

Neoplasia primitiva de la vesícula biliar. Quince nuevos pacientes

HOSPITAL PROVINCIAL CLINICOQUIRURGICO DOCENTE "CELIA SANCHEZ MANDULEY",
MANZANILLO

*Dr. Alberto Ruiz Méndez**

Ruiz Méndez, A.: *Neoplasia primitiva de la vesícula biliar. Quince nuevos pacientes.*

Se revisaron 787 historias clínicas de pacientes intervenidos de la vesícula biliar o las vías biliares, durante los años 1981-1985, ambos inclusive. Se señala el sexo predominante, la edad más afectada, el síntoma inicial manifestado con más frecuencia, así como los resultados del ultrasonido, la laparoscopia, la supervivencia y la variedad histológica.

INTRODUCCION

A pesar de los adelantos científicos en el campo de la Gastroenterología y la Oncología, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades malignas de la vesícula biliar ha sido poco alentador debido a múltiples factores, tales como: primero, en sus estadios iniciales la enfermedad no tiene características patognomónicas; segundo, en la fase de estado se presentan síntomas similares a las enfermedades benignas de la vesícula biliar; y tercero, cuando se llega al diagnóstico clínico, tomocográfico, laparoscópico y quirúrgico la posibilidad del tratamiento radical curativo es imposible debido a las conexiones linfáticas y sanguíneas.

Muchos de estos pacientes refieren historia previa de enfermedades hepatobiliares de largo tiempo de evolución, diagnosticadas y tratadas como colelitiasis o colecistitis crónica, fundamentalmente en pacientes del sexo femenino, entre la quinta y la sexta décadas de la vida, que es donde se observa frecuentemente este tipo de enfermedad.¹⁻¹⁰

El objetivo de nuestro trabajo es tratar de obtener una mejor información de estos procesos malignos y brindarla a los médicos responsabilizados con el cuidado y tratamiento de estos pacientes.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 787 historias clínicas de pacientes intervenidos de la vesícula biliar o las vías biliares, en el Hospital Provincial Clinicoquirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley" durante los años 1981-1985, ambos inclusive, y se encontraron 15 pacientes con neoplasia primitiva de vesícula biliar, comprobadas histológicamente, lo que constituye el material de esta revisión. En dichos pacientes se estudió la frecuencia de este tipo de neoplasia por sexo, edad, síntomas clínicos de presentación y evolución, resultados del estudio sonográfico, laparoscópico, supervivencia, causa de muerte en los fallecidos y hallazgos de necropsia.

RESULTADOS

Se estudiaron 15 pacientes del total (787) que fueron intervenidos de la vesícula biliar o las vías biliares (tabla 1).

Tabla 1. *Frecuencia de neoplasia de vesícula biliar con respecto a las intervenciones sobre vesícula biliar o vías biliares*

Pacientes	No.
Intervenidos de vesícula biliar o vías biliares	787
Con neoplasia de vesícula biliar	15

El mayor número de pacientes fueron mujeres, para un total de 12 (80 %), y la relación hombre-mujer fue 1:4. La edad de las mujeres osciló entre 40-42 años y los hombres entre 56-75 años con edad promedio de 64 y 83 años respectivamente. En general el grupo de edad que predominó fue el de 70-79 años (33,3 %) (figura 1).

El síntoma inicial manifestado frecuentemente por los pacientes en orden de frecuencia fue: dolor en hipocondrio derecho (73,3 %), ictericia (20 %) y fiebre (6,7 %) (figura 2).

Los síntomas manifestados por los pacientes en general en orden de frecuencia fueron: dolor en hipocondrio derecho (80%), ictericia (80%), anorexia (33,3 %), pérdida de peso (33,3 %), coluria (33,3 %) y acolia (26,6 %). Los demás síntomas se pueden observar en la tabla 2

El ultrasonido de abdomen superior se realizó en 9 pacientes (60%); en el resto no se efectuó, por no disponerse de dicha investigación. El diagnóstico sonográfico fue: litiasis vesicular en 9 pacientes, y en uno de ellos se añadió el de metástasis hepática (figura 3).

