

Artículo Original

Cáncer de vesícula biliar, experiencia del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional de Itauguá del 2010 al 2020

Gallbladder cancer, experience in the General Surgery Service of the Itauguá National Hospital since 2010 to 2020

Echagüe, Teresa¹; Franco, Jessica¹; Forcado, Pedro¹

¹Hospital Nacional de Itauguá, Servicio de Cirugía General. Itauguá, Paraguay.

Como referenciar éste artículo | How to reference this article:

Cuenca Llamosa M, Collante Vera A. Cáncer de vesícula biliar, experiencia del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional de Itauguá del 2010 al 2020. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, Abril - 2024; 57(1): 50-59

RESUMEN

Introducción: El cáncer vesicular es una neoplasia infrecuente mundialmente, exceptuando países donde la mortalidad por su causa es alta como Chile, a pesar de ello es el tumor biliar más común, con una incidencia aproximada de 0,8-1,2% y casi exclusivamente en mujeres. **Objetivos:** Describir la frecuencia, perfil demográfico, clínica, tratamiento y hallazgos anatomopatológicos del cáncer vesicular en pacientes del Hospital Nacional de Itauguá del 2010 al 2020. **Materiales y métodos:** Se encontraron 19 casos confirmados por biopsia, pero solo 15 fichas estaban completas. El estudio fue retrospectivo, descriptivo y observacional, muestreo no probabilístico de corte transversal. **Resultados:** De la muestra final (N=15), 13 pacientes fueron mujeres, la edad promedio fue de 60 años. Del total, 4 pacientes ingresaron para cirugía programada con diagnóstico de colecistopatía crónica litiásica y los otros 11 tenían sospecha de tumor vesicular y/o ictericia o colangitis aguda de origen neoplásico probable, todos fueron operados, el motivo de consulta más frecuente fue dolor en hipocondrio derecho, el 99 % fueron adenocarcinomas por anatomía patológica. **Conclusión:** La etiología principal del cáncer vesicular fue la coledocistitis, es de baja incidencia a nivel nacional, la mayoría de nuestros pacientes se encontraban en estadios terminales, o con poca oportunidad para la resección R0, por lo cual son de mal pronóstico y hasta hoy en día son de difícil detección en etapa inicial. En algunos casos como en 4 de nuestras pacientes el diagnóstico es fortuito mediante el hallazgo histológico en piezas de colecistectomía que fueron intervenidos en principio por patología benigna.

Palabras Clave: cáncer de la vesícula biliar, colecistectomía, resecable, litiasis.

Autor correspondiente: Dra. Teresa Echagüe. Hospital Nacional de Itauguá, Cirugía General. Itauguá, Paraguay. E-mail: tereecha_91@hotmail.com.

Editor responsable: Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez, Prof. Dra. Lourdes Talavera. Fecha de recepción el 16 de julio del 2023; aceptado el 11 de marzo del 2024.

ABSTRACT

Introduction: Gallbladder cancer is an infrequent neoplasm worldwide, except for countries where mortality from its cause is high, such as Chile. Despite this, it is the most common biliary tumor, with an approximate incidence of 0.8-1.2% and almost exclusively in women. **Objectives:** To describe the frequency, demographic profile, clinic, treatment and anatomopathological findings of gallbladder cancer in patients of the Itauguá National Hospital from 2010 to 2020. **Materials and methods:** 19 biopsy-confirmed cases were found, but only 15 files were complete. The study was retrospective, descriptive and observational, non-probabilistic cross-sectional sampling. **Results:** Of the final sample (N=15), 13 patients are women; the average age was 60 years. Of the total, 4 patients were admitted for scheduled surgery with a diagnosis of chronic gallstone gallbladder disease and the other 11 had suspected gallbladder tumor and/or jaundice or acute cholangitis of probable neoplastic origin, all were operated on, the most frequent reason for consultation was pain in the hypochondrium right, 99% were adenocarcinomas by pathology. **Conclusion:** The main etiology of gallbladder cancer was cholelithiasis, it has a low incidence nationwide, most of our patients were in terminal stages, or with little opportunity for R0 resection, for which they have a poor prognosis and up to today they are difficult to detect in the initial stage. In some cases, such as in 4 of our patients, the diagnosis is fortuitous through the histological finding in cholecystectomy specimens that were initially operated on for benign pathology.

Keywords: gallbladder cancer, cholecystectomy, resectable, lithiasis.

