



Patología tumoral de la vesícula biliar: lo que el radiólogo debe saber.

Pablo Sadaba Sagredo, Mikel Jauregui Garcia, Carlos Basoa Ramos, Irune Perez Arroyuelos, Paula Garcia Barquin, Iciar Aguirre Oloriz, Ainize Cancho Salcedo, Cristina Berastegi Santamaria.

Hospital Universitario de Galdakao.

Objetivo docente:

Revisar, desde el punto de vista del radiólogo, la patología tumoral de la vesícula biliar, tanto del carcinoma de vesícula biliar como de su afectación metastásica.

¿Por qué es importante?

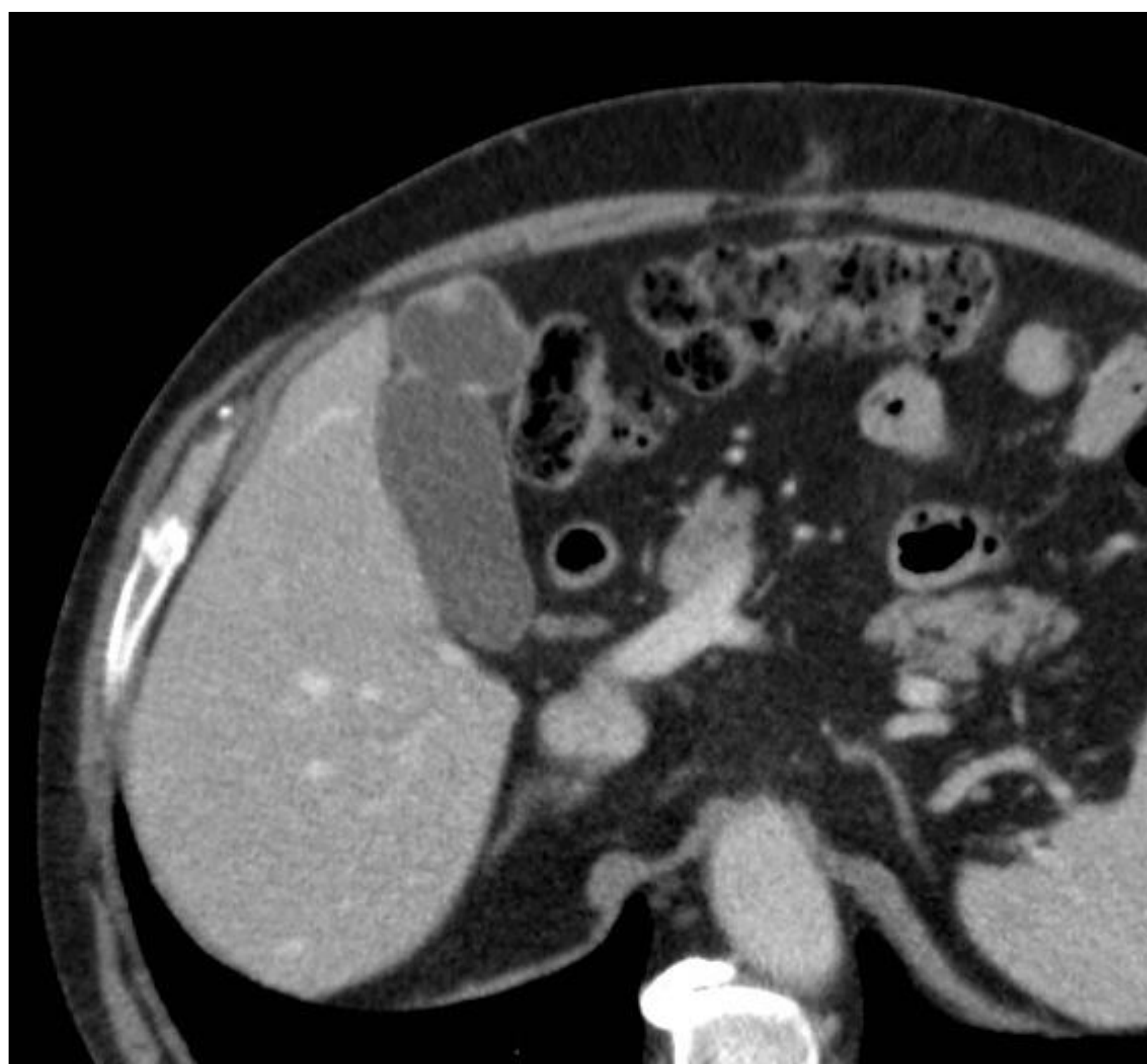
- A pesar de ser una patología poco frecuente, constituye la 5ª neoplasia en frecuencia de tracto gastrointestinal y la primera del árbol biliar.
- El diagnóstico precoz es crítico en el pronóstico, pero dado que en estos estadios su apariencia radiológica se solapa con las de otras patologías benignas de la vesícula, son fuente de **errores diagnósticos**, que ensombrecen el pronóstico.

