

Morbimortalidad por neoplasia primitiva de la vesícula biliar en un período de cinco años

Margis Núñez Calatayud (1), Armando Rivero León (2), Constantino Echemendia Méndez (3), Alberto Rivero León (4).

RESUMEN

Se realizó el análisis de 360 expedientes clínicos, intervenidos quirúrgicamente de las vías biliares durante el período comprendido entre enero de 1994 y diciembre de 1998, de los cuales en 8 pacientes el estudio anatomopatológico a la pieza, informó neoplasia primitiva de la vesícula biliar. Se señala que todos los casos pertenecían al sexo femenino de la quinta y sexta década de la vida, el dolor en hipocondrio derecho, anorexia, náuseas y vómitos constituyeron el síntoma inicial o con mayor frecuencia. La ecografía y la laparoscopia fueron los medios diagnósticos más empleados, la técnica quirúrgica, el adenocarcinoma como variedad histológica tumoral más frecuente. Todos los casos de nuestro estudio fallecieron en un período de tiempo de un año.

Palabras clave: NEOPLASMA VESÍCULA BILIAR / MORTALIDAD, INCIDENCIA.

1. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica.
2. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor.
3. Especialista de Primer Grado en Cirugía General.
4. Residente de III Año Medicina General Integral.

INTRODUCCION

El cáncer primario de la Vesícula Biliar es un tumor poco común; constituye del 2 al 8 % de los tumores malignos del tubo digestivo, es tres veces más frecuentes en mujeres y más a menudo en el grupo de edad entre 50 y 70 años (1,2) con alto porcentaje de asociación entre la colecistitis calculosa y la lesión tumoral (3,4).

El carcinoma de Vesícula Biliar rara vez se diagnostica antes de la operación porque no tiene síntomas patognomónicos y en sus inicios las manifestaciones clínicas son atribuibles a la litiasis (1), tanto más, cuanto que algunos pacientes concurren al consultorio con estudios radiológicos que la confirman. En un estudio más avanzado, un Hígado aumentado de tamaño en un enfermo con ictericia lleva al cirujano a suponer que presenta un carcinoma de Vesícula Biliar o de Páncreas.

La mayor parte de los carcinomas de Vesícula Biliar tienen un origen en el fondo, se diseminan por infiltración local hacia el lóbulo derecho del Hígado y envían metástasis a los ganglios linfáticos regionales (1,4). La diseminación intraperitoneal es común, así como la diseminación vascular, neural y metástasis a distancia (2,3).

Generalmente son adenocarcinomas, entre un 74 a 84%, siendo menos frecuentes los adenoacantomas, carcinomas de células escamosas y carcinomas anaplásicos indiferenciados (2,4, 5, 6).

El interés que reviste el hallazgo del adenocarcinoma de Vesícula Biliar en el transoperatorio de una colecistectomía por litiasis vesicular, nos motivó para hacer una revisión de estos casos y hacer alusión a los medios diagnósticos empleados.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo donde se revisaron 360 Historias Clínicas de pacientes intervenidos de la Vesícula Biliar o Vía Biliar en el Hospital General Provincial Docente de Morón durante los años 1994 y 1998 y se encontraron 8 pacientes con Neoplasia Primitiva de Vesícula Biliar, corroborados por la histología, lo que constituye el material de esta revisión. En dichos pacientes se estudió la frecuencia de este tipo de neoplasia por grupos de edad, sexo, síntomas clínicos y metástasis, así como los medios diagnósticos utilizados en este estudio siendo fundamentalmente el Ultrasonido y la Laparoscopia.

La información obtenida se procesó por el método manual, fueron computados y tabulados para su posterior análisis, discusión y conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se estudiaron 8 pacientes (2.2%) de un total de 360 que fueron intervenidos quirúrgicamente de la vesícula biliar o la vía biliar (tabla No. 1).

El mayor número de pacientes tratados correspondió al sexo femenino de la quinta y sexta década de la vida.

Nuestra serie tuvo un índice significativo de aparición de la neoplasia de Vesícula Biliar, lo cual nos pudiera poner en alerta en cuanto al manejo de los pacientes añosos portadores de Litiasis Vesicular, pues está demostrado que el índice de aparición de esta neoplasia aumenta significativamente con la edad. Ruíz Méndez en su estudio señala que el grupo etéreo más afectado fue el de 60-70 años; otros autores hacen señalamientos similares (7,8).

La mayor incidencia en mujeres puede estar en relación con la más alta presentación de colelitiasis en este sexo (8).

