

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS**



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACION

**Prevalencia del cáncer incidental de vesícula biliar en colecistectomías
realizadas en el Hospital Nacional Rosales**

Presentado por:

Dr. José Herbert Ayala Vásquez
Dr. José Emmanuel Gutiérrez García

Para optar al Título de:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Asesor de Tesis:

Dra. María Virginia Rodríguez Funes, FACS

SAN SALVADOR, 29 DE NOVIEMBRE 2013.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
DEFINICION DE HALLAZGO INCIDENTAL DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR	4
EPIDEMIOLOGIA.....	4
ETIOLOGÍA.....	5
PRONOSTICO.....	6
MANEJO.....	7
LITIASIS BILIAR EN EL SALVADOR	10
MATERIALES Y MÉTODOS	12
DISEÑO.....	12
POBLACIÓN DE ESTUDIO	12
METODOLOGÍA	13
MANEJO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	13
RESULTADOS	15
PREVALENCIA.....	15
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	15
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	15
POSTOPERATORIO INMEDIATO.....	17
SEGUIMIENTO AL HALLAZGO INCIDENTAL	17
DISCUSION	19
REFERENCIAS	22

RESUMEN

El hallazgo incidental de cáncer de vesícula biliar comprende el hallazgo histopatológico de malignidad después de una colecistectomía por presunta patología benigna de la vesícula biliar. En los países desarrollados su prevalencia se estima del 0.2 al 1.5%, y en casos de colecistitis aguda la prevalencia podría llegar hasta 2.3%.

El cáncer de vesícula es considerado quinto o sexto de los tumores digestivos más frecuentes a nivel mundial y de los más agresivos. En El Salvador se ubica en el décimo quinto lugar de todos los cánceres y el quinto de todos los cánceres digestivos.

El objetivo de esta investigación es establecer la prevalencia de cáncer incidental de vesícula biliar en el HNR.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de una serie de casos de base documental, en el periodo comprendido de enero 2005 a diciembre 2010.

Resultados. Se encontraron 14 pacientes que cumplían con los criterios de hallazgo incidental de 3,641 biopsias, dando una prevalencia de 0.38%. Más frecuente en mujeres en una relación 6:1, con edad mediana de 60 años. El diagnóstico más frecuentemente relacionado fue el de piocolecisto y el estadio en que se encontraron más frecuentemente fue el T1b. El seguimiento no pudo ser evaluado adecuadamente debido a la pérdida de vista de más del 50% de los pacientes. Ninguno fue reintervenido posterior al hallazgo ni otra terapia adyuvante. Solo una paciente sobrevivió más de 5 años y ha sido dada de alta.

Conclusión. La prevalencia de hallazgo incidental en el HNR se encuentra dentro de los rangos reportados a nivel internacional. El manejo no está estandarizado en el HNR.

INTRODUCCIÓN

DEFINICION DE HALLAZGO INCIDENTAL DE CANCER DE VESICULA BILIAR

En la literatura se ha denominado hallazgo incidental o no sospechado de cáncer de vesícula a la “sorpresa” histopatológica de malignidad después de una colecistectomía por una presunta patología benigna de la vesícula biliar¹.

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de vesícula puede ser curable si se diagnostica en estadios primario como un hallazgo incidental. La sospecha de malignidad es muy difícil ya que los hallazgos preoperatorios no parecen orientar hacia esta.¹

El cáncer de vesícula es una neoplasia maligna letal que ha sido considerado el quinto o sexto de los tumores digestivos más frecuentes a nivel mundial, el más frecuente entre los tumores de la vía biliar y de los más agresivos^{2,3} con pobre pronóstico y con una tasa de supervivencia de menos de 5% a los 5 años³. En El Salvador, el registro de cáncer del Hospital Rosales ubica el cáncer de vesícula biliar entre el décimo quinto lugar de todos los cánceres y el quinto de todos los cánceres digestivos⁴ y según reportes de la Organización Mundial de la Salud, para El Salvador, se ubica en el decimotercer lugar⁵. Ver figura 1.

En los países desarrollados, con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica se creyó encontrar un aumento del hallazgo incidental de cáncer de la vesícula, lo cual no ha sido verdaderamente confirmado, siendo estimado en algunos estudios entre el 0.2 al 1.5%. Una serie reciente encontró que en casos solo de colecistitis aguda, la prevalencia podría llegar hasta 2.3%.

