

Valor de la fibrolaparoscopia en el carcinoma primitivo de la vesícula biliar

Dr. Alberto Piñeyro

Se presentan 8 casos de carcinoma primitivo de la vesícula biliar diagnosticados por fibrolaparoscopia. Se analizan las dificultades del diagnóstico preoperatorio, los hallazgos endoscópicos y se concluye que la peritoneoscopia integra junto a la ecografía y la tomografía computada, la triada de exámenes que posibilita el diagnóstico preoperatorio y valora la operabilidad y reseccabilidad tumoral.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Gallbladder Neoplasms / Peritoneoscopy

SUMMARY: Evaluation of fibrolaparoscopy in the early carcinoma of gallbladder.

Authors present 8 cases of early carcinoma in gallbladder diagnosed by fibrolaparoscopy.

The difficulty of pre-operative diagnosis and endoscopic findings are analyzed, concluding that the peritoneoscopy along with ecography and computerized tomography are the triad of examinations that make pre-operative diagnosis possible and evaluates operation feasibility and tumoral resect condition.

RÉSUMÉ: Valeur de la fibrolaparoscopie dans le carcinome primitif de la vesicule biliaire.

On présente 8 cas de carcinome primitif de la vesicule biliaire diagnostiqués à travers la fibrolaparoscopie.

Clinica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Jorge Pradines). Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo.

Les difficultés du diagnostic préopératoire sont analysées ainsi que les découvertes endoscopiques. On conclut que la péritonéoscopie accompagnée de l'échographie et la tomographie computé constituent la triade d'examens qui permettent établir le diagnostic préopératoire et évaluer la possibilité d'intervention et résection de la tumeur.

INTRODUCCION

El carcinoma primitivo de vesícula representa el 3-6% del total de los cánceres. Ocupa el quinto lugar entre los tumores malignos del tubo digestivo, pero es la lesión maligna más frecuente de la vía biliar (50-80%).

Predomina en el sexo femenino (75-80%) y su asociación con la litiasis biliar está presente en un 60-80% de los casos⁽³⁾. Su diagnóstico preoperatorio es muy poco frecuente, 10-20%⁽²⁾.

El desarrollo oculto del tumor, la ausencia de síntomas y signos específicos y la poca confiabilidad de los estudios biológicos y radiológicos convencionales retrasan el diagnóstico hasta llegar a la laparotomía exploradora que frecuentemente es sólo diagnóstica ya que la etapa de cirugía pretendidamente curativa se encuentra sobrepasada.

Numerosos procedimientos han sido evaluados como métodos de diagnóstico preoperatorios del carcinoma primitivo de la vesícula biliar. Los estudios radiológicos contrastados del tubo digestivo superior pueden mostrar una compresión extrínseca

Presentado como Tema Libre en el 34° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Ibicuy 1116, Montevideo. (Dr. A. Piñeyro).

a nivel del bulbo duodenal. En la mayoría de los casos no se logra la opacificación vesicular con la colecistografía, la colangiografía y mismo con la colangiografía transparieto-hepática.

La ecografía y la tomografía axial computada constituyen actualmente las principales fuentes del diagnóstico preoperatorio del carcinoma de vesícula. Yeh⁽⁵⁾ obtiene un diagnóstico correcto en un 84,6% de los casos en un estudio retrospectivo, pero el porcentaje decae al 50% en un estudio prospectivo.

La fibrolaparoscopia integra actualmente junto a la ecografía y la tomografía computada la tríada de exámenes complementarios que posibilitan el diagnóstico preoperatorio. La peritoneoscopia permite: 1°) Establecer el diagnóstico positivo mediante la visualización de una vesícula tumoral, nódulos sobre la superficie vesicular o sobre la zona de parénquima hepático vecino. Frecuentemente se logra la confirmación mediante biopsia o cepillado de la zona sospechosa. 2°) Permite determinar la extensión locoregional y hepática seleccionando los pacientes candidatos a cirugía⁽¹⁾.

El procedimiento lo realizamos en sala de operaciones, con neuroleptoanalgesia y preparación como para un acto quirúrgico. Luego de realizado el neumoperitoneo con aguja de Verres, preferimos la penetración paraumbilical izquierda con trocar de 7 mm. Casi invariablemente utilizamos en estos casos el trocar de segunda punción de 5 mm a través del cual introducimos el palpador, la pinza de biopsia o el instrumental para practicar el cepillado o curetaje de la zona sospechosa para estudio citológico.

MATERIAL Y METODO

Desde enero/81 a noviembre/83 tenemos documentados por laparoscopia 8 casos de carcinoma primitivo de la vesícula biliar, que fueron confirmados por histología o por el acto quirúrgico.

Cinco casos del sexo femenino y tres del masculino. La edad osciló entre 47 y 81 años con una media de 66,9.

La clínica que motivó la indicación de laparoscopia fue:

— Hepatomegalia: 6 casos.

Tumoración de hipocondrio derecho: 2 casos.

Ictericia: 2 casos.

Los hallazgos laparoscópicos que predominaron fueron:

Vesícula tumoral en los 8 pacientes.

Metástasis hepáticas en 5: bilaterales en 3 y localizadas en el lóbulo derecho en 2 casos.

— Metástasis peritoneales en 3 pacientes.

El diagnóstico fue confirmado por biopsia del proceso tumoral o por estudio citológico de un "curetaje" de la zona. Sólo dos pacientes fueron sometidos a una laparotomía y en uno de ellos se practicó la resección tumoral.

COMENTARIO

El carcinoma primitivo de la vesícula biliar, la lesión maligna más frecuente de la vía biliar es de diagnóstico preoperatorio difícil. Su mortalidad operatoria varía según las estadísticas entre un 10-60% y la mayoría de estos decesos se deben al estadio avanzado de la lesión y a la repercusión general que presentan estos pacientes^(1, 4).

La fibrolaparoscopia a pesar de ser un examen invasivo, permite en un alto porcentaje de casos establecer el diagnóstico positivo preoperatorio de carcinoma de vesícula. El mismo puede ser confirmado por estudio histológico de una biopsia o por citología de un cepillado o "curetaje" de la zona problema. Contribuye además a evaluar la operabilidad y resequeabilidad del tumor evitando en ocasiones una laparotomía inútil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BHARGAVA D., SARIN S., VERMA K., TANDON B., KAPUR B.: Laparoscopy in gallbladder carcinoma. *Acta Endocrinol.* 12: 46, 1982.
2. ORLOFF M., CHARTERS A.: Tumors of the gallbladder and bile duct. in: Bockus M.L. *Gastroenterology*. Philadelphia, W.B. Saunders, V 3, 831, 1976.
3. PIEHLER J., CRICHLLOW R.: Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg. Gynecol. Obstet.* 147: 929, 1978.
4. SALEH J.: Peritoneoscopy: an alternate approach to unresolved intraabdominal diseases. *Am. J. Gastroenterol.* 69: 641, 1978.
5. YEH H.: Ultrasonography and computed tomography of carcinoma of the gallbladder. *Radiology* 133: 167, 1979.