Introducción

La colecistectomía por litiasis vesicular es una cirugía habitual en cualquier centro hospitalario quirúrgico, es sabido que actualmente el abordaje más preconizado es la videolaparoscópica, por lo cual este estudio resulta de interés para el cirujano general y el cirujano oncólogo para poder mejorar la comprensión del cáncer de vesícula cuyo factor etiológico número uno es la colelitiasis.

El cáncer de la vesícula biliar es el tumor maligno más frecuente de las vías biliares; pero es infrecuente comparándolo con otros tumores gastrointestinales y hepatobiliopancreático, tiene baja frecuencia a nivel mundial y en Sudamérica, excepto en Chile; por lo general es diagnosticado en etapas tardías y predomina su presentación en mujeres de edad avanzada ⁽¹⁾.

Por otra parte, en algunos pacientes esta enfermedad ha sido descubierta como un cáncer de vesícula biliar incidental el cual se define como cáncer descubierto en el examen histopatológico posterior a la colecistectomía

y como neoplasia vesícula biliar temprana, sin síntomas específicos, y representa aproximadamente el 70% de las neoplasias de vesícula biliar en áreas no endémicas y ocurre entre el 0.2-3% de los pacientes sometidos a la colecistectomía por lo que a partir del descubrimiento de esta patología se puede ofrecer una mejor oportunidad para un enfoque curativo en esta neoplasia agresiva y se lo puede considerar potencialmente curable ^(2,3).

Debido a que este tumor se caracteriza por una evolución poco favorable como consecuencia del diagnóstico tardío, por sus manifestaciones clínicas inespecíficas que hacen que el diagnóstico preoperatorio sea dificultoso, y una vez manifiesto, generalmente ya se encuentra en estadios avanzados con un curso clínico agresivo y pronóstico poco alentador, lo cual reduce las posibilidades de una terapéutica quirúrgica ⁽⁴⁾.

Podemos clasificarlo en resecable (Estadio I): cuando el cáncer está limitado a la pared vesicular y representan una minoría de los casos y los irresecables (Estadio II-IV): cuando

el cáncer no puede researse completamente, a excepción del tipo IIA, estos representan la mayoría de los casos ⁽⁵⁾.

Podemos especificar que cuando el cáncer incidental es descubierto en el examen histológico postoperatorio y es estadio T1a, puede considerarse como tratamiento la colecistectomía simple, en cambio si el tumor infiltra la capa muscular sin sobrepasarla (T1b) se recomienda la colecistectomía radical extendida. Las pautas actuales para el tratamiento del cáncer de vesícula biliar incidental establecen que se debe realizar una nueva resección para las lesiones T1b, T2 y T3, a menos que esté contraindicado por una enfermedad avanzada o un estado funcional deficiente ⁽²⁾.

En la actualidad el factor pronóstico más importante es el estadio patológico y la única esperanza curativa es la opción quirúrgica, si es resecable ⁽⁶⁾.

El aporte de este trabajo, cuyo objetivo es describir la frecuencia, perfil demográfico, presentación clínica, tratamiento y los hallazgos anatomopatológicos del cáncer vesicular pacientes del Hospital Nacional de Itauguá durante 10 años, será de gran utilidad para aumentar los conocimientos de esta patología poco común, del cual no existen muchas publicaciones, y es de resaltar que la agresividad de esta neoplasia trae consigo consecuencias no solo para el paciente, sino para todo el sistema de salud porque una vez establecido y no resecable genera un grave estado que requiere de cuidados complejos y especiales. Por ende, siempre es importante sospechar de esta enfermedad sobre todo en portadores de litiasis empezando desde los centros primarios de atención.

Materiales y Métodos

Este trabajo fue un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, realizado en el Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay, con muestreo no probabilístico, descriptivo, de corte transversal.

Población enfocada

Varones y mujeres adultos, con sospecha pre y/o postoperatoria de cáncer de vesícula biliar internados en el Servicio de Cirugía General durante el periodo enero 2010 a diciembre 2020.

Población accesible

Varones y mujeres adultos, con diagnóstico definido por anatomía patológica de cáncer vesicular, del Servicio de Cirugía General durante el periodo enero 2010 a diciembre 2020.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos de ambos sexos con diagnóstico de cáncer vesicular definido por anatomía patológica.
- Pacientes que se encuentren dentro de nuestro período de estudio (enero 2010 a diciembre 2020).

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cuentan con los datos completos en la historia clínica y/o no se halla en archivos de historias clínicas al momento de la recolección de datos.
- Pacientes con resultados de patología benigna o neoplasias de otro origen primario en la anatomía patológica, posterior a la colecistectomía.

