

El Residente

Caso Clínico

Abordaje quirúrgico efectivo en cáncer de vesícula biliar; variante carcinoma epidermoide. Reporte de caso

Adan Araujo-López,* Carlos Alberto Peña-Muñoz,** Virginia Canseco-González***

RESUMEN. **Antecedentes:** El carcinoma de vesícula biliar representa 1% de todos los tumores y el quinto lugar en tumores gastrointestinales, la estirpe adenocarcinoma es la más frecuente, aunque la estirpe epidermoide es una entidad con una incidencia de 0-12%, según su diagnóstico puede haber metástasis con una baja supervivencia. **Caso clínico:** Se presenta un carcinoma de células escamosas de vesícula biliar, un tipo histológico muy poco frecuente y a su vez asociado a un mal pronóstico; sin embargo, en nuestro caso se destaca que un abordaje diagnóstico-terapéutico temprano expresó mayor supervivencia que la descrita. **Discusión:** El cáncer primario de vesícula biliar incluye varios tipos histológicos en orden de frecuencia: adenocarcinoma 83%, carcinoma adenoescamoso de 5.3 a 10.6%, carcinoma de células escamosas 0-12% y carcinoma de células pequeñas. El diagnóstico temprano es difícil de determinar por la ausencia de señales en fases precoces, siendo su detección un reto para el cirujano general. Durante las intervenciones quirúrgicas el cáncer de vesícula biliar suele ser un hallazgo incidental, ya que puede iniciar con un cuadro de colecistitis aguda, tiene un comportamiento agresivo de extensión potencial local y regional. **Conclusión:** Esta variante histológica, células escamosas, es un reto diagnóstico, pues consideramos que un abordaje quirúrgico temprano en colecistitis aguda podría ser un punto a favor en la supervivencia en las estirpes histológicas más agresivas.

Palabras clave: Cáncer de vesícula biliar, epidermoide, células escamosas, incidencia, diagnóstico, intervenciones quirúrgicas.

ABSTRACT. **Background:** The gallbladder carcinoma is the fifth most frequent in gastrointestinal cancers, it represents only 1% of all cancers, the adenocarcinoma is the most frequent histologic, however the epidermoid is uncommon, and has the least survival rate. **Clinical case:** We present an unusual histologic gallbladder cancer, epidermoid carcinoma that began with an acute cholecystitis, after performing an early treatment, the patient had a better survival than described. **Discussion:** The gallbladder cancer is the most frequent carcinoma of Biliary Tract, it represents only 1% of all cancers, it's the fifth of all the gastrointestinal tract. The most

* Residente del 3º año de Cirugía General.

** Médico adjunto de Cirugía General.

*** Médico adjunto de Oncología Quirúrgica.

Departamentos de Cirugía General y Oncología Quirúrgica. Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto», San Luis Potosí, SLP, México.

Correspondencia:

Adan Araujo-López

Departamentos de Cirugía General y Oncología Quirúrgica. Hospital Central

Av. Venustiano Carranza No. 2395, C.P. 78290. San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

E-mail: draraujolopez@gmail.com, dr.carlos.pemu@gmail.com

Conflictos de intereses:

Todos los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses con respecto a la publicación de este artículo.

Recibido: 15 de febrero de 2018. Aceptado con modificaciones: 9 de julio de 2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: www.medicgraphic.com/elresidente

common cancer is the Adenocarcinoma with an incidence of 83%, following the anaplasias or undetermined cancer with 4 to 7%, and the squamous cells cancer with 0 to 12%. The early diagnostic is a continuous challenge for all surgeons, even if patients develop acute cholecystitis, is an incidental diagnosis the gallbladder cancer. **Conclusion:** An uncommon histologic of gallbladder carcinoma, as squamous cell, is a challenge for diagnosis, but in our case, an early diagnosis and sub sequential surgery treatment, increase survival.

Key words: Gallbladder carcinoma, epidermoid carcinoma, squamous cell, incidence, diagnosis and surgery.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de vesícula biliar (CVB) es la neoplasia más frecuente de las vías biliares. Ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia de los tumores malignos del aparato digestivo, con una incidencia de 0.2 a 2.1% de los tipos de cáncer en general a nivel mundial.^{1-4,6}

El CVB incluye varios tipos histológicos; el adenocarcinoma es el de mayor incidencia con 83%, en segundo lugar el adenoescamoso entre 5.3 y 10.6%, en tercer lugar el carcinoma de células escamosas o epidermoide con 4% y en cuarto lugar el carcinoma de células pequeñas.¹ Así también el sarcoma y linfoma son muy poco frecuentes.²

Esta enfermedad está considerada de mal pronóstico por el rápido progreso de proliferación con predominio del tipo histológico epidermoide.³

El CVB carece de repercusión clínica, generalmente se diagnostica en etapas avanzadas; sin embargo, 10% puede diagnosticarse en etapas tempranas con cuadros de colecistitis aguda.^{3,4}

