

Novedades y Puesta al día en Cirugía General y Aparato Digestivo

Cáncer incidental de vesícula biliar. Revisión y guía práctica para el cirujano.

Incidental gallbladder cancer. Review and practical guide for the surgeon.

Briceño-Morales C, González F

Instituto Nacional de Cancerología. Colombia.

RESUMEN

En los últimos años se ha observado un incremento exponencial en el número de colecistectomías realizadas alrededor del mundo. A este aumento se asocia una mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar, el cual se diagnostica actualmente de forma accidental en la mayoría de los casos, durante o tras la realización de una colecistectomía. Dado que no es infrecuente que el cirujano general y del aparato digestivo identifique incidentalmente un cáncer de vesícula biliar durante una cirugía abdominal de urgencia o electiva, en algún momento de su ejercicio profesional, resulta de vital importancia para el gremio saber como realizar un abordaje básico práctico de esta entidad, y cuales son principios quirúrgicos mínimos que se deben seguir con el objetivo de no comprometer el pronóstico oncológico del paciente.

Palabras clave: cáncer de vesícula biliar, cáncer incidental, hallazgos incidentales, resección hepática, colecistectomía.

ABSTRACT

In recent years, an exponential increase in the number of cholecystectomies performed around the world has been observed. This increase is associated with a higher incidence of gallbladder cancer, which is currently diagnosed accidentally in most cases, during or after a cholecystectomy. Given that it is not uncommon for general surgeons to incidentally identify gallbladder cancer during emergency or elective abdominal surgery, at some point in their professional practice, it is of vital importance for the profession to know how to carry out a basic practical approach to this entity, and what are the minimum surgical principles that must be followed in order not to compromise the patient's oncological prognosis.

CORRESPONDENCIA

Clara Briceño-Morales
Instituto Nacional de Cancerología
#9-85, Bogotá, Colombia
cbricenom@unal.edu.co

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Briceño-Morales C, González F. Cáncer incidental de vesícula biliar. Revisión y guía práctica para el cirujano.. Cir Andal. 2022;33(4):481-485.

Key words: gallbladder cancer, incidental cancer, incidental findings, liver resection, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados por el cirujano general y del aparato digestivo, siendo su indicación usual las patologías benignas de la vesícula y las vías biliares¹. En las últimas décadas, al incremento en la realización de este procedimiento se le ha asociado un aumento en la incidencia de cáncer de vesícula biliar. Esta neoplasia es hoy en día diagnosticada en un 50-70% de las veces de forma accidental durante o tras la realización de una colecistectomía, y, cuando así sucede, se denomina cáncer incidental de vesícula biliar (CIVB)²⁻⁴. Se estima que entre el 0,25% y el 2% de las piezas quirúrgicas de pacientes operados de la vesícula, reportan como hallazgo inesperado un tumor maligno, siendo pT2 la etapa de presentación más común, seguida de pT3 y pT1¹. Sin embargo, cuando se analizan exclusivamente los CIVB diagnosticados mediante estudio histopatológico (lo que algunos autores consideran como “verdadero cáncer incidental”), la tasa de tumores T1 aumenta⁵.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Generalidades

El manejo del CIVB es controversial debido a la ausencia de ensayos clínicos controlados, guías de práctica clínica y a la dificultad de comparar datos discordantes derivados de estudios retrospectivos muy heterogéneos⁶. Sin embargo, el único criterio que es constante como factor pronóstico determinante, es la posibilidad de lograr una resección oncológica y radical (R0), por lo que este debe ser el objetivo ante el hallazgo de un CIVB⁷⁻⁹. La técnica laparoscópica vs abierta, tanto en la cirugía primaria como diferida, no ha mostrado diferencias en los desenlaces oncológicos de los pacientes con cánceres tempranos. El enfoque mínimamente invasivo en los tumores avanzados (T>=T2) está menos estudiado, y, de momento, no puede considerarse estándar¹.

