

DOCUMENTOS

Cáncer de vesícula biliar. Consideraciones luego del consenso*

Gallbladder cancer

Dr. XABIER DE ARETXABALA^{1,2}

¹Departamento de Cirugía Clínica Alemana Santiago. ²Departamento de Cirugía Hospital Clínico U de Chile. Santiago, Chile.

El 26 de Agosto del año 2004, se realizó en Santiago una reunión de consenso sobre el manejo del cáncer de la vesícula biliar, que incluyó un importante número de profesionales médicos relacionados con el tema; los resultados de dicha reunión fueron recientemente publicados en una monografía. En este reporte hemos querido resumir las principales conclusiones alcanzadas en dicha reunión.

Epidemiología

Chile posee la más alta incidencia mundial de esta enfermedad, siendo esta además la principal causa de muerte por cáncer en la población femenina. De los factores responsables de esta alta incidencia, la alta prevalencia de coledocitis existente en Chile es sin duda la más importante. En Chile la prevalencia de coledocitis es de 50% a la edad de 50 años, cifra elevada si la comparamos con las cifras presentadas por otros países.

La relación de la coledocitis con el cáncer de la vesícula biliar está posiblemente relacionado al efecto de cuerpo extraño que el calculo biliar produce en la pared de la vesícula biliar y no al calculo "per se". El efecto de cuerpo extraño sobre el epitelio provoca cambios regenerativos en este, sobre el cual actuaría el factor carcinogénico.

Diagnóstico

El empleo de imágenes en el diagnóstico de cáncer de la vesícula biliar no se ha asociado a un diagnóstico más precoz. En general, el diagnóstico mediante el uso de Tomografía Axial Computada y de Resonancia Magnética se asocia fundamental-

mente a tumores avanzados en los que prácticamente no existe posibilidad terapéutica.

En Chile el diagnóstico de tumores tempranos asociados a buen pronóstico continúa efectuándose durante el examen de la pieza de colecistectomía. De ahí en la necesidad de mejorar las técnicas de estudio de la pieza de colecistectomía y de realizar estudios completos que permitan conocer no solo la existencia de un tumor sino también el nivel de profundidad de invasión.

De este modo el protocolo de procesamiento de la pieza de colecistectomía debe satisfacer los siguientes objetivos: Realizar el diagnóstico con la mayor certidumbre, tener una alta sensibilidad y especificidad para lesiones pre neoplásicas y establecer aquellos factores relacionados con el pronóstico. La selección adecuada de muestras representativas de la pared en vesículas sin tumor aparente es la clave para el diagnóstico. La selección de entre dos y cuatro muestras longitudinales representativas de todos los segmentos y que signifiquen al menos el 75% de la longitud vesicular nos permite detectar la casi totalidad de lesiones pre neoplásicas.

El mapeo y la determinación del nivel exacto de infiltración tienen la mayor importancia.

De igual modo el diagnóstico de una displasia o de una lesión precoz debe obligar al mapeo completo de toda la vesícula.

Manejo

El tratamiento del cáncer de la vesícula dependerá fundamentalmente del nivel de invasión en la pared de la vesícula biliar. De este modo y a pesar

de la existencia de clasificaciones que combinan el estado de los ganglios linfáticos, la existencia de metástasis y el nivel de invasión en la pared, es nuestra costumbre basarnos fundamentalmente en el nivel de invasión en la pared como único elemento. Esto debido a que el nivel de invasión permite diferenciar a los pacientes en grupos bien definidos con relación a la sobrevida.

De este modo dividimos a los pacientes en relación al nivel de invasión en la pared en: invasión de la mucosa, la túnica muscular, la túnica subserosa, el tejido adiposo y la serosa.

Existe consenso de que los pacientes con invasión de la túnica mucosa no requieren otro tratamiento que la colecistectomía. La gran mayoría de estos pacientes fueron diagnosticados posterior al examen de la pieza de colecistectomía y por tanto el tratamiento ya ha sido efectuado al momento del diagnóstico. Aún cuando existen reportes de recidiva posterior al diagnóstico de pacientes con invasión de la túnica mucosa, esta es extremadamente rara y no justifica la adopción de medidas más radicales.

Los pacientes con invasión de la túnica muscular sin duda representan un grupo en el cual existe controversia debido fundamentalmente a las diferencias en sobrevida existentes. La confiabilidad del examen puede ser responsable de las diferencias en la sobrevida. Sin embargo este grupo de pacientes requiere de mayor estudio para conseguir un consenso en el tratamiento.