Variables de estudio: edad, sexo, días de internación, motivo de consulta, bilirrubina, pérdida de peso, marcadores tumorales: CEA, alfafetoproteína, CA 19-9, drenaje biliar prequirúrgico, anatomía patológica, requerimiento de cuidados intensivos (UCIA).

Procedimientos para la recolección de datos

Fueron analizados un total de 25 expedientes clínicos de los cuales 21 tenían sospecha pre y/o postoperatoria de tumor vesicular y/o ictericia obstructiva de origen neoplásico y los otros 4 fueron pacientes que ingresaron

para cirugía programada con diagnóstico de ingreso colecistopatía crónica litiásica y fueron analizados una vez obtenido el resultado de la biopsia vesicular.

La búsqueda de datos se dio en 2 etapas: en principio la búsqueda a través del Departamento de Estadísticas de nuestro hospital fueron todos los casos con diagnóstico de egreso o pre y/o postquirúrgico de cáncer vesicular, una vez obtenido todos los resultados de anatomía patológica de la pieza quirúrgica mediante el sistema informático de ese Servicio en la búsqueda de patrón histopatológico de neoplasias de la vesícula biliar, que no estaba estipulado en la lista del Departamento de Estadísticas se pudo constatar que solo 19 pacientes tuvieron diagnóstico definido de cáncer vesicular y los otros 6 pacientes fueron patologías benignas o neoplasias de otro origen primario durante el periodo enero 2010 a diciembre 2020, y a partir de allí se analizó la frecuencia, biopsia, entre otras variables mencionadas.

De los 19 casos confirmados, para el presente estudio solo se presentan a 15 pacientes, pues 4 de los casos fueron descartados ya que al momento de la recolección de información no contaban con los datos completos en la historia clínica y/o no se hallaba su ficha en el departamento de archivos del hospital. Los resultados de la bilirrubinemia fueron clasificados en 2 grupos: bilirrubina total y directa normal o alteradas.

Para la elaboración del marco teórico la recopilación de la información que corresponde a esta patología se recurre a una investigación con análisis bibliográfico y de estudios recientes en bibliotecas nacionales o extranjeras disponibles a través de medios electrónicos.

Tamaño de la muestra: cálculo del tamaño de la muestra

La estimación del tamaño de muestra se realizó en base a datos proveídos por el Departamento de Archivos y Estadística del Hospital Nacional de Itauguá, del periodo

2010 al 2020. (N=15)

Para el estudio descriptivo se esperó una prevalencia de pacientes con cáncer de vesícula ($p=0.05$, un nivel de confianza del 95%, y un margen de error del 5%.

Análisis de Datos

En cuanto al procesamiento y análisis de datos, los mismos fueron introducidos en una planilla electrónica pre codificada de Microsoft Excel versión 2007. Se utilizó estadística descriptiva para resumir datos; las variables cuantitativas se expresaron como promedios descriptos a través de medidas de tendencia central y dispersión y las variables cualitativas o categóricas como porcentajes (%) y frecuencia absoluta (n), las cuales se expresan en gráficos y tablas de frecuencias para mejor comprensión de los mismos.

Cuestiones éticas

El presente estudio respeta las bases de la ética médica ya que no producirá maleficencia alguna a los pacientes las determinaciones realizadas, asimismo se solicitó la autorización correspondiente a los responsables del servicio para acceso a la información, además en todo momento se conservó la confidencialidad, justicia e igualdad de los pacientes en estudio antes, durante y después del trabajo.

Resultados

De la muestra final (N=15), solo 2 pacientes fueron del sexo masculino, el resto fueron mujeres (Figura 1), la edad promedio fue de 60 años. En cuanto a los días de internación, los pacientes permanecieron como mínimo 16 días internados.

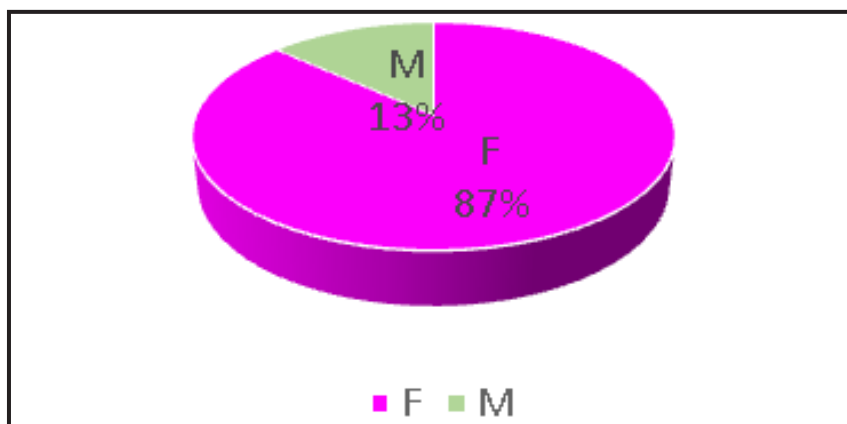


Figura 1. Porcentaje de pacientes por sexo.