Factores de riesgo

- La presencia de colelitiasis y colecistitis crónica son los factores de riesgo más frecuentes.
- Pólipos vesiculares. El tamaño es el principal factor pronóstico.
- Vesículas escleroatróficas y vesículas en porcelana.
- La edad, el hábito tabáquico, el sobrepeso, los pacientes con colitis ulcerosa,... también son factores de riesgo.

Pólipos vesiculares - Guía para el manejo y seguimiento

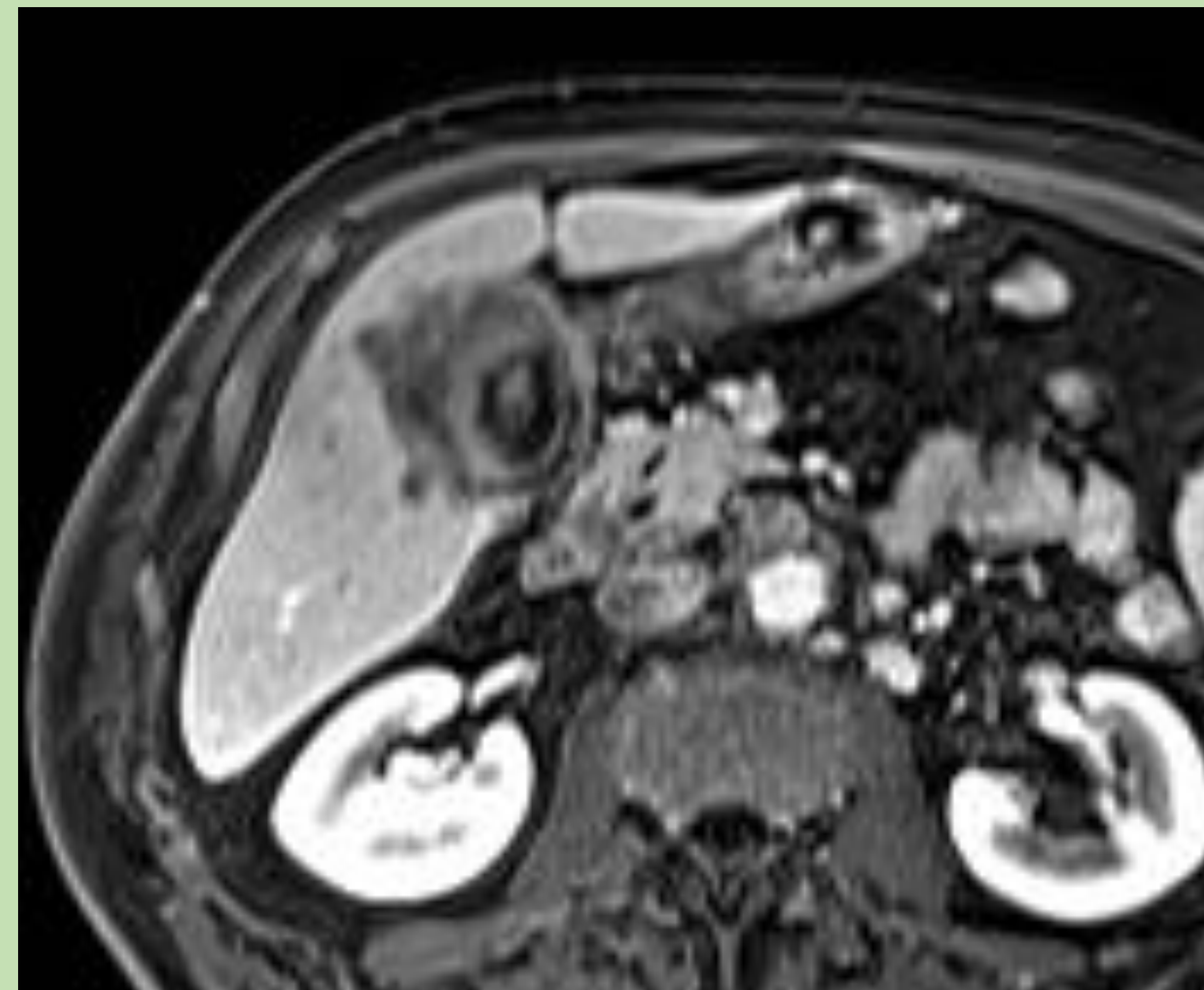
- Pólipos ≥ 10 mm se recomienda colecistectomía.
- Lesión polipoidea y síntomas atribuibles a la vesícula - colecistectomía.
- Pólipos entre 6-9 mm y factores de riesgo (edad > 60 , pacientes asiáticos, historia de colangitis esclerosante primaria, pólipos sésiles y engrosamiento focal adyacente de la pared > 4 mm) - colecistectomía.
- Pólipos entre 6-9 mm sin factores de riesgo o pólipos < 6 mm con factores de riesgo – seguimiento ecográfico a los 6 meses, 1 y 2 años.
- Pólipos < 5 mm sin factores de riesgo - no requieren seguimiento.



