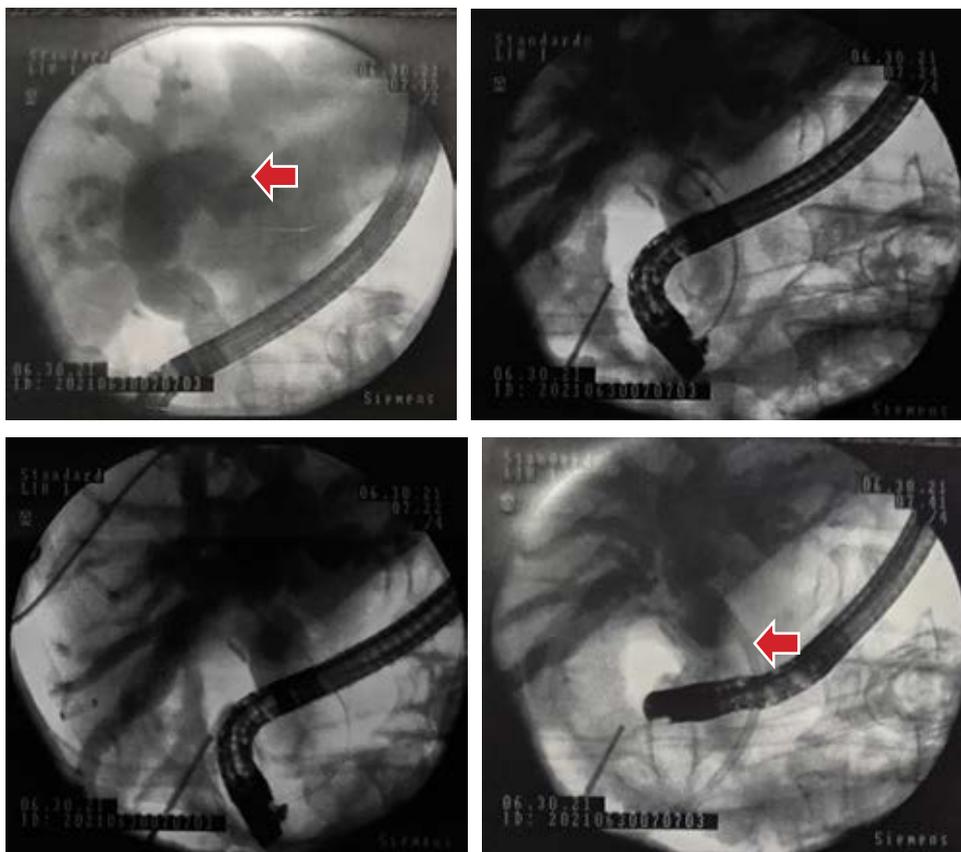
Diferentes estudios han demostrado que las prótesis metálicas tienen mayor efectividad en cuanto a permeabilidad y supervivencia libre de síntomas, ya que cuentan con permeabilidad durante aproximadamente nueve meses, en comparación con las prótesis plásticas en las que sólo dura tres meses. Sin embargo, a pesar de que las prótesis metálicas tienen mayor efectividad, no se ha logrado demostrar diferencia significativa en cuanto a la mortalidad a los 30 días entre ambos tipos de prótesis.<sup>7</sup> En nuestro paciente se decidió la colocación de prótesis plástica debido a los costos, ya que los familiares son de bajos recursos.

Mientras no se cuente con más evidencia, el manejo terapéutico principal en este tipo de casos se debe centrar en la mejoría de la sintomatología y cuidados paliativos. El uso de prótesis biliares en pacientes con obstrucción maligna de la vía biliar juega un papel fundamental como manejo paliativo.<sup>8</sup> En la actualidad, la combinación de técnicas laparoendoscópicas nos permite la extirpación de este tipo de tumores y la colocación de prótesis, metálicas o plásticas, en un solo tiempo quirúrgico lo cual mejora la sintomatología y calidad de vida del paciente, posibilitando un regreso rápido a sus actividades.