Del total, 4 fueron pacientes que ingresaron para cirugía programada con diagnóstico de colecistopatía crónica litiásica, que finalmente fue cáncer vesicular incidental, y los otros 11 tenían sospecha de tumor vesicular y/o ictericia o colangitis aguda de origen neoplásico probable, como diagnóstico de ingreso, y fueron confirmados también por la histopatología.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, 2 de ellos orbitaron en nuestro nosocomio en su postquirúrgico, 1 solicitó retiro voluntario, y los demás fueron

dados de alta con indicación de seguimiento con un oncólogo y/o cuidados paliativos según el estadio en el que se hallaba.

El motivo de consulta más frecuente fue dolor en hipocondrio derecho (N=7), seguido de cambio de coloración de piel y mucosas (ictericia, N=4), y los otros 4 fueron pacientes con diagnóstico de colecistopatía crónica litiásica que ingresaron como cirugías programadas para colecistectomía videolaparoscópica (Tabla 1). Del total de pacientes solo 6 refirieron pérdida de peso en el transcurso de su enfermedad.

Motivos de consulta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Porcentual
Ictericia	4	0,27	27%
Dolor en hipocondrio derecho	7	0,47	47%
Cirugía programada (colecistitis)	4	0,27	27%
Total	15		

Tabla 1. Distribución de frecuencia de los principales motivos de consulta.

El promedio de valores encontrados en los marcadores tumorales fue: CEA: 31,14ng/ml, CA 19-9: 42,97 U/ml, AFP: 6,38 U/ml por lo que se puede concluir que en nuestros pacientes estos valores no fueron muy significativos. De todos los pacientes estudiados 10 de ellos presentaron alteración de la bilirrubina (valor mayor 1 mg/dl), los valores de bilirrubina total tuvieron una media de 7,91 mg/dl a expensas de bilirrubina directa con una media de 5,56 mg/dl.

En los informes ecográficos 14 casos presentaban vesícula litiásica, 7 con vías biliares intrahepáticas dilatadas, algunos con informe de nódulos hepáticos, otros con vesícula de paredes engrosadas, o imagen de tumoración vesicular que infiltra al hígado. Como es bien sabido los informes ecográficos son operador dependiente por lo cual no analizamos estos informes por la gran variabilidad de datos aportados, en muchos

casos con informes bastante diferentes entre una ecografía y otra de un mismo paciente.

Así también los hallazgos intraoperatorios fueron descriptos de manera muy variable como tumor vesicular de consistencia sólida, duro pétreo, vesícula con aspecto de carne de pescado, tumor que infiltra hígado y/o vías biliares, Síndrome de Mirizzi, múltiples adherencias a órganos adyacentes, nódulos hepáticos con aspecto de metástasis, y pícolocisto.

En cuanto al abordaje quirúrgico y el tratamiento decidido para cada caso, en 5 casos el abordaje fue por videolaparoscopia, 2 de ellos se convirtieron a cirugía abierta, los demás (N=10) se abordaron por incisión de Kocher. Solo en dos casos no se logró la colecistectomía por lo que en ambos se procedió a colecistostomía. En 1 caso, del total, se realizó colecistectomía+ derivación biliodigestiva bihepático yeyunal

termino-lateral en Y de Roux, otro caso de colecistectomía + coledocotomía y otro caso de colecistectomía + hepatectomía izquierda + hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux + linfadenectomía, 1 caso de colecistectomía + derivación biliodigestiva + anastomosis gastroyeyunal latero-lateral.

De los 10 pacientes que ya tenían sospecha de tumor vesicular el 50% requirió cuidados especiales en UCIA por su estado grave, en 4 pacientes se indicó el drenaje biliar prequirúrgico mediante CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) por presentar colangitis de los cuales en 2 no se logró canalizar y en los otros 2 se colocó una endoprótesis biliar. De los informes obtenidos en la histología de las piezas quirúrgicas 14 resultaron adenocarcinoma y uno de ellos fue carcinoma indiferenciado de células pequeñas (Tabla 2).