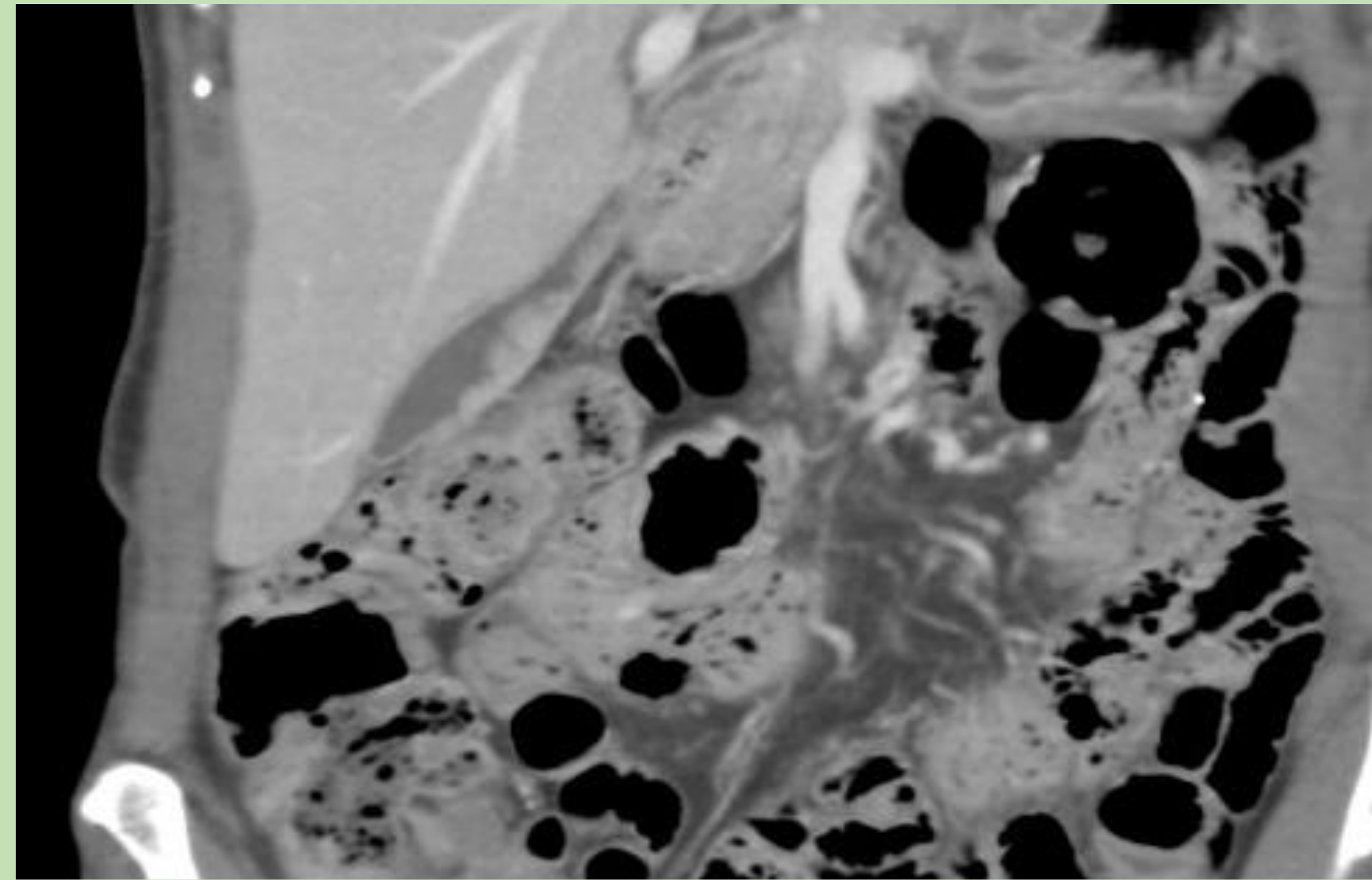
Paciente de 77 años que en TC de control por antecedente de carcinoma de recto aparece un pólipo en fundus de 6 mm. En TC realizado al año siguiente la lesión mide 20 mm. Se realiza colecistectomía con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma (pT2).