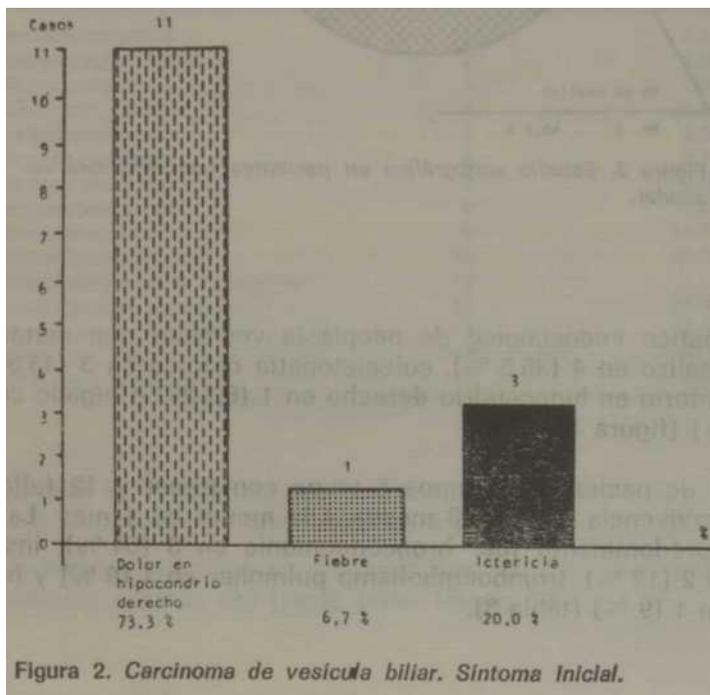
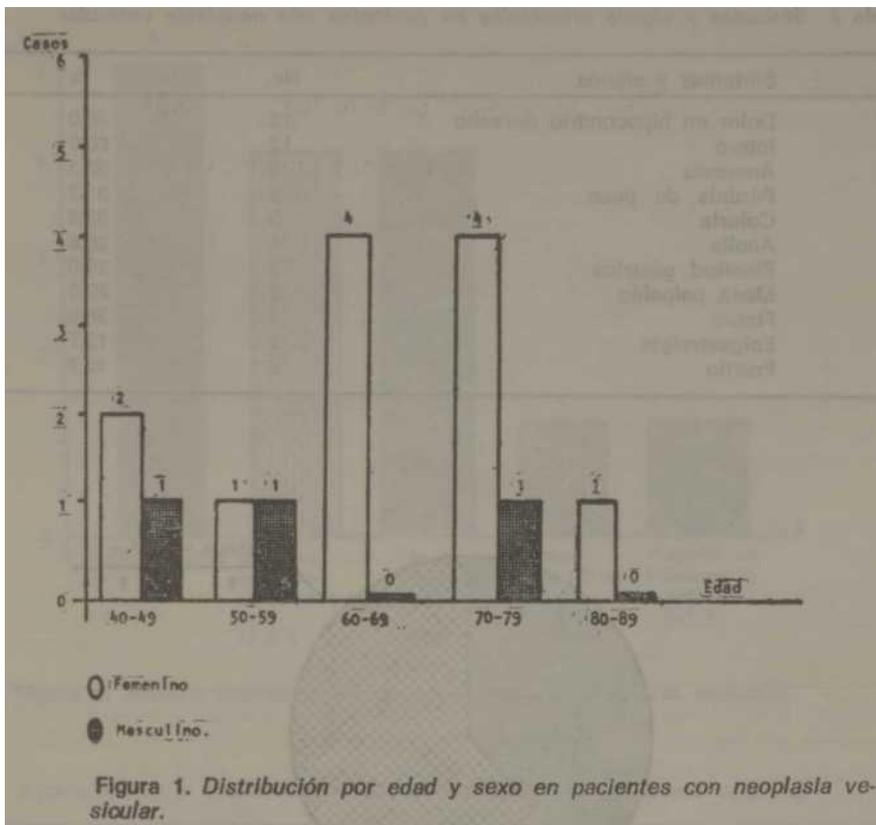
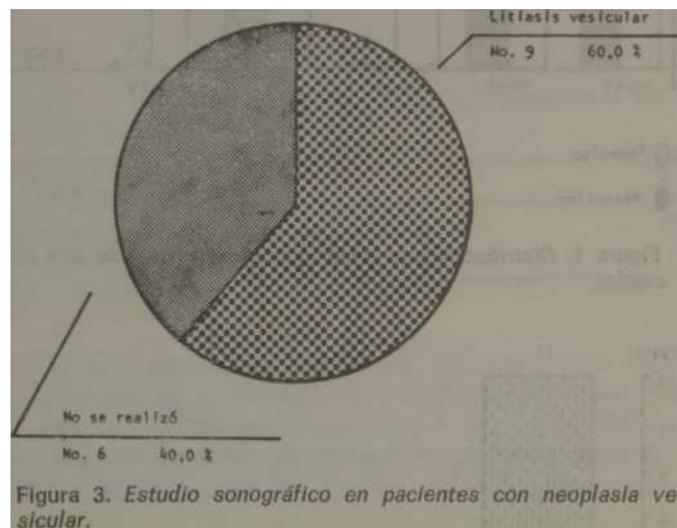