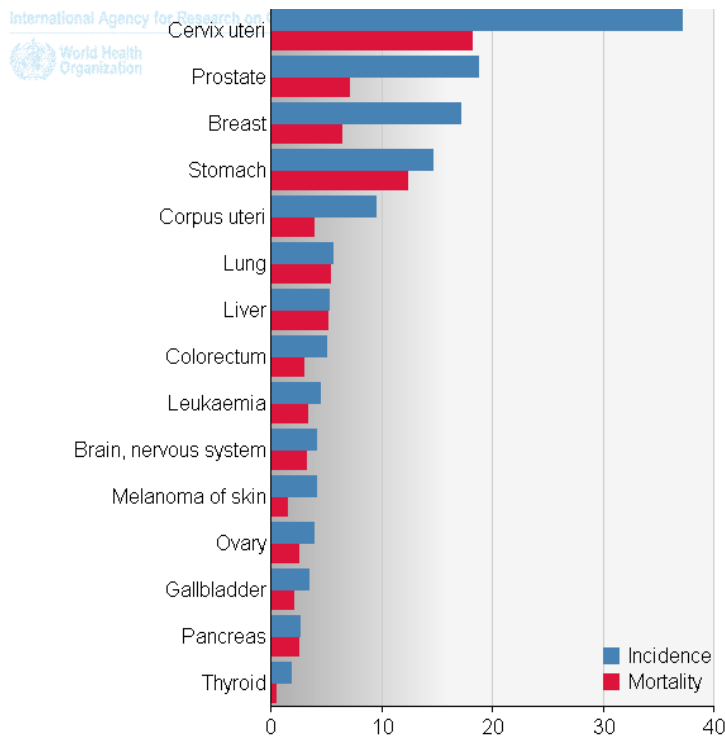


Figura 1. Frecuencia de cáncer según estadísticas de la OMS.

ETIOLOGIA

Su génesis ha sido relacionado a la existencia de pólipos adenomatosos mayores de 2 cms y a la existencia de enfermedad litiásica benigna sintomática crónica.⁶

Existen estudios que asocian en un mayor grado con cáncer de vesícula biliar las colecistectomías realizadas por colecistitis aguda que por colelitiasis asintomática.⁷

La enfermedad litiásica de la vesícula biliar es un cofactor causal de cáncer de vesícula biliar, aunque no existe prueba absoluta de su rol como causa. La recomendación de colecistectomía profiláctica en países que reportan una alta incidencia de cáncer de vesícula biliar y colelitiasis se debe cotejar con el perfil epidemiológico, sobre la distribución geográfica.^{8.9}

PRONOSTICO

El factor predictivo más importante del pronóstico en cáncer de vesícula biliar parece ser la extensión del tumor. En total, la sobrevida de todos los estadios a 5 años no es mayor del 10%.

Estadio	Sobrevida a 5 años
T1	45–100
T1a	95–100
T1b	50–80
T2	40–80
T3	7–30
T4	0–30
N1	23–56
M1	0–4 (al año)

Tabla 1. Sobrevida según estadio a los 5 años¹⁰.

Cuando se sospecha Cáncer de la Vesícula Biliar preoperatoriamente, no se debe abordar vía laparoscópica, debido a la necesidad de cirugía radical en bloque desde la primera cirugía, dependiendo de su estadio, sin embargo el diagnóstico preoperatorio es difícil, por lo que en toda colecistectomía se debe evitar el derrame de bilis y embolsar la vesícula biliar previo a su extracción en caso de laparoscopia parece reducir la incidencia de metástasis en los puertos.^{11, 12, 13, 14}. Para esto el estudio preoperatorio debería preparar al cirujano en su estrategia quirúrgica siguiendo la búsqueda de los signos de alarma de cáncer. Ver tabla 2.

Signo de alarma	Procedimiento a seguir
Engrosamiento localizado o irregular de la pared de la vesicular biliar es un signo mayor	El cirujano debe ver las imágenes del ultrasonido y no apoyarse solo en un estudio de imágenes. La USG con examen Doppler es el mejor estudio para evaluar la pared de la vesícula biliar. No apoyarse en CT
Pólipo > 10 mm se considera una lesión precancerosa, particularmente si es iso o hipoecoico, sésil, mostrando un aumento de la vasculatura en el examen por Doppler y esta aumentado en CT o muestra signos de crecimiento en dos estudios sucesivos.	Tales hallazgos exigen exámenes complementarios y una colecistectomía pronta.
El no visualizar la vesicular en USG es muy sospechoso, especialmente si es reemplazado por tejido sub hepático.	Tomar CT con material de contraste EV
Linfadenopatía ya sea en el pedículo o a distancia, especialmente si hay numerosos ganglios agrandados o cuando hay poca evidencia clínica pequeña de inflamación.	
Una pericolecistitis o un absceso hepático	
Vesícula en porcelana: calcificación de las paredes de la vesicular. Esta calcificación dificulta la USG y el cáncer está presente en un 20% de los casos.	