Detalles técnicos

Ante el hallazgo de un CIVB la cirugía radical puede ser difícil de lograr por cirujanos de poca experiencia y en estadios tumorales avanzados, en estos casos, se recomienda la remisión del paciente a instituciones médicas de referencia (detallando claramente los hallazgos intraoperatorios)⁴. Ahora bien, si el cirujano general y del aparato digestivo decide realizar una colecistectomía en donde se sospecha una patología maligna de base, debe seguir siempre unas reglas básicas, entre las que se destacan: 1. realizar una revisión completa de la cavidad abdominal, con toma de muestra para citología de líquido peritoneal en caso de ascitis, o biopsia de las lesiones/implantes sospechosos peritoneales, 2. renunciar a la laparoscopia y continuar la cirugía vía abierta, en caso de poca experiencia con la primera técnica quirúrgica y ante la sospecha de una categoría T >= T1b, 3. tratar de preservar la integridad de la vesícula biliar, manipulándola lo menos posible y evitando su perforación o el derramamiento de la bilis, 4. cerrar las posibles discontinuidades de la pared vesicular, 5. utilizar siempre una endobolsa para extraer

la pieza quirúrgica y desinsuflar el neumoperitoneo con los trócares in situ, en el caso de que esté realizando una colecistectomía laparoscópica, 6. inspeccionar cuidadosamente la vesícula biliar una vez extraída y realizar una biopsia por congelación para definir la conducta a seguir⁶.

DISCUSIÓN

Radicalidad de la cirugía

La colecistectomía simple constituye el tratamiento adecuado para los tumores en estadios tempranos: Tis y T1a. Para el caso de los cánceres T1b existe controversia sobre la necesidad de una resección más radical, siendo esta recomendada por la mayoría de los autores⁴. Por el contrario, en las neoplasias vesiculares con un T>=T2 se recomienda la cirugía radical de entrada, si se obtiene el hallazgo en el intraoperatorio y el cirujano tiene la experiencia suficiente, o la reintervención quirúrgica para completar la cirugía oncológica cuando el diagnóstico se ha hecho de forma posterior^{4,7}. Actualmente, no existe consenso en cuanto a la extensión adecuada de la resección hepática y si esta puede prevenir la recaída local⁶. Dentro de las opciones se incluyen desde la resección en cuña del lecho vesicular hasta la hepatectomía derecha, con estudios tanto a favor como en contra de ambas conductas^{7,8,10-12}. La literatura parece favorecer, sin embargo, la cirugía preservadora de parénquima hepático en el carcinoma vesicular sin compromiso locorregional ni invasión del ligamento hepatoduodenal, siempre y cuando se garanticen márgenes de al menos 2 cm⁶. En este sentido, y dada la menor dificultad técnica de las resecciones hepáticas no anatómicas, los cirujanos generales y del aparato digestivo podrían tener una mayor participación más activa en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con CIVB.

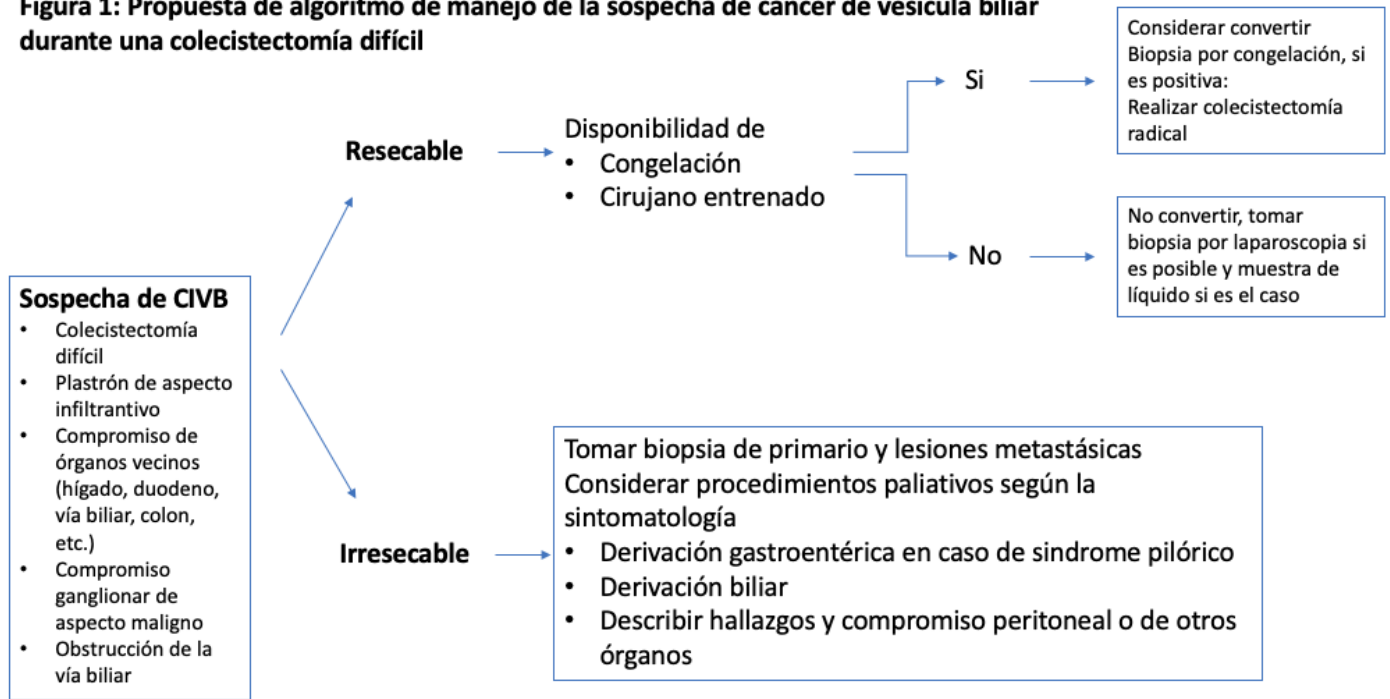
Otro de los objetivos de la cirugía radical debe ser lograr el vaciamiento de los ganglios linfáticos locorregionales N1: hiliares, císticos y pericoledocianos, ya que la incidencia notificada de metástasis ganglionares en las categorías pT1b, pT2, pT3 y pT4 es del 16%, 47%, 62% y 69%, respectivamente^{4,6}. De otro lado, la resección de la vía biliar sólo está indicada cuando los pacientes tienen un margen positivo del conducto cístico, y suele reservarse para cirujanos experimentados⁶.

