

Carcinoma epidermoide de vesícula: análisis de nuestra casuística

Ana Carolina del Pozo,¹ Santiago De Battista,¹ Daniel Velasco¹, Horacio Pianzola,² Jorge Rodríguez³

Acta Gastroenterol Latinoam 2005;35:162-164

Resumen

Antecedentes: El tumor maligno de vesícula más frecuente es el adenocarcinoma. El carcinoma epidermoide representa solamente el 0-12% de todos ellos. **Métodos:** Se analizaron retrospectivamente 124 casos de neoplasias malignas de vesícula biliar diagnosticados en los últimos 33 años en nuestro Servicio de Cirugía. Cinco resultaron ser carcinomas epidermoides, lo que representa un 2.41%. **Casos:** La relación mujer: varón fue de 1.5:1, y la edad media de presentación, 50.2 años. El compromiso hepático se observó en 4 de los 5 pacientes en el momento del diagnóstico. Cuatro pacientes fueron sometidos a cirugía y un paciente a tratamiento paliativo con drenaje biliar percutáneo. La sobrevida media fue de 14.5 meses. **Conclusión:** La extensión tumoral en el momento del diagnóstico es, en general, avanzada, por lo que el pronóstico en esta stirpe de cáncer de vesícula no es promisorio.

Summary

Epidermoid carcinoma of gallbladder: analysis of our casuistic

Background: The most common type of gallbladder cancer is the adenocarcinoma. The squamous cell carcinoma represents only a 0-12% of all gallbladder tumors. **Methods:** 124 cases of malignant neoplasias of the gallbladder were diagnosed during the last 33 years in the Department of Surgery of our hospital. From

these cases, 5 were squamous cell carcinomas, representing 2.41% of our series. **Case report:** The ratio female: male was 1.5:1, and the mean age was 50.2 years. Liver involvement was observed in 4 of 5 patients at the moment of diagnosis. Four patients underwent surgery and one received palliative treatment with percutaneous bile drainage. The mean survival was 14.5 months. **Conclusion:** The tumor extension at the time of diagnosis is generally advanced and the outcome is not promising in this kind of gallbladder cancer.

Index (palabras claves): gallbladder, gallbladder neoplasms, adenosquamous carcinoma.

El carcinoma de vesícula biliar es el quinto cáncer más común del aparato digestivo. Puede ser dividido en cuatro subtipos: adenocarcinoma (con los subtipos papilar, tubular, mucinoso o en anillo de sello), que representa el 80-95% de todos los casos, carcinoma escamoso y adenoescamoso (2-10%), carcinoma indiferenciado (2-7%) y otros tumores muy infrecuentes (carcinoma de células pequeñas, sarcomas, melanomas y linfomas).¹⁻⁴

En el Servicio de Cirugía del Hospital San Martín de La Plata, de 124 casos de neoplasias malignas de vesícula biliar diagnosticados en los últimos 33 años, cinco resultaron ser carcinomas epidermoides, lo que representa un 2.4%.

Casos

Desde enero de 1971 hasta enero de 2004, se diagnosticaron en nuestro servicio 124 casos de neoplasias malignas de la vesícula biliar. Cinco de los mismos resultaron ser carcinomas epidermoides de dicho órgano, lo que representa un 2.4% (foto 1). Tres de los pacientes fueron de sexo femenino y los restantes 2 de sexo masculino (relación mujer: hombre de 1.5:1). La edad media de presentación fue de

Hospital Interzonal General de Agudos "San Martín"

La Plata, Buenos Aires, Argentina

1 Residente Servicio de Cirugía

2 Jefe de Servicio de Patología

3 Jefe del Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática

Correspondencia: Ana Carolina del Pozo

Calle 116 Número 1485 (entre 62 y 63), La Plata (1900)

Buenos Aires, Argentina

Teléfonos: 54-221-4838240 / 54-9-221-5-227155

E-mail: acdelpozo@yahoo.com

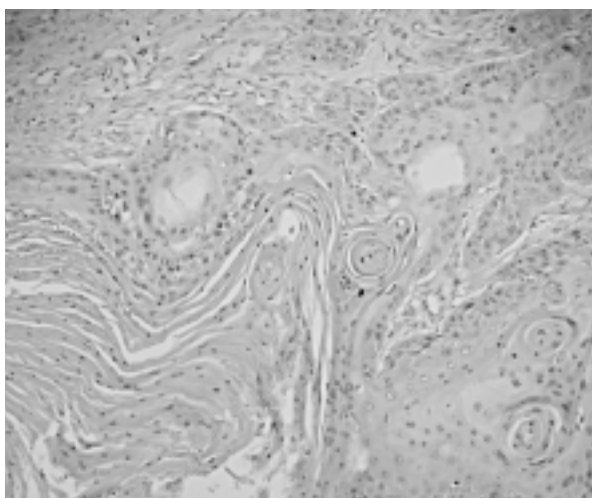


Foto 1



Foto 2

50.2 años (rango: 21 - 64 años).

Los síntomas más frecuentemente referidos fueron dispepsia y dolor en hipocondrio derecho (100% de los casos), masa abdominal palpable (40%) y síndrome coledociano (20%).

La presencia de litiasis vesicular se asoció en 4 de los 5 pacientes (80% de los casos). También 4 de los 5 pacientes presentaron compromiso hepático en el momento del diagnóstico, consistiendo en invasión por contiguidad.

