

CIRUGIA LAPAROSCÓPICA

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA UNA VESÍCULA EN PORCELANA

(REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA)

Luis Carlos Vega Martínez*

Marlen Vega Vega**

SUMMARY

Porcelain gallbladder, also known as calcifying cholecystitis or chronic calcareous cholezystopathy, is a rare and interesting finding, where the gallbladder is characterized for having a bluish coloring, with an extensive calcification in its walls that could render it fragile and easily breakable. It is considered a gallbladder disease of chronic onset, and it is more frequent in women. Its exact etiology is unknown, but some hypotheses have been proposed to determine why calcification occurs. It is frequently asymptomatic. Porcelain gallbladder is considered a premalignant disease. Although the frequency

with which both conditions appear together is difficult to determine, it is known that it can increase the risk of gallbladder carcinoma considerably, more predominantly so in cases with porcelain gallbladder types II and III. Due to the aggressiveness and poor prognosis of gallbladder cancer, cholecystectomy is recommended as a prophylactic method in patients with porcelain gallbladder.

INTRODUCCIÓN

La vesícula en porcelana es

un hallazgo raro e interesante, documentado por primera vez en 1831 en Francia por Fabre¹. Sin embargo, el término fue utilizado por primera vez hasta 1929 por Flörcken^{1,2}. Puede encontrarse también con el nombre de colecistitis calcificante, colecistopatía calcárea crónica³. Se caracteriza por ser una vesícula de coloración azulada, con una extensa calcificación en sus paredes por el depósito anormal de calcio^{1,2}, lo que puede hacerla frágil y fácilmente quebradiza^{4,5}. La vesícula en porcelana es una presentación crónica de

* Médico Asistente en Medicina y Cirugía, Hospital de Guápiles.

** Médico Asistente Especialista en Cirugía General, Cirugía General 1, Hospital San Juan de Dios. Profesora Cirugía Universidad de Costa Rica.

Servicio de Cirugía General y Laparoscópica. Hospital San Juan de Dios

Correspondencia: Marlen Vega Tel 2262-4120 • 8811-9189 / Telefax: 2263-4821

E-mail: marlen_vega_vega@yahoo.es, marvegavega@hotmail.com

enfermedad vesicular, que no es común en adultos y es muy rara en niños⁶. Siendo más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 5:1, más frecuente entre la quinta y sexta década de vida^{1,2,4}. Su incidencia se estima en un 0.06% a 0.8% de todos los especímenes resecados por alguna patología vesicular^{1,2,4,6}. La etiología exacta se desconoce, pero se han propuesto algunas hipótesis para determinar la causa de la calcificación¹. Entre ellas se menciona la presencia de colelitiasis^{1,2,4,7}, obstrucción del conducto cístico que puede resultar en la acumulación de carbonato de calcio que precipita en la pared de la vesícula^{1,2}. Otra hipótesis propone que durante la colecistitis crónica pueden presentarse hemorragias intramurales que calcificarían la pared de la vesícula^{1,8}. Otros sugieren cambios patológicos en el metabolismo del calcio que produce su precipitación en la pared de la vesícula^{4,6}. También se ha asociado a la colecistitis crónica, la cual puede crear cambios metaplásicos en el epitelio de la vesícula. Esta metaplasia puede representar una lesión premaligna⁹. Kazmierski en 1951 fue el primero en proponer una asociación entre la vesícula en porcelana y el cáncer de vesícula⁴. Aunque es difícil determinar la frecuencia con la que ambas condiciones se presentan juntas³. Se ha establecido como un

condición premaligna, que puede incrementar la posibilidad de carcinoma de vesícula⁹, dado que, en aproximadamente un 20% de los pacientes con cáncer de vesícula tienen calcificación de las paredes de la vesícula¹⁰. La incidencia de cáncer de vesícula asociada a la vesícula en porcelana varía en un rango de 12% a 62%, según estudios retrospectivos^{1,2,4,11}. Un estudio realizado por Cunningham¹² señala que hay series que reportan una baja incidencia de cáncer de vesícula asociado a la vesícula en porcelana, esto debido al uso de tecnología moderna como la tomografía que detecta lesiones tumorales en estadios iniciales.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 40 años que es referido a Cirugía General del Hospital San Juan de Dios con historia de un hallazgo incidental de una lesión radio opaca a nivel de hipocondrio derecho en una radiografía de abdomen realizada en la clínica periférica por un trauma lumbar (Figura 1). No había presentado síntomas previos. Como antecedentes personales patológicos tiene artritis reumatoide. Se realiza colecistectomía laparoscópica con extracción de la pieza en una bolsa de extracción de especímenes (Figura 2). El paciente egresó a las 24 horas en excelente condición

y con una excelente evolución. La biopsia reportó una vesícula en porcelana con calcificación completa de la pared.



