

Carcinoma de vesícula biliar: revisión radiológica y epidemiológica

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **María Begoña Guantes Del Vigo**, Eneritz Larrazabal Echevarria, Leire Hernaiz Argudo, Nerea Insausti Jaca, Martin Aperribay Ulacia

Objetivos Docentes

Describir los factores epidemiológicos, la presentación clínica, el pronóstico y los patrones radiológicos de presentación del carcinoma vesicular, así como la utilidad de las diferentes técnicas de imagen en el diagnóstico y estudio de extensión local o a distancia.

Revisión del tema

Epidemiología y factores de riesgo

El carcinoma de vesícula biliar es una neoplasia muy agresiva, aunque poco frecuente, constituyendo la quinta neoplasia en frecuencia del tracto gastrointestinal y la primera del árbol biliar. Es más frecuente en mujeres, teniendo mayor incidencia entre los 60-80 años.

Entre los factores de riesgo implicados en su desarrollo destaca la presencia de coledocitis (65-90% de los casos), los pólipos únicos mayores a un centímetro y la presencia de vesícula en porcelana. Otros factores relacionados son: la obesidad, la colangitis esclerosante primaria, la ingesta elevada de carbohidratos, la infección biliar crónica por Salmonella Typhi, la confluencia anómala de la vía biliar que favorece el estasis de secreciones y el reflujo, el tabaco, el estado postmenopáusico y ciertos agentes químicos (caucho, industria automotriz, metalúrgica o madera).

En el caso de la presencia de pólipos vesiculares, se han descrito características que orientan a la benignidad de los mismos: multiplicidad y tamaño inferior a 10mm, siendo suficiente en estos casos un control ecográfico en 3-6 meses, y otras sospechosas: tamaño mayor a 10mm, pólipo único, coledocitis asociada, crecimiento rápido y forma sésil, recomendándose en estos casos la extirpación quirúrgica. Se cree que los factores de riesgo implicados ocasionan en primer lugar una metaplasia de la mucosa ductal, que conllevaría finalmente al desarrollo de carcinoma.

En estudios anatomopatológicos de colecistectomías se ha encontrado una incidencia de carcinoma en el 1% en el caso de extirpación por coledocitis y del 2,5-3% si además presentaba colecistitis aguda, elevándose estos porcentajes hasta el 10,8% en vesículas escleroatróficas y hasta el 25% en el caso de vesículas en porcelana.

Presentación clínica

En estadios iniciales suele encontrarse como hallazgo incidental en estudios realizados por sintomatología inflamatoria vesicular. La mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados, siendo la presentación clínica insidiosa, con ausencia de sintomatología o síntomas vagos de dolor abdominal agudo o crónico, o incluso pérdida de peso o masa palpable.

Histología

En un 80-90% de los casos se trata de adenocarcinomas, existiendo otras variantes menos frecuentes: escamoso, indiferenciado, adenoescamoso, de células pequeñas y rabdosarcoma. Su origen se encuentra con mayor frecuencia en el fundus (60%), seguido del cuerpo (30%) y del cuello (10%).

Extensión

La diseminación suele suceder por invasión directa de órganos vecinos, fundamentalmente a hígado (65%), aunque también a colon, duodeno, páncreas o epiplón. Una segunda vía de extensión suele ser la linfática, hacia región hiliar (ganglio cístico), y posteriormente por el ligamento hepatoduodenal hacia mesenterio superior, región celiaca y para aórtica.

También es posible la diseminación hematogena, intraductal (con la consiguiente obstrucción secundaria de la vía biliar), peritoneal o neural.

Patrones de presentación y correlación radiológica:

Se han descrito tres formas de presentación del carcinoma vesicular: 1) masa que sustituye a la vesícula (40-65%), 2) engrosamiento mural focal o difuso (20-30%) y 3) papilar, en forma de masa polipoide intratraluminal (15-25%).

Las pruebas de imagen van a ser útiles tanto en el diagnóstico, como para valorar el grado de infiltración y realizar el estudio de extensión.

La primera prueba a realizar suele ser la ecografía que presenta una precisión del 80% en la detección de neoplasias de vesícula, no obstante, la radiografía simple será útil para valorar la presencia de coledocistitis, de vesícula en porcelana o posibles colecciones con gas.

La TC es de elección y tendrá su utilidad principal en la estadificación y valoración de la resecabilidad del tumor, y la ColangiRM nos aportará datos sobre la posible afectación de la vía biliar.

A continuación repasaremos las diferentes formas de presentación del carcinoma vesicular con su correlación en las pruebas de imagen.

- **Masa que sustituye a la vesícula (40-65%):**

- Ecografía: masa de márgenes irregulares que reemplaza a la vesícula y que puede invadir hígado o vía biliar, heterogénea, con presencia de zonas hipocóicas que pueden representar necrosis, e imágenes hiperecóicas con sombra posterior por la probable presencia de litiasis o calcificación de la pared vesicular (Fig. 1).
- TC/RM: Masa heterogénea con áreas hipodensas de necrosis, con invasión del parénquima hepático, que puede presentar calcificaciones en su interior u ocasionar dilatación de la vía biliar. La masa presentara con frecuencia un realce periférico en las zonas de tumor viable, con posibilidad de presentar realce tardío en las zonas de mayor componente necrótico (fig 2, fig 3, fig 4 y fig 5).

