

Análisis del tratamiento del cáncer de vesícula biliar y sus resultados

A propósito de 175 observaciones

Dres. SILVIO MELOGNO, ALBERTO ESTEFAN
y RUBEN PORTOS *

A pesar de los adelantos medicoquirúrgicos de los últimos 30 años, la posibilidad de cura quirúrgica del cáncer de vesícula biliar sigue siendo desalentadoramente baja (1 % al 3 % a los 5 años). La causa de estos malos resultados debe ser explicada, a menos de aceptar una biología particular del cáncer, en su peculiar topografía, sus vías de diseminación, sintomatología engañosa, diagnóstico generalmente tardío y asiento en pacientes frecuentemente añosos.

Los pacientes curados representan, en general, una circunstancia fortuita en la manera de evolución de la neoplasia, más que a una planificada y adecuada conducta terapéutica.

Es propósito de este trabajo, al mismo tiempo que efectuar el estudio analítico del tratamiento a emplear frente a sus múltiples y variadas formas anatomoclínicas de presentación.

MATERIAL

El presente trabajo comprende el análisis de 175 observaciones de cáncer de vesícula diagnosticados y tratados en el H. de Cl., en el período 1953-71.

Ciento setenta enfermos fueron operados: 10 (5.9 %) lo fueron con criterio curativo; 102 (58 %) con criterio paliativo y 58 (34 %) fueron sólo explorados y biopsiados. En 4 casos se asoció tratamiento quimioterápico y en 1 caso radiante.

Trabajo conjunto de los Residentes de Cirugía del Hospital de Clínicas. Clínicas Quirúrgicas, F, B y A, presentado al XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Salto, 7 de noviembre de 1972.

* Residentes de Cirugía. Hospital de Clínicas (Fac. de Med. Montevideo).

DISCUSION

Operaciones radicales.— Se entienden como operaciones pretendidamente curativas (3, 15): aquellas que extirpan el órgano sobre el cual asienta la neoplasia (colecistectomía) y sus posibles vías de diseminación (vaciamiento linfoganglionar del carrefour vesicular; hepatectomía.

Siete casos fueron tratados con simple colecistectomía, correspondiendo en todos a formas de carcinoma superficial cuyo diagnóstico fue histopatológico. En 2 se efectuó hepatectomía atípica y en 1 duodenopancreatectomía cefálica.

La sobrevida media del grupo fue de 7 años, con una máxima de 18 y mínima de 1 año. Tres enfermos permanecen vivos y sin signos oncológicos actuales a los 5, 8 y 18 años.

Operaciones paliativas.— Operaciones paliativas se practicaron en 102 casos (58 %); siendo las causas que las motivaron: infiltración de la V.B.P. en 31; extensión ganglionar en 19; infiltración de órganos vecinos 18; hilio congelado 16; metástasis hepáticas 15; carcinomatosis peritoneal en 4.

Se efectuaron los siguientes procedimientos quirúrgicos: colecistostomía en 39; drenaje biliar en 14; colecistectomía aislada en 12; colecistectomía asociada a operaciones sobre la V.B.P. en 13; colecistectomía asociada a resección de órganos vecinos en 6 (1 gastrectomía subtotal, 1 hemicolectomía derecha, 2 hepatectomía atípicas y 2 resecciones de epipión); colecistectomía parcial en 4. El promedio global de sobrevida fue de 2.7 meses.

Exploración y biopsia.— La exploración y biopsia como único procedimiento fue efectuado en 58 casos (34 %). Las causas que la motivaron se sintetizan: metástasis hepáticas en 34; infiltración de órganos vecinos en 27; íleo congelado en 18; extensión ganglionar en 14; carcinomatosis peritoneal en 10.

El promedio de sobrevivencia del grupo fue de 1.5 meses.

Tratamiento quimioterápico y radioterápico. En 3 casos se efectuó quimioterapia por perfusión regional intraarterial (5-FU) y en 1 intraperitoneal (mostaza nitrogenada). En 1 caso se practicó radioterapia frente a un linfosarcoma. En todos, el resultado fue malo.

