
Valoración del Tratamiento Quirúrgico en la Neoplasia Primitiva de Vesícula Biliar (NPVB).

Estudio de 41 casos

*/, Suñol, A. Vicens, J. Piulachs, C. Milla**

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo de 41 pacientes afectos de neoplasia primitiva de vesícula biliar (NPVB) tratados en el Servicio de Cirugía General y Digestiva **III** del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona desde 1977 hasta 1984.

Se analiza su incidencia, los factores que favorecen su aparición, su asociación a la patología biliar litiasica y las dificultades para establecer el diagnóstico preoperatoriamente. Para valorar la evolución se utilizó la Clasificación de Nevin. Se valoran las distintas opciones técnicas empleadas, los resultados del tratamiento quirúrgico y la supervivencia de estos pacientes, comparando estos datos con los obtenidos por otros autores.

ABSTRACT

A retrospective study on 41 patients affected by gallbladder primary neoplasms is reported. Those patients underwent surgery for their disease in the **III** General and Digestivae Surgery Department of the Hospital Clínico y Provincial of Barcelona between 1977-1984.

* Médico hondureño, Residente de Cirugía general en el Hospital Clínico y Provincia] de Barcelona.

The incidence of this pathological condition, the predisposing factors and the association to gallstones are analysed. Also, the difficulties for an accurate diagnostic in the preoperative management are stressed. Nevin's Classification Stages are taken as survival prognostic data. Different surgical aspects, the results of surgical treatment, short and longterm survival of those cases are discussed. In addition, the related literature is reviewed.

PALABRAS CLAVE

KEYWORDS

Neoplasia primitiva vesícula biliar Gallbladder primary neoplasms

INTRODUCCIÓN:

La neoplasia primitiva de la vesícula biliar (NPVB) es un proceso patológico que, a pesar de ser conocido desde hace dos siglos (1) y de observarse con relativa frecuencia (2% de intervenciones sobre el árbol biliar) (2), comporta un alto índice de morbi-mortalidad, debido a que la escasa sintomatología clínica y la rápida invasión de estructuras vecinas impiden el diagnóstico precoz y el tratamiento radical.

Nevin (3), en 1976, estableció una clasificación por estadios según el grado de invasión de las NPVB que

ha permitido la valoración comparativa de los resultados del tratamiento quirúrgico en cada estadio, reflejado en la supervivencia de los pacientes. (Tabla I)

TABLA I

CLASIFICACIÓN DE NEVIN

ESTADIO I: Afecta a la mucosa vesicular, (carcinoma "in situ").

ESTADIO II: Afecta a la mucosa muscular sin llegar a la serosa.

ESTADIO III: Afecta a las tres capas incluyendo la serosa.

ESTADIO IV: Invasión de las tres capas y del ganglio cístico.

ESTADIO V: Invasión del hígado o de otros órganos.

El propósito de este trabajo es la presentación de los casos tratados en nuestro Servicio, valorando el grado evolutivo de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el tratamiento realizado y la supervivencia de estos enfermos, comparando nuestros resultados con los de la literatura reciente.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de NPVB en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo III del Hospital Clínico y provincial de Barcelona desde Enero de 1977 hasta Diciembre de 1984.

De un total de 1576 intervenciones sobre el árbol biliar, revisadas, encontramos 41 casos de NPVB (2.5%). De ellos 9 en hombres (22%) y 32 en mujeres (78%). La edad media de los pacientes fue de 62.7 años (53-78). En 37 casos la neoplasia se asociaba a litiasis vesicular (90.2%); en 28 enfermos la vesícula estaba habitada por un cálculo único de diámetro superior a 1.5 cms. (68.3%); Tan solo en 4 pacientes (9.8%) la NPVB apareció en vesículas alitiásicas.

En la Tabla II aparece la distribución por estadios siguiendo la clasificación de Nevin.

El diagnóstico se realizó preoperatoriamente en 3 casos siendo los demás etiquetados de litiasis vesicular (19 casos), neoplasia de páncreas (11 casos), icte-

TABLA II
DISTRIBUCION POR ESTADIOS

ESTADIO	No. CASOS	PORCENTAJE
I	2	4.8
II	3	7.3
III	5	12.1
IV	7	17
V	24	58.8
TOTAL	41	100.0

ria obstructiva (3 casos) o neoplasia de vía biliar extrahepática (5 casos).

El tratamiento fue quirúrgico en todos ellos. Se practicó colecistectomía simple en los que correspondían a estadios I, II y III de Nevin. En los de estadio IV, colecistectomía con resección de los ganglios hiliares en dos casos y colecistectomía radical en los cinco restantes. En los de estadio V, 9 colecistectomías con derivación biliar, 3 calibraciones tipo Terblanche y 12 Laparotomías exploradoras con biopsia de la tumoración.

