



www.elsevier.es/cirugia

P-258 - LINFOMA PRIMARIO DE VESÍCULA BILIAR

A. Martínez Pérez, N. Estellés Vidagany, J.Á. Díez Ares, E. Martínez López, C. Payá Llorente, C. Domingo del Pozo, A. Vázquez Tarragón y E. Armañanzas Villena

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es una entidad infrecuente y su diagnóstico es incidental en un 80% de las ocasiones. Es más frecuente en mujeres, y en su mayor parte son adenocarcinomas (98%) o carcinomas epidermoides, siendo menos frecuentes los linfomas, sarcomas, melanomas y tumores carcinoides.

Caso clínico: Varón de 80 años, diabético, que acudió a Urgencias con cuadro de dolor abdominal epigástrico de 48 horas de evolución asociado a náuseas, vómitos y coluria. No presenta fiebre y en la exploración se evidenciaba ictericia cutáneo-mucosa y abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio, con signo de Murphy positivo. En la analítica sanguínea destacaba elevación de bilirrubina total (5,44 mg/dL, normal de 0,3 a 1 mg/dL), PCR (119 mg/L, normal 10 mg/L) y neutrofilia de 82% (normal 70%) con recuento leucocitario normal. La ecografía abdominal mostró dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con imagen de barro biliar en el coléodo distal. En la vesícula biliar se identificaba colelitiasis y focos de adenomiatosis, sin presentar sus paredes un engrosamiento significativo. Fue tratado con fluidoterapia intravenosa, analgesia y antibioterapia profiláctica; presentando progresiva despigmentación y mejoría del dolor, siendo dado de alta tras seis días de ingreso. Se intervino por abordaje laparoscópico de forma programada tres semanas después, practicando la colecistectomía tras una colangiografía intraoperatoria completamente normal. El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias y fue dado de alta a las 24 horas del procedimiento. El estudio anatomo-patológico macroscópico mostró una vesícula biliar de 8 × 3 × 2 cm, con paredes con un grosor medio de 6 mm, y una mucosa verde y aterciopelada. En la histología se evidenció un linfoma B extranodal de la zona marginal asociado al tejido linfoide de las mucosas (linfoma MALT). El perfil inmunohistoquímico mostró expresión de CD20, CD43, y de BCL-2. Tras conocer los resultados de la biopsia, se solicitó un TC toracoabdominopélvico que no mostró signos de enfermedad loco-regional ni a distancia. También se realizó endoscopia alta con biopsias gástricas que mostraron una leve gastritis crónica superficial con mínima actividad asociada a Helicobacter pylori. Se pautó tratamiento erradicador, cuya efectividad fue confirmada con test del aliento seis semanas después. Tras desestimarse tratamiento adyuvante, se realizan controles periódicos al paciente; un año después permanece asintomático y libre de enfermedad.

Discusión: La forma más frecuente de afectación de la vesícula biliar por un linfoma es su invasión en el contexto de una enfermedad sistémica, siendo la presentación primaria en este órgano inusual. Dado que no existe un algoritmo consensuado, se suelen emplear para el diagnóstico TC, endoscopia, CPRE y biopsia, siendo esta última la prueba definitiva. En nuestro caso, tras la exéresis quirúrgica de la vesícula no se administró tratamiento quimioradioterápico adyuvante. Al tratarse de una forma de buen pronóstico, en el linfoma MALT limitado a la vesícula biliar, tras una resección quirúrgica con márgenes libres y un estudio de

extensión normal, el tratamiento adyuvanteno es necesario.