Tabla 2. Síntomas y signos principales en pacientes con neoplasia vesicular

		%
Dolor en hipocondrio derecho	12	80,0
Ictero	12	80,0
Anorexia	5	33,3
Pérdida de peso	5	33,3
Coluria	5	33,3
Acolia	4	26,6
Plenitud gástrica	3	20,0
Masa palpable	3	20,0
Fiebre	3	20,0
Epigastralgia	2	13,7
Prurito	2	13,7



El diagnóstico endoscópico de neoplasia vesicular con metástasis hepática se realizó en 4 (36,5 %), colecistopatía crónica en 5 (45,5 %), plastrón inflamatorio en hipocondrio derecho en 1 (6,7 %) e hígado colestásico en 1 (6,7 %) (figura 4).

Del total de pacientes tenemos 3 vivos con tumor y 12 fallecidos. La mayor supervivencia fue de 48 meses y la menor de 1 mes. La causa de la muerte predominante fue: bronconeumonía en 8 (64 %), insuficiencia hepática en 2 (18 %), tromboembolismo pulmonar en 1 (9 %) y hemorragia digestiva en 1 (9 %) (tabla 3).

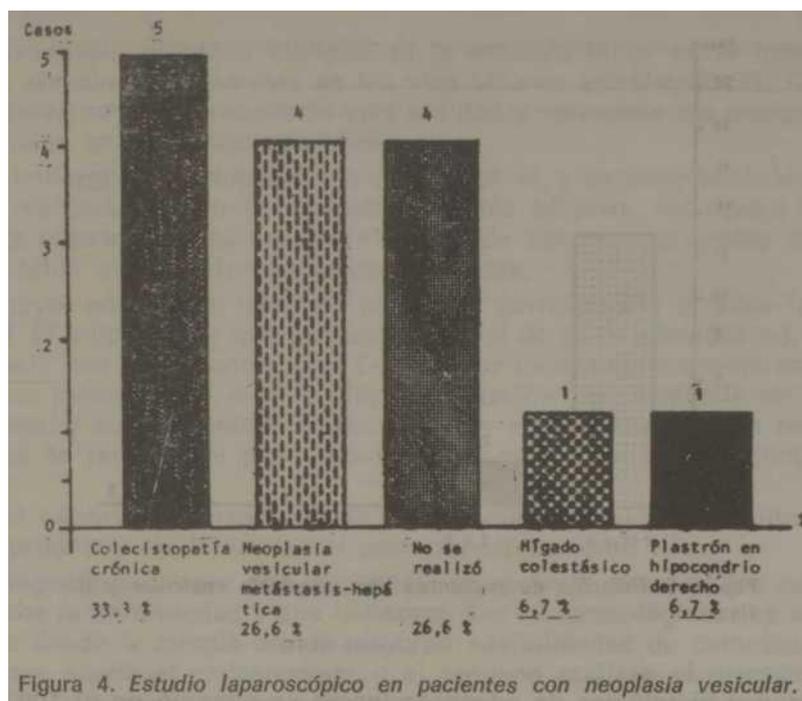
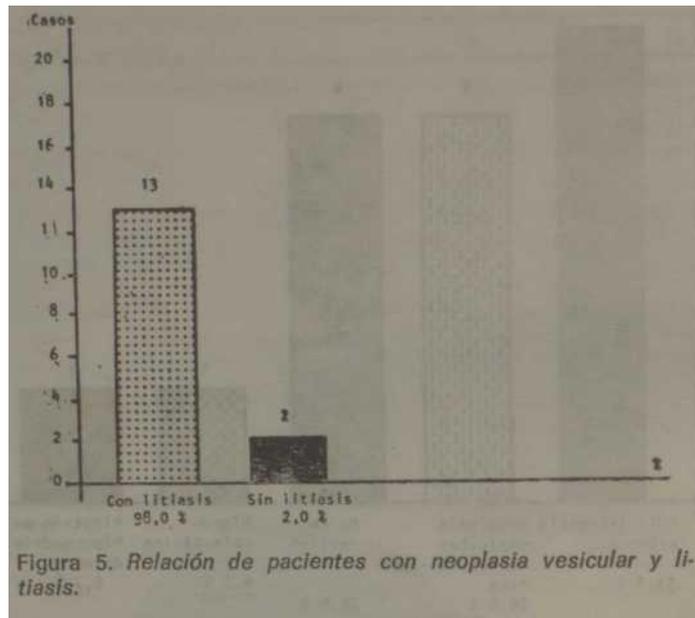