	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa	FR %
Adenocarcinoma bien diferenciado	5	0,33	33%
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	4	0,27	27%
Adenocarcinoma pobremente diferenciado	5	0,33	33%
Carcinoma Indiferenciado de células pequeñas	1	0,07	7%
Total	15		

Tabla 2. Anatomía Patológica.

Solo una paciente de la serie tuvo una segunda intervención quirúrgica, pero ingresa por tumoración dolorosa a nivel del puerto del trócar umbilical (metástasis), con antecedente de haber sido colecistectomizada por cirugía programada 1 año atrás (hallazgo casual), por lo cual se decide ampliar la resección y la tumorectomía umbilical. En general el seguimiento de los pacientes fue pobre.

Los resultados se presentan en tablas de frecuencias y las variables se expresaron en números y porcentajes. Excluimos del estudio a pacientes que no cuentan con los datos completos en la historia clínica y aquellos con resultados de patología benigna o neoplasias de otro origen primario en la anatomía patológica, postcolecistectomía.

Discusión

A pesar de los avances tecnológicos modernos, el diagnóstico del cáncer vesicular casi siempre es tardío; ocasionalmente es un hallazgo incidental durante la colecistectomía o es descubierto mediante el examen anatomopatológico de la pieza operatoria. Sin embargo, dado que la sobrevida es muy baja a pesar de que existen alternativas de tratamiento, la cirugía sigue siendo la única alternativa de curación en estadios tempranos y ayuda a mejorar la calidad de vida en etapas avanzadas. El diagnóstico tardío de esta neoplasia reduce las posibilidades de una terapéutica quirúrgica, ensombreciendo

radicalmente el pronóstico. Pero esto ha ido cambiando progresivamente en la era de la cirugía laparoscópica, pues el incremento en el número de procedimientos quirúrgicos de colecistectomías programadas ha permitido encontrar a la enfermedad en estadios potencialmente curables.

Hasta hoy en día, no está definido totalmente el tipo de abordaje quirúrgico pero se mantiene la indicación de que los pacientes con sospecha preoperatoria de cáncer de vesícula biliar deben someterse a cirugía abierta para llevar a cabo la intervención definitiva con intención curativa y radical en un solo tiempo; igualmente, aquéllos en los que el cáncer de vesícula biliar se descubre de forma intraoperatoria durante el procedimiento laparoscópico deben ser convertidos a cirugía abierta para llevar a cabo la intervención definitiva con intención curativa y biopsia extemporánea ante cualquier duda durante la cirugía ^(1,7).

Podemos comparar varios estudios nacionales e internacionales que en su mayoría concuerdan con la información proporcionada hasta el momento en todo este trabajo.

A nivel nacional solo se hallan publicados 2 estudios amplios en periodos de 10 años, uno de ellos en el Instituto Nacional del Cáncer de Areguá y el otro en el Hospital de Clínicas de San Lorenzo.

En el del Hospital de Clínicas en un periodo de 10 años (1992-2002) fueron hallados 16 casos de cáncer vesicular sobre 3239 colecistectomías (0.5%); prevaleciendo el sexo femenino (15 casos) y la edad media fue 63 años, el dolor fue el principal motivo de consulta, todo coincidente con nuestra casuística, el 75% presentó ictericia + coluria + acolia a diferencia de nuestro trabajo donde solo 27 % lo presentó; la ecografía comprobó engrosamiento de la pared vesicular en 37% de casos y vesícula escleroatrófica solo en uno, todos con litiasis vesicular. No contrastamos los hallazgos ecográficos por la variabilidad de informes ecografista

dependiente. La colecistectomía simple fue efectuada en 2 casos, con biopsia hepática en 2 y derivación biliodigestiva en 1, dos drenajes biliares externos, 4 biopsias y una prótesis endoscópica completan la serie. Uno de los pacientes presentó fístula biliodigestiva. Cinco pacientes fallecieron (31%) a diferencia de nuestra casuística en que solo 0.3 % falleció en el nosocomio; 4 por complicaciones infecciosas con falla multiorgánica y 1 por tromboembolismo pulmonar; de los pacientes dados de alta solo un paciente volvió 11 meses después ya con manifestaciones de enfermedad avanzada y se le realizó drenaje biliar percutáneo como medida de paliación ⁽⁸⁾.