3 Formas de presentación

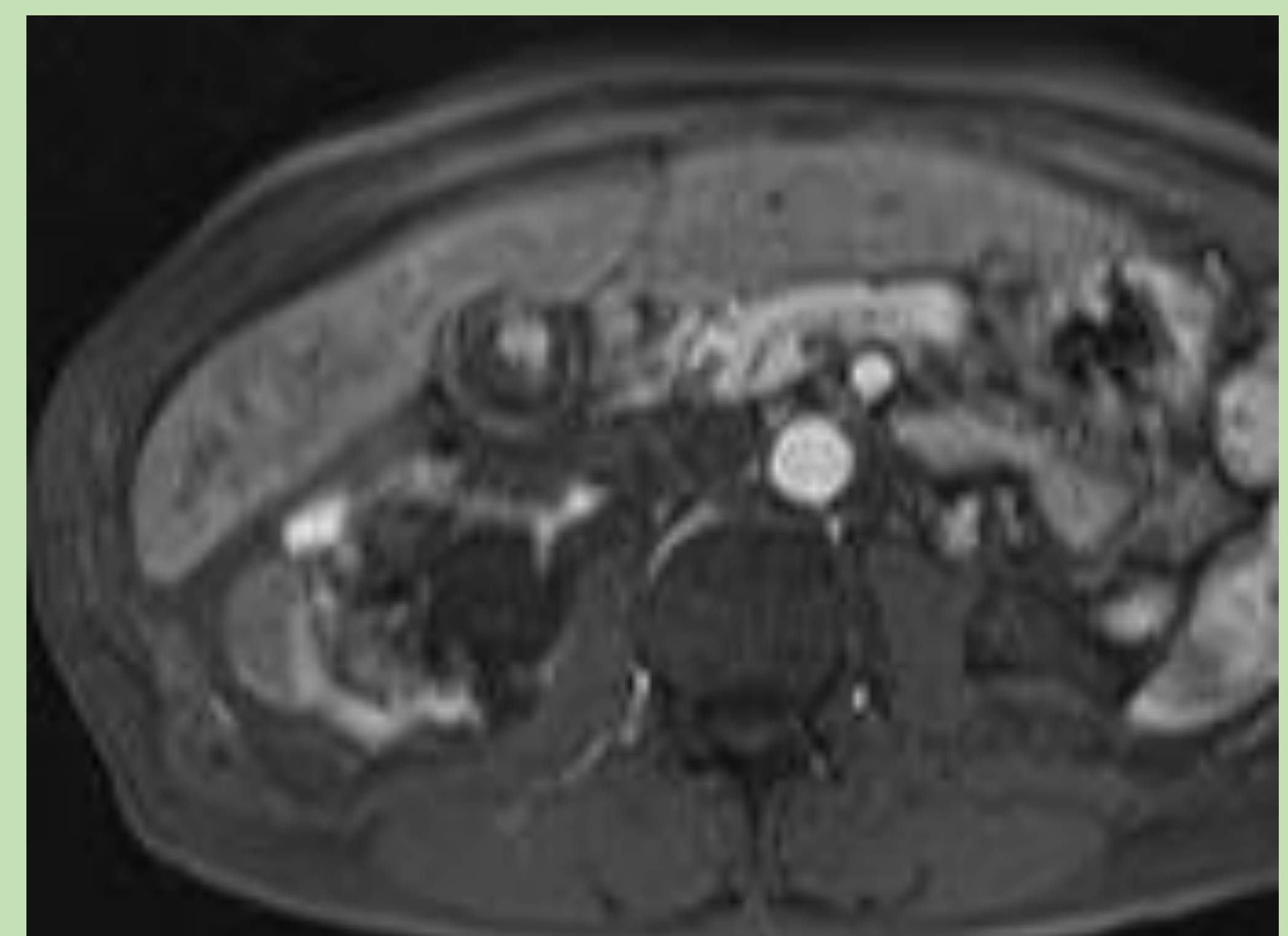