Tabla 3. Supervivencia y causa de muerte en Causa de pacientes con neoplasia vesicular

Causa de muerte	No.	Supervivencia/meses
Bronconeumonía	1	2,5
Hemorragia digestiva	2	4,0
Bronconeumonía	3	1,0
Vivo con tumor	4	12,0
Bronconeumonía	5	3,0
Bronconeumonía	6	2,0
Bronconeumonía	7	4,0
Bronconeumonía	8	15,0
Bronconeumonía	9	44,0
Bronconeumonía	10	48,0
Tromboembolismo pulmonar	11	3,0
Insuficiencia hepática	12	24,0
Insuficiencia hepática	13	12,0
Vivo con tumor	14	2,0
Vivo con tumor	15	4,0

A 11 pacientes se les realizó colecistectomía simple, y a los 4 restantes fue imposible extirparles el tumor debido a la invasión del mismo.

La litiasis estuvo presente en 13 pacientes (87%), y en 2 no se comprobó en ninguna porción del tracto biliar (figura 5).



La variedad histológica de adenocarcinoma se observó en el 100%. En el 80 % de los pacientes el adenocarcinoma presentó grado de diferenciación marcado o moderado, en el 13,4 % era papilar y en el 6,7 % mucoproducción. En todos los pacientes la pared estaba engrosada, rígida y endurecida, sin poder determinar en qué parte de la vesícula biliar había tenido lugar el nacimiento de la neoplasia.

Las metástasis hepáticas se encontraron en el 100% de los pacientes; el hilio hepático en el 53,6%, ganglios linfáticos regionales en el 46,6%, y los ganglios torácicos en el 13,4%; el resto se puede observar en la tabla 4.

Organos	de pacientes	No.	%
Hígado	15		100,0
Hilio hepático	8		53,6
Ganglios regionales	7		46,6
Ganglios torácicos	2		13,4
Pulmón	1		6,7
Estómago	1		6,7
Duodeno	1		6,7
Epiplón	1		6,7
Pared abdominal	1		6,7
Colon	1		6,7
Vías biliares	1		6,7

DISCUSION

La neoplasia primitiva maligna de la vesícula biliar es la más común de las afecciones tumorales de las vías biliares extrahepáticas. Cada vez se observa con más frecuencia esta entidad y son miles los pacientes que se señalan en la literatura médica.⁹

Los hallazgos en autopsias son del 0,2-0,8 %, y en intervenciones quirúrgicas realizadas sobre la vesícula y/o vías biliares, del 0,5-6,5 “/o.^{1”} En nuestra casuística encontramos el 1,9% de neoplasia primitiva de la vesícula biliar en las intervenciones realizadas.

El mayor número de nuestros pacientes correspondió al sexo femenino (80 %). El grupo etario que predominó fue el de 60-79 años (60 %), en concordancia con otros autores.^{9,13} Esta mayor incidencia en mujeres, puede estar en relación con la más alta presentación de colestasis en el sexo femenino, y su predominio en personas de edad avanzada, nos hace pensar que ha tenido que pasar tiempo para que el agente carcinogénico actúe.