El tratamiento (*Cuadro I*) depende del estadio en el que se aborde al paciente, el diagnóstico suele ser incidental, teniendo una supervivencia corta.¹

CASO CLÍNICO

Femenino de 64 años, ingresa al Servicio de Urgencias del Hospital Central de SLP por un cuadro de colecistitis aguda a expensas de dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+), leucocitosis de $16 \times 3/L$, PCR 7.1 mg/dL. En el ultrasonido: dimensiones de vesícula biliar $12 \times 10 \times 89$ mm, pared vesicular de 5 mm y litos en el interior, por lo que se decide intervenir por medio de una colecistectomía abierta anterógrada mediante incisión subcostal derecha, en la cual se observa vesícula biliar con pared de porcelana de difícil disección que logra proyectar visión crítica de seguridad, se extrae el ganglio de Calot, conducto cístico de 4 mm, pasando a piso con antibioticoterapia, analgésicos, adecuada evolución y alta por mejoría.

Al valorar su resultado histopatológico en 15 días por consulta externa se reportó un carcinoma de células escamosas —epidermoide— con ganglios negativos, por tal motivo se decidió enviar a oncología quirúrgica, con tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen contrastada intravenosa (IV).

Al valorarse por oncociroquía, TAC con lesión de 2 cm que capta contraste en segmento IVb y V de 3 cm, delimitada, única, sin adenopatías ni lesiones de metástasis adyacentes,

Cuadro I. Glosario.⁹

Colecistectomía simple	Remover vesícula biliar únicamente
Colecistectomía radical	Remover vesícula biliar con hepatectomía central y linfadenectomía ± resección de vía biliar extrahepática
Hepatectomía central	Segmentectomía hepática de IVb y V (fosa vesicular)
Hepatectomía derecha	Segmentectomía hepática de V, VI, VII, y VIII
Hepatectomía extendida derecha	Segmentectomía hepática IV, V, VI, VII y VIII

mostrando aspartato aminotransferasa (TGO o AST) 76 U/L, alanino aminotransferasa (TGP o ALT) 89U/L, fosfatasa alcalina (FA) 155 U/L, bilirrubina total (BT) 1.0 mg/dL, bilirrubina directa (BD) 0.9 mg/dL y radiografía de tórax (RXT) sin lesiones ocupativas, por lo cual se decidió completar tratamiento quirúrgico a los dos meses, realizando segmentectomía hepática a través de incisión subcostal derecha previa, sin enfermedad metastásica concomitante, se extrajo lesión de 4 cm en segmento IVb y V, pasó a postquirúrgico estable, sin repercusión hemodinámica y se egresó por mejoría.

Al valorarse en la consulta, se muestra asintomática, con adecuada evolución y sin tratamiento adyuvante. A cinco meses continúa con esta misma evolución y sin actividad tumoral.

DISCUSIÓN

El carcinoma de vesícula biliar desarrollado desde el epitelio de revestimiento del órgano es la neoplasia más frecuente de las vías biliares, ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia en tumores del aparato digestivo, siendo 1% de los tipos de cáncer en general.^{1,4}

El CVB tiene una incidencia de 0.2-2.1% a nivel mundial, siendo más frecuente en el sexo femenino (2-6:1) sobre el masculino, en México se encuentra entre 15.6 por cada 100,000 mujeres y en 7.0 por cada 100,000 hombres.^{1,3,4} Muestra una incidencia mayor entre la cuarta y sexta década de vida.¹

El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma con 83% y el tipo histopatológico que describimos —carcinoma de células escamosas o epidermoide— es de 4%.²

Los principales factores de riesgo de esta neoplasia es la litiasis biliar con 95% y otros son: sexo femenino, edad > 60 años, vesícula de porcelana, la asociación de reflujo pancreático-biliar, predisposición genética, pólipos adenomatosos, sustancias carcinógenas como el azotolueno, nitrosaminas y estrógenos y los quistes de colédoco.^{1,4}

Las manifestaciones clínicas en estos pacientes suelen estar ausentes; sin embargo,

10% puede diagnosticarse en una etapa temprana, presentándose con un cuadro de colecistitis aguda.^{1,3}

La clínica de este carcinoma se manifiesta de forma más frecuente en su etapa avanzada, además con dolor (60-90%), ictericia (20-50%), anorexia y pérdida de peso con deterioro general, masa palpable, cólico biliar e invasión hacia hígado.¹⁻⁴

El cirujano general debe estar preparado para enfrentarse al CVB, sospechar o diagnosticar, ya que hoy en día la colecistectomía es el procedimiento que más se aplica, independientemente de que la sospecha o diagnóstico sea prequirúrgico, transquirúrgico o postquirúrgico, éste puede ser incidental y deben conocerse los criterios para manejarlo.⁴