Finalmente, si bien la incidencia reportada de recaída tumoral en los puertos utilizados durante la colecistectomía laparoscópica oscila entre el 0% y el 40%, y suele asociarse con recaída peritoneal y mal pronóstico^{4,13}, la extirpación de rutina de las incisiones de los puertos durante la cirugía diferida de re-resección no está indicada, al no tener ningún efecto demostrado sobre la supervivencia¹⁴. Algunas sociedades médicas sugieren la resección del sitio del puerto si se documenta una perforación intraoperatoria de la vesícula biliar, pero esto no está respaldado por los datos disponibles¹⁵ (**Figura 1**).

Reintervención temprana

El hallazgo de un cáncer incidental conlleva una sensación de urgencia tanto para el cirujano como para el paciente. Sin embargo, pocos datos respaldan la necesidad de remitir de forma urgente al paciente para una reintervención quirúrgica inmediata. Existe controversia acerca del momento en que debe llevarse a cabo este segundo procedimiento, ya que los resultados de los estudios

Figura 1: Propuesta de algoritmo de manejo de la sospecha de cáncer de vesícula biliar durante una colecistectomía difícil



*CIVB: cáncer incidental de vesícula biliar

Figura 1

Propuesta de algoritmo de manejo de la sospecha de cáncer de vesícula biliar durante una colecistectomía difícil.

son contradictorios con relación a la importancia del intervalo del tiempo^{1,16}. La cirugía temprana parece no asociarse con un mejor resultado si el cáncer se ha diseminado más allá de los planos de resección en el primer procedimiento. Particularmente algunos autores sugieren que si la vesícula biliar se perforó durante la cirugía inicial, se puede permitir un período de observación, ya que la perforación se asocia con un mayor riesgo de diseminación de la enfermedad y una peor supervivencia^{1,17}. Del mismo modo, algunas investigaciones señalan que la tasa de irresecabilidad durante la estadificación tumoral antes de la reintervención quirúrgica es tan alta como el 50%, incluso cuando el paciente ha sido remitido de forma temprana. Se sugieren entonces que la biología tumoral y la categoría pT, más que el tiempo, son los factores determinantes para predecir la enfermedad residual, la progresión tumoral y la operabilidad del paciente si se lleva a cabo una reintervención¹⁷⁻²⁰.