Fig. 1. Imagen calcificada de la vesícula biliar en la radiografía de abdomen.



Fig. 2. Pieza anatómica extirpada. Obsérvese el grosor de las paredes de la vesícula biliar.

DISCUSIÓN

Cada año en los Estados Unidos se reportan aproximadamente 7500 casos nuevos de cáncer en el tracto biliar, y de estos 5000 son cáncer de vesícula¹³. Lo que representa 2 a 4% de las afecciones gastrointestinales malignas, siendo la quinta neoplasia más

frecuente en el tracto digestivo⁷. El carcinoma de vesícula ha mostrado mayor incidencia en Chile, Japón y el norte de la India^{9,11}. Se ha relacionado el cáncer de vesícula con la litiasis vesicular^{7,11,13}, debido a que ésta se presenta en 65 a 90% de los casos^{7,11}. Su relación exacta se desconoce, pero se cree que la inflamación crónica con la subsiguiente respuesta inflamatoria y liberación de sustancias pro-tumorales son los responsables de la conversión hacia el proceso tumoral⁷. Otros factores predisponentes son el género femenino, edad mayor a 50 años, obesidad, pólipos vesiculares, anomalía en la unión de los conductos pancreático biliares, algunas sustancias carcinogénicas (O - a m i n o a z o t o l u e n o , nitrosaminas) y la vesícula en porcelana¹⁻¹⁷. Clínicamente en los estadios iniciales el cáncer de vesícula no manifiesta ninguna sintomatología^{7,11}. El diagnóstico es generalmente durante procedimientos de laparotomía o laparoscopía o de manera incidental^{11,13}. Se estima que la sobrevida a los 5 años es entre 0% y 10%¹¹. Su pobre pronóstico está relacionado con la posición y relación anatómica de la vesícula, a la falta de signos y síntomas específicos de la enfermedad y a la presentación avanzada de la enfermedad al momento del diagnóstico^{3,5,8,11,14}. La única terapia curativa para el cáncer de

vesícula es la resección quirúrgica. Desafortunadamente, la mayoría de los pacientes con carcinoma de vesícula tienen una enfermedad irresecable al momento del diagnóstico, y solo entre un 10-30% se considerarán para cirugía. La incidencia de cáncer de vesícula asociada a la vesícula en porcelana varía en un rango de 12% a 62%, según estudios retrospectivos^{1,2,11}. En un amplio estudio, donde se evaluaron 25,900 vesículas, encontraron 150 con cáncer de los cuales 44 tenían vesícula calcificada o en porcelana¹³. Sin embargo en la mayoría de los reportes no hacen la diferencia en los diferentes tipos de vesícula en porcelana que como se ha visto es de gran interés, debido a que la incidencia de carcinoma de vesícula es diferente dependiendo del tipo de calcificación de la vesícula.

La calcificación de la vesícula puede dividirse en 3 categorías, dependiendo del área afectada. La de tipo I es cuando hay una calcificación intramural completa de la pared de la vesícula , la tipo II es una calcificación restringida a la mucosa y la tipo III es una calcificación parcial o incompleta de la pared vesicular^{11,15}. Estos estudios señalan una relación importante entre el grado de calcificación y el riesgo de cáncer de vesícula. Hay mayor incidencia de cáncer de vesícula en la calcificación incompleta o en

la limitada a la mucosa, que en la calcificación completa, la cual tiene menor riesgo de cáncer^{4,10,11,15}.

La vesícula en porcelana es frecuentemente asintomática¹⁴⁻¹⁶, pero su sintomatología depende principalmente de la presencia de colelitiasis, extensión de la calcificación y de la función vesicular⁶. Si hay síntomas como pérdida de peso, anorexia, ictericia, masa en el cuadrante superior derecho es sugestivo de enfermedad maligna y si éstos están presentes generalmente es avanzada¹⁴. Debido a la agresividad y al mal pronóstico del cáncer de la vesícula, se recomienda la colecistectomía de manera profiláctica a los pacientes con la vesícula en porcelana²⁻⁵. La laparoscopía para el tratamiento de la vesícula en porcelana se recomienda para la vesícula en porcelana tipo I, por lo tanto el análisis de los estudios preoperatorios con una adecuada correlación con el ultrasonido es fundamental para la decisión de la vía del procedimiento quirúrgico¹⁷.

