

ARTÍCULO ORIGINAL

Cáncer de vesícula

Dres. Carlos Vivas², Carlos Ferreira², Daniel Czarnevicz³, Luis Cidade³, Pablo Caviglia², Celso Silva¹, Gerardo Secondo¹, Carlos Misa³, Alejandro Leites², Edgardo Torterolo²

Resumen

El cáncer de vesícula es considerado una enfermedad en general, incurable. Ultimamente ha sido posible obtener mejores resultados mediante el conocimiento de la evolución de la enfermedad y la capacidad de determinar subgrupos de pronóstico más favorable. El objetivo de este trabajo es tratar de determinar factores que influyan en la sobrevida a largo plazo. Para ello se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes operados por cáncer de vesícula durante 10 años en un servicio de cirugía general. El sistema de clasificación utilizado fue el T.N.M. de la Unión Internacional Contra el Cáncer de 1987.

El cáncer de vesícula constituyó 3% de 1500 colecistectomías, siendo la edad promedio de 59 años. La incidencia en las piezas de colecistectomía se incrementó con la edad: la edad promedio para el estadio I fue 58 años, para el II 62 años, para el III 64 años y para el IV 70 años. Se realizaron 26 colecistectomías simples, 6 colecistectomías radicales (hepatectomía medial y vaciamiento linfoganglionar del pedículo hepático, retroduodenopancreático y tronco celiaco), 3 colecistostomías, 2 intubaciones transtumorales y 9 laparotomías exploradoras. La morbilidad global fue 8%, y la mortalidad 11%. Para la cirugía radical las cifras fueron de 30% y 0 respectivamente.

La sobrevida de los pacientes sometidos a cirugía radical fue de 100 y 80% a 2 y 3 años respectivamente. No se dispuso de datos referentes al seguimiento de las colecistectomías.

Como conclusión se establece que el pronóstico de los pacientes con cáncer de vesícula no es homogéneo. Los tumores en estadios tempranos, con un grado alto de diferenciación, que generalmente se diagnostican en pacientes menores de 60 años se benefician de la cirugía radical y obtienen sobrevidas satisfactorias a largo plazo.

Palabras clave: Vesícula. Neoplasmas

Gall-bladder cancer is generally considered an incurable disease. It has been possible to obtain better results lately by means of the knowledge of the evolution of the disease and the determination of subgroups of more favourable prognosis. The aim of this paper is to try to determine the factors that influence long-term survival by making a retrospective analysis of patients operated on for gall-bladder cancer during 10 years in a General Surgery Service. The 1987 TNM classification system of the International Union against Cancer was employed. Gall-bladder cancer corresponded to 3% of 1500 cholecystectomies; average age was 59. Incidence of gall-bladder cancer in cholecystectomy pieces rose with age: average age for stage I was 58 years, 62 years for stage II, 64 years for stage III and 70 years for stage IV. The following procedures were carried out: 26 simple cholecystectomies, 6 radical cholecystectomies (medial hepatectomy and dissection of hepatic pedicle, retroduodenopancreatic and celiac artery), 3 cholecystostomies, 2 transtumoral intubations and 9 explorative laparotomies. There was 8% global morbidity and 11% mortality. These figures rose to 30% and 0% for radical surgery. The survival for patients who underwent radical surgery was of 100% and 80% at 2 and 3 years respectively. There were no data on cholecystectomy follow-ups. The authors conclude that there is not a homogeneous prognosis in the case of gall-bladder cancer patients. Tumors in early stages, with a high degree of differentiation which -are generally diagnosed in patients under 60 benefit from radical surgery and obtain satisfactory long-term survival rates.

Introducción

El cáncer de vesícula es considerado una enfermedad poco frecuente cuyo diagnóstico se realiza en una etapa tardía que, en general, no permite una terapéutica pretendidamente curativa. Las únicas sobrevidas a largo plazo eran referidas a tumores limitados a la capa mucosa y hallados en piezas de colecistectomía por litiasis biliar.

En los últimos años ha sido posible obtener mejores resultados mediante el conocimiento de la evolución de la enfermedad y la capacidad de determinar subgrupos de pronóstico más favorable. La ultrasonografía preoperatoria y la cirugía radical han sido elementos fundamentales en estos logros.

Clinica Quirúrgica «2», Director Prof. Celso Silva. Fac. de Medicina Montevideo, Uruguay.