El diagnóstico diferencial en estos casos habrá que realizarlo fundamentalmente con la colecistitis aguda con formación de absceso, pero también con lesiones tumorales: hepatocarcinoma, colangiocarcinoma o metástasis.

- **Engrosamiento parietal focal o difuso (20-30%):**

- Ecografía: engrosamiento parietal similar al de la colecistitis aguda o crónica, pero más irregular y normalmente mayor a un centímetro (fig 6 y fig 7a).

- TC/RM: Engrosamiento parietal con hiperrealce en fase arterial, isodenso en fase portal. Además valorará la presencia de adenopatías o la posible infiltración hepática (fig 7 y fig 8).

En el diagnóstico diferencial se incluye tanto la colecistitis crónica como la xantogranulomatosa, la adenomiomatosis, y el engrosamiento parietal secundario a enfermedades sistémicas (hepatitis aguda, cirrosis y/o hipertensión portal o insuficiencia cardíaca congestiva)

- **Formación polipoide (15-25%)**

- Ecografía: veremos nódulos bien definidos con amplia base de implantación (fig 9).
- TC/RM: pólipos hipo o isodensos, con realce arterial mal definido. Estudio de extensión.

En el diagnóstico diferencial se incluyen los pólipos adenomiomatosos, los de colesterol, el barro biliar denso, el tumor carcinoide y lesiones metastásicas vesiculares (fundamentalmente de melanoma).

Pronóstico y tratamiento

El tratamiento será quirúrgico, en casos de enfermedad limitada a la vesícula o con mínima invasión local, y el pronóstico dependerá del estadio, con una supervivencia media a los cinco años del 15%. Hay que tener en cuenta que hasta el 75% de los casos presentan enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico.

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Ecografía. Masa hipoecoica, heterogénea, en lecho vesicular que infiltra y desestructura la

vesícula biliar. En a) se aprecia al fondo la presencia de múltiples colelitiasis con sombra acústica posterior (flecha negra).

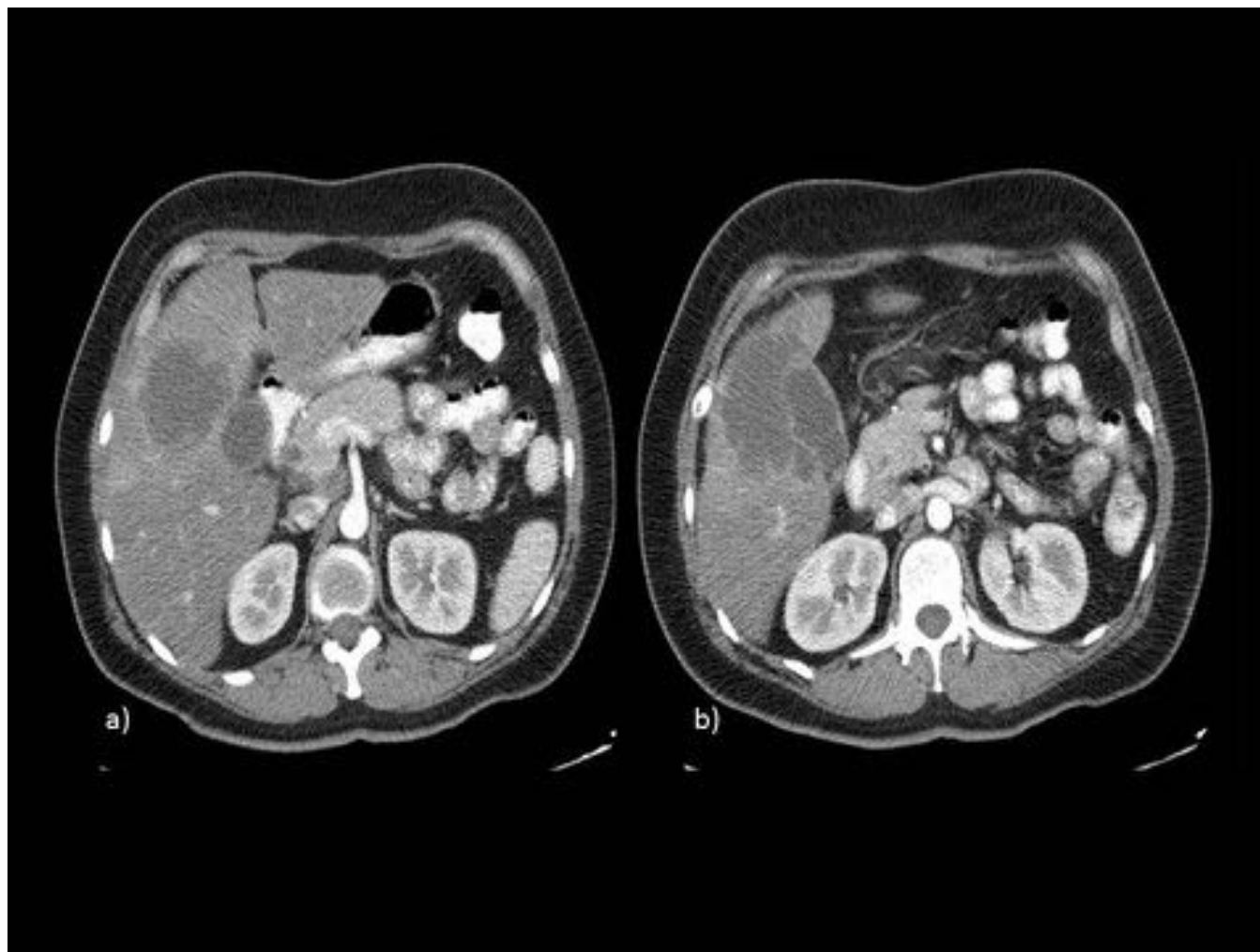


Fig. 2: TC con CIV. Masa hipodensa, heterogénea, con relace periférico, que infiltra y engloba a la vesícula biliar, e infiltra parénquima hepático adyacente.

