

# ¿ES SUFICIENTE LA COLECISTECTOMÍA SIMPLE TRAS DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO DE CARCINOMA VESICULAR FOCAL?

**P. Díaz Cardamas; M. Iribarren Díaz; G. de Castro Parga; R. Meléndez Villar; A. Rivo Vázquez; L. Pérez Domínguez; P. Gil Gil**  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

## OBJETIVOS

Presentamos un caso de carcinoma de vesícula biliar (CVB) estadio IA: T1bNOM0 (TNM 2002). Revisamos las opciones terapéuticas en el CVB localizado.

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma de la vesícula biliar, debido a su comportamiento biológico agresivo, es uno de los tumores digestivos de peor pronóstico. Su frecuente retardo diagnóstico conlleva una mayor diseminación locorregional y un menor índice de reseccabilidad con intención curativa. Debido a su infrecuencia, los necesarios ensayos clínicos que justifiquen las opciones terapéuticas propuestas por diferentes grupos resultan un objetivo difícil.

Se considera *carcinoma focal de vesícula* aquel que no traspasa la pared vesicular, característica que puede ser difícil de diagnosticar en piezas de vesículas tras colecistectomía simple. Corresponde a T1a o b, T2 seleccionados y ocasionalmente T3; N0; M0 (TNM 2002).

## MATERIAL Y MÉTODO

**CASO CLÍNICO:** Varón argentino, de 55 años de edad, al que se le realizó colecistectomía laparoscópica en otro centro. Tras el estudio anatomopatológico se diagnosticó adenocarcinoma de vesícula biliar con invasión de la capa muscular (estadio IA: T1bNOM0) *RNM hepatobiliar post-colecistectomía laparoscópica:* no demuestra lesiones infiltrativas. Se indica tratamiento quirúrgico oncológico mediante segmentectomía de los segmentos IVb+V.

## RESULTADOS

*Anatomía patológica:* se evidencia un foco microscópico de adenocarcinoma vesicular residual. El resto del tejido hepático no demuestra otras lesiones neoplásicas.

*Curso postoperatorio:* Sin incidencias, siendo dado de alta el 7º día postoperatorio. El paciente se encuentra asintomático a los diez meses de su intervención y los controles oncológicos realizados son normales.

## CONCLUSIONES

Aunque no existe un grado de evidencia definitivo respecto al manejo del AVB, se considera que:

- 1.-La colecistectomía simple sólo puede considerarse como tratamiento curativo para los pacientes con cáncer incidental en estadio T1a descubierto en el examen histológico postoperatorio.
- 2.-La quimioterapia y radioterapia no han logrado aumentar la supervivencia y son utilizadas como paliación en los casos en los que el tumor no es reseccable. Existen ensayos en fase II con gemcitabina.
- 3.-Si existe afectación del lecho vesicular la colecistectomía debe ser ampliada a los segmentos IVb y V hepáticos + linfadenectomía N1.
- 4.-El AVB incidental en estadio T2 y T3 es indicativo de segmentectomía IVb-V + linfadenectomía N1+N2 y resección de las puertas de laparoscopia.
- 5.-Los pacientes con AVB no reseccable o no operable deben ser tratados mediante técnicas paliativas (quirúrgicas o no quirúrgicas) con intención de mejorar la calidad de vida y proporcionar alivio sintomático.