



VC-064 - ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Monge Brandi, Laura; Díaz Zorita, Benjamín; Fernández Martínez, María; López Baena, José Ángel; Jiménez Monasterio, Marina; Jiménez Ruiz, Juan

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El adenocarcinoma de vesícula biliar es una patología rara y agresiva, que habitualmente se diagnostica en estadios localmente avanzados o irresecables. El tratamiento quirúrgico es el único tratamiento con intención curativa, sin embargo, no hay unanimidad con respecto a la extensión de la hepatectomía, el papel de la linfadenectomía, resección de la vía biliar y resección del peritoneo de los trócares. Por consiguiente, el manejo es muy variable. Un tratamiento quirúrgico inadecuado puede condicionar el pronóstico.

Caso clínico: Presentamos a un paciente varón de 66 años en estudio por síndrome constitucional. Los hallazgos en TAC muestran una lesión exofítica dependiente de vesícula biliar, con afectación del margen de segmentos IVB y V hepáticos y presencia de adenopatías locorreregionales y retroperitoneales. Se realiza una biopsia que confirma la sospecha de adenocarcinoma de origen primario de vesícula biliar. Se trata de una neoplasia irresecable con invasión hepática (T3), afectación ganglionar a nivel hepático común y retroperitoneal (M1), que según la clasificación TNM corresponde a un estadio IV. Se decide tratamiento sistémico con quimioterapia con intención paliativa. Durante el seguimiento se demuestra por PET-TAC respuesta del tumor primario y enfermedad ganglionar, con captación única de adenopatía a nivel de hilio hepático. Considerando la importante respuesta por imagen, metabólica y bioquímica (normalidad de CA 19.9) sostenida en el tiempo (16 meses), se decide rescate quirúrgico más allá de las indicaciones establecidas. Mediante abordaje robótico realizamos resección en bloque de vesícula con margen hepático de segmentos IVB-V, y linfadenectomía de hilio hepático y arteria hepática común. Se decide tomar una muestra intraoperatoria del margen de resección del conducto cístico, con resultado negativo para malignidad, por lo que se preserva la vía biliar. Se consiguió una cirugía R(0) con un periodo libre de enfermedad de 8 meses. Posteriormente desarrolla una recidiva ganglionar, reiniciando tratamiento sistémico con quimioterapia e inmunoterapia.

Discusión: En el estadio T1aN0M0 el tratamiento quirúrgico de elección es la colecistectomía simple. En estadios diferentes, se deberá evaluar si el paciente es candidato a tratamiento quirúrgico: ausencia de metástasis hepáticas, ausencia de carcinomatosis peritoneal, ausencia de afectación ganglionar del retroperitoneo, ausencia de ascitis con citología positiva y ausencia de invasión extensa del ligamento hepatoduodenal/invasión vascular. Si se cumplen todos estos criterios, se deberá valorar el tratamiento quirúrgico: resección en bloque de vesícula biliar, margen hepático y linfadenectomía. En función de estos parámetros se distingue la colecistectomía radical y

la colecistectomía ampliada. La afectación ganglionar es el parámetro de mayor impacto pronóstico: localización, número y ratio de ganglios. Entre estos factores, el número de ganglios es el más importante. No hay consenso con respecto al número de ganglios que deben de ser analizados, ya que varía según las guías (3-6). La resección anatómica de los segmentos IVB y V no aumenta la supervivencia. Con respecto a la preservación de la vía biliar, la linfadenectomía en del ligamento hepatoduodenal aumenta la probabilidad de desarrollar colangiopatía isquémica. Por otro lado, la resección de la vía biliar de forma sistemática no aumenta la supervivencia.