



CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE VESÍCULA BILIAR. ¿QUÉ IMPLICACIONES PRONÓSTICAS TIENE ESTA VARIANTE HISTOLÓGICA?

Sr. Director: El cáncer de vesícula es el quinto tumor en frecuencia del tracto gastrointestinal¹. Histológicamente suelen ser adenocarcinomas²; otras variantes histológicas, como el carcinoma adenoescamoso (CAVB), son infrecuentes. Presentamos un nuevo caso de CAVB y debatimos los mecanismos de histogénesis, características diagnósticas y clínicas propias y las implicaciones pronósticas de esta rara variedad histológica.

Fig. 1. Se aprecia la existencia de dos poblaciones tumorales: glandular (flecha blanca) y epidermoide (flecha negra) en la pared de la vesícula.

Paciente varón de 73 años de edad sin antecedentes personales de interés, que acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar dolor en hipocondrio derecho e ictericia. En la analítica se observaba la existencia de leucocitosis (13.700 leucocitos) e hiperbilirrubinemia (3,46 mg/dl). La ecografía abdominal evidenciaba una vesícula distendida, con litiasis y abundante contenido ecogénico en su interior, con pared vesicular engrosada y colédoco de calibre normal.

Con el diagnóstico de colecistitis aguda fue intervenido, realizándose colecistectomía laparoscópica y colangiografía intraoperatoria que no demostró litiasis coledociana. A la apertura de la vesícula biliar se observó la existencia de bilis purulenta y tejido de aspecto cerebroide localizado en el cuello vesicular. Esta área era de aspecto papilomatoso, anfractuoso y de coloración grisácea. La pared vesicular estaba engrosada llegando a medir 0,5 cm. Histológicamente se observó la existencia de una tumoración (carcinoma adenoescamoso de vesícula biliar) que infiltraba todas las capas de la vesícula, sin afectar al conducto cístico, compuesta por dos poblaciones tumorales (células glandulares y epidermoides) (fig. 1). El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Se planteó al paciente la posibilidad de realizar una relaparotomía para practicar una colecistectomía extendida que el paciente declinó. El paciente falleció por progresión de la enfermedad a los 7 meses de la intervención quirúrgica.

El CAVB es un tumor infrecuente (1-2% del total de cánceres de vesícula). En España, salvo error u omisión, sólo se han publicado previamente 4 casos^{3,4} (tabla I). Histológicamente se caracteriza por la existencia de dos poblaciones tumorales⁵, e inmunohistoquímicamente por una baja positividad para el p53⁶ y una acentuada positividad para el CD44(s), el CD44v6 y el CD44v7-8.

La histogénesis de los tumores adenoescamosos es muy controvertida. Cihak et al exponen varias teorías que intenten explicar la presencia del componente escamoso donde sólo debería existir adenocarcinoma⁷. Las distintas teorías son: a) desde dos focos adenomatosos separados pero vecinos, uno de ellos sufre metaplasia como respuesta a la inflamación crónica y evoluciona a la variante epidermoide; b) existencia de dos tumores histológicamente distintos; c) metaplasia escamosa de algún segmento de un adenocarcinoma proliferante, y d) diferenciación escamosa de células cancerosas que tienen el potencial para diferenciarse en múltiples estirpes celulares.

El diagnóstico preoperatorio de CAVB es difícil, ya que no existen características propias en los métodos de imagen que distingan estas neoplasias del resto de tumores de vesícula.

El CAVB tiene unas características clínicas particulares. La tasa de pacientes con colelitiasis y CAVB es mayor que la que se encuentra en los pacientes con adenocarcinoma¹. La mayoría de los pacientes afectados de CAVB son diagnosticados en estadios muy avanzados y el tumor forma una gran masa (8,4 cm de tamaño medio). Su localización más habitual es la fosa de la vesícula biliar con un notable crecimiento invasivo locorregional, por lo que es habitual la infiltración de los órganos vecinos (hígado, duodeno y colon)². Pese a esta capacidad invasiva local, es infrecuente que produzca metástasis linfáticas o diseminación peritoneal.