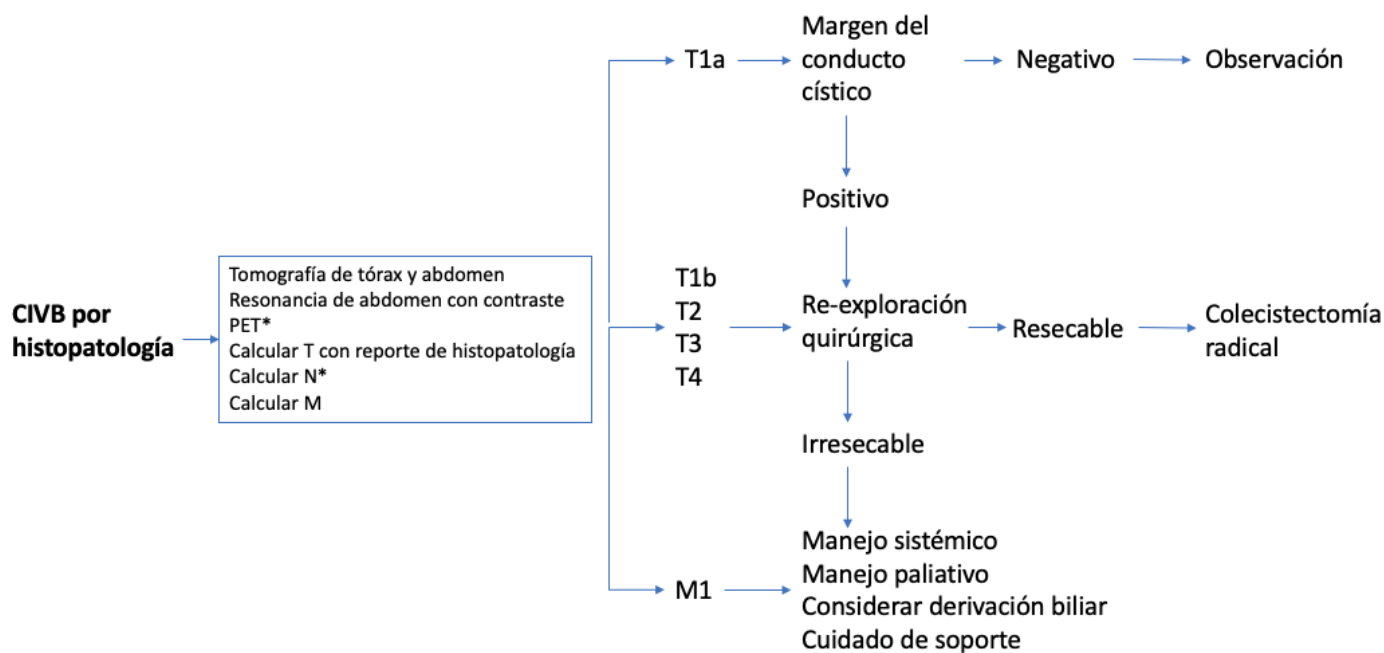
Estudios de extensión posoperatorios

Ante el hallazgo de un CIVB se debe re-estadificar al paciente en el posoperatorio mediante estudios de imagen que se enfoquen especialmente en el análisis del lecho hepático, el peritoneo y las incisiones de los trócares⁶. La tomografía computarizada (TAC) de tórax se realiza en busca de enfermedad pulmonar a distancia. La TAC de abdomen, por su parte, ha demostrado una precisión del 85% para definir la extensión local de la enfermedad y predecir la resecabilidad, aunque algunos autores prefieren la resonancia nuclear magnética. El PET/CT no tiene un papel de rutina, pero podría ayudar a identificar metástasis insospechadas. Hacen falta estudios prospectivos que comparen estas modalidades de imagen en el CIVB⁴. Adicionalmente,

se recomienda reexaminar la pieza quirúrgica y de ser necesario pedir un segundo concepto. Esto es importante para: 1. confirmar la categoría pT, 2. especificar el sitio exacto del tumor (lado hepático, fondo, infundíbulo), 3. tener una evaluación completa del conducto cístico y así determinar el margen de resección o compromiso tumoral a este nivel y 4. evaluar si el ganglio cístico está incluido en el examen histológico⁶. (Figura 2).