En pacientes tratados en el Instituto Nacional del Cáncer en el periodo también de 10 años (2005-2015), se hallaron 36 casos de cáncer vesicular, 3.6 casos nuevos por año, también con prevalencia de mujeres (75%), la edad media fue 59.5 años, el 87% presentaban litiasis vesicular, pólipo vesicular en 2%. El 14% presentó ictericia + coluria + acolia. La estadificación al ingreso fue un estadio IV b en un 83%, IV a 11 % y III b 6 %, en la anatomía patológica el adenocarcinoma predominó en 82% ante el carcinoma escamoso 12% y mal diferenciado 6%, muy similar a nuestra casuística. En cuanto al tratamiento se realizó quimioterapia exclusiva en 1 caso, quimioterapia paliativa en 5 pacientes, cuidados paliativos exclusivos en 18 casos, 5 pacientes se negaron a tratamiento alguno solicitando el alta voluntaria, un paciente de la serie el cual recibió tratamiento quirúrgico (linfadenectomía radical+ resección hepática IV Y V) más quimioterapia y radioterapia adyuvante tuvo una sobrevida de 4 años el resto de los pacientes ingresaron con mal pronóstico y la sobrevida promedio no fue más de 6 meses, 6 pacientes de la serie tuvieron una segunda cirugía con fines de ampliar la resección; y 1 con fines de paliar los síntomas ictericos ⁽⁹⁾. Contrastando la terapéutica con nuestro nosocomio debido a que en el mismo no contábamos con tratamientos quimio o radioterápicos, además de que no se les realizó un seguimiento una vez que fueron derivados o dados de alta.

En un hospital de México en el periodo de 6 años se realizaron 3,420 colecistectomías de los cuales cáncer de vesícula biliar fueron 9 casos (0.26%), el tipo histológico más común fue también adenocarcinoma y 1 carcinoma neuroendocrino. Sólo en un caso se sospechó cáncer vesicular preoperatoriamente ⁽¹⁰⁾, esto a diferencia de nuestro trabajo que en 73% de los casos ya existían sospechas de proceso neoplásico.

En otro hospital de México en cinco años de 903 colecistectomías, hubo 4 casos de cáncer de vesícula (0.4%), tres (75%) tuvieron pólipos vesiculares, el 100% fueron alitiásicas ⁽¹¹⁾, contrastando totalmente este último con las pesquisas hasta ahora mencionadas.

En Venezuela en un periodo de 14 años en una revisión de biopsias de vesículas, de 112 solo 4 correspondieron a patología tumoral, entre ellas 3 neoplasias primarias, el más común también adenocarcinoma ⁽⁵⁾.

En Colombia en un periodo de 3 años la prevalencia de neoplasias de la vía biliar fue del 3% (n=19), de estas el 84.2% (n=16) correspondían a neoplasias malignas, todos adenocarcinomas, más en mujeres, el promedio de edad fue 70.1 años, esto último a diferencia de la mayoría de las casuísticas donde la población no era de la tercera edad. Menos de la mitad de los casos (43.8%) tenían cálculos, solo 1.55% de las vesículas litiásicas contenían una neoplasia, histológicamente el 62.5% de las neoplasias tenían un patrón moderadamente diferenciado y las restantes eran indiferenciados, similar a nuestro estudio. A diferencia de la mayoría de las publicaciones incluyendo la nuestra no se sabe la localización principal de la neoplasia, ellos encontraron que fue el cuerpo de la vesícula (81.2%) ⁽¹²⁾.

En Chile, el país considerado con mayor prevalencia a nivel latinoamericano, con una relación mujer/hombre de 5:1, siendo el grupo etario entre 50 y 70 años ⁽¹³⁾.

En un estudio norteamericano (EE.UU) en un periodo de 15 años, dieron un enfoque diferente a su investigación, evaluaron

todos los pacientes con cáncer vesicular que se sometieron a reintervención con intención curativa, 59% fueron descubiertos incidentalmente, solo 24% se sometieron a resección del sitio del puerto, la recepción de la terapia adyuvante fue similar entre los pacientes con puerto y sin puerto (57% frente a 46%), al igual que la incidencia de recurrencia general de la enfermedad (28% frente a 37%) y, específicamente, la recurrencia de la enfermedad a distancia (80% vs 81%) ⁽¹⁴⁾.

Otro enfoque muy llamativo, en un reciente estudio chino de 9 años, de 102 pacientes con cáncer vesicular se compararon la cirugía laparoscópica (41 casos) y la cirugía abierta, 12 laparoscópicos se sometieron a colecistectomía simple y los demás a colecistectomía radical. No hubo muertes perioperatorias ⁽¹⁵⁾.