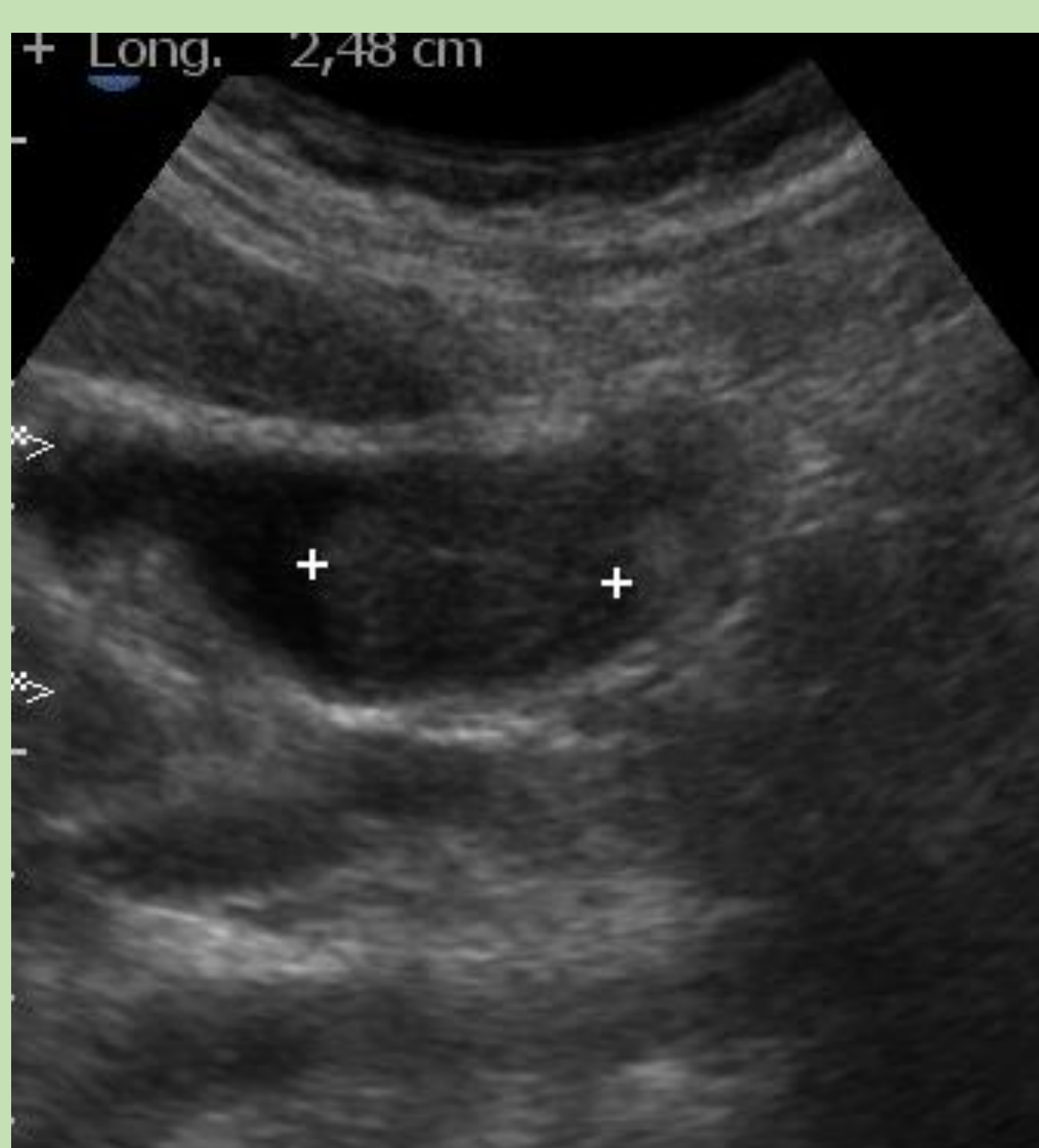
- Masa sólida en lecho vesicular



