

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## INFORME DE CASO

### CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR: ¿ES SIEMPRE ÚTIL LA LAPAROSCOPIA?

Por:

Dr. Mario Orlando Hernández Cubas<sup>1</sup> y Dr. Rodolfo Valdés Landaburo<sup>2</sup>

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología y en Medicina General Integral.
2. Especialista de II Grado en Gastroenterología. Instructor. ISCM-VC.

**Descriptor de DeCS:**

NEOPLASMAS DE LA VESÍCULA BILIAR  
LAPAROSCOPIA/métodos

**Subject headings:**

GALLBLADDER, NEOPLASMS  
LAPAROSCOPY/methods

Las neoplasias de la vesícula biliar son infrecuentes; sin embargo, la mayoría de ellas son adenocarcinomas infiltrantes, que al momento del diagnóstico tienen un avanzado estadio. Sólo una minoría de estos tumores puede ser diagnosticada histopatológicamente en una pieza habitual de colecistectomía, ya que no sobrepasan el estrato mucoso<sup>1,2</sup>. El ultrasonido abdominal puede sugerir el diagnóstico, pero su sensibilidad es sólo de un 50 %<sup>3</sup>. La laparoscopia ha resultado útil en nuestro medio para el diagnóstico de estadios muy avanzados, en los que el tumor ha llegado a la serosa, lo que desafortunadamente comporta un pronóstico fatal, pero contribuye a evaluar la repercusión de la neoplasia en las vísceras vecinas.

Presentamos un caso de adenocarcinoma de vesícula biliar en avanzado estadio, que escapó al diagnóstico endoscópico.

**Presentación del paciente:**

Paciente femenina de 44 años con antecedentes de salud hasta octubre del 2002, en que comienza a padecer de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, sin otras manifestaciones clínicas. Acude a consulta en diciembre del propio año por la persistencia de los síntomas referidos, y al examen físico sólo se precisó molestia a la palpación profunda en el hipocondrio derecho. Se le indicó ecografía abdominal (6-12-02) donde se informó la existencia de una masa en el interior de la vesícula biliar de aproximadamente 24 x 22 mm, de contornos muy irregulares. Posteriormente se le realizó laparoscopia (23-12-02) en la que encontramos una vesícula de mediano tamaño, de color blanquecino y llena, no tensa, sin manifestaciones de proceso neoplásico en la serosa de la misma. En la cara inferior del hígado, muy próximo a la vesícula, se observó una formación algo elevada, de aproximadamente 15 x 10 mm de diámetro, enrojecida y de centro blanquecino, que fue considerada como posible lesión metastásica. El 22-1-03 se repite la ecografía que confirma la presencia de un proceso neofornativo en el interior de la vesícula biliar, sin otras alteraciones en los órganos examinados. Se le realiza panendoscopia superior en el propio mes de enero, donde no se demostraron alteraciones orgánicas. En el mes de febrero se practica laparotomía exploradora, donde se encontró una vesícula que a la palpación impresionó tener consistencia tumoral, así como la formación nodular hepática descrita en la laparoscopia.

También se detectaron algunas adenopatías cercanas al páncreas (de aspecto tumoral) y se practicó exéresis de una de ellas para realizar estudio anatomopatológico, que definió la existencia de una metástasis ganglionar de un adenocarcinoma poco diferenciado.

#### Comentario

Es conocido que las neoplasias biliares son infrecuentes y, dentro de ellas, los adenocarcinomas de la vesícula biliar son raros<sup>1</sup>. Cuando están avanzados, pueden encontrarse incidentalmente en la laparoscopia o en el momento de una colecistectomía. Resulta interesante que un adenocarcinoma de vesícula, en estadio avanzado y con obvias lesiones metastásicas en la superficie hepática, haya pasado desapercibido en el examen endoscópico, hecho que, aunado a la edad de la paciente, ha motivado nuestra presentación.

El hígado es el órgano más frecuentemente afectado. En distintas publicaciones se ha documentado que la diseminación tumoral ocurre precozmente por expansión angiolinfática a través de los pedículos portales desde las propias áreas de infiltración hepática<sup>4-6</sup>. Sólo en una pequeña proporción de casos, el cáncer se limita a la pared vesicular, pero en casi la mitad de los enfermos existe afectación ganglionar, como ocurrió en esta paciente.

### **Referencias bibliográficas**

1. Antonakis P, Alexakis N, Mylonaki D, Leandros EM, Konstadoulakis M, Zografos G, et. al. Incidental finding of gallbladder carcinoma detected during or after laparoscopic cholecystectomy. *Eur J Surg Oncol* 2003;29(4):358-60.
2. Wakai T, Shirai Y, Yokoyama N, Ajioka Y, Watanabe H, Hatakeyama K. Depth of subserosal invasion predicts long-term survival after resection in patients with t2 gallbladder carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2003;10(4):447-54.
3. Gandolfi L, Torresan F, Solmi L, Puccetti A. The role of ultrasound in biliary and pancreatic diseases. *Eur J Ultrasound* 2003;16(3):141-59.
4. Limani K, Matos C, Hut F, Gelin M, Closset J. Metastatic carcinoma of the gallbladder after a renal cell carcinoma. *Acta Chir Belg* 2003;103(2):233-4.
5. Park JS, Chae YS, Hong SJ, Shin DH, Choi JS, Kim BR. Metastatic renal cell carcinoma of the gallbladder. *Yonsei Med J* 2003;44(2):355-8.
6. Koea J, Phillips A, Lawes C, Rodgers M, Windsor J, Call J. Gallbladder cancer, extrahepatic bile duct cancer and ampullary carcinoma in New Zealand: demographics, pathology and survival. *ANZ J Surg* 2002;72(12):857-61.