Tabla 2. Signos de alarma de cáncer de vesícula antes de la colecistectomía⁹.

MANEJO

Existen estudios que sugieren que cuando el cáncer de vesícula se encuentra en periodo avanzado, procedimientos quirúrgicos adicionales a la colecistectomía laparoscópica, tales como resección del lecho hepático y linfadenectomía no mejoran el pronóstico¹⁵.

La indicación de colecistectomía extendida depende primariamente en el estadio T (o tumor primario), aunque el estado ganglionar también se ha visto que impacta en la sobrevida¹⁶. Ver tabla 3.

Estadio T	Descripción
TX	El tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1 T1a T1b	Tumor invade la lámina propia o capa muscular Tumor invade la lámina propia Tumor invade la capa muscular
T2	Tumor invade el tejido conectivo peri muscular sin extensión más allá de la serosa o hacia el hígado
T3	Tumor perfora la serosa (peritoneo visceral) y/o invade directamente el hígado y/o otro órgano adyacente o estructura, tales como el estómago, duodeno, colon, páncreas, omento o conductos biliares extra hepáticos.
T4	Tumor invade la vena porta o arteria hepática o invade al menos dos órganos extra hepáticos o estructuras

Tabla 3. Estadio T de cáncer de vesicular¹⁷

La evidencia científica del manejo quirúrgico del cáncer de vesícula continua siendo controversial. El procedimiento establecido como extirpación radical que comprendía resección en cuña del lecho hepático y resección linfática, ha sido sustituido por el concepto de colecistectomía radical extendida. Este procedimiento involucra la resección en cuña del lecho hepático de la vesícula, con un anillo de tejido hepático no neoplásico (aproximadamente 2 cms. de espesor o más), resección del segmento supra hepático de las vías biliares extra hepáticas (resección del conducto biliar), y disección de ganglios linfáticos en bloque^{18, 19}.

Estaba establecido que no se había mostrado ningún beneficio para la resección extendida para tumores T1a, donde la supervivencia ya es del 95 al 100% a cinco años con la colecistectomía simple siempre y cuando hayan márgenes negativos incluyendo el conducto cístico, no así para los tumores T1b (que se extienden hasta la muscularis), los cuales muestran un beneficio franco en la supervivencia a 5 años de 79% versus 42% ($p=0.03$)⁹. Un estudio de análisis retrospectivo de una

serie de 3209 pacientes no mostro un beneficio en pacientes con T1b ($p=0.22$)¹⁵. Para los tumores T2 (que se extienden de la subserosa), la revisión retrospectiva, el consenso y la opinión favorece la reoperación, que mejora la sobrevida en total y el tiempo libre de enfermedad de 0–40% a 55–90% a los cinco años, dando un hazard ratio de 0.64 (0.46-0.90), $p=0.01$ ¹⁵.

Para los tumores T3 y T4, las indicaciones de reoperación están más limitadas, y no hay una diferencia significativa en la sobrevida. Solo el reporte de la Asociación Francesa de Cirugía del 2009 mostro un beneficio en los pacientes con tumores T3²⁰. Si no se alcanza una resección R0, N0 no hay ningún beneficio y por lo tanto no debería hacerse excepto en casos muy seleccionados¹⁷.

El tiempo ideal para la re intervención todavía no se ha establecido basado en la evidencia, pero se ha estimado idealmente entre dos y seis semanas. Una revisión narrativa recomienda el siguiente abordaje pragmático:

Dentro de los 10 días (antes que se hagan adherencias postoperatorias) para los pacientes con diagnóstico temprano y no inflamación inicial severa. Si no, a las tres o cuatro semanas, para permitir la regresión parcial de la inflamación pre y postoperatoria. Pero en todos los casos, antes de las 6 semanas⁹ y por vía convencional abierta²¹.

Entre los datos que se deben recoger antes de la cirugía inicial:

Estadio TNM (reporte patológico + CT toraco-abdominal con contraste)

Márgenes de la resección inicial (particularmente en el conducto cístico)

Evaluación del estado general del paciente

Factores de bajo pronostico (ej. Laparoscopia inicial²², perforación de la vesícula, escisión incompleta (PT1a), falla de usar la bolsa para extracción.