El diagnóstico depende de su sospecha, pues suele ser incidental durante la cirugía y en el postquirúrgico; sin embargo, el uso de TAC y resonancia magnética nuclear (RMN) que ayuda a caracterizar mejor la lesión, establece el grado de invasión hepática, compromiso de ganglios linfáticos e invasión local y regional; y la histopatología determinarán su estadio por medio del sistema TNM (*tumor, lymph, and metastasis*) del Comité Conjunto Americano para el Cáncer (*American Joint Committee on Cancer* (AJCC)), quien a su vez divide al CVB en: localizado (etapa I) e irresecable (etapa II a IV).^{1,4}

Si la sospecha es durante la cirugía, la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) 2015 recomienda realizar una colecistectomía simple, puesto que puede ser curativo si el cáncer está *in situ* o T1a. Es importante mantener la integridad de la vesícula biliar y al extraer es esencial utilizar bolsas endoscópicas, o convertir el procedimiento a cirugía abierta, por el riesgo de implantes neoplásicos en el sitio de los trocares, de acuerdo con Shirai y Wibbenmeyer.⁵

En el caso de T1, el carcinoma está limitado a la mucosa o muscular, pero sin sobrepasarla.^{2,3}

En cambio, el T2 se manifiesta cuando invade el tejido conjuntivo perimuscular sin extenderse más allá de la serosa o hígado. Así como en el caso de T34, se sugiere practicar colecis-

tectomía radical o extendida —*colecistectomía en cuña del lecho vesicular o resección directa hepática de 3-4 cm, linfadenectomía del ligamento hepatoduodenal y ganglios pancreatico-duodenales*—.^{2-4,6} La resecabilidad está reportada de 20-40% y la supervivencia es de 5-40% a cinco años.^{7,8}

El esquema tradicional de quimioterapia adyuvante es a base de 5 fluorouracilo (5FU) y gemicitabina.⁹

En cambio, el esquema de radioterapia ha mostrado un factor predictor benéfico en perso-

nas con nódulos linfáticos positivos o en estadios T2 o mayores. En caso de neoplasias irresecables preoperatorias o en el transoperatorio lo indicado es la quimioterapia sistémica con el previo mencionado.⁷

El carcinoma de vesícula biliar es muy agresivo, tiene una rápida evolución a metástasis,¹⁰ lo que describe una supervivencia variable, justificando que una cirugía radical tiene mayor índice de cura, comparado con la radioterapia y la quimioterapia, a excepción de los pacientes sin tratamiento quirúrgico.^{7,10}

BIBLIOGRAFÍA

1. Redondo K, Rivero S, Ruiz K, Díaz J, Lozano D, Luna L. Carcinoma adenoescamoso de la vesícula biliar, una rara variedad histológica. Rev Colomb Cir. 2015; 30: 246-252.
2. González SG, Fernández LF, Blano GJ, Pellicer JL, Hörndlér A, Vera J. Carcinoma epidermoide de vesícula biliar. Cir Esp. 2000; 68 (1): 68-81.
3. Lada EP, Taborda B, Sánchez M, Tommasino J, Franco F, Gramática L y cols. Carcinoma adenoescamoso y epidermoide de la vesícula biliar. Cir Esp. 2007; 81: 202-206.
4. Noriega VM, Álvarez M, Hernández R, Rodríguez R, Olivia E, Fenig J. Carcinoma de vesícula biliar incidental después de colecistectomía. Análisis de los hallazgos patológicos a cinco años. Acta Médica Grupo Ángeles. 2016; 14 (4): 196-200.
5. Oohashi Y, Shirai Y, Toshifumi W, Nagakura S, Watanabe H, Hatakeyama K. Adenosquamous carcinoma of the gallbladder warrants resection only if curative resection is feasible. Cancer. 2002; 94 (11): 3000-3005.
6. Mghirbi F, Ayadi M, Karray W, Yahyaoui Y, Meddeb K, Mokrani A, Raisies H et al. Squamous cell carcinoma of the gallbladder. Translational Gastroenterology and Hepatology. 2016; 1: 1-2.
7. Relucio A, Chiong M. Survival after radical resection for locally advanced Gallbladder squamous cell carcinoma: a case report. Int Hepatobiliar Pancreas Dis. 2016; 6: 26-29.
8. Shih S, Schulick R, Cameron J, Lillemoe D, Pitt H, Choti M et al. Gallbladder cancer: the role of laparoscopy and radical resection. Ann Surg. 2007; 245 (6): 893-901.
9. Roa JC, Tapia O, Cakir A, Basturk O, Dursun N, Akdemir D et al. Squamous cell and adenosquamous carcinomas of the gallbladder: clinicopathological analysis of 34 cases in 606 carcinomas. Mod Pathol. 2011; 24 (8): 1069-1078.
10. Wanebo H, Castle W, Fechner F. Is carcinoma of the gallbladder a curable lesion? Ann Surg. 1982; 195 (5): 624-630.