- Engrosamiento asimétrico de la pared

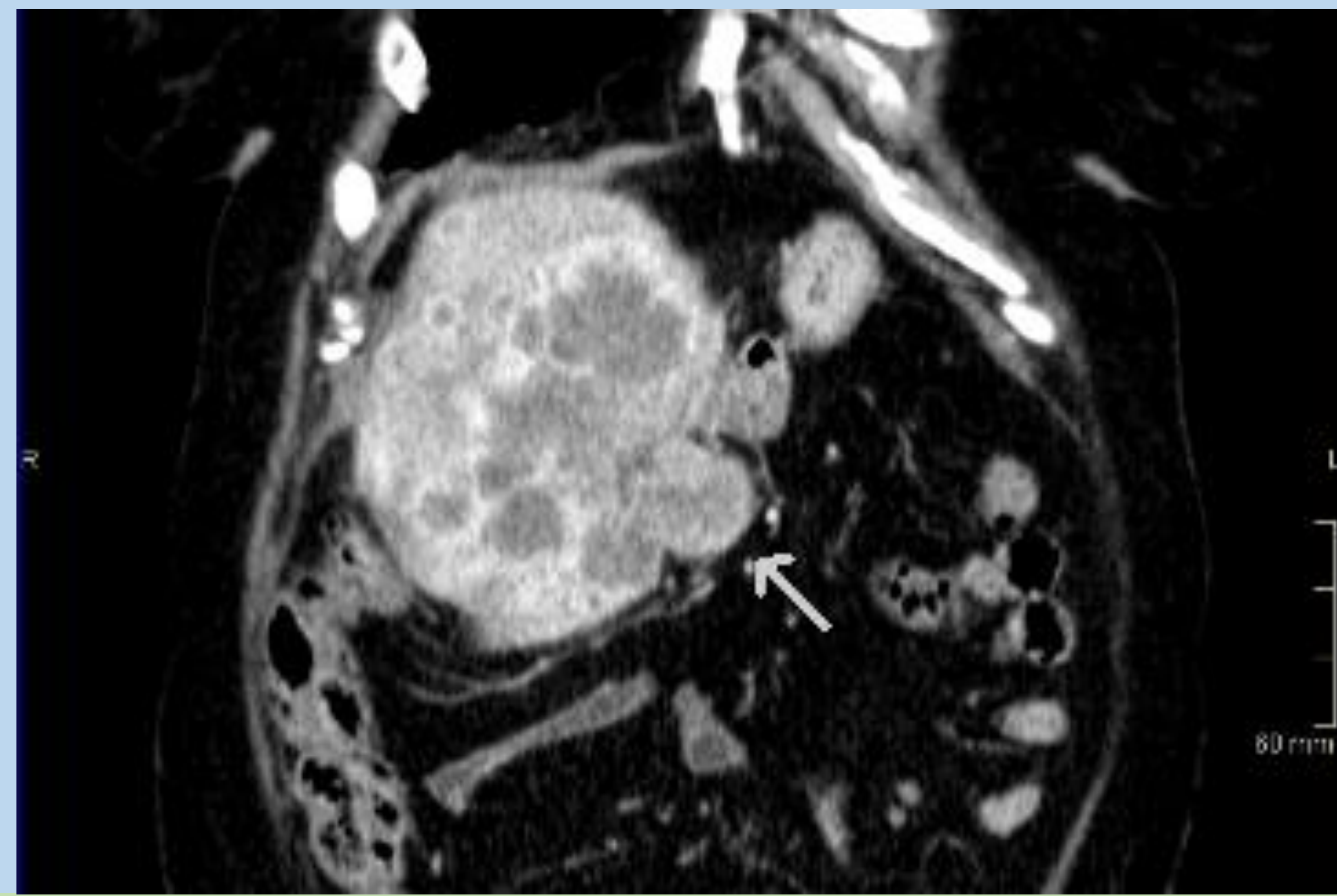


- Pólipo intraluminal