Estos tumores no presentan síntomas patognomónicos; su curso es silente, progresivo y deterioran al paciente rápidamente.^{9,10}

El diagnóstico precoz por lo general es en pacientes en los cuales se sospecha la enfermedad y sus hallazgos son histopatológicos; es en estos sujetos donde la cirugía brinda mayores posibilidades de curación. En los pacientes donde el endoscopista o el cirujano realizan el diagnóstico fácilmente, la posibilidad de extirpar el tumor es prácticamente imposible y la supervivencia a largo plazo va a ser del 2-3%.

El dolor localizado en el hipocondrio derecho es el síntoma que se informa con mayor frecuencia, unido a la pérdida de peso.¹⁴ La ictericia se observa en estadios muy avanzados de la enfermedad, cuando hay compresión en las vías biliares por adenopatías metastásicas o infiltración de las mismas, ya que el tumor es prácticamente irresecable. En nuestros pacientes los síntomas iniciales fueron: dolor en el hipocondrio derecho, ictericia y fiebre, síntomas con los que empiezan las enfermedades biliares benignas: esto también es causa por la cual el diagnóstico precoz de la neoplasia primitiva de la vesícula biliar se hace difícil.

El tumor en ocasiones comienza como una colecistitis o colelitiasis, debido a que el cístico se obstruye por compresión del tumor, necrosis del tumor o cálculos.¹⁵

El examen físico de estos enfermos no es de valor significativo,⁹ ya que son muchas las entidades malignas que dan los mismos signos. En nuestra serie se constató al examen físico el íctero, la pérdida de peso y la masa palpable como datos de interés.

La sonografía en escasas ocasiones nos puede orientar en el diagnóstico,⁹ pero lo que sí nos revela es la presencia de litiasis y/o metástasis hepática. A 9 de nuestros pacientes se le realizó, en los cuales el diagnóstico de litiasis vesicular fue en el 100 % y en uno solamente se constató la metástasis hepática.

La laparoscopia en algunas ocasiones nos puede orientar en el diagnóstico,¹⁶ pero casi siempre en estadios avanzados, ya que en los estadios

precoces no hay signos específicos. La laparoscopia se realizó en el 73,4 % de nuestra casuística, donde se diagnosticó la neoplasia vesicular en el 36,5 %.

La asociación de adenocarcinoma de la vesícula biliar y litiasis vesicular es muy frecuente.⁵⁻¹² En nuestra serie encontramos esta asociación en el 87 %. A pesar de esta clara asociación y de múltiples experiencias, no se ha establecido una evidente relación causal, por lo que es aún oscuro el origen de esta neoplasia. Hay autores que han observado que la proporción de cáncer es mucho mayor en pacientes con litiasis vesicular que en los mismos grupos de edades que no la presentan.^{17,18}

En 4 de nuestros pacientes fue imposible extirpar el tumor por encontrarse los tejidos vecinos infiltrados; de ellos, 1 falleció y 3 se mantienen vivos con el tumor.

Nuestra supervivencia mayor es de 48 meses y la menor de 1 mes. En nuestra serie se tiene como promedio 12 meses de supervivencia. El 80 % de nuestros pacientes falleció y la causa en el 66 % fue la broconeumonía, lo que se explica por la edad de los mismos.

La variedad histológica encontrada en nuestra casuística coincide con la de otros autores y fue el adenocarcinoma.¹⁵⁻¹⁹

Las metástasis se encontraron en mayor número en el hígado y el hilio hepático, lo que se debe a la íntima relación que existe entre la vesícula y estas estructuras.

Somos partidarios de que la colecistectomía se practique en todo paciente con litiasis vesicular o en pacientes jóvenes con vesícula sintomática, ya que ésta puede ser el medio en estos momentos de combatir este tipo de neoplasia, para evitar su desarrollo, debido a lo difícil de hacer el diagnóstico precoz, y además para evitar su aparición en edades avanzadas. Hoy en día la colecistectomía siempre es una intervención de poca morbilidad y mortalidad.