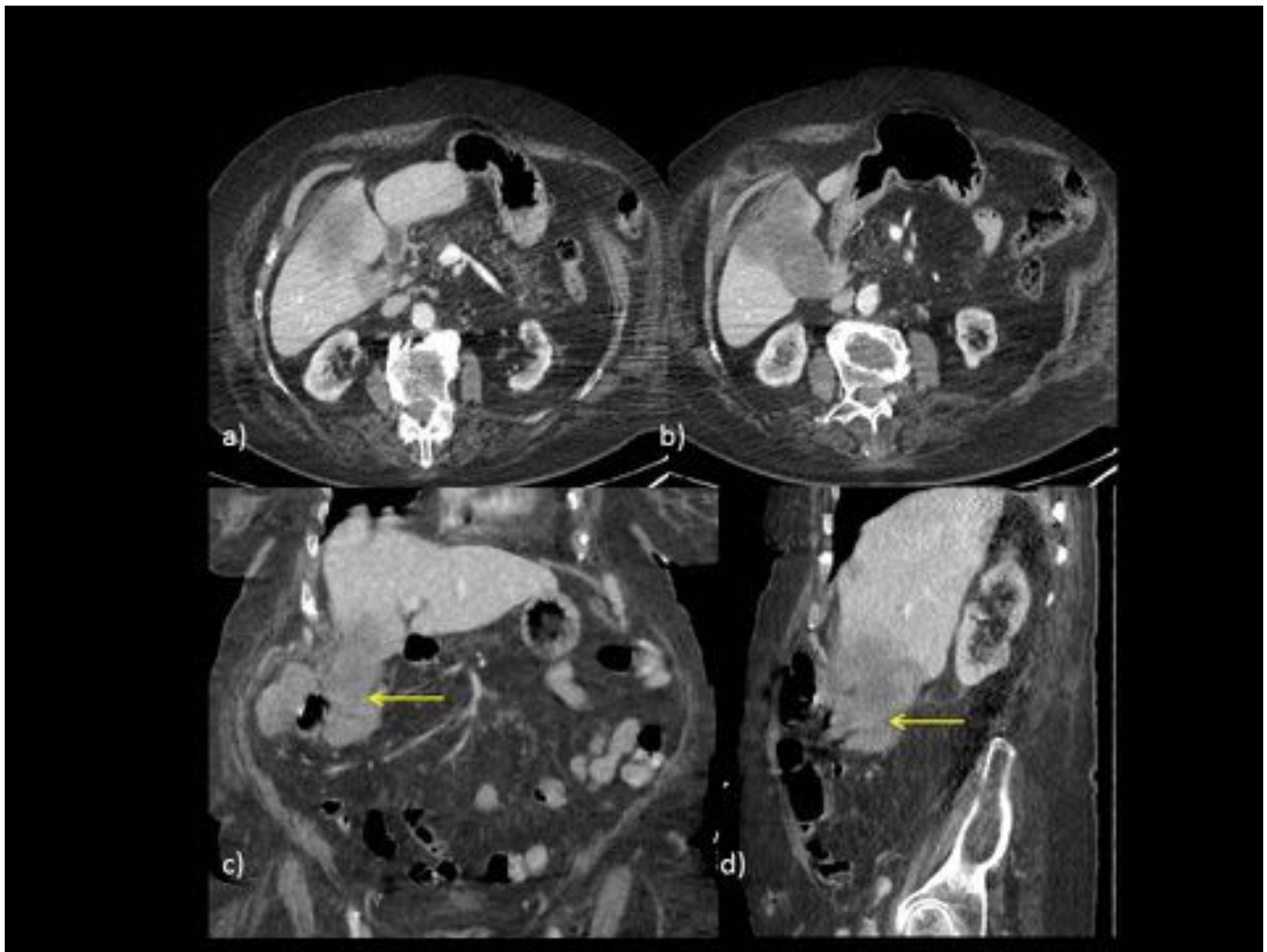


Fig. 3: TC con CIV. Imágenes axiales (a y b), coronal (c) y sagital (d), donde se observa masa heterógea, hipodensa, con mayor realce en la periferia de la lesión, que infiltra vesícula biliar, segmentos hepáticos adyacentes (IVb y V) y ángulo hepático del colon (flecha amarilla en c y d).