En todos los casos se confirmó el diagnóstico por el estudio anatomopatológico de la pieza.

El seguimiento ambulatorio de los pacientes supervivientes se realizó durante un mínimo de dos años.

RESULTADOS:

Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato por tromboembolismo pulmonar y fallo multi-sistémico a los 4 y 6 días respectivamente, la neoplasia, en ambos, se encontraba en estadio V de Nevin.

En cuanto a los resultados a largo plazo, la supervivencia fue del 100% a los tres años en los casos de estadio I y II. De los 5 pacientes en estadio III, dos de

ellos vivieron más de año y medio, pero ninguno superó los dos años tras la intervención. De los 7 enfermos en estadio IV, tan solo uno vivió más de un año aunque no llegó al año y medio. Los 24 operados en estadio V, fallecieron antes del año de la intervención.

DISCUSIÓN:

La frecuencia de la NPVB oscila, según las series consultadas, entre el 0.5% y el 8% de los pacientes operados sobre el árbol biliar (4, 5, 6, 7). En nuestro medio, en un hospital universitario aparecen entre 4 y 6 casos al año (8, 9).

La mayoría de los autores coinciden en señalar que esta afección suele asociarse, en un 75-80% de los casos, a la litiasis vesicular de larga evolución (6, 5, 10), especialmente con cálculos de diámetro superior a 1.5 cms. (5) (Fig. 1). A pesar de que la asociación neoplasia- litiasis aparece en un porcentaje tres veces superior al de la población normal, no queda demostrado el papel que los cálculos o la inflamación crónica de la vesícula puedan jugar en la génesis de la NPVB (II). El predominio de esta afección en el sexo femenino puede atribuirse a la mayor proporción de litiasis en las mujeres.

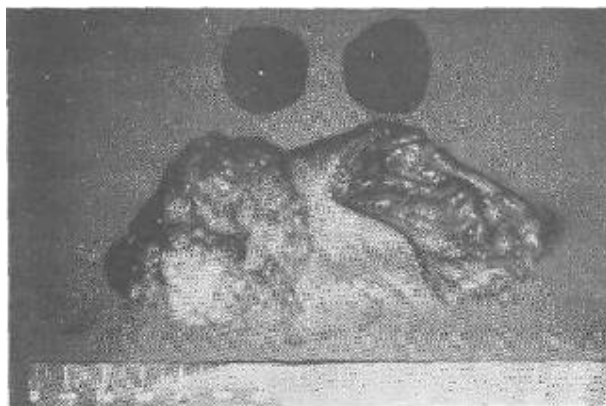


FIGURA No. 1
Neoplasia primitiva del fondo de la vesícula biliar. Corresponde al estadio III de Neyin. La vesícula contenía dos cálculos de 2 cms. de diámetro. En la imagen se aprecia la pieza evertida para ver mejor la neoplasia.

El problema fundamental que plantea esta enfermedad es la dificultad de establecer el diagnóstico en las fases precoces, dado que en ellas el tratamiento quirúrgico puede ser curativo. En nuestra serie es decepcionante ver que, al intervenir a los pacientes, en el

75.8% de los casos la neoplasia se encontraba en estadio IV o V, con lo que el tratamiento difícilmente podía ser curativo. Además, el hecho de que en tan solo en el 7.3% de los casos el diagnóstico fue preoperatorio, demuestra la dificultad de tratar con éxito a estos pacientes.

La revisión de la literatura reciente sobre la NPVB demuestra que, si bien hasta 1978 el diagnóstico se establecía de forma preoperatoria en un 9% de los casos y se operaban el 62% en fases tardías (IV y V) (11), en los últimos años, con el uso sistemático de la ecografía y la T.A.C. el diagnóstico preoperatorio se realiza en el 32% de los casos (12), hallándose un 46% de los casos en estadio III (10), y un 12% en estadio I y II. En estos últimos, el diagnóstico se debe casi siempre al hallazgo operatorio de una NPVB en el curso de una colecistectomía por litiasis biliar y no al uso de exploraciones complementarias como la Ecografía o la T.A.C. (13) (Fig. 2).



FIGURA No. 2
Imagen de T. A. C. de una paciente afectada de NPVB. La flecha señala la neoplasia.