Los pacientes con invasión de la túnica subserosa poseen una sobrevida de alrededor de un 30% y aunque no existen datos basados en trabajos prospectivos randomizados, existe consenso de que la resección del lecho hepático y la linfadenectomía del pedículo serían indicadas con la finalidad de extirpar posible tejido residual neoplásico o en su defecto servir como medio de etapificación de la enfermedad.

Un párrafo aparte merecen los pacientes con compromiso del tejido adiposo vesicular. Este espacio se ubica entre el hígado y la vesícula y corresponde al plano en que se realiza la colecistectomía. Este espacio posee vasos sanguíneos los que posiblemente son los responsables del peor pronóstico que se describe para estos tumores comparado con los tumores en los que la invasión compromete el lado peritoneal de la subserosa.

Los tumores con invasión de la serosa de la vesícula en general se asocian a un pobre pronóstico. La mayoría de ellos poseen compromiso de los ganglios linfáticos, incluso en localizaciones distantes tales como ganglios paraaórticos y retropancreáticos. Sin embargo el solo hecho de poseer

compromiso seroso no descarta a los pacientes de ser sometidos a cirugía radical

Además debemos comentar el enfrentamiento frente a un paciente en el que se diagnostica una masa ubicada en la zona vesicular durante el preoperatorio. En estos casos se hace hincapié en el valor de la tomografía computada. Se insiste además en señalar en que existen pacientes que pudiesen ser resecables a pesar de ser portadores de un tumor detectado por medio de imágenes; este sería fundamentalmente aquel en que la invasión está circunscrita al hígado con indemnidad del pedículo hepático. Estos pacientes pudiesen ser explorados y en el intraoperatorio debiéramos poner énfasis en etapificar al paciente, conociendo que la presencia de ganglios para aórticos deja fuera de resección al paciente. La resección debe permitir efectuar una cirugía catalogada como R0; de no poder cumplir con este objetivo no debe continuar la resección.

Manejo de la ictericia

La presencia de ictericia en el curso de la evolución de un paciente portador de un cáncer de la vesícula biliar está relacionada a la invasión de la vía biliar por parte del tumor, lo que significa además que el paciente posiblemente es irreseccable. Una vez decidido que el paciente debe ser sometido a manejo paliativo es importante precisar el lugar de la obstrucción. Desafortunadamente, dicha obstrucción ocurre en un sector alto de la vía biliar, lo que dificulta la instalación de stents. Es útil previo a insertar un stent, conocer la anatomía de la vía biliar por medio de una colangio resonancia. Esto debido a las complicaciones que pueden ocurrir en los casos en los que no es posible drenar completamente el árbol biliar intrahepático dejando zonas susceptibles de desarrollar una colangitis.

Quimioterapia

El empleo de quimioterapia en cáncer de la vesícula biliar ha sufrido cambios en su indicación, fundamentalmente posteriores a la aparición de drogas tales como la gemcitabina, y el cisplatino. Previo a la aparición de estas drogas, el 5 fluoruracilo era la droga en la cual se basaban la mayoría de los esquemas de quimioterapia, no logrando tasas de respuestas superiores al 20%. La gemcitabina trajo consigo la publicación de serie de casos en los que se observa tasas de respuesta hasta ese momento no observadas, incluso la existencia de respuestas completas. Sin embargo, la ausencia de datos basados en trabajos con buen apoyo estadístico hace que la indicación del empleo de estas drogas sea efectuada posiblemente basado en

la tasa de respuesta de la droga y no como resultado de trabajos prospectivos randomizados. Otro hecho importante a mencionar es la dificultad existente en obtener resultados de estudios que incorporan tanto tumores de la vía biliar como de la vesícula en un mismo protocolo. Sin duda, ambas patologías poseen diferencias sustantivas en su biología que impiden agruparlas para su estudio. Este hecho cabe también para el caso de la radioterapia.

Seguimiento

En general el seguimiento de un paciente portador de una enfermedad maligna tiene valor solo si

el hallazgo de enfermedad tumoral va a tener una terapia efectiva. De este modo, el seguimiento de un paciente portador de un cáncer de la vesícula biliar tratado posee ciertas limitaciones. El seguimiento en caso de realizarse debería efectuarse primeramente utilizando un completo examen físico tendiente a descubrir zonas comprometidas tales como ganglios linfáticos o la existencia de un hígado aumentado de tamaño. Los exámenes de laboratorio son de utilidad para la búsqueda de infiltración de la vía biliar. Por otra parte las imágenes, en caso de efectuarse, deben incluir a la tomografía computada utilizando cortes finos de la zona bilio-pancreática.