### CONCLUSIONES

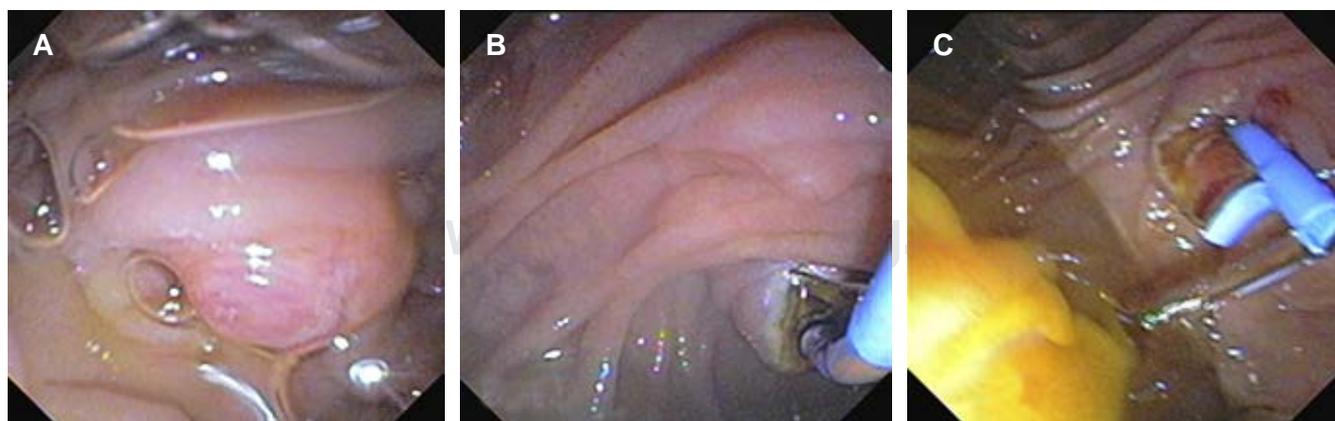
El caso presentado demuestra que, en muchas ocasiones, el riesgo de someter a un paciente a otra intervención quirúrgica mucho más agresiva, teniendo una estadificación (T3,

N1)<sup>5</sup> (Tabla 1) y un mal pronóstico, obliga a tomar decisiones que se enfoquen al tratamiento paliativo como una mejor opción. Poder resolver la obstrucción biliar en un solo tiempo quirúrgico, con la colaboración del servicio de endoscopia, puede representar una gran ayuda para el manejo definitivo.



**Figura 3:**

Colangiografía transoperatoria con dilatación de la vía biliar, se observa colédoco tortuoso (flecha) y colocación de prótesis exitosa (flecha).



**Figura 4:** Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica transoperatoria. **A)** Se observa ámpula de Vater hipertrófica. **B)** Se realiza esfinterotomía y barridos con balón extractor. **C)** Colocación satisfactoria de prótesis biliar plástica.

## REFERENCIAS

1. Goetze TO. Gallbladder carcinoma: Prognostic factors and therapeutic options. *World J Gastroenterol*. 2015; 21: 12211-12217. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
2. Miller G, Jarnagin WR. Gallbladder carcinoma. *Eur J Surg Oncol*. 2008; 34: 306-312. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
3. Shukla SK, Singh G, Shahi KS, Bhuvan, Pant P. Staging, treatment, and future approaches of gallbladder carcinoma. *J Gastrointest Cancer*. 2018; 49: 9-15. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
4. Furlan A, Ferris JV, Hosseinzadeh K, Borhani AA. Gallbladder carcinoma update: multimodality imaging evaluation, staging, and treatment options. *AJR Am J Roentgenol*. 2008; 191: 1440-1447. Available in: <https://www.ajronline.org>
5. Sung YN, Song M, Lee JH, Song KB, Hwang DW, Ahn CS. Validation of the 8th edition of the American Joint Committee on Cancer staging system for gallbladder cancer and implications for the follow-up of patients without node dissection. *Cancer Res Treat*. 2020; 52: 455-468. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
6. Yamaguchi T, Ishihara T, Seza K, Nakagawa A, Sudo K, Tawada K. Long-term outcome of endoscopic metallic stenting for benign biliary stenosis associated with chronic pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2006; 12: 426-430. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
7. Domper-Arnal MJ, Simón-Marco MA. Tratamiento endoscópico de las estenosis malignas de la vía biliar: puesta al día y puntos más relevantes para la práctica clínica habitual. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2016; 108: 568-575. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php>
8. Wolpin BM, Mayer RJ. A step forward in the treatment of advanced biliary tract cancer. *N Engl J Med*. 2010; 362: 1335-1337. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
9. Gold DG, Miller RC, Haddock MG, Gunderson LL, Quevedo F, Donohue JH. Adjuvant therapy for gallbladder carcinoma: the Mayo Clinic experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2009; 75: 150-155. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>