La resección curativa se definió como la remoción total de la masa tumoral, sin residuo tumoral macroscópico y márgenes histológicos negativos. La clasificación utilizada para la estadificación fue la TNM de la *International Union Against Cancer*. Los ganglios presentes en el ligamento hepatoduodenal fueron considerados N1. Los ganglios retroportales, pancreatoduodenales posteriores, los de la arteria hepática, tronco celíaco y arteria mesentérica superior fueron considerados N2. En cuatro de los cinco casos se realizó colecistectomía, vaciamiento ganglionar N1 y segmentectomía IV-V. Se instauró tratamiento adyuvante con radioterapia en 3 de los cinco casos. En el quinto caso se realizó tratamiento paliativo con la colocación de un drenaje biliar externo por su estadio avanzado (foto 2).

La sobrevida media de los pacientes fue de 14.5 meses (30 días - 4 años).

Discusión

En nuestra serie, como en la mayoría de las reportadas en la literatura, el carcinoma epidermoide de vesícula fue más frecuente en mujeres, con una rela-

ción mujeres: varones de 1.5:1.

El carcinoma escamoso de vesícula es una rara afección que en las diferentes series representa del 1 al 12.7 % de las neoplasias malignas de este órgano.²

Muchos estudios aceptan que el carcinoma escamoso de vesícula se origina de una metaplasia preexistente. Otros consideran que se origina a partir de una diferenciación escamosa de un adenocarcinoma previo, resultado de una expresión fenotípica mixta de las células tumorales.

Característicamente presenta un crecimiento agresivo con importante infiltración local, baja tendencia a invadir los ganglios regionales, y alta capacidad de metastatizar en el hígado y otros órganos por vía hemática. Por estos motivos su pronóstico es más pobre en comparación con el del adenocarcinoma vesicular.

Para interpretar los factores de riesgo para el desarrollo de un carcinoma de vesícula, es necesario considerar tres aspectos:

Primero, los carcinomas de vesícula no constituyen una única entidad, dividiéndose en dos subgrupos: los asociados con litiasis vesicular (adenocarcinoma, carcinoma escamoso y adenoescamoso) y los no asociados a litiasis vesicular, relacionados con reflujo pancreatobiliar, anomalías de la unión pancreatobiliar y adenoma de vesícula (ciertos tipos de adenocarcinoma y el adenocarcinoma papilar).

Segundo, los carcinomas relacionados con litiasis, no sólo se deben a la presencia de grandes cálculos mixtos o de colesterol, sino a la duración de la patología litiasica.

Y tercero, la vesícula en porcelana no constituye un factor de riesgo para el desarrollo de un carcino-

ma, sino que sólo representa una forma de colecistitis crónica.¹

Los pacientes con carcinoma epidermoide de vesícula se presentan, en general, con tumores de gran tamaño, que frecuentemente invaden órganos y estructuras vecinas y que son, en la mayoría de los casos, diagnosticados en estadíos avanzados.

Nishihara y col demostraron que el componente escamoso del carcinoma de vesícula posee una capacidad proliferativa mayor que el componente glandular, por lo que el carcinoma epidermoide resulta de peor pronóstico que el adenocarcinoma. Suele diseminarse localmente a lo largo de la fosa vesicular, infiltrando el parénquima hepático y órganos adyacentes como estómago, duodeno y colon transverso. Este patrón se verifica en nuestra casuística.^{2,3} La importante invasión local de este tumor hace que se diagnostique en etapas avanzadas, limitando al tratamiento quirúrgico resectivo y haciendo dudoso el beneficio de la cirugía radical.^{5,7,8} Consideramos que debe realizarse este tratamiento sólo con fines curativos.^{4,9}

Por último, afirmamos que la radioterapia posterior a la cirugía, en algunas circunstancias, mejora el pronóstico de los casos avanzados.^{6,10}

Referencias

1. Cariati A, Cetta F. Squamous-cell and non-squamous-cell carcinomas of the gallbladder have different risk factors. *Lancet Oncology* 2003;4:393-394.
2. Waisberg J, Bromberg SH, Fares Franco MI. Squamous cell carcinoma of the gallbladder. *Sao Med J/Rev Paul Med* 2001;119:43.
3. Roppongi T, Takeyoshi I, Ohwada S. Minute squamous cell carcinoma of the gallbladder: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 2000;30:43-45.
4. Tomono H, Fujioka S, Kato K, et al. Hepatopancreatoduodenectomy for squamous cell carcinoma of the gallbladder. *Hepatogastroenterology* 2000;47:945-947.
5. Kondo M, Dono K, Sakon M, et al. Adenosquamous carcinoma of the gallbladder. *Hepatogastroenterology* 2002;49:1230-1234.
6. Todoroki T, Kawamoto T, Otsuka M, et al. Benefits of combining radiotherapy with aggressive resection for stage IV gallbladder cancer. *Hepatogastroenterology* 1999;46:1585-1591.
7. Saito A, Noguchi Y, Doi C, et al. A case of primary adenosquamous/squamous cell carcinoma of gallbladder directly invaded duodenum. *Hepatogastroenterology* 1999;46:204-207.
8. Muratore A, Polastri R, Bouzari H. Radical surgery for gallbladder cancer: a worthwhile operation? *Eur J Surg Oncol* 2000;26:160-163.
9. Yasuhiro O, Yoshio S, Toshifumi W, et al. Adenosquamous carcinoma of the gallbladder warrants resection only if curative resection is feasible. *Cancer* 2002;94:3000-3005.
10. Nishihara K, Nagai E, Izumi Y, et al. Adenosquamous carcinoma of the gallbladder: a clinicopathological, immunohistochemical and flow-cytometric study of twenty cases. *Jpn J Cancer Res* 1994;85:389-399.