Pronóstico

Aunque el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar usualmente acarrea un pronóstico ominoso, la mayoría de los pacientes con CIVB tienen estadios tumorales más tempranos, y, por lo tanto, presentan una mejor supervivencia que aquellos pacientes con diagnóstico preoperatorio: supervivencia global a 5 años de 33% y 15% para CIVB y cáncer advertido, respectivamente²¹. Dentro de los factores que se asocian con desenlaces clínicos desfavorables en los pacientes con CIVB se encuentran las resecciones R1-2, los tamaños tumorales grandes y las metástasis ganglionares^{22,23}. Por su parte, la perforación intraoperatoria de la vesícula biliar y el derramamiento de la bilis son eventos que conllevan un mayor riesgo de recurrencia local y carcinomatosis peritoneal⁷. En este mismo sentido, algunos autores han reportado un peor pronóstico general cuando el paciente no fue tratado adecuadamente durante la primera operación o no recibió una segunda intervención quirúrgica (re-resección) radical^{4,6,7} (Tabla 1).



*CIVB: cáncer incidental de vesícula biliar

Figura 2

Propuesta de algoritmo de manejo del cáncer de vesícula biliar reportado de forma incidental en la patología.

Tabla 1. Tasas de supervivencia a 5 años de los pacientes con cáncer de vesícula biliar, según categoría T y tipo de cirugía recibida.⁴

Categoría T	Supervivencia a 5 años con la CS	Supervivencia a 5 años con CR	Supervivencia a 5 años con RR
pT1a	71-100%	100%	-
pT1b	40-87%	100%	79%
pT2	19-50%	61-100%	80-90%
pT3	0%	15-63%	21%
pT4	0%	7-25%	28%

[fn] CS: colecistectomía simple. CR: colecistectomía radical como cirugía inicial. RR: re-resección radical

CONCLUSIONES

Al aumento en el número de colecistectomías laparoscópicas se ha asociado un incremento de CIVB. En los pacientes con categorías Tis y T1a con margen negativo del conducto cístico, una colecistectomía simple es suficiente manejo. Para los tumores T1b y posteriores se requiere una cirugía radical, bien de forma inicial o como producto de una re-exploración quirúrgica. Existe controversia con respecto al momento en que debe realizarse la cirugía de re-resección radical.

Finalmente, el tipo de cirugía: laparoscópica, convertida o abierta, parece no influir en los desenlaces oncológicos de los pacientes, siempre y cuando se sigan los principios oncológicos básicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Søreide K, Guest RV, Harrison EM, Kendall TJ, Garden OJ, Wigmore SJ. Systematic review of management of incidental gallbladder cancer after cholecystectomy. *Br J Surg.* 2019;106(1):32-45. doi: 10.1002/bjs.11035.
- Butte JM, Matsuo K, Gönen M, D'Angelica MI, Waugh E, Allen PJ, et al. Gallbladder cancer: differences in presentation, surgical treatment, and survival in patients treated at centers in three countries. *J Am Coll Surg.* 2011;212: 50-61. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.09.009.
- Ethun CG, Le N, Lopez-Aguilar AG, Pawlik TM, Poultsides G, Tran T, et al. Pathologic and prognostic implications of incidental versus nonincidental gallbladder cancer: a 10-institution study from the United States extrahepatic biliary malignancy consortium. *Am Surg.* 2017;83:679-86.
- Rathanaswamy S, Misra S, Kumar V, Chintamani, Pogal J, Agarwal A, et al. Incidentally detected gallbladder cancer the controversies and algorithmic approach to management. *Indian J Surg.* 2012;74(3):248-54. doi: 10.1007/s12262-012-0592-7.
- Choi KS, Choi SB, Park P, Kim WB, Choi SY. Clinical characteristics of incidental or unsuspected gallbladder cancers diagnosed during or after cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2015; 21:1315-323. doi: 10.3748/wjg.v21.i4.1315.