En un Hospital de Costa Rica, sus resultados fueron casi idénticos a los nuestros, se analizaron 22 casos de cáncer vesicular en 5 años, 99% mujeres; la edad promedio de 64.3 años. Pero ellos sí tuvieron buen seguimiento de los pacientes en el aspecto no quirúrgico (quimio o radioterapia), en cuanto al método de tratamiento la cirugía (colecistectomía+resección de bordes) sigue siendo el método de elección, la quimioterapia se utilizó como segundo método en 6 casos y solo en uno se utilizó quimioterapia sin cirugía, radioterapia sin cirugía solo en 2 casos en los cuales había compromiso de otros órganos a nivel pélvico. En cuanto al estadio el IV fue el de mayor porcentaje seguido del II luego e III y por último el I, el adenocarcinoma sigue siendo el más frecuente ⁽¹⁶⁾.

En Perú del 2011 al 2015, la prevalencia fue de 1,01%, también como los demás con predominancia en mujeres y sexta década y adenocarcinoma. Así mismo, los pacientes presentaron con mayor frecuencia dolor abdominal e ictericia, el tipo de cirugía más frecuente fue la programada en el 65,5% similar a nuestra casuística ⁽¹⁷⁾. En otro instituto de Perú, del 2005 a 2010 se hallaron 73 pacientes con esta neoplasia tipo adenocarcinoma en

71,2%, el estadio TNM más frecuente fue IIB (35,5%), seguido por el IV (24,6%)⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Conclusión

Se puede concluir que en su gran mayoría nuestros pacientes se encontraban en estadios avanzados permitiendo nada más tratamientos paliativos o en caso de ser necesaria la reintervención quirúrgica no retornaron una vez dados de alta. En general el seguimiento de los pacientes fue pobre por lo cual una de las sugerencias es enfatizar en este punto. En cuanto a los métodos auxiliares de diagnóstico la orientación diagnóstica es casi nula por ecografía; sólo el engrosamiento localizado coexistente con la litiasis vesicular parece significativo. Los datos laboratoriales y la imagenología tienden a confirmar el diagnóstico clínico de la enfermedad sólo en etapa incurable y no son útiles en la enfermedad temprana.

El cirujano general debe estar preparado para enfrentarse al diagnóstico de esta enfermedad y conocer los criterios del manejo cuando se confirma el mismo.

La baja incidencia de cáncer de vesícula biliar hace que sea difícil adquirir cohortes más grandes y resultados más precisos. Se propone la necesidad de realizar nuevos estudios e investigaciones de diagnóstico temprano, para que esta neoplasia pueda ser tratada en forma oportuna y conocer su pronóstico. Esta revisión aporta estadísticas locales sobre una patología biliar cuya etiología más importante es la coleditiasis, cuya prevalencia e incidencia es muy elevada a nivel nacional, y deja abierta la posibilidad de emprender estudios para correlacionar los hallazgos patológicos con la presentación clínica de la enfermedad. Además, brinda informaciones relevantes basadas en la evidencia científica actual que ayudará a ampliar los conocimientos de los profesionales médicos del área.

En nuestro medio es bastante dificultoso el manejo de estos pacientes, pues en gran medida son pacientes que llevan una dieta

diaria rica en grasas lo que lleva a la formación de cálculos biliares, el cual es el principal factor etiológico de esta neoplasia, además una vez que son colecistectomizados deben recurrir a medidas higiénico dietéticas acordes a su estado y controles periódicos, los cuales muchas veces por la carencia económica o la ignorancia no es cumplida por los afectados o no vuelven a acudir a la consulta una vez dados de alta, incluso también algunos solicitan retiro voluntario una vez que están en conocimiento de su situación de salud.

Muchos avances para la detección y tratamiento se han realizado, pero aun así sigue siendo una de las dificultades y metas para el personal médico e investigadores con el fin de contrarrestar el mismo.

Contribución de los autores:

Todos los autores contribuyeron en la realización de la misma.

Conflicto de intereses: Esta investigación no presenta.

Financiación: Es propia de los autores.