1. Residente de Cirugía

2. Asistente de Cirugía

3. Prof. Adj. de Cirugía

4. Prof. de Cirugía

5. Prof. Agdo de Cirugía

Correspondencia: Dr. Edgardo Torterolo. Rambla Rpca. Perú 1395/302. CP 11300. Montevideo

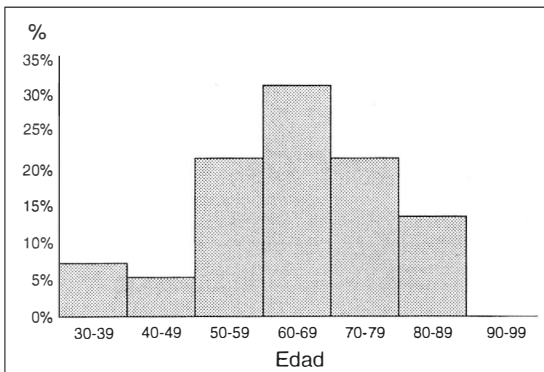


Figura 1. Distribución etaria.

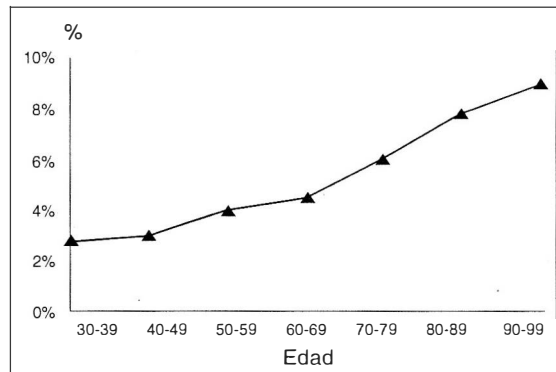


Figura 2. Correlación entre la edad y la incidencia del cáncer de vesícula.

El objetivo de este trabajo es tratar de determinar algunos de los factores que mejoran el pronóstico de esta enfermedad.

Material y método

durante el período comprendido entre 1984 y 1994 se efectuaron 1500 colecistectomías en la Clínica Quirúrgica «2» del Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay. Cuarenta y seis casos correspondieron a cánceres de vesícula, los que constituyen la población a analizar.

Todas las piezas quirúrgicas fueron estudiadas en el Servicio de anatomía Patológica, obteniéndose la confirmación histológica en todos los casos. Como sistema de clasificación quirúrgico y patológico se utilizó el T.N.M. de la Unión Internacional Contra el Cáncer de 1987.

La edad promedio de la población fue 59 años con un rango entre 32 y 90 años. Predominó el sexo femenino (74%) sobre el masculino (26%) con una relación 3:1.

Resultados

La incidencia global del cáncer de vesícula en nuestra serie fue 3%, correspondiendo 45% de los casos al grupo entre 50 y 69 años (figura 1). Al correlacionar la incidencia con la edad se comprobó que estaban en relación directa; así para el grupo de pacientes de la cuarta década la frecuencia de cáncer vesicular fue de 2.8%, porcentaje que se incrementaba progresivamente hasta alcanzar 9% para los pacientes de la novena década (figura 2).

En la presentación clínica se observó un neto predominio del diagnóstico de enfermedad biliar benigna (72%).

La ultrasonografía preoperatoria brindó un diag-

nóstico presuntivo de cáncer vesicular en 6 casos (23%). En 5 de ellos el tumor fue clasificado como T4. El diagnóstico se realizó en 8,7% en el preoperatorio, en el intraoperatorio en 51%, y en 40% restante el diagnóstico fue aportado por el estudio microscópico de las piezas (figura 3).

Se efectuaron 26 colecistectomías simples, 6 colecistectomías radicales, 3 colecistostomías, 9 laparotomías exploratorias, 1 intubación transtumoral quirúrgica y 1 endoprótesis colocada por vía endoscópica.

Al estadio I correspondieron 15 pacientes (32,6%), al II 4 pacientes (8,7%), al III 7 pacientes (15%), y al IV 19 pacientes (41,3%) (figura 4). Para el estadio I la edad promedio fue 58 años, para el II 62 años, para el III 64 años y para el IV 70 años.

Por otra parte, como muestra la figura 5, al realizar un corte longitudinal de las edades se comprobó que hubo una disminución progresiva de la frecuencia de tumores en estadio I al aumentar la edad. Situación inversa se comprobó para el estadio IV.

El tipo histológico predominante fue el adenocarcinoma; solo un paciente presentó un tipo diferente al comprobarse que correspondía a un carcinoma malpighiano cornificado. Los tumores bien diferenciados predominaron en los estadios tempranos, mientras que los indiferenciados predominaron en los estadios más avanzados (figura 6).

La morbilidad global de la serie fue de 8%, y la mortalidad operatoria 11%. Para los procedimientos radicales la morbilidad fue de 30% y la mortalidad nula.

La sobrevida a 2 y 3 años de los pacientes con cirugía radical fue de 100 y 80% respectivamente. No poseemos datos del seguimiento del grupo de pacientes que recibió exclusivamente una colecistectomía simple como procedimiento curativo, ni de aquellos que se les efectuó un procedimiento paliativo.