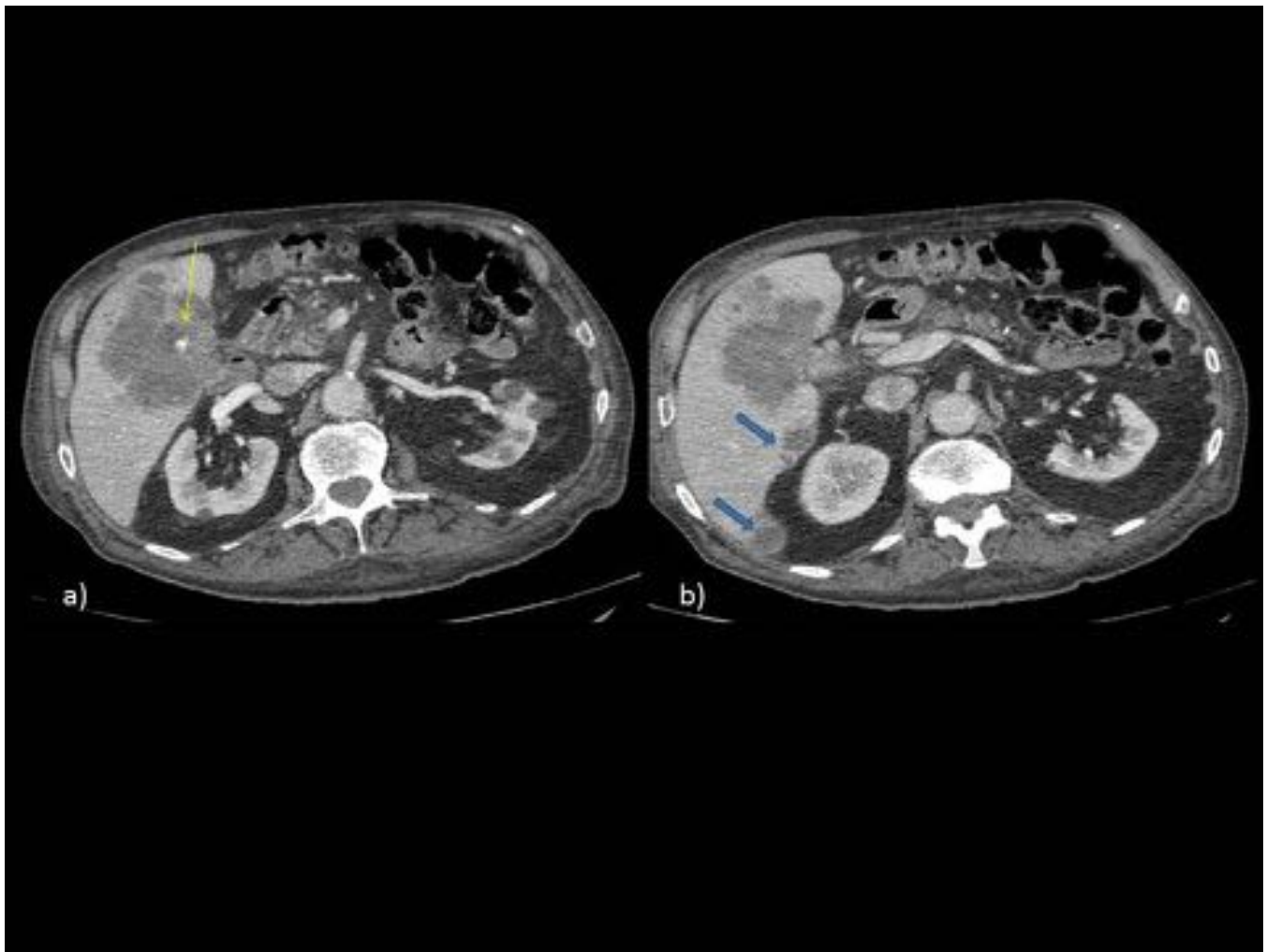


Fig. 4: TC con CIV. Gran masa heterogénea que infiltra y sustituye a la vesícula, de contornos lobulados, incluso con nódulos satélites, hipodensa, con realce periférico. En a) se observa imagen hiperdensa en relación a colelitiasis (flecha amarilla), y en b) se señalan dos metástasis hepáticas (flechas azules).