LITIASIS BILIAR EN EL SALVADOR

En estudios previos en nuestra población, no editados, se ha encontrado una prevalencia de litiasis biliar sintomática de un 35% de la población total que consulta, aunque no se cuenta con estudios que estimen la prevalencia en la población total que incluya los asintomáticos o a los que no consultan a los centros de salud.

La población que consulta a los centros de referencia nacional lo hacen cuando ya tienen cierto tiempo de ser sintomáticos, en ocasiones habiendo dejado evolucionar sus patologías por mucho tiempo, encontrando en una casuística pacientes que referían haber presentado crisis de dolor hasta por 40 años, automedicándose o con medicamentos caseros, sin consultar a ningún centro de salud, por la misma idiosincrasia del paciente de confianza a la medicina natural, y a su histórico poco acceso a los servicios de salud.

El tipo de abordaje quirúrgico, laparoscópico o técnica abierta no influye en la decisión de intervenir o no intervenir al paciente ni en el cirujano, como para observar un aumento de cirugías desde el advenimiento de la cirugía laparoscópica. Sobre todo que las colecistitis agudas siguen siendo manejadas de forma convencional por carencia de equipo de cirugía laparoscópica en el centro quirúrgico de la Unidad de Emergencia y en los últimos tiempos que ha afectado también la cirugía electiva.

Por todas estas diferencias de comportamiento y actitudinales tanto del paciente como del cirujano en nuestro centro hospitalario en comparación a nivel internacional es que los autores decidimos hacer un estudio buscando la prevalencia de cáncer incidental de vesícula en una población que reporta una alta incidencia de cálculos biliares, a partir de los sujetos que han sido intervenidos con diagnóstico de patología benigna en urgencias y electiva, y al mismo tiempo correlacionar variables de tiempo de evolución de síntomas y forma de presentación de la misma que sugieran o hagan sospechar probabilidad de encontrar cambios neoplásicos malignos en dichas vesículas.

El objetivo primario de este estudio era establecer la prevalencia de Cáncer incidental de Vesícula Biliar en las colecistectomías electivas y de emergencia por indicación de patología benigna. Y como objetivos secundarios: 1. Asociar características clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología benigna y el hallazgo de Cáncer de Vesícula; 2. Asociar el tiempo de evolución de los síntomas y el momento quirúrgico y su hallazgo histopatológico de cáncer de la vesícula biliar, 3. Describir otros hallazgos microscópicos en la vesícula y asociarlos a malignidad, 4. Describir la evolución de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo, de una serie de casos consecutivos, con fuente de base de tipo documental. Se realizó una revisión en los libros de registro de biopsias de las piezas quirúrgicas del Servicio de Patología del Hospital Nacional Rosales de todas las vesículas biliares obtenidas por colecistectomía como indicación primaria, y luego revisión de los expedientes de los pacientes cuya biopsia había demostrado malignidad en todas sus variantes de la vesícula biliar, excepto linfoma.

En el primer momento, para conocer prevalencia, se incluyeron todas las biopsias, producto de colecistectomías realizadas en el Hospital Nacional Rosales, ya sean de urgencias o electivas, con abordaje abierto/convencional o laparoscópicas que tuvieran el diagnóstico preoperatorio de patología benigna, en el periodo comprendido de enero 2005 a diciembre de 2010.

Para la parte de seguimiento:

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Criterios de inclusión:

- Reporte anatomo histopatológico de tumoración maligna de la vesícula biliar
- Diagnóstico preoperatorio y post-operatorio de patología benigna en el reporte operatorio
- Diagnóstico por imágenes preoperatorios de patología benigna

Criterios de exclusión:

- Pacientes en cuyo expediente se encuentre sospecha pre o trans-operatoria de malignidad.

Se utilizó un muestreo de casos consecutivos de todas las biopsias de vesícula biliar obtenidas por colecistectomía como indicación primaria, y luego se identificaron y revisaron los que reportaran malignidad de la vesícula biliar y que habían sido intervenidos quirúrgicamente por diagnóstico de patología benigna en el Hospital Nacional Rosales, en el periodo comprendido entre enero del 2005 a diciembre del 2010.

METODOLOGÍA

Se identificaron los reportes histopatológicos de las piezas anatómicas en los archivos de patología en sus libros físicos, identificando aquellas que reportaron hallazgos histológicos de neoplasia maligna. De dichos reportes se tomó el número de expediente y las iniciales del paciente. Posteriormente se solicitaron los expedientes completos al Departamento de Estadísticas del Hospital Rosales.

De los expedientes, las variables a recolectar fueron:

Socio-culturales: Edad, género

De la enfermedad: tiempo de evolución de los síntomas, diagnóstico pre y transoperatorio, Tipo de abordaje quirúrgico, contexto de emergencia o electiva, y, así también como hallazgos histológicos concomitantes de cronicidad o agudo.

De la malignidad: tipo de malignidad y estadiaje de T.

En los expedientes revisados, a los que contaron con la información, se tomó el dato de tiempo de supervivencia, en caso de existir datos suficientes o por lo menos hasta la última consulta, así como supervivencia libre de enfermedad.

MANEJO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para calcular la prevalencia, se tomó el número total de piezas histológicas de vesícula biliar en el periodo como denominador y el número de biopsias con malignidad que cumplieran las características de incidental como numerador.

Las variables recolectadas fueron tomadas de los expedientes y fueron vaciadas en un Formulario de Recolección de Datos (FRD) elaborado para dicho efecto, el cual posteriormente fue vaciado en una base de datos de computadora Excell que fue llevado por el estadístico del Departamento de Investigación.

El paso de los datos tanto de los expedientas al FRD como a la base digital fue supervisada por ambos investigadores para asegurar la transcripción de los mismos con un mínimo de error.

Los datos son presentados con medidas de tendencia central, prevalencia y distribución normal de los mismos.

Se intentó hacer análisis de asociación entre las siguientes variables:

Tiempo de evolución de los síntomas y hallazgo incidental

Diagnostico preoperatorio y hallazgo incidental

Contexto del procedimiento quirúrgico (emergencia y electiva)

Hallazgos microscópicos y hallazgo incidental

Además se planifico hacer curva de sobrevida, total y de sobrevida libre de enfermedad según estadio y según clasificación histológica del tumor si hubieran datos suficientes.

El protocolo fue sometido a evaluación ética previo su desarrollo al Comité de ética de investigación clínica del Hospital Nacional Rosales. Se solicitó excepción del consentimiento informado ya que se trabajó exclusivamente con fuentes documentales.

RESULTADOS

PREVALENCIA

En los 6 años de estudio, se encontró un total de 14 biopsias reportadas con malignidad con las características exclusivas de hallazgo incidental. Durante ese periodo, en el Hospital Nacional Rosales se realizaron 3,641 colecistectomías entre electivas y de emergencia, con diagnóstico de patología benigna preoperatoria durante el periodo de estudio, dando una prevalencia de hallazgo incidental de 0.38% colecistectomías.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS

De esta población con hallazgo incidental se encontraban 12 mujeres y dos hombres, dando una relación femenino/masculino de 6:1. Con una mediana de edad de 60.50 años (con mínima de 34 y máxima de 85 años) distribuidas por género de la siguiente manera:

Mujeres: mediana de edad de 59.50 años con rangos mínimo de 34 años hasta máxima de 85 años.

Hombres: mediana de edad 66 años, con rangos mínimo de 62 hasta máxima de 70 años.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el de colecistitis aguda en 5 casos (35.7%) y 5 de ellas se presentaron con compromiso agudo de la vía biliar principal. Ver tabla 4.

Diagnóstico preoperatorio	Número	Porcentaje	Diagnóstico postoperatorio	Número	Porcentaje
Colecistitis aguda	5	35.7	Colecistitis aguda	1	7.1
			Piocollecisto	3	21.4
			Hidrocolecisto	1	7.1
Piocollecisto	3	21.7	Piocollecisto	3	21.7
Colelitiasis	1	7.1	Colelitiasis	1	7.1
Colangitis	1	7.1	Piocollecisto + Sind Mirizzi	1	7.1
Coledocolitiasis	1	7.1	Coledocolitiasis + pancreatitis biliar	1	7.1
Colecistitis gangrenosa	1	7.1	Piocollecisto	1	7.1
Sind. Mirizzi tipo III	1	7.1	Sind Mirizzi tipo III	1	7.1
Coledocolitiasis + colangitis	1	7.1	Colecistitis crónica calculosa	1	7.1
Total	14	100		14	100

Tabla 4. Diagnóstico preoperatorio y su correspondiente diagnóstico postoperatorio

Los pacientes con cuadros agudos, tenían una media de tiempo de evolución de 4.64 días. Once pacientes fueron intervenidos en contexto de emergencia (78.57%) y 3 pacientes fueron intervenidos electivamente. Trece procedimientos fueron con técnica abierta (92.86%) y uno se realizó por video laparoscopia (7.14%) que correspondió a una colelitiasis.

Todos (100%) se presentaron con cuadro de dolor y con dolor y fiebre se presentaron 7 (50.0%).

La paciente con diagnóstico de colelitiasis fue intervenida de forma electiva, por vía laparoscópica, y reportaban una duración de los síntomas de 60 días hasta al momento de la cirugía.

Los 14 pacientes tuvieron el diagnóstico preoperatorio hecho por ultrasonografía y clínica (100%) y 2 pacientes se acompañaron el diagnóstico por CPRE (14.28%) los cuales fueron una coledocolitiasis que se operó posterior a la resolución de pancreatitis biliar y un síndrome de Mirizzi tipo III.

POSTOPERATORIO INMEDIATO

Entre los diagnósticos postoperatorios, el más frecuente fue el piocolecisto en 8 casos (57.14%). Dos pacientes, uno femenino de 82 años con diagnóstico de piocolecisto y un paciente masculino de 70 años, también con diagnóstico de piocolecisto presentaron mortalidad postoperatoria inmediata: 7 días el primero y 14 días el otro.

SEGUIMIENTO AL HALLAZGO INCIDENTAL

Todos los pacientes tuvieron diagnóstico de Adenocarcinoma. El estadiaje según T fue la siguiente:

Estadio T	Número de pacientes	Porcentaje
1b	5	35.7
2	4	28.6
3	2	14.3
No evaluable por patología	3	21.4
Total	14	100

Tabla 5. Distribución de pacientes por estadio T.

En 11 pacientes la biopsia no reportaba el estado de los límites quirúrgicos (78.57%), y en tres reportaba límites quirúrgicos negativos: 2 con T1b y 1 con T2.

Ningún paciente fue sometido a reintervención quirúrgica debido a su diagnóstico histológico, ni sometidos a quimioterapia u otro tratamiento adyuvante.

Ocho pacientes fueron perdidos de vista (57.14%), inmediatamente después de la colecistectomía. De entre ellos tres fueron referidos al Instituto del Cáncer para su seguimiento posterior a la lectura del hallazgo histológico y se desconoce su evolución. Otra paciente se perdió de vista a los 4 meses postoperatorios.

Una paciente, con estadio T2 inicial que había sido dada de alta sin lectura de la biopsia, regreso a los cuatro años post quirúrgico de su colecistectomía inicial con metástasis a nivel de la pared abdominal y flexura cólica derecha, y fue la única que en ese momento fue reintervenida quirúrgicamente por su adenocarcinoma, con resección de la metástasis de la pared abdominal, resección colónica y fue sometida a quimioterapia, falleciendo un año y medio después de la reintervención con múltiples metástasis intraperitoneales, con una sobrevida desde su diagnóstico inicial de 5 años 6 meses.

De los pacientes restantes, una tuvo una sobrevida de 1 año (estadio T3), otra de 2 años (estadio no evaluado) y solo una paciente con estadio inicial T1b ya ha sido dada de alta de su seguimiento oncológico después de 5 años, De estas tres pacientes, ninguna fue reintervenida ni sometida a quimioterapia.

DISCUSION

El hallazgo incidental de cáncer de vesícula biliar tiene una prevalencia a nivel mundial de 0.2 a 1.5%, y nuestros datos correspondieron con una prevalencia de 0.38%, situándose dentro de los rangos reportados a nivel internacional.

Los datos demográficos revelan que el carcinoma de vesícula biliar es más frecuente en el sexo femenino, ya que se encontró una relación de 6 a 1 con respecto a hombres.

La enfermedad litiásica benigna sintomática crónica y la presencia de pólipos adenomatosos de vesícula biliar mayores de 2 cms. se han relacionado con la génesis de cáncer de vesícula biliar, en el presente estudio únicamente se logró establecer relación con enfermedad litiásica biliar.

El cáncer de vesícula biliar se asocia en mayor grado con colecistectomías realizadas por colecistitis aguda que en casos de litiasis biliar asintomática. Se encontró esta relación en el 78.57% de los casos (11 procedimientos de emergencia).

Los síntomas más frecuentes fueron el dolor en el 100% y dolor y fiebre en 50% de los pacientes que concuerdan con los síntomas más frecuentes de investigaciones similares realizadas en otros países.

La vía de abordaje quirúrgica fue abierta en 13 casos (92.86%) y por video laparoscopia en un caso (7.14%). La poca frecuencia de cirugía endoscópica se puede deber a la falta de torre de video laparoscopia durante los primeros años del estudio en la Unidad de Emergencia del HNR.

No se puede definir de acuerdo a los hallazgos el manejo de la extracción de la pieza quirúrgica o el derrame de bilis en colecistectomía laparoscópica pues no se hallaba detallado en el reporte quirúrgico, lo que limita investigar la metástasis del sitio del trocar.

Solo una paciente presento metástasis a pared abdominal posterior a colecistectomía abierta 4 años 1 mes posteriores a la cirugía inicial, siendo sometida a cirugía citorreductora y quimioterapia.

El pronóstico general del cáncer de vesícula biliar es pobre y fatal cuando no es resecable, la necesidad de una segunda cirugía depende del estadiaje histológico. En T1 generalmente no se justifica segunda operación, aunque desde T1b se necesita realizar estudios de extensión para determinar la diseminación de la enfermedad.

En la investigación se encontraron 3 estadios histológicos T1b, T2 y T3 (11 pacientes), en los restantes 3 pacientes no se logró establecer estadiaje debido a hallazgos de reporte histopatológico insuficientes. De los 11 pacientes con reporte histológico adecuado, todos ameritaban estudios de extensión para determinar diseminación y posiblemente resección quirúrgica, sin embargo de acuerdo a expedientes clínicos ninguno fue sometido a estudios de imágenes de extensión.

Se establece actualmente como manejo del cáncer incidental de vesícula, que el estadio T1a con márgenes libres, manejo conservador, se observa al paciente y para los estadios T1b o mayores ameritan estudios de extensión para determinar si son resecables y en caso afirmativo deben ser sometidos a reintervención.

No se pudo dar seguimiento adecuado a los pacientes, debido a pérdida de vista de 8 pacientes (57.14 %) en postquirúrgico. Solo una paciente se reporta dada de alta después de 5 años de vigilancia oncológica.

A largo plazo solo pudieron ser evaluados 2 pacientes, la paciente mencionada anteriormente, y otra paciente con sobrevida inicial de 5 años 6 meses que presento metástasis intraperitoneales y fue sometida a cirugía citorreductora 4 años 1 mes después de la colecistectomía abierta, presento falla multiorgánica 1 año 5 meses posterior a reintervención oncológica.

Con los hallazgos de este estudio, los autores concluyen que el cáncer de vesícula biliar puede ser curable cuando se diagnostica como hallazgo incidental, que la estrategia preoperatoria del cirujano debe incluir la búsqueda de los signos de alarma y el objetivo primordial de la re operación debe ser la ausencia de tumor residual.

No existe evidencia científica que respalde el uso de la colecistectomía profiláctica a pesar de la estrecha relación de la colelitiasis como factor que contribuye en la génesis del cáncer de vesícula biliar, y nuestros datos apoyan dicha aseveración.

El manejo del cáncer de vesícula biliar debe de estandarizarse en nuestro hospital y nuestra contribución sería que:

1. Se debe solicitar al departamento de Anatomía Patológica la descripción detallada que especifique los límites quirúrgicos de resección incluyendo el conducto cístico en la totalidad de las muestras de cáncer de vesícula biliar, así como especificar la invasión de las diferentes capas.
2. Que se incluya de manera sistemática en el reporte operatorio post colecistectomía la existencia del derrame biliar y el manejo de la extracción de la pieza quirúrgica en el abordaje laparoscópico, lo cual resulta útil para investigar metástasis en el sitio del trocar en los casos de cáncer incidental de vesícula biliar.
3. Se debe crear un equipo multidisciplinario (cirujanos, oncólogos, radiólogos, patólogos, nutricionista, etc.) para un adecuado diagnóstico y la elaboración de un protocolo de manejo donde se estandarice la conducta a seguir ante el hallazgo incidental de carcinoma de vesícula biliar.
4. Se debe establecer una estrategia de seguimiento, fijando la periodicidad de los controles postoperatorios, criterios de alta, con el objeto de disminuir los pacientes perdidos de vista, y que ningún paciente sea dado de alta sin ver la biopsia

REFERENCIAS

- ¹ Tantia O, Jain M, Khanna S, Sen B. Incidental carcinoma gall bladder during laparoscopic cholecystectomy for symptomatic gall stone disease. *Surgical Endoscopy* 2009;23:2041-2046.
- ² Sheth S, Bedford A, Sanjiv C. Primary Gallbladder Cancer: Recognition of Risk Factors and the Role of Prophylactic Cholecystectomy. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 95, No. 6, 2000: 1402-1410.
- ³ Mekeel K, Hemming A. Surgical Management of Gallbladder Carcinoma: A Review. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2007;11:1199-1193.
- ⁴ Registro de tumores del Hospital Nacional Rosales.
- ⁵ International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Disponible en : <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
- ⁶ Shrikhande S, Barreto S, Singh S, Udawadia T, Agarwal A. Cholelithiasis in gallbladder cancer: Coincidence, cofactor or cause. *European Journal of Surgical Oncology*. 2010;36:514-519.
- ⁷ Lam C, Yuen A, Wai A, Leung R, Lee A, Ng K. Gallbladder cancer presenting with acute cholecystitis. *Surgical Endoscopy* 2005;19:697-701.
- ⁸ Butte, J, Matsuo K, Gönen M, D'Angelica M, Waugh E, Allen P. Gallbladder Cancer: Differences in Presentation, Surgical Treatment, and Survival in Patients Treated at Centers in Three Countries. *Journal of the American College of Surgeons*. Vol. 212, No.1, January 2011.
- ⁹ Shrikhande S, Barreto S, Singh S, Udawadia T, Agarwal A. Cholelithiasis in gallbladder cancer: Coincidence, cofactor or cause. *European Journal of Surgical Oncology*. 2010;36:514-519.
- ¹⁰ Isambert M, Leux C, Métairie S, Paineau J. Incidentally-discovered gallbladder cancer: When, why and which reoperation?. *J Visc Surg*. 2011 Apr;148(2):e77-84. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2011.02.005. Epub 2011 Apr 8.
- ¹¹ Steinert R, Nestler G, Sagynaliev E, Müller J, Lippert H, Reymond M. Laparoscopic Cholecystectomy and Gallbladder Cancer. *Journal of Surgical Oncology* 2006; 93:682-689.
- ¹² Antonakis P, Alexakis N, Mylonaki D, Leandros E, Konstadoulakis M, Zografos G. Incidental finding of gallbladder carcinoma detected during or after laparoscopic cholecystectomy. *European Journal of Surgical Oncology*. 2003;29:358-360.
- ¹³ Paolucci V. Port site recurrences after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Hepatobiliary Pancreatic Surgery*. 2001;8:535-543.
- ¹⁴ Yamamoto H, Hayakawa N, Kitagawa Y, Katohno Y, Sasaya T, Takara D. Unsuspected gallbladder carcinoma afeter laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Hepatobiliary Pancreatic Surgery*. 2005;12:391-398.
- ¹⁵ Shimizu T, Arima Y, Yokomuro S, Yoshida H, Mamada Y, Nomura T, Et Al. Incidental Gallbladder Cancer Diagnosed during and after Laparoscopic Cholecystectomy. *Journal Nippon Medical School* 2006;73: 136-140.
- ¹⁶ Downing SR, Cadogan K-A, Ortega G,. Oyetunji TA, Siram SM,. Chang DC, Ahuja N, Leffall Jr LD,. Frederick WAl. Early-Stage Gallbladder Cancer in the Surveillance,Epidemiology, and End Results Database. Effect of Extended Surgical Resection. *Arch Surg*. 2011;146(6):734-738
- ¹⁷ AJCC: Gallbladder. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: *AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010,: 211-7.

¹⁸ Shirai Y, Sakata J, Wakai T, Ohashi T, Hatakeyama K. "Extended" radical cholecystectomy for gallbladder cancer: long-term outcomes, indications and limitations. *World J Gastroenterol.* 2012 Sep 14;18(34):4736-43.

¹⁹ Pawlik T, Gleisner A, Vigano L, Kooby D, Bauer T, Frilling A. Incidence of Finding Residual Disease for Incidental Gallbladder Carcinoma: Implications for Re-resection. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2007;11:1478-1487.

20 Fuks D, Regimbeau JM, Le Treut YP, Bachellier P, Raventos A, Pruvot FR, Chiche L, Farges O. Incidental gallbladder cancer by the AFC-GBC-2009 Study Group. *World J Surg.* 2011 Aug;35(8):1887-97. doi: 10.1007/s00268-011-1134-3.

²¹ Misra M, Guleria S. Management of Cancer Gallbladder Found as a Surprise on a Resected Gallbladder Specimen. *Journal of Surgical Oncology* 2006;93:690-698.

²² Goetze T, Paolucci V. Does laparoscopy worsen the prognosis for incidental gallbladder cancer? *Surgical Endoscopy* 2006; 20:286-293.