CONCLUSIÓN

Considerando a la vesícula en porcelana como una condición premaligna con un alto riesgo de carcinoma de vesícula, se puede recomendar realizar colecistectomía de manera profiláctica a los pacientes con la vesícula en porcelana. Esto

debido a la agresividad y al mal pronóstico que tiene el cáncer de la vesícula. La identificación del tipo de vesícula en porcelana que se presenta es fundamental para la decisión de ampliación de estudios de gabinete, así como el tipo de abordaje para la colecistectomía. La colecistectomía laparoscópica es segura en pacientes con vesícula en porcelana tipo I.

RESUMEN

La vesícula en porcelana, también denominada colecistitis calcificante o colecistopatía calcárea crónica, es un hallazgo raro e interesante, caracterizado por ser una vesícula de coloración azulada, con una extensa calcificación en sus paredes que puede hacerla frágil y fácilmente quebradiza. Es considerada una presentación crónica de enfermedad vesicular, más frecuente en mujeres. La etiología exacta se desconoce, pero se han propuesto algunas hipótesis para determinar la causa de la calcificación. Frecuentemente es asintomática. La vesícula en porcelana es considerada una lesión premaligna. Aunque es

difícil determinar la frecuencia con la que ambas condiciones se presentan juntas, se sabe que puede incrementar el riesgo de carcinoma de vesícula considerablemente, y esto se da predominantemente en casos con vesícula en porcelana tipo II y III. Debido a la agresividad y al pobre pronóstico del cáncer de la vesícula, se recomienda la colecistectomía de manera profiláctica a los pacientes con la vesícula en porcelana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ashur H, Siegal B, Oland Y, Adam Y. Calcified gallbladder (Porcelain gallbladder). *Arch Surg.* 1978;113: 594-596.
2. Berk R, Armbuster T, Saltzstein S. Carcinoma in the porcelain gallbladder. *Radiology.* 1973; 106(1): 29-31.
3. Castle W, Wanebo H, Fechner R. Carcinoma of the gallbladder and cholecystostomy. *Arch Surg.* 1982; 117: 946-948.
4. Cunningham S, Alexander H. Porcelain gallbladder and cancer: ethnicity explains a discrepant literature?. *Am J of Medicine.* 2007; 120: e17-18.
5. De la Parra M, Martínez H, Sánchez D, Cabañas A, Ramírez M, González A. Adenocarcinoma de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a colecistectomía. *Cir Ciruj.* 2005;73: 97-100.
6. Groen P, Gores G, LaRusso N, Gunderson L, Nagorney D. Medical progress; Biliary tract cancers. *N Engl J Med.* 1999; 341(18): 1368-1378.
7. Kwon AH, Inui H, Matsui Y, Uchida Y, Hukui J, Kamiyama Y. Laparoscopic cholecystectomy in patients with porcelain gallbladder based on the preoperative ultrasound findings. *Hepatogastroenterology.* 2004;51(58):950-3. (Abstract of the article).
8. Lee T, Liu K, Lai I, Wang H. Clinical communications to the editor. Diagnosing porcelain gallbladder. *Am J of Medicine.* 2005; 118 (10): 1171-1172.
9. Misra S, Chaturvedi A, Misra N, Sharma I. Carcinoma of the gallbladder. *The Lancet Oncology.* 2003; 4: 167-176.
10. Nakashima H, Tanaka Y. Hepatobiliary and pancreatic: porcelain gallbladder. *J. Gastroenterology Hepatol.* 2002; 17: 1228.
11. Opatrný L. Porcelain gallbladder. *CMAJ.* Apr. 2, 2002; 166 (7): 933.
12. Rickes S, Ocran K. Images in clinical medicine; porcelain gallbladder. *N Engl J Med.* 2002;346(14):e4.
13. Snajdauf J, Petrů O, Pýcha K, Rygl M, Kalousová J, Keil R, et al. Porcelain gallbladder with extrahepatic bile duct obstruction in a child. *Pediatr Surg Int.* 2006; 22: 293:296.
14. Stephen A, Berger D. Carcinoma in the porcelain gallbladder: a relationship revisited. *Surgery.* 2001; 129(6): 699-703.
15. Tazuma S, Kajiyama G. Carcinogenesis of malignant lesions of the gallbladder. The impact of chronic inflammation and gallstones. *Lang Arch Surg.* 2001; 386: 224-229.
16. Towfigh S, McFadden D, Cortina G, Thompson J, Tompkins R, Chandler, et al. Porcelain gallbladder is not associated with gallbladder carcinoma. *Am Surgeon.* 2001; 67:7-10.
17. Young K, Jonson J. Porcelain gallbladder, case report. *J Manip Phys Therap.* 2002; 25(8): 534-537.