SUMMARY

Ruiz Méndez, A.: *Primitive neoplasia of the gallbladder. Fifteen new patients.*

A total of 787 clinical histories of patients submitted to operations of gallbladder or biliary ducts, during 1981-1985, was reviewed. Prevailing sex, most affected age, initial symptoms manifested, as well as results from ultrasound and laparoscopy, survival and histologic findings are pointed out.

RÉSUMÉ

Ruiz Méndez, A.: *Néoplasie primitive de la vésicule biliaire. A propos de 15 nouveaux cas.*

Une revue portant sur 787 dossiers de malades intervenus pour atteinte de la vésicule biliaire ou des voies biliaires, pendant les années 1981-1985. Le sexe et l'âge les plus touchés sont signalés, ainsi que le symptôme initial le plus fréquent, les résultats des ultrasons, de la coelioscopie, la survie et la variété histologique.

BIBLIOGRAFIA

1. Klein, J. B. et al.: Primary carcinoma of the gallbladder: 28 cases. Arch Surg 104: 769, 1972.

2. *Do Carmo, M.*: Natural history of the gallbladder cancer. A review of 36 years experience at M. D. Anderson Hospital. *Cáncer* 42: 330, 1978.
3. *Piebler, J. M.; R. W. Ceichlow*: Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg Ginecol Obstet* 147: 929, 1978.
4. *Arminkí, T.*: Primary carcinoma of the gallbladder. *Cáncer* 2: 379, 1949.
5. *Arinoff, A. A. et al.*: Le cáncer de la vésicula. A propos de 49 cas cholécystectomisés. *Acta Gastroenterol Belg* 36: 310, 1973.
6. *Gradizar, I. A.; T. R. Kelly*: Primary carcinoma of the gallbladder. *Arch Surg* 100: 232, 57, 1975.
7. *Mcosa, A. R. et al.*: The continuing challenge of gallbladder cancer. *Am J Surg* 130: 57, 1975.
8. *Strauch, G. O.*: Primary carcinoma of the gallbladder. Presentation of 70 cases from the Rhode Island Hospital and accumulative review of the last 10 years of American Literature, *Surgery* 47: 368, 1960.
9. *Arconada, G. H. y cois.*: Neoplasias primitivas de vesícula biliar. A propósito de 18 nuevos casos. *Rev Clin Esp* 163: 391, 1981.
10. *Donna, A. R.*: Carcinoma de vesícula biliar. *Rev Esp Enf Ap Digest* 33: 147, 1971.
11. *Ouitllt, A. F. y cois.*: Carcinoma de vesícula biliar. Experiencia en material de autopsia. *Rev Esp Enf Ap Digest* 60: 603, 1981.
12. *Zarapico, M.*: Cáncer primitivo de vesícula biliar. *Rev Esp Enf Ap Digest* 38: 681, 1972.
13. *Alonso, P. et al.*: Cytopathology of precursor lesions of invasive carcinoma of the gallbladder. A study of bile aspirated from surgical excised gallbladders. *Acta cytol* 26: 144, 1982.
14. *Camps, B. y cois.*: Cáncer primitivo de la vesícula biliar. *Rev Esp Enf Ap Digest* 56: 537, 1979.
15. *Broden, G.: I. Bengtsson*: Carcinoma of the gallbladder: its relation to cholelithiasis and the concept of prophylactic cholecystectomy. *Acta Chir Scand (Suppl.)* 500: 15, 1980.
16. *Dagnini, G. et al.*: Laparoscopy in the diagnosis of primary carcinoma of the gallbladder. *Gastrointest Endosc* 30 : 289, 1984.
17. *Hart, J. et al.*: Cholelithiasis in the aethiology of the gallbladder neoplasm. *Lancet* 1: 1151, 1971.
18. *Reichenbach, D. D.*: Autopsy incidence of diseases among south-western American Indias. *Arch Pathol* 84: 81, 1967.
19. *Bivius, B. A. et al.*: Importance of histologic classification of carcinoma of the gallbladder. *Am Surg* 41: 121, 1975.

Recibido: 31 de marzo de 1986. Aprobado: 17 de abril de 1986.

Dr. *Alberto Ruiz Méndez*. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley", Manzanillo, Cuba.