La actitud terapéutica frente a estas neoplasias ha variado considerablemente en los últimos años. Hasta hace unos 15 años el tratamiento consistía en la exéresis de la vesícula si la invasión neoplásica lo permitía, o en la práctica de derivaciones biliares para rebasar el obstáculo biliar (7). A principios de los años setenta se aconseja el tratamiento lo más radical posible incluyendo la hepatectomía derecha o la exéresis del colédoco con reimplantación del hepático común (14). Sin embargo, ya en 1973 Adson (15) no recomienda estas intervenciones tan agresivas ya que mejoran poco la supervivencia y aumentan mucho la morbilidad y mortalidad operatoria.

Las técnicas más usadas en la actualidad son las que recomienda Wanebo: La colecistectomía simple es suficiente en los estadios I y II ya que consigue la curación en el 100% de los casos. En el estadio III la intervención que obtiene mejores resultados es la colecistectomía radical (colecistectomía, exéresis del territorio ganglionar perihepático y resección segmentaria del lecho vesicular); con esta intervención consigue un 25% de supervivencia al año y un 6% a los 5 años. Por ello es el único estadio en el que puede estar indicada una mayor agresividad quirúrgica en su tratamiento. En estadios más avanzados propone el tratamiento paliativo ya que en ningún caso la supervivencia llega a los 3 años.

Dada la agresividad de estas neoplasias y su evolución solapada, el diagnóstico en fases precoces es el factor determinante en el pronóstico de la enfermedad y su tratamiento quirúrgico, debe ser conservador a excepción de los casos en estadio III en los que colecistectomía radical mejora los resultados con respecto a la colecistectomía simple. En fases más avanzadas no se consiguen resultados satisfactorios.

Es imprescindible el estudio anatomopatológico perioperatorio de la vesícula para realizar correctamente el estadiaje de la neoplasia y efectuar el tratamiento quirúrgico adecuado al mismo. Por otra parte, la intervención sistemática de los pacientes diagnosticados de litiasis biliar, especialmente en edades de riesgo (50-70 años), es el único método de **profilaxis** de la NPVB.

Por último, para evitar que pase desapercibida una NPVB en el curso de una colecistectomía, es conveniente realizar la apertura de la pieza operatoria y el estudio macroscópico de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1.-STOLLM.:

Rationis medendi in nosocomia.

Practico unindobonensi, parte I, pag. 290, Ed. Berardi, Viena, 1777.

2.- MOOSA A. R., ANAGNOST M., ET AL.: The continuing challenge of gallbladder cancer.

Amer. J. Surg. 1975, 130:57.

3.- NEVIN J. E., MORAN T. J, ET AL.:

Carcinoma of the gallbladder. Cáncer, 1976, 37:141.

4.- GRADIZAR I. A., KELLY T. R.:

Primary carcinoma of the gallbladder.

Arch. Surg. 1970, 100:232.

5.- ARCONADA J. A., HEBRERO J., ET AL.:

Neoplasias primitivas de vesícula biliar. A propósito de 18 nuevos casos. Rev. Clin. Esp., 1981,163:391.

6.- TORNER J., VIEITO J. M., ET AL.:

Cáncer de vesícula biliar: A propósito de 18 casos.

Acta Chir. Catal., 1986, 7:29.

7.-VAITTINENE.:

Carcinoma of the gallbladder; a study of 390 cases

diagnosed in Finland 1953-1967. Ann. Chir.

Gynaecol, 1970. 168:7.

8.- GIMÉNEZ L. C, MORENO E., ET AL.:

Carcinoma de vesícula biliar.

Rev. Esp. Enf. Ap. Digest, 1985, 68:205.

9.- RODRÍGUEZ J. M., PÉREZ M., ET AL.:

Carcinosarcoma de vesícula biliar. Rev. Esp.

Enf. Ap. Digest, 1985, 67:357.

10.- WANEBO H. J., WILLIAM N., ET AL.:

Is carcinoma of the gallbladder a curable lesion?.

Ann. Surg., 1982,195:624.

11.- PIEHLER J. M., CIECHLOW R. W.:

Primary carcinoma of the gallbladder.

Surg. Gynec. Obstet., 1978,147:929.

12.-YEH H. C:

Ultrasonography and computed tomography of

carcinoma of the gallbladder. Radiology, 1979,

133:167.

13.- ALLIBONE G. W., FAGAN C. J., ET AL.:

Sonographic features of carcinoma of the gallbladder.

Gastrointest. Radiol., 1981, 6:169.

14.- RODRÍGUEZ J.M., PÉREZ M., ET AL.:

Carcinosarcoma de vesícula biliar.

Rev. Esp. Enf. Ap. Digest., 1985,67,4:357.

15.-ADSONM.A.:

Carcinoma of the gallbladder.

Surg. Clin. North Am., 1973, 53:1203.