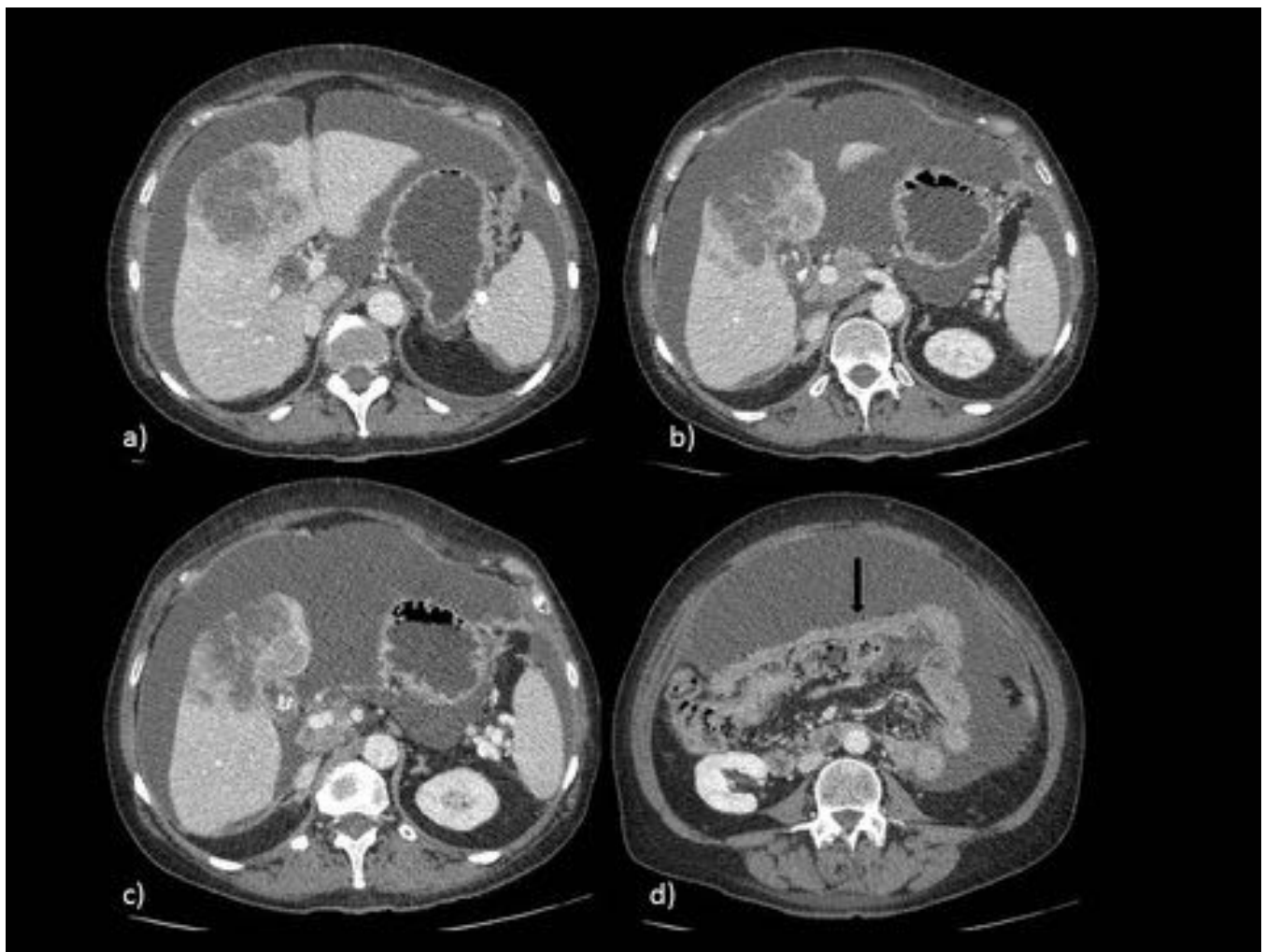


Fig. 5: TC con CIV. Gran masa que infiltra vesícula y segmento hepáticos adyacentes, heterogénea, con zonas de realce periférico (tumor viable) y centro de predominio hipodenso/ necrótico. Ascitis. En b) y c) se observan colelitiasis, y en d) intensa infiltración omental (fecha negra)

