

Presentación pseudotumoral de colecistopatía obstructiva crónica.

Dr. Manuel Sanguinetti, Dr. Nicolás Muniz, Dr. Marcelo Viola, Dr. Fernando Bonilla, Dra. Ana Pino.

Departamento Clínico de Cirugía. Clínica Quirúrgica "B" Prof. Agdo. Dr. César Canessa.
Hospital de Clínicas. Montevideo – Uruguay.

Introducción

La enfermedad litíásica de la vía biliar accesoria junto con la patología parietal son las afecciones más frecuentes en la práctica clínica del cirujano general. Su presentación como colecistopatía obstructiva crónica es la habitual, no presentando habitualmente dificultades en su diagnóstico y siendo el diagnóstico diferencial con el cáncer de vesícula una excepción. Presentamos el caso clínico de una paciente portadora de una colecistopatía obstructiva crónica con diagnóstico clínico e imagenológico preoperatorio de cáncer de vesícula y su resolución.

Caso Clínico

- Mujer, 72 años.
- AP: fumador,a intensa, hipertensa bien controlada, colicos biliares a repetición.
- Consulta por cuadro de 2 meses de evolución dado por dolor en hipocondrio derecho permanente, sin relación con las ingestas, que ha aumentado progresivamente su intensidad y que calma parcialmente con AINEs . Se acompaña de orinas hipercoloreadas y adelgazamiento de 4 kg. No anorexia ni fiebre. Niega alteraciones del transito digestivo.
- Al examen: lúcida, levemente adelgazada. Leve ictericia de piel y mucosas. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho donde se palpa tumoración de 10 x 10 cm., dura, de límites mal definidos, solidaria con los movimientos respiratorios. RHA normales.

Paraclínica humoral

Hemograma: Hb 13,8 mg/dl, Hto 32,2%, Plt 310.000, GB 10.500.
F y E hepático: BT 3,30 mg/dl BD 2,60 mg/dl
FA 370 U/L GGT 250 U/L
TGO 48 U/L TGP 53 U/L
Amilaseamia: 18 U/L.
Crisis, función renal, ionograma y glicemia normales.

Ecografía abdominal

Hígado de forma y tamaño habitual. No se observan lesiones focales. Vía biliar intrahepática levemente dilatada. Colédoco de 10mm, sin imágenes patológicas en su interior. Vesícula biliar de paredes engrosadas, de límites mal definidos, impresionando verse a nivel del lecho hepático proceso infiltrativo que compromete el segmento IV. En su interior se observa una litiasis móvil de 1,5 cm y otra de 2,0 cm a nivel del bacinete que no se moviliza con los cambios de posición. No hay líquido de ascitis. Páncreas, bazo y riñones sin alteraciones.

Tomografía Computada

Hígado de forma y tamaño habitual, sin lesiones focales. Vía biliar intra y extrahepática no dilata. Vesícula biliar de paredes globalmente engrosadas, de límites poco netos, con proceso de aspecto infiltrativo que compromete el segmento IV hepático y contacta con el ángulo derecho del colon, colon transverso y duodeno. No se observan adenomegalias intraabdominales. Páncreas y bazo de aspecto habitual.

Tratamiento

Con diagnóstico de cáncer de vesícula se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza laparotomía por transversa de hipocondrio derecho. De la exploración de destaca vesícula biliar tensa, de aspecto inflamatorio, con múltiples adherencias al epiplón mayor y al ángulo derecho del colon que se liberan fácilmente mediante disección roma. No se observan elementos sugestivos de malignidad ni adenomegalias locorregionales, por lo que se decide realizar colecistectomía con técnica habitual, la cual se realiza sin dificultades, y envío de la pieza a anatomía patológica.

Evolución

Buena evolución posterior en sala, se otorga alta a los 3 días del procedimiento a la espera del resultado anatomopatológico.

Anatomía patológica

Colecistopatía obstructiva crónica. No se observa malignidad en el material analizado.

Discusión y conclusiones

La enfermedad litíásica de la vía biliar y su presentación como colecistopatía obstructiva crónica es una entidad de diagnóstico clínico y ecográfico, no presentando en la mayoría de los casos diagnósticos diferenciales. El estudio ecográfico para esta patología es un estudio con alta sensibilidad y especificidad que permite realizar el diagnóstico mediante la visualización de signos directos como la presencia de litiasis e indirectos como el tamaño de la vésicula y el grosor de sus paredes. El diagnóstico de cáncer de vesícula se realiza en el preoperatorio cuando la enfermedad se encuentra habitualmente avanzada, siendo necesaria la realización de una tomografía computada para completar la valoración, mientras que en el 1% aproximadamente de las colecistectomías por enfermedad litíásica se realiza diagnóstico de cáncer de vesícula en el postoperatorio mediante la anatomía patológica de la pieza de resección. En nuestro caso la clínica y la imagenología sugerían un cáncer de vesícula que no fue confirmado en el intraoperatorio, por lo que se decidió realizar únicamente la colecistectomía, a la espera del resultado anatomopatológico postoperatorio que demostró una colecistopatía obstructiva crónica con ausencia de malignidad, siendo entonces el tratamiento realizado suficiente.

Referencias

- Ruso L., Rondan M. y cols. COLECISTITIS AGUDA O CANCER DE VESÍCULA... ? Cir Uruguay 1999;69:103 – 107.
- Ramírez C.P., Suárez M.A. y cols. Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. Cir Esp 2002;71(2):102-11.
- Guinot M., Sanchís S. y cols. Carcinoma no sospechado de vesícula biliar y cirugía laparoscópica: una eventualidad a tener en cuenta. Cir Esp. 1999;66:454-6.