La sintomatología que presentó este grupo de pacientes fue muy variada, predominando el dolor en hipocondrio derecho (87.5%) seguido sucesivamente de anorexia, pérdida de peso, náuseas y vómitos (62.5%), así como el íctero (50.0%), inconstantemente masa palpable (37.5%) y la coluria y acolia con un 25.0% de frecuencia (tabla No. 2).

Debemos resaltar que el tumor primario de Vesícula Biliar no presenta síntomas patognomónicos que nos puedan guiar al diagnóstico, su curso es progresivo, silente y en gran número de casos cuando se diagnostica se manifiesta en estadios avanzados. El dolor en hipocondrio derecho es el síntoma que aparece con más frecuencia. La ictericia se observa preferiblemente cuando hay compresión del tumor sobre la vía biliar, adenopatías metastásicas o infiltración de la misma por el proceso, lo cual hace irreseccable el tumor (7,8).

En la tabla # 3 observamos que las metástasis más frecuentes encontradas en el transoperatorio resultaron ser en Hígado (100%), en Ganglios Regionales (87,5%), Hilio Hepático (62,5%), Vías Biliares (50,0%) y a Pulmón (12,5%), corroborándose estos resultados con la bibliografía consultada donde resaltan que el Hígado es el órgano que metastiza con más frecuencia este tipo de tumor (7).

El ultrasonido de abdomen se les realizó a 7 pacientes (87,5%), donde el diagnóstico ecográfico emitido fue el de litiasis vesicular y en uno de ellos se informó, además, formaciones polipoides de base ancha en la mucosa vesicular. Al caso restante no se realizó este exámen por rotura del mismo, se le practicó laparoscopia, observándose una masa blanca nacarada de 7.8 cm en el lóbulo derecho del Hígado no siendo identificado como un tumor de Vesícula Biliar en ese momento por la proyección del mismo (tabla No.4).

Sabiston y Bockus dan una gran eficacia diagnóstica al Ultrasonido y la TAC (1,3). Plantean además como otra opción la Laparoscopia (2, 7, 9).

En nuestro medio estos exámenes complementarios no arrojan datos de sumo valor para realizar un diagnóstico de certeza lo cual pudiera estar en relación con lo infrecuente de la enfermedad.

A 6 pacientes (75.0%) se les practicó la colecistectomía simple, a otro de ellos colecistectomía más resección en cuña de una metástasis hepática ubicada en el subsegmento V, y al último caso se realizó Hepatectomía Atípica resecando el bloque tumoral dependiente del fondo de la vesícula (tabla No.5).

Las técnicas quirúrgicas más conocidas internacionalmente para el tratamiento curativo o paliativo de esta enfermedad se explotan con el fin de garantizar un mayor grado de sobrevivencia a pesar de ser tumores muy agresivos.

En la actualidad la inserción de endoprótesis gana muchos adeptos y ofrece una alternativa paliativa no invasiva (7,9).

El Adenocarcinoma se observó en el 75.0 % de la muestra estudiada, en todo este grupo presentó grado de diferenciación marcado o moderado y el carcinoma adenoescamoso con un 12.5% respectivamente (tabla No. 6).

En todos los pacientes, la pared estaba engrosada y rígida, en un caso había una gran infiltración del fondo de la vesícula al hígado, sitio en el cual tiende a localizarse con mayor frecuencia esta neoplasia a pesar de esta variabilidad histológica predominante según los autores (7,8), señalan que el tipo histológico predominante resulta ser el adenocarcinoma mostrando una gran agresividad; Hoguela (7) en una serie de 198 pacientes señala una sobrevivencia global inferior al 5%.

Todos los enfermos egresaron vivos entre el octavo y el décimo día post-operados, posterior a su seguimiento oncológico y evaluación quirúrgica, se citaron nuevamente al año de operados para establecer un pronóstico en cuanto a sobrevivencia, lo cual no fue posible pues todos fallecieron en el plazo de seis a doce meses, lo que concuerda con el pronóstico sombrío de la entidad.

El pronóstico grave y letal de los pacientes con carcinoma vesicular es un hecho probable, el éxito del tratamiento quirúrgico lo brinda el hallazgo fortuito de la lesión, la gran mayoría presenta en las Laparotomías, lesiones avanzadas que hacen imposible el tratamiento curativo (4).