6. Cavallaro A, Piccolo G, Panebianco V, Lo Menzo E, Berretta M, Zanghi A, Di Vita M, Cappellani A. Incidental gallbladder cancer during laparoscopic cholecystectomy: managing an unexpected finding. *World J Gastroenterol.* 2012;18(30):4019-027. doi: 10.3748/wjg.v18.i30.4019.
7. Tian YH, Ji X, Liu B, Yang GY, Meng XF, Xia HT, Wang J, Huang ZQ, Dong JH. Surgical treatment of incidental gallbladder cancer discovered during or following laparoscopic cholecystectomy. *World J Surg.* 2015;39(3):746-52. doi: 10.1007/s00268-014-2864-9.
8. Hueman MT, Vollmer CM, Pawlik TM. Evolving treatment strategies for gallbladder cancer. *Ann Surg Oncol.* 2009;16:2101-115. doi: 10.1245/s10434-009-0538-x.
9. Jensen EH, Abraham A, Habermann EB, Al-Refaie WB, Vickers SM, Virnig BA, et al. A critical analysis of the surgical management of early-stage gallbladder cancer in the United States. *J Gastrointest Surg.* 2009;13:722-27. doi: 10.1007/s11605-008-0772-8.
10. Pawlik TM, Gleisner AL, Vígano L, Kooby DA, Bauer TW, Frilling A, et al. Incidence of finding residual disease for incidental gallbladder carcinoma: implications for re-resection. *J Gastrointest Surg.* 2007;11:1478-1486; discussion 1486-487. doi: 1007/s11605-007-0309-6.
11. Araida T, Higuchi R, Hamano M, Kodera Y, Takeshita N, Ota T, et al. Hepatic resection in 485 R0 pT2 and pT3 cases of advanced carcinoma of the gallbladder: results of a Japanese Society of Biliary Surgery survey--a multicenter study. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2009; 16: 204-15. doi: 1007/s00534-009-0044-3
12. Gil L, Lendoire J, Duek F, Quarin C, Garay V, Raffin G, et al. Cirugía radical en el cáncer de vesícula incidental: valor del hallazgo de enfermedad residual en el estudio histopatológico diferido [Radical surgery for incidental gallbladder cancer: the value of a deferred pathological finding of residual disease]. *Cir Esp.* 2014;92(3):168-74. Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.11.010.
13. Maker AV, Butte JM, Oxenberg J, Kuk D, Gonen M, Fong Y, et al. Is port site resection necessary in the surgical management of gallbladder cancer? *Ann Surg Oncol.* 2012 Feb;19(2):409-17. doi: 1245/s10434-011-1850-9.
14. Cavallaro A, Piccolo G, Di Vita M, Zanghi A, Cardì F, Di Mattia P, et al. Managing the incidentally detected gallbladder cancer: algorithms and controversies. *Int J Surg.* 2014;12 Suppl 2:S108-S119. doi: 10.1016/j.ijssu.2014.08.367.
15. Valle JW, Borbath I, Khan SA, Huguet F, Gruenberger T, Arnold D. ESMO Guidelines Committee. Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016;27:v28-v37. doi: 1093/annonc/mdw324.
16. Agopian VG, Hiatt JR. The timing of reoperation for incidental gallbladder cancer: sooner or later? *JAMA Surg.* 2017;152:149. doi: 1001/jamasurg.2016.3643.
17. Tsirlis T, Ausania F, White SA, French JJ, Jaques BC, Charnley RM, et al. Implications of the index cholecystectomy and timing of referral for radical resection of advanced incidental gallbladder cancer. *Ann R Coll Surg Engl.* 2015;97:131-36. doi: 1308/003588414X14055925060073.
18. Yip VS, Gomez D, Brown S, Byrne C, White D, Fenwick SW, et al. Management of incidental and suspicious gallbladder cancer: focus on early referral to a tertiary centre. *HPB (Oxford).* 2014;16:641-47. doi: 10.1111/hpb.12189.
19. Shukla PJ, Barreto G, Kakade A, Shrikhande SV. Revision surgery for incidental gallbladder cancer: factors influencing operability and further evidence for T1b tumours. *HPB (Oxford).* 2008;10: 43-47. doi: 1080/13651820701867794.
20. Barreto SG, Pawar S, Shah S, Talole S, Goel M, Shrikhande SV. Patterns of failure and determinants of outcomes following radical re-resection for incidental gallbladder cancer. *World J Surg.* 2014;38: 484-89.
21. Shih SP, Schulick RD, Cameron JL, Lillemoie KD, Pitt HA, Choti MA, Campbell KA, Yeo CJ, Talamini MA. Gallbladder cancer: the role of laparoscopy and radical resection. *Ann Surg.* 2007;245:893-901. doi: 1097/SLA.0b013e31806beec2.
22. Amini N, Kim Y, Wilson A, Margonis GA, Ethun CG, Poultsides G, et al. Prognostic implications of lymph node status for patients with gallbladder cancer: a multi-institutional study. *Ann Surg Oncol.* 2016;23:3016-023. doi: 1245/s10434-016-5243-y.
23. Zhang W, Hong HJ, Chen YL. Establishment of a gallbladder cancer-specific survival model to predict prognosis in non-metastatic gallbladder cancer patients after surgical resection. *Dig Dis Sci.* 2018;63:2251-258. doi: 1007/s10620-018-5103-7.