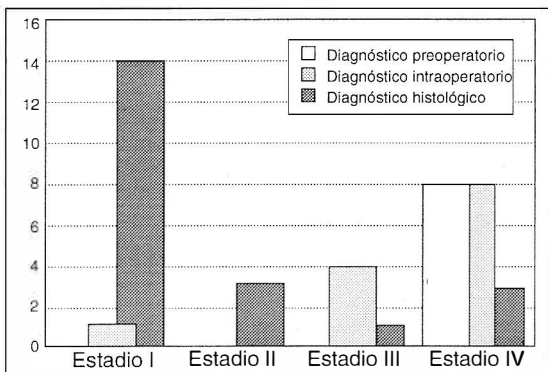


Figura 3. Relación entre estadio y método diagnóstico.

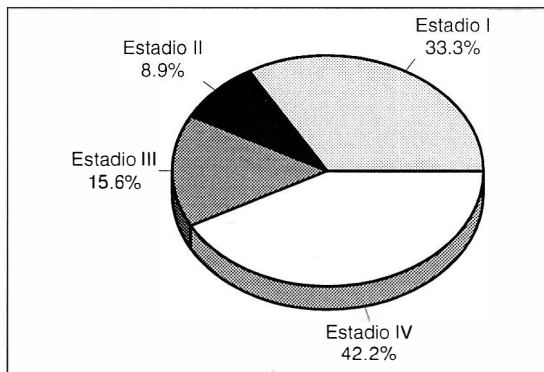


Figura 4. Frecuencia de los diferentes estadios.

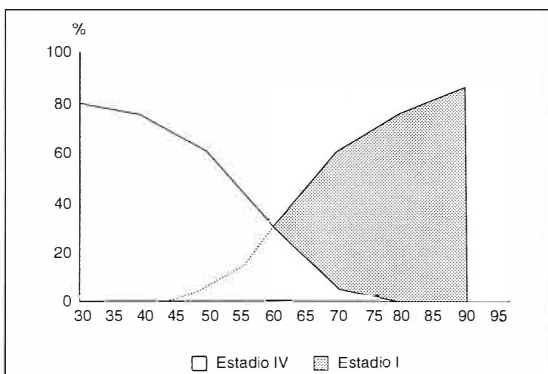


Figura 5. Relación entre edad y estadio.

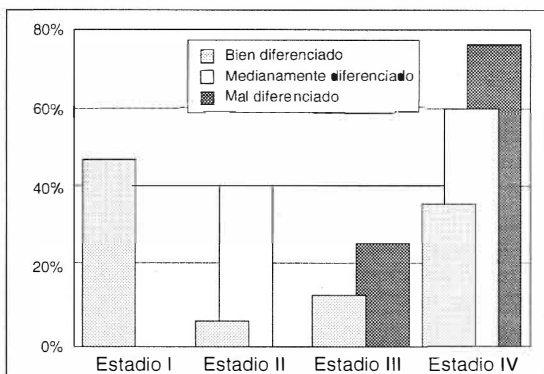


Figura 6. Relación entre tipo histológico y estadio.

Discusión

El cáncer de vesícula es el cáncer más frecuente de las vías biliares y ocupa el quinto lugar en frecuencia entre los cánceres del aparato digestivo. Ha sido caracterizado por una aureola de enfermedad incurable, debido fundamentalmente a un diagnóstico tardío, un tratamiento poco eficaz y un pronóstico desfavorable. En los últimos 20 años la confianza que despertaron los resultados favorables de la cirugía radical en otros tumores digestivos, así como el avance tecnológico anestésico-quirúrgico e imagenológico y la adopción progresiva de criterios de estadificación comunes, han impulsado un tratamiento quirúrgico agresivo, que en opinión de varios autores ha mejorado el pronóstico de esta enfermedad^(1,2).

La edad en la que predominó el cáncer de vesícula, en nuestra serie, es entre los 55 y 65 años, lo que concuerda con los datos de la literatura, al igual que el predominio del sexo femenino. Es de destacar el hallazgo del incremento progresivo de la incidencia con la edad, en especial si se toma en cuen-

ta el número de colecistectomías efectuadas en cada grupo etario⁽¹⁾.

Este hecho sumado al aumento de los estadios paralelos a la edad, aboga en favor de la opinión de que el cáncer de vesícula tendría un período de crecimiento intramural más o menos prolongado^(3,4).

El cáncer inaparente alcanzó al 39% del total, lo que cuantifica el valor del estudio anatomopatológico sistemático de las piezas de colecistectomías. Es en este grupo de pacientes en el que se concentraron los procedimientos radicales.

Para los tumores T1a se aceptó como procedimiento curativo a la colecistectomía simple, lo que concuerda con la opinión de la mayoría de los autores.