TABLA I. Listado de casos publicados en la bibliografía española

Autor	Sexo	Edad	Estadio	Cirugía	Situación	SPV
Urdiales et al ³ , 1991	M	ND	T3	Colecistectomía	Fallecimiento	ND
Urdiales et al ³ , 1991	M	ND	ND	ND	Fallecimiento	ND
Morales et al ⁴ , 1996	V	52	T2N0M0	Colecistectomía	Vivo	12 m
CHCR, 2000	V	72	T3N M0	Colecistectomía	Fallecimiento	7 m

M: mujer; V: varón; ND: no documentado; CHCR: Complejo Hospitalario Ciudad Real.

El cáncer de vesícula diagnosticado preoperatoriamente es una contraindicación para realizar la colecistectomía por vía laparoscópica. El gran problema es que el diagnóstico preoperatorio correcto no suele superar la tasa del 30%, ya sea porque semeja un cuadro de colecistitis aguda o es un hallazgo postoperatorio incidental. La estrategia terapéutica quirúrgica para el cáncer de vesícula depende principalmente del grado de infiltración tumoral. En nuestro caso, la colecistectomía extendida (colecistectomía más segmentectomía IVb-V), con/sin resección de la vía biliar según el margen cístico, linfadenectomía del hilio hepático y resección de los trocares es la técnica indicada⁸. Los tratamientos adyuvantes no han demostrado mejorar las tasas de supervivencia y sólo existen publicaciones anecdóticas de tratamientos aún en fase experimental.

El CAVB tiene peor pronóstico e inferior supervivencia que el adenocarcinoma de vesícula. Yamaguchi y Enjoji observan una supervivencia al año del 23% y a los dos años del 0%⁹; por su parte, Henson et al cifran la supervivencia a los dos años en el 0,08% y describen una supervivencia media de tres meses en los pacientes no resecados¹⁰. Se ha postulado que este peor pronóstico podría estar en relación con la gran capacidad proliferativa del componente escamoso⁵.

J.M. RAMIA, D. PADILLA, R. LÓPEZ^a,

T. CUBO y J. HERNÁNDEZ CALVO

Unidad Hepatobiliopancreática. Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo y de ^aAnatomía Patológica. Complejo Hospitalario Ciudad Real. Ciudad Real.

BIBLIOGRAFÍA

1. Das DK, Tripathi RP, Bhambani S, Chachra KL, Sodhani P, Malhotra V. Ultrasound guided fine needle aspiration cytology diagnosis of gallbladder lesions: a study of 82 cases. *Diagn Cytopathology* 1988;18:258-64.
2. Saito A, Noguchi Y, Doi C, Mukai K, Fukuzawa K, Yoshikawa T, et al. A case of primary adenosquamous/squamous cell carcinoma of gallbladder directly invaded duodenum. *Hepato-Gastroenterol* 1999;46:204-7.
3. Urdiales M, Martos S, Albert A, Ruiz F. PAAF de adenocarcinoma escamoso de vesícula biliar. *Patología* 1991;24:75-6.
4. Morales S, Galnares A, Naranjo M, Parra JA, Pacheco JM, Bustos M, et al. Recidiva tumoral en cicatriz laparotómica: no sólo un problema de la cirugía laparoscópica. *Rev Esp Enf Dig* 1996;88:452-3.
5. Ercolani G, Nagino M, Sano T, Kamiya J, Kondo S, Kanai M, et al. Advanced adenosquamous carcinoma to the gallbladder with bilio-biliary fistula: an uncommon case treated by hepato-pancreatoduodenectomy. *Hepato-Gastroenterology* 1999;46:1650-4.
6. Nishihara K, Nagai E, Izumi Y, Yamaguchi K, Tsuneyoshi M. Adenosquamous carcinoma of the gallbladder: a clinicopathological, immunohistochemical study and flow-cytometric study of 20 cases. *Jpn J Cancer Res* 1994;85:389-99.
7. Cihak RW, Kawashima T, Steer A. Adenocarcinoma (adenosquamous carcinoma) of the pancreas. *Cancer* 1972;29:1133-40.
8. Figueras J, Busquets J, Fabregat J, Ramos E, Serrano T, et al. Cirugía radical del carcinoma de vesícula biliar. *Cir Esp* 2000;68:440-4.
9. Yamaguchi K, Enjoji M. Carcinoma of the gallbladder. A clinicopathology of 103 patients and a newly proposed staging. *Cancer* 1988;1425-32.
10. Henson DE, Albores-Saavedra J, Corle D. Carcinoma of the gallbladder. Histologic types, stage of disease, grade and survi-