Resultados alejados.— Sólo 3 enfermos (1.7%) permanecen vivos y sin signos oncológicos actuales a los 5 años; corresponden a carcinomas superficiales, cuyo diagnóstico fue histopatológico y su tratamiento simple colecistectomía. Ningún caso con diagnóstico intraoperatorio sobrevivió más de 2½ años.

CONCLUSIONES

La selección de la conducta terapéutica apropiada a cada caso, no es fácil. La táctica quirúrgica a emplear dependerá: extensión y grado de difusión tumoral, existencia de complicaciones, edad y terreno del enfermo, experiencia del cirujano y medio quirúrgico. R. Smith (12) ha efectuado la mejor agrupación de indicaciones la que modificada es adoptada.

Grupo I: Colecistectomía por litiasis; diagnóstico histopatológico diferido de cáncer.

Cada caso debe ser analizado por separado. La simple colecistectomía sólo puede ser considerada como curativa frente al cáncer "in situ" o superficial, con mínima invasión de los plexos linfáticos submucosos. En todos aquellos casos en que la infiltración es importante y más aún si se trata de una mujer joven, sin patología asociada, debe ser reintervenida. Se plantea como táctica operatoria: resección hepática adecuada (hepatectomía atípica del lecho vascular o resección de los segmentos IV y V); vaciamiento linfoganglionar del pedículo hepático.

Grupo II: Vesícula sospechosa a la exploración macroscópica peroperatoria; la biopsia extemporánea confirma el diagnóstico.

La colecistectomía en estos casos es una mala operación (ningún caso de sobrevivencia a los 5 años). La operación mínima a realizar debe incluir: colecistocistectomía; resección parcial de la V.B.P. cuando el tumor está situado a menos de 2 cms. de aquélla; resección hepática adecuada. El problema más difícil de resolver es cuál es la "adecuada" cantidad de parénquima hepático a reseccionar. En aquellos casos sin infiltración hepática evidente puede optarse entre una hepatectomía atípica pasando a más de 5 cms. del borde tangible del tumor o bisegmentectomía.

Grupo III: Cáncer vesicular con infiltración hepática por propagación directa.

Cuando el diagnóstico de cáncer es sencillo a la exploración operatoria el pronóstico, con tácticas conservadoras, es decididamente malo (sobrevivencia máxima de 2½ años). La cantidad de parénquima hepático que debe ser reseccionado es discutible, habiéndose planteado: hepatectomía atípica (4, 6); bisegmentectomía; lobectomía derecha (3, 8); lobectomía dextromediana (8).

Grupo IV: Cáncer con metástasis hepáticas múltiples.

Si las metástasis están localizadas exclusivamente en el lóbulo derecho, cabe plantear la lobectomía derecha: conociéndose casos de curación a los 5 años (14).

Grupo V: Cáncer con diseminación a la V.B.P. ya sea por propagación directa o por metástasis hiliares.

En ambas situaciones existe ictericia. La conducta es la desgravitación biliar; entrando en consideración: coledocotomía con colocación de tubo transtumoral; tubo transtumoral transhepático; derivación biliodigestiva con utilización del hepático izquierdo o sus ramas, que en general está libre del magma neoplásico.

Grupo VI: Cáncer con infiltración de órganos vecinos.

Frente a esta situación debe procederse al estudio histopatológico para determinar la naturaleza del proceso infiltrativo. En caso de ser neoplásico, debe considerársela como fuera de toda posibilidad curativa y destinarla a tratamiento paliativo.

En la infiltración del duodeno debe plantearse la gastroyeyunostomía por la posibilidad de una obstrucción más o menos alejada de aquél.

Grupo VII: Cáncer en etapa de diseminación (hepática, peritoneal, etc.).

A pesar de los malos resultados obtenidos por la quimioterapia en cualquiera de sus formas (intraarterial, intraperitoneal, general), es lo único que puede ofrecérsele a estos enfermos (1, 10, 13, 14).

RESUMEN

Se analiza el tratamiento y sus resultados en 175 obs. de cáncer de vesícula; serie que ocupa, numéricamente considerada, el tercer lugar en la casuística mundial.

Solamente 3 enfermos permanecen vivos a los 5 años (1.7%); el promedio de sobrevivencia de los sometidos a procedimientos paliativos fue de 2.7 meses y de los explorados de 1.5 meses.

Se plantea el esquema de indicaciones de R. Smith modificado, con la conducta terapéutica adecuada a cada situación, a la luz de los conocimientos actuales de la biología y del tratamiento del cáncer de vesícula biliar.

RÉSUMÉ

Analyse du traitement et des résultats de 175 observations de cancer de la vésicule, cette série occupant, numériquement parlant, la troisième place dans la littérature mondiale.

Seuls trois malades survivent après 5 ans (1,7%). La moyenne de survie de ceux qui ont été soumis à des méthodes palliatives fut de 2,7 mois et pour ceux soumis à une exploration: 1,5 mois.

Nous établissons le schéma modifié des indications de R. Smith, avec la politique thérapeutique adaptée à chaque situation, à la lumière des connaissances actuelles de la biologie et du traitement du cancer de la vésicule biliaire.

SUMMARY

The treatment of gallbladder cancer in 175 patients and the results obtained, are analyzed. This series, because of the number of case histories involved, is the third in the world literature.

Only 3 patients are still alive after 5 years (1.7 %); the average rate of survival of patients subject to palliative procedures was 2.7 months and of those explored, 1.5 months.

R. Smith's indications, with modifications, are discussed together with therapeutic conduct adapted to each situation in the light of present knowledge of biology and treatment of gallbladder cancer.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIEL, I. M., PACK, G. T. Palliative treatment of inoperable cancer of the liver, biliary system and pancreas. In treatment of cancer and allied diseases. Vol. 5 2nd Ed. G. T. Pack and I. M. Ariel eds. New York, Hoeber Medical Division. Harder & Row, 1962. p. 477.
2. BRAASCH, J. W., WARREN, K. W., KUNE, G. A. Neoplasias malignas de los conducto biliares. *Clin. Quir. N. Amer.*, 627; 1967.
3. BRASFIELD, R. D. Right hepatic lobectomy for carcinoma of the gallbladder: A five-year cure. *Amer. Surg.*, 153: 563, 1961.
4. ETALA, E. Cáncer de la vesícula biliar. *Pren. Méd. Arg.*, 54: 1479-84, 1967.
5. FAHIM, R. B., FERRIS, D. O. and McDOALD, J. R. Carcinoma of the gallbladder. An appraisal of its surgical treatment. *Arch. Surg.*, 86: 334, 1963.
6. GLENN, F. and MAYS, D. M. The scope of radical surgery in the extrahepatic biliary tract. *Surg. Gynec. Obstet.*, 99: 529, 1954.
7. PACK, G. T. and BRASFIELD, R. D. Right hepatic lobectomy for cancer and allied diseases; 2nd Ed. Ed. G. T. Pack and I. M. Ariel. Paul B. Hoeber, New York, 1962.
8. PACK, G. T., MILLER, T. R. and BRASFIELD, R. D. Total right hepatic lobectomy for cancer of the gallbladder: Report of three cases. *Ann. Surg.*, 142: 6, 1955.
9. PRADERI, R., PARODI, H., DELGADO, B. Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. *Ann. Fac. Med.*, 49: 221, 1964.
10. PRIARIO, J. C., IRIONDO, L. S., KASDORF, H. Quimioterapia regional intraarterial en el cáncer avanzado. *Rev. Cir. Uruguay*, 36: 249, 1966.
11. SHEINFELD, W. Cholecystectomy and partial hepatectomy for carcinoma of the gallbladder with local liver extension. *Surgery*, 22: 43, 1947.
12. SMITH, R., SHERLOCK, S. Surgery of the gallbladder and bile ducts. Butterworth & Co. London, 1964.
13. SULLIVAN, R. D., NORCROSS, J. W., WATKINS, E. Chemotherapy of metastatic liver cancer by prolonged hepatic-artery infusion. *New. Eng. J. Med.*, 270: 321, 1964.
14. VAITTINEN, E. Carcinoma of the gallbladder, a study of 390 cases diagnosed in Finland 1953-1967. *Ann. Chir. Gin., Fennia* 59: 168, 1970.
15. WARREN, K. W., HARDY, K. L. and O'ROURKE, M. G. E. Primary neoplasia of the gallbladder. *Surg. Gynec. Obstet.*, 126: 1036, 1968.