CONCLUSIONES

1. Todos los casos pertenecían a la quinta y sexta década de la vida.
2. Hubo predominio absoluto del sexo femenino (100%).
3. Los síntomas y signos más frecuentes fueron el dolor en hipocondrio derecho (87,5%), la anorexia, náuseas y vómitos, así como la pérdida de peso (62,5%) seguido de íctero (50,0%).
4. Las metástasis se encontraron en mayor número en el hígado (100%) y ganglios regionales (87,5%).
5. El Ultrasonido diagnóstico de hígado y vías biliares (87.5%) y la Laparoscopia (12.5%) fueron los medios diagnósticos más utilizados en este estudio.
6. La colecistectomía se le practicó al universo (100%) de los pacientes estudiados.
7. El tipo histológico tumoral que más predominó fue el Adenocarcinoma (75.0%).
8. El pronóstico resultó muy desfavorable con evolución rápida y fatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sabiston DC. Tratado de Patología Quirúrgica David C. Sabiston. La Habana: Científico-Técnica 1983: 125-6.
2. Maristany Garcés CA, Rodríguez Fernández Z. Cáncer de Vesícula Biliar. Rev Cubana Cir. 1982; 21(2): 155-6.
3. Bockus HL. Gastroenterología Henry L Bockus. La Habana: Científico-Técnica 1996: 655-842.

4. Rodríguez-Loechez y Fernández S. Asociación de litiasis en enfermos con carcinoma vesicular. Análisis de 54 casos. Rev Cubana Cir. 1981; 20(5): 398-405.
5. Pozo F. Repercusiones de la coledocoduodenostomía sobre la mucosa del tracto digestivo superior. Estudio endoscópico e histológico. Cirugía Española. 1998; 44(4): 531-542.
6. Sheralt CD. Adenoma vellosa de vesícula biliar. Presentación de un caso triple. Cirugía Española 1997; 41(1): 165-170.
7. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patología estructural y funcional. 6ª ed. México: Interamericana 1999; 929-939.
8. García MJ. Cáncer de Vesícula Biliar. Resultados del tratamiento quirúrgico y factores pronósticos. Cirugía Española. 1994; 56 (1): 134-140.
9. Hoguela C. Carcinoma primitivo de vesícula biliar. Revisión de una serie de 49 casos. Cirugía Española 1996; 56(1): 142.

TABLA No. 1: Relación de la neoplasia de vesícula biliar con respecto a las intervenciones sobre Vesícula Biliar y Vías Biliares.

| INTERVENCIONES QUIRURGICAS | No. | % |
|-----------------------------------|------------|----------|
| Colecistitis Litiásica. | 230 | 63.8 |
| Colecistitis Alitiásica. | 100 | 27.9 |
| Colecistopatías. | 22 | 6.1 |
| Colecistitis Asociadas a Tumor. | 8 | 2.2 |

Total: 360 100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS.

TABLA No. 2: Distribución de pacientes según síntomas y signos predominantes.

| SINTOMAS Y SIGNOS | No.(h=8) | % |
|------------------------------|-----------------|----------|
| Dolor en Hipocondrio Derecho | 7 | 87.5 |
| Ictero. | 4 | 50.0 |
| Anorexia. | 5 | 62.5 |
| Pérdida de Peso. | 5 | 62.5 |
| Coluria. | 2 | 25.0 |
| Acolia. | 2 | 25.0 |
| Plenitud Gástrica. | 1 | 12.5 |
| Masa Palpable. | 3 | 37.5 |
| Náuseas y Vómitos. | 5 | 62.5 |
| Prurito. | 1 | 12.5 |

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS.

TABLA No. 3: Distribución de pacientes según metástasis encontradas.

| ORGANOS | No.(h=8) | % |
|----------------------|-----------------|----------|
| Hígado. | 8 | 100 |
| Hilio Hepático. | 5 | 62.5 |
| Ganglios Regionales. | 7 | 87.5 |
| Vías Biliares. | 4 | 50.0 |
| Pulmón. | 1 | 12.5 |

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS.

TABLA No. 4: Distribución de pacientes según medios diagnósticos empleados.

| MEDIOS DIAGNOSTICOS | No. | % |
|----------------------------|------------|----------|
| Ecografía. | 7 | 87.5 |
| Laparoscopia. | 1 | 12.5 |

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS.

TABLA No. 5: Distribución de pacientes según técnica quirúrgica empleada.

| TECNICA QUIRURGICA | No. | % |
|---|------------|----------|
| Colecistectomía Simple. | 6 | 75.0 |
| Colecistectomía más Resección en cuña de Metástasis Hepática. | 1 | 12.5 |
| Hepatectomía Atípica. | 1 | 12.5 |

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS.

TABLA No. 6: Distribución de pacientes según el tipo histológico del tumor.

| TIPO HISTOLOGICO | No. | % |
|--------------------------|------------|----------|
| Adenocarcinoma. | 7 | 75.0 |
| Carcinoma Adenoescamoso. | 1 | 12.5 |

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS.