

Cáncer de vesícula biliar: epidemiología, diagnóstico y manejo en la era laparoscópica

Dr. Italo Braghetto M.
Departamento de Cirugía
Hospital Clínico Universidad de Chile

(Presentado en Simposium FELAC Congreso Mundial. ISS-SIC, Australia, 2009)

Problemas actuales

- Incidencia 3% en colecistectomía abierta
0.3 - 1% en laparoscopia
¿aumento? Estabilización actual? Son preguntas que es necesario responder con futuros estudios.
- Momento diagnóstico: puede ser en el:
Preoperatorio: se debe pensar en los grupos de alto riesgo
Intraoperatorio: ¿cuándo sospechar?
Postoperatorio: Importante para definir el manejo definitivo
- Manejo: -Laparoscópico: se correlaciona con riesgo de diseminación?
Se debe tomar las precauciones para evitar esta complicación
-Cirugía abierta y conversión
-Reoperación
- Pronóstico: ¿Mayor riesgo de diseminación en cirugía laparoscópica?
- Sobrevida: Persisten malos resultados

Epidemiología:

- Ocurre entre 1 y 3.3% de las operaciones de la vía biliar
- Tasa de mortalidad en Chile >10 x 100.000 habitantes (la más alta del mundo)
- En las últimas décadas: incremento en la incidencia relativa en Chile.
¿Estabilización actual?
- Corresponde al 80% de Cáncer de vía biliar.
- En estudios necróticos, la frecuencia en Chile es de 1.2 a 3.0%. Literatura mundial: 0.3 - 1.6%
- Ocupa el segundo lugar como causa de muerte por cáncer digestivo y el primero en el sexo femenino (Chile)
- Cáncer más frecuente en Chile en las próximas décadas? (Cáncer gástrico y cáncer de esófago)
- 5° Cáncer más frecuente en U.S.A.
- Muy mal pronóstico de sobrevida: 0 - 10%

Sospechar en grupo de alto riesgo:

- Mujeres
- > 60 años
- Colelitiasis
- Vesículas esclero - atróficas
- Vesículas “en porcelana”
- Indios americanos: México - Chile
- Historia clínica de larga evolución

Cáncer de Vesícula Biliar: Diagnóstico

Cáncer avanzado: 83-90%

Cáncer inaparente: 15%

Momento de diagnóstico:

| | | | |
|-----------------|-----------|-------------------|-----|
| Preoperatorio | 9.3-14.5% | (ECO - TAC) | 5% |
| Intraoperatorio | 20 - 40% | (Ex. Mucosa) | 21% |
| Postoperatorio | 40-75% | (Ex. Histológico) | 74% |

Diagnóstico preoperatorio por imágenes :

Signos de sospecha:

Ultrasonografía : Pared engrosada masa intraluminal

TAC : Infiltración hepática, fístula, colelitiasis,
Vesícula “en porcelana”, escleroatrófica.

CER : Infiltración hilio hepático

Estudio baritado : Infiltración duodenal

ECO y TAC permiten diagnóstico en etapas I y II

Sin embargo ECO detecta Cáncer en el 34% (Plastrón, colecistitis crónica atrófica)

Diagnostico de certeza: citología, laparoscopia, laparotomía

Énfasis en diagnóstico preoperatorio

Signos de sospecha en ultrasonografía (Figura1)

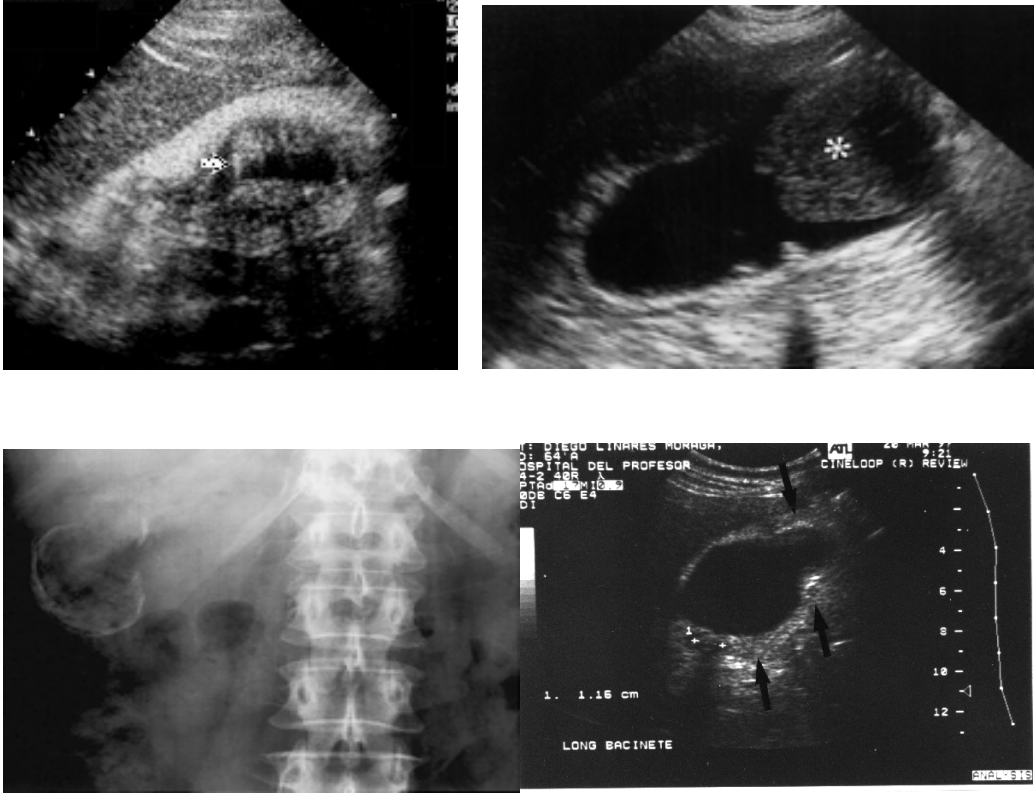
Escleroatróficas, “en porcelana”

Ecografía: Solo sombra sónica, Pared engrosada e irregular (¿inflamación crónica?)

Masa intraluminal : Pólipos (>16 mm), Masa fúngica

Uso EcoDoppler color: vascularización de la masa

Figura 1



Pólipos de mayor de 10 mm deben ser siempre operados por alta sospecha de cáncer.



Cáncer de vesícula biliar: Colectomía laparoscópica

Diagnóstico preoperatorio: Pólipo o masa... ¿cáncer?

| | Tamaño | Cáncer | |
|---------------------|-------------------|--------|-------------|
| Uchimura, Nishizaki | > 16 mm | 61% | |
| Surg.Endosc.1994 | < 10 mm | 6% | |
| Kubota | > 10 mm | 60% | Cáncer |
| Surgery 1995 | | | |
| | Forma | | |
| | Pólipo colesterol | 87% | Pediculados |
| | Adenoma o cáncer | 60% | Sésiles |

Dificultades diagnóstico preoperatorio:

Por:

- Colectitis crónica y cálculos múltiples
- Alteraciones inflamatorias de la pared
- Esto lleva a un alto porcentaje de cáncer inaparente, hallazgo intraoperatorio o aún más durante el examen anatómo - patológico de la pieza operatoria.

Diagnóstico: Intraoperatorio

Sospecha de cáncer : Diagnóstico diferencial
Circunstancias clínicas

Colecistitis crónica

Colecistitis aguda enfriada, plastrón ¿?

Vesícula "en porcelana", Vesícula escleroatrófica, Difícil de aprehender, infiltrada, sin plano de disección

Momento muy importante para decisión terapéutica : conversión?

Manejo del cáncer:

Depende de tamaño del tumor (pT) y del momento diagnóstico :

Cuando colecistectomía laparoscópica ?

| | | |
|---------------|------|---|
| Cáncer mucoso | Tis | Simple colecistectomía |
| | pT1 | <u>Laparoscópica</u> |
| | N(-) | Precauciones y sin riesgo de diseminación |
| | | De lo contrario: <u>CIRUGÍA ABIERTA</u> |

| | | |
|------------------------------------|--------|-------------------------------------|
| <u>Cáncer Muscular o subseroso</u> | T2 ó > | Cirugía ampliada |
| | N (-) | Abierta |
| | N (+) | Si diagnóstico es postoperatorio : |
| | | REOPERACIÓN CON RE-RESECCION |

(Wakai T. World J. Surg 2002: 26:867)

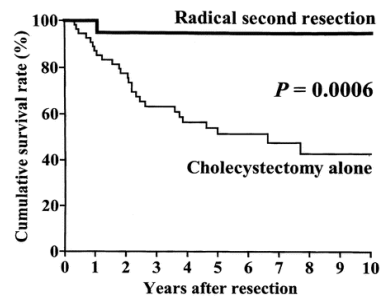
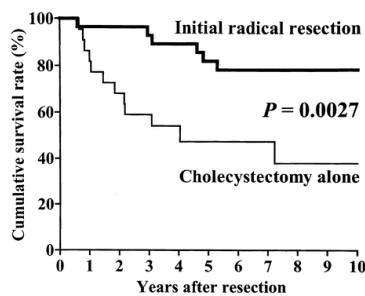
Hay consenso en el manejo quirúrgico de pacientes pt1b? NO

Muchos sugieren la colecistectomía sola por no evidencias de compromiso linfático ni hepático (Wakai). Sin embargo Ogura y otros han demostrado compromiso linfático (9-16%) y de hígado (32%) (De Aretxabala X J. Surg. Oncol 2009)

Rol de los senos de Rokitansky-Aschoff?

| | |
|--------------|----------------------------|
| Invasión (+) | 66.6% sobrevivida a 5 años |
| Invasión (-) | 88.9% sobrevivida a 5 años |

En casos pT2-pT3: resección radical con linfadenectomía y segmentectomía IVb y V



| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| No. of patients at risk | | | | | | | | | | | |
| Initial radical resection | 29 | 28 | 27 | 26 | 25 | 22 | 18 | 18 | 16 | 15 | 13 |
| Cholecystectomy alone | 22 | 18 | 15 | 12 | 8 | 7 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| No. of patients at risk | | | | | | | | | | | |
| Radical second resection | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 17 | 16 | 11 | 10 | 9 | 8 |
| Cholecystectomy alone | 55 | 47 | 39 | 30 | 24 | 20 | 15 | 12 | 8 | 5 | 5 |

(Wakai T et al. Annals of Surgical Oncology 2003; 10 (4): 447-454)

Rol de la cirugía en pacientes con pt4 :

- Nunca si existen metástasis múltiples en hígado o peritoneales .
- SOLO si tumos es localmente avanzado a hígado o duodeno, vía billar y es posible resección con cirugía ampliada en block sin involucrar mayor morbimortalidad.

En el cuadro siguiente se muestra un resumen de la literatura en cuanto al manejo de acuerdo al estadio evolutivo de la enfermedad.

TABLE VIII. Literature Review of Recommended Surgical Treatments for Carcinoma of Gallbladder

| References | T1a | T1b | T2 | T3/T4 |
|-----------------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Yamaguchi et al. [23] | Simple cholecystectomy | Simple cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | — |
| Shimada et al. [27] | Simple cholecystectomy | Simple cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | — |
| Todoroki et al. [6] | Simple cholecystectomy | Simple cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | Cholecystectomy + en bloc resection of adjacent tissues/structures + regional ± para-aortic lymph node dissection |
| Muratore et al. [44] | Simple cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | Cholecystectomy + en bloc resection of adjacent tissues/structures + regional ± para-aortic lymph node dissection |
| Wagholkar et al. [45] | Simple cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | Cholecystectomy + en bloc resection of adjacent tissues/structures + regional ± para-aortic lymph node dissection |
| Wakai et al. [25] | Simple cholecystectomy | Simple cholecystectomy | — | — |
| Misra et al. [1] | Simple cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | Radical ^a cholecystectomy | Cholecystectomy + en bloc resection of adjacent tissues/structures + regional ± para-aortic lymph node dissection |

^aRadical cholecystectomy includes cholecystectomy with segment IVb/V hepatectomy or wedge liver bed resection plus regional lymph dissection.

(Chan SY. J. Surg Oncol. 2008;97:164)

Paliación: Si, para mejorar calidad de vida= Quimio-radioterapia

Desafíos futuros:

Aumentar diagnóstico precoz
 Disminuir morbimortalidad
 Aumentar resecciones curativas
 Mejorar paliación

Conclusiones:

- El mal pronóstico es debido más bien a un diagnóstico tardío asociado a un tratamiento inadecuado
- Es necesario una actitud vigilante para descubrir lesiones en etapas precoces de la enfermedad.
- Ante la sospecha de cáncer preoperatorio debe indicarse cirugía abierta

- Si durante la exploración laparoscópica se sospecha cáncer lo indicado es convertir a cirugía abierta.
- Si al examen histológico, el cáncer está en:
 - Etapa I : solo basta la colecistectomía.
 - Etapa II: relaparotomía, segmentectomía IV y linfadenectomía.
- El implante metastásico en orificios de entrada de los trócares y diseminación peritoneal se produce aún en pacientes en etapa I.
- Por lo tanto observar las recomendaciones y precauciones intraoperatorias.
- Colecistectomía laparoscópica no parece tener impacto en la sobrevida pero puede empeorar el pronóstico por mayor riesgo de diseminación lo que obliga a tratamientos complementarios.
- Se debe ofrecer la cirugía más segura dependiendo del momento diagnóstico:
 - Colecistectomía laparoscópica (Ca mucosos evitando diseminación)
 - Cirugía abierta radical desde el inicio o bien conversión (más seguro)
 - Reoperación con re resección y tratamiento adyuvante

Referencias:

De Aretxabala X. World J Surg 2004; 28: 54.

Suzuki K. Surgery 1998; 123: 311.

Sarli L. Arch Surg 2000; 135: 1340.

Whalen G. J Am Coll Surg 2001; 192: 189

Ouchi K et al. J. Hepatobiliary Pancreat Surg 2002

Braghetto I. Int Surg 1999