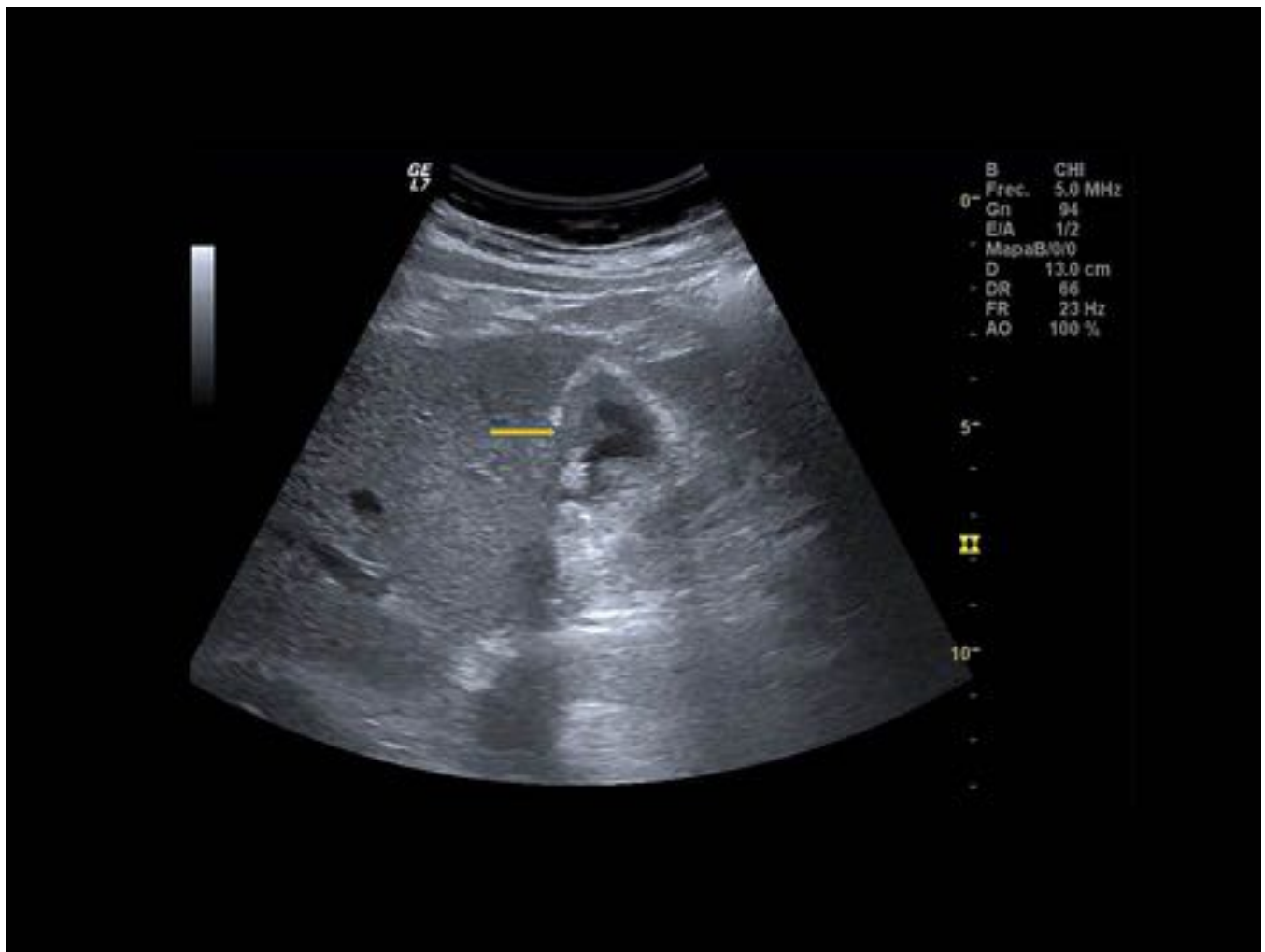


Fig. 6: Ecografía. Engrosamiento parietal difuso e irregular de la vesícula (flecha amarilla).

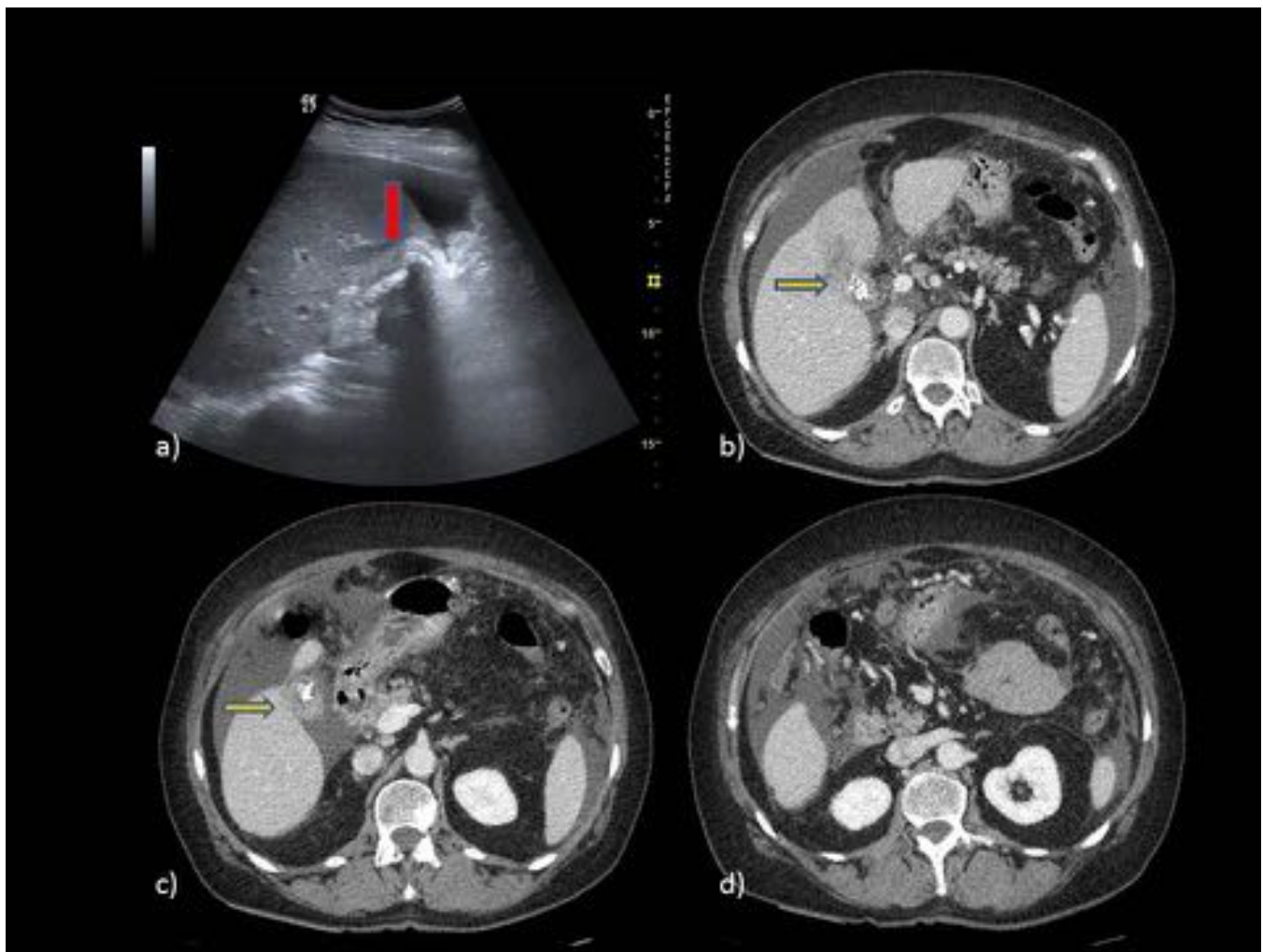


Fig. 7: Ecografía (a). Engrosamiento parietal vesicular (flecha roja) con colelitiasis en su interior. TC con CIV (b,c y d). Colelitiasis y engrosamiento irregular de la pared vesicular (flechas amarillas), con infiltración del parenquima hepático adyacente (b) y diseminación peritoneal (d).