Referencias Bibliográficas

1. Aretxabala X, Roa I, Burgos L, et al: Cáncer inaparente de la Vesícula Biliar. Rev. Med Chile. 2001; 119: 881-6. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001000002
2. Aloia TA, JarufeN, JavleM, Maithel SK, Roa JC, Adsay V, et al. Cáncer de vesícula biliar: declaración de consenso de expertos. HPB (Oxford). 2015; 17: 681-90.
3. Søreide K, RV Invitado, Harrison EM, Kendall TJ, Garden OJ, Wigmore SJ. Revisión sistemática del manejo del cáncer de vesícula biliar incidental después de la colecistectomía. Br J Surg 2019; 106: 32-45. doi: 10.1002/bjs.11035.
4. Nishiyama Y, Yamamoto Y, Fukunaga K et al. Dual-Time-Point 18FFDG PET for the evaluation of gallbladder carcinoma. J Nucl Med 2006; 47(4): 633-638. Disponible en: <https://jnm.snmjournals.org/content/47/4/633>
5. Pacheco Miguel, Mora Eddy y otros. Patología tumoral de la vesícula biliar revisión de casuística

- del Instituto de oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño". Rev. Venez Oncol 2017;29(1):59-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3756/375649739010/>
6. Arroyo G.F. GETICS Cáncer de vesícula biliar Artículo de revisión Grupo de Estudio, Tratamiento e Investigación del Cáncer del Sur, Argentina. Oncología clínica.2001. Vol.VIII. N°1. Pág. 831-837
 7. Morera F, Ballestin J, Ripoll F y cols. Cáncer de vesícula biliar en un hospital comarcal. Cir Esp 2009; 86(4): 219-223. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-114695>
 8. Rojas Rubén, Samaniego Castor. Cáncer de la vesícula biliar: limitaciones diagnósticas y terapéuticas. Vol. 38, núm. 4. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional. Asunción – Paraguay. P. 1-6.(2005). Disponible en: <http://archivo.bc.una.py/index.php/RP/article/view/564>
 9. Ramírez Analía, Martínez Ehiser et al, Cáncer de la Vesícula Biliar. Experiencia de 10 años del Instituto Nacional Del Cáncer. Cir. Paraguay. Edición especial. 40(2): 8-11, nov. 2016. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972587>
 10. Castillo García JJ, Romo Aguirre C y otros. Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal. Acta Med. 2010;8(3):140-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25689>
 11. Noriega Víctor, Álvarez Mariana. Carcinoma de vesícula biliar incidental después de colecistectomía. Análisis de los hallazgos patológicos a cinco años. Acta Médica Grupo Ángeles. Volumen 14, No. 4, octubre-diciembre 2016. P. 196-200. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032016000400196
 12. García Ernesto; Rodríguez Diego y otros. Hallazgos patológicos en colecistectomías realizadas en el Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga entre 1999 y 2002. Rev Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 38, núm. 2, 2006, Colombia. pp. 108-113. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343837062003>
 13. Venturelli A, Soto S, Díaz J y cols. Cáncer de vesícula biliar. Análisis del periodo 1995- 1999 en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. Rev Chil Cir 2004; 56(5): 434-439. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394626>
 14. Ethun CG, Postlewait LM, Le N, et al. La escisión de rutina en el sitio del puerto en el cáncer de vesícula biliar descubierto de manera incidental no se asocia con una mejor supervivencia: un análisis de múltiples instituciones del Consorcio de Malignidad Biliar Extrahepática de EE. UU. J Surg Oncol. 2017 junio; 115 (7): 805–811. doi: 10.1002/jso.24591. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28230242/>
 15. Jia-Wei Feng, Xing-Hai Yang, y et al. Comparación del abordaje laparoscópico y abierto en el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. Primer hospital popular de Changzhou, tercer hospital afiliado de la Universidad de Soochow, Changzhou. Journal of surgical research - febrero 2019 (234). China. P 270-276
 16. Umaña C, Zuñiga A. Cáncer de vesícula biliar. Revista Médica de Costa Rica Y Centroamérica Lxix (603) 391-396, 2012. Disponible en: URL: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/603/art13.pdf>
 17. Peña Dávila FE, Sánchez Rentería FA y otros. Frecuencia y perfil clínico de cáncer de vesícula biliar en pacientes colecistectomizados en 3 hospitales referenciales de Chiclayo entre 2011 y 2015. Rev Gastroenterol Perú. 2017;37(2):142-5
 18. Gamarra Manrique RR, Coapaza Camapaza YI, Salazar Torres F, Ojeda Apaza YM. Cáncer de vesícula biliar según tipo histológico y clasificación TNM en Arequipa, Perú. Acta Méd Perú. 2012;29(1):23-7
 19. Botero, María; Carrascal Edwin y cols. Carcinoma insospechado de la vesícula biliar. Revista Colombia Médica, Vol. 35, No. 1, 2004, pp. 18-21
 20. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2017. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2017.