Para los tumores T1b y T2 se planteó una reintervención para completar un tratamiento quirúrgico radical. Esta conducta está de acuerdo con la experiencia de series internacionales en cuanto a que los beneficios de la sobrevida a largo plazo justifican los riesgos de una cirugía de envergadura⁽⁵⁻⁸⁾.

En nuestra serie la colecistectomía radical implicó una hepatectomía medial (segmentos IV, V, VIII

de Couinaud) por entender que esta resección reglada es más segura desde el punto de vista técnico y oncológico⁽⁹⁾.

De los pacientes a los que teóricamente les correspondía una cirugía radical, solo se la pudo hacer al 44%. En el resto de los pacientes que no se resecaron radicalmente las razones fueron: pérdida en el seguimiento, inoperabilidad de causa general y negativa de los pacientes.

De los hallazgos histológicos se destacó el predominio de las formas bien diferenciadas en los estadios tempranos, mientras que los tumores poco diferenciados fueron patrimonio de los estadios III y IV, lo que coincide con otras publicaciones^(2,10,11).

En cuanto a los resultados a largo plazo de los procedimientos radicales se deben analizar según los diferentes estadios. En el estadio Ia es prácticamente unánime la opinión que favorece a la colecistectomía simple como procedimiento único. En opinión de cirujanos alemanes, chilenos, y sobre todo japoneses, la cirugía radical en los estadios Ib y II brinda sobrevividas satisfactorias a largo plazo⁽⁵⁻⁸⁾. Estos resultados no pudieron ser duplicados por otras series^(12, 13). Más debatido aun es la cirugía radical aplicada a los estadios III.

En nuestra serie no contamos con datos sobre el seguimiento de los pacientes sometidos a colecistectomías simples, por lo que no podemos extraer conclusiones. De todas formas aunque la muestra es pequeña, la sobrevivida obtenida es comparable a la de los centros de referencia^(5, 6, 8, 11), lo que nos reafirma en nuestra conducta de realizar cirugía radical en forma selectiva⁽⁹⁾.

Conclusiones

De los datos de la serie surge que los pacientes con cáncer de vesícula no constituyen un grupo homo-

géneo, sino que existe un subgrupo en el que es dable esperar un pronóstico relativamente favorable. Se caracteriza este grupo por tener una edad menor de 65 años, tener tumores bien diferenciados y corresponder a estadios I o II.

Se destaca la aplicación sistemática del estudio patológico de las piezas de colecistectomías que permite diagnosticar cánceres de vesícula hasta entonces inaparentes, en una etapa terapéutica útil.

Bibliografía

1. **Piebler J, Crichlow R.** Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1978;147:929-42.
2. **Ogura Y, Mizumoto R, Isaji S.** Radical operations for carcinoma of the gallbladder: present status in Japan. *World J Surg* 1991;15:337-43.
3. **Albores-Saavedra J, Aocanta-Vázquez A, Cruz-Ortiz H.** The precursors lesions of invasive gallbladder carcinoma. *Cancer* 1980;45:919-27.
4. **Salembier Y, Devambe J, Palliez T et al.** Quatre cas d'épithélioma in situ de la vésicule biliaire. 5th World Congress. *Collegium Int Chir Dig Abst T1* 1978:3.
5. **Shirai Y, Yoshida K, Tsukada K et al.** Inaparent carcinoma of the gallbladder. *Ann Surg* 1992;215:326-31.
6. **Shirai Y, Yoshida K, Tsukada K et al.** Radical surgery for gallbladder carcinoma. Long-term results. *Ann Surg* 1992;216:565-8.
7. **Aretxabala R, Roa S, Burgos A.** Carcinoma of the gallbladder in Chile. *Cancer* 1992;69:60-5.
8. **Gall F, Kockerling F, Scheele J et al.** Radical operations for carcinoma of the gallbladder: present status in Germany. *World J Surg* 1991;15:328-36.
9. **Tortorolo E, Aizen B, Silva C et al.** An approach to histologically diagnosed gallbladder carcinoma following cholecystectomy for presumed benign disease. *J Surg Oncol* 1993;3(suppl):175-8.
10. **Sumiyoshi K, Nagai E, Chijiwa K et al.** Pathology of carcinoma of the gallbladder. *World J Surg* 1991;15:315-21.
11. **Ouchi K, Owada Y, Matsuno S et al.** Prognostic factors in the surgical treatment of gallbladder carcinoma. *Surgery* 1987;101:731-7.
12. **Gagner M, Rossi R.** Radical operations for carcinoma of the gallbladder: present status in North America. *World J Surg* 1991;15:344-7.
13. **Cubertafond P, Gainant A, Cucciaro G.** Surgical treatment of 724 carcinomas of the gallbladder. *Ann Surg* 1994;219:275-80.