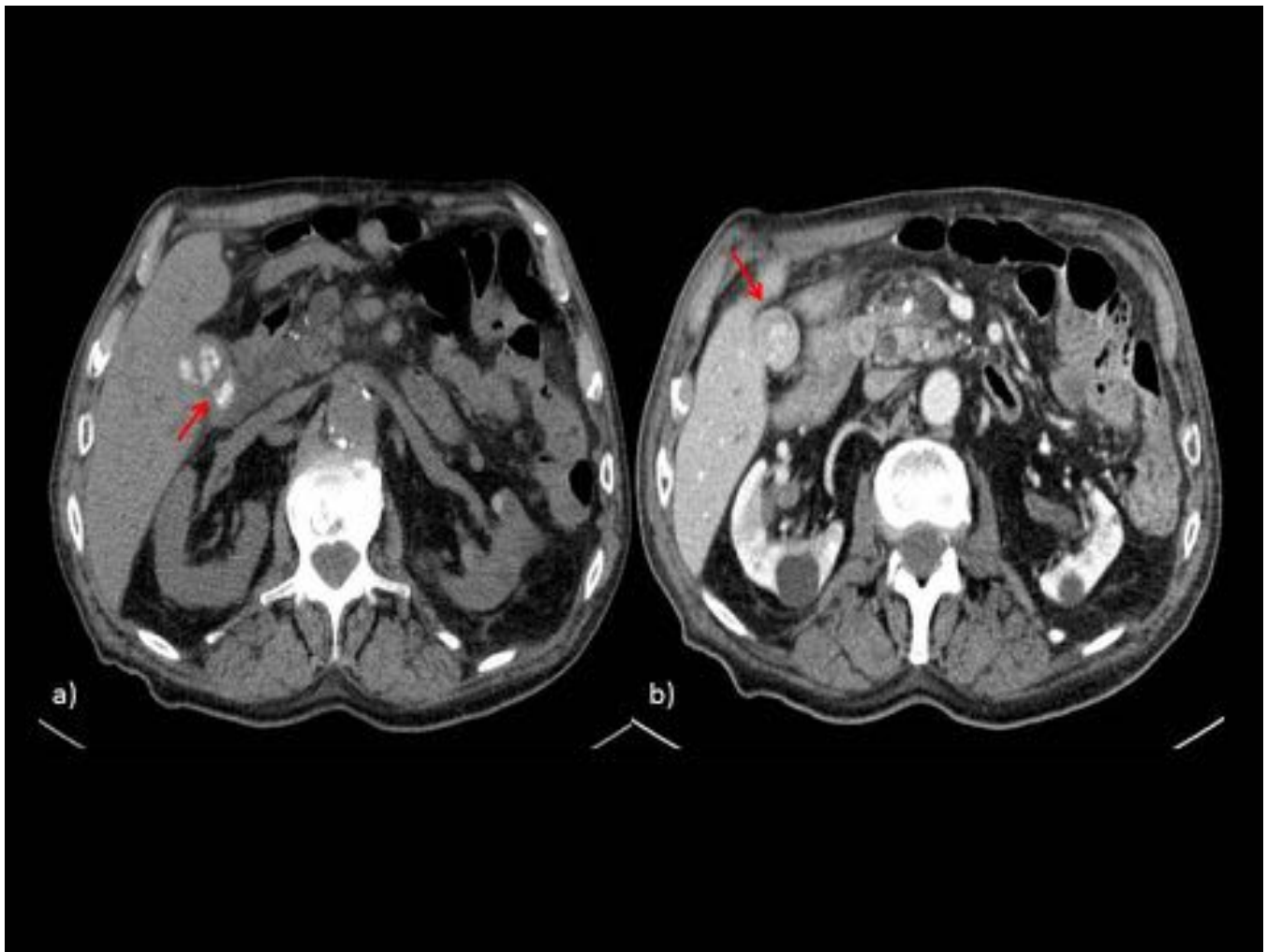


Fig. 8: TC sin (a) y con (b) CIV. Engrosamiento parietal de la vesícula (flechas rojas), irregular, con realce, y presencia de colelitiasis.

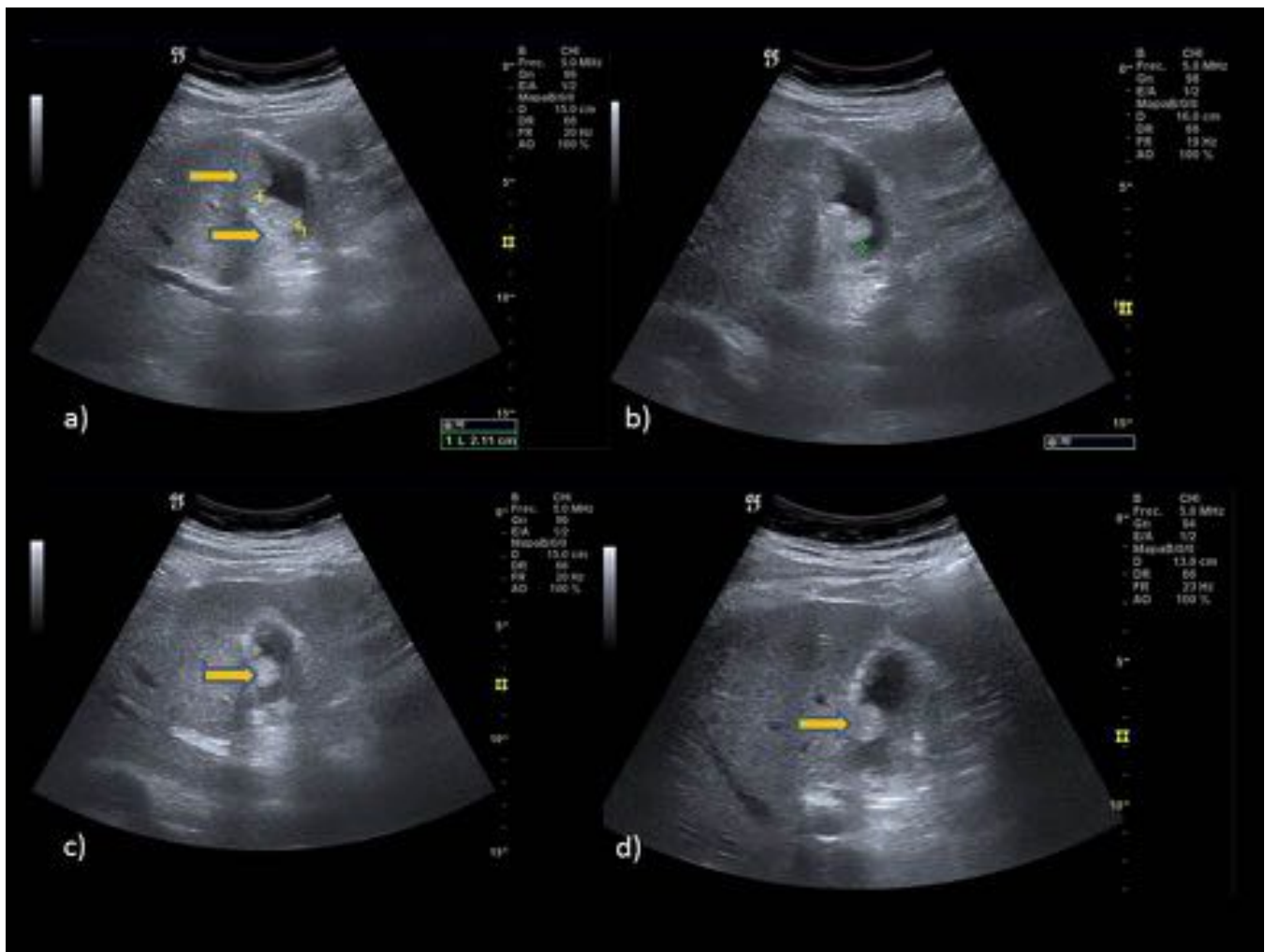


Fig. 9: Ecografía. Varias formaciones nodulares polipoideas (flechas amarillas) dependientes de la pared vesicular, de diversos tamaños, todas ellas mayores a un centímetro y con base amplia de implantación, de morfología sésil.

Conclusiones

El cáncer de vesícula es una neoplasia muy agresiva que puede presentar diferentes patrones en las técnicas de imagen, que el radiólogo debe conocer para realizar un adecuado diagnóstico y estudio de extensión de cara a un posible tratamiento quirúrgico.

Bibliografía / Referencias

- Hussain H. M., Little M. D., Wei S. AIRP Best Cases in Radiologic-Pathologic Correlation Gallbladder Carcinoma with Direct Invasion of the Liver. Radiographics 2013; 33:103–108.
- Levy A.D., Murakata L. A., Rohrmann C. A. Gallbladder carcinoma: Radiologic-pathologic correlation.

RadioGraphics 2001, 21:295–314.

-Tienda M. J., Awad F., González R., Pérez H., Martínez C., Iribarren M. A. Carcinoma de vesícula biliar. Un amplio espectro radiológico con hallazgos semiológicos típicos y atípicos, en SERAM 2012/S-1477. DOI: 10.1594/seram2012/S-1477

-Marín A., Santos I., Simonet M., Sánchez A.M., Rojo N., Barragán B.Y. Neoplasias malignas de vesícula y vías biliares: un diagnóstico no tan infrecuente en urgencias. Diagnóstico diferencial, complicaciones y diagnóstico por imagen, en SERAM 2014/S-0803. DOI-link: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2014/S-0803>

-Hernández R., Uzquiza M., Bayona I., Barbadillo J.A., Reguero E., Velázquez P. Revisión del carcinoma de vesícula en SERAM 2012/S-1086. DOI-Link: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-1086>

-Escribano M., Hernández A., Gómez J.F., Villar M., Vera R., Maldonado G. Neoplasia de Vesícula Biliar: Hallazgos radiológicos y contexto anatómico-clínico en SERAM 2012/S-0573. DOI: 10.1594/seram2012/S-0573

-Furlan A., Ferris J.V., Hosseinzadeh K. Borhani A. A. Gallbladder Carcinoma Update: Multimodality Imaging Evaluation, Staging, and Treatment Options. AJR 2008; 191:1440-1447.

-Kim S.J., Lee J. M., Lee J.Y., Choi J.Y., Kim S.H., Han J.K., Choi B.I. Accuracy of Preoperative T-Staging of Gallbladder Carcinoma Using MDCT. AJR 2008; 190:74–80.

-Kalra N., Suri S., Gupta R., Natarajan S. K., Khandelwal N., Wig J.D., Joshi K. MDCT in the Staging of Gallbladder Carcinoma. AJR 2006; 186:758–762.

-Rooholamini S. A., Tehrani N. S., Razavi M. K. Au A.H., Hansen G.C. Ostrzega N., Verma R.C. Imaging of gallbladder carcinoma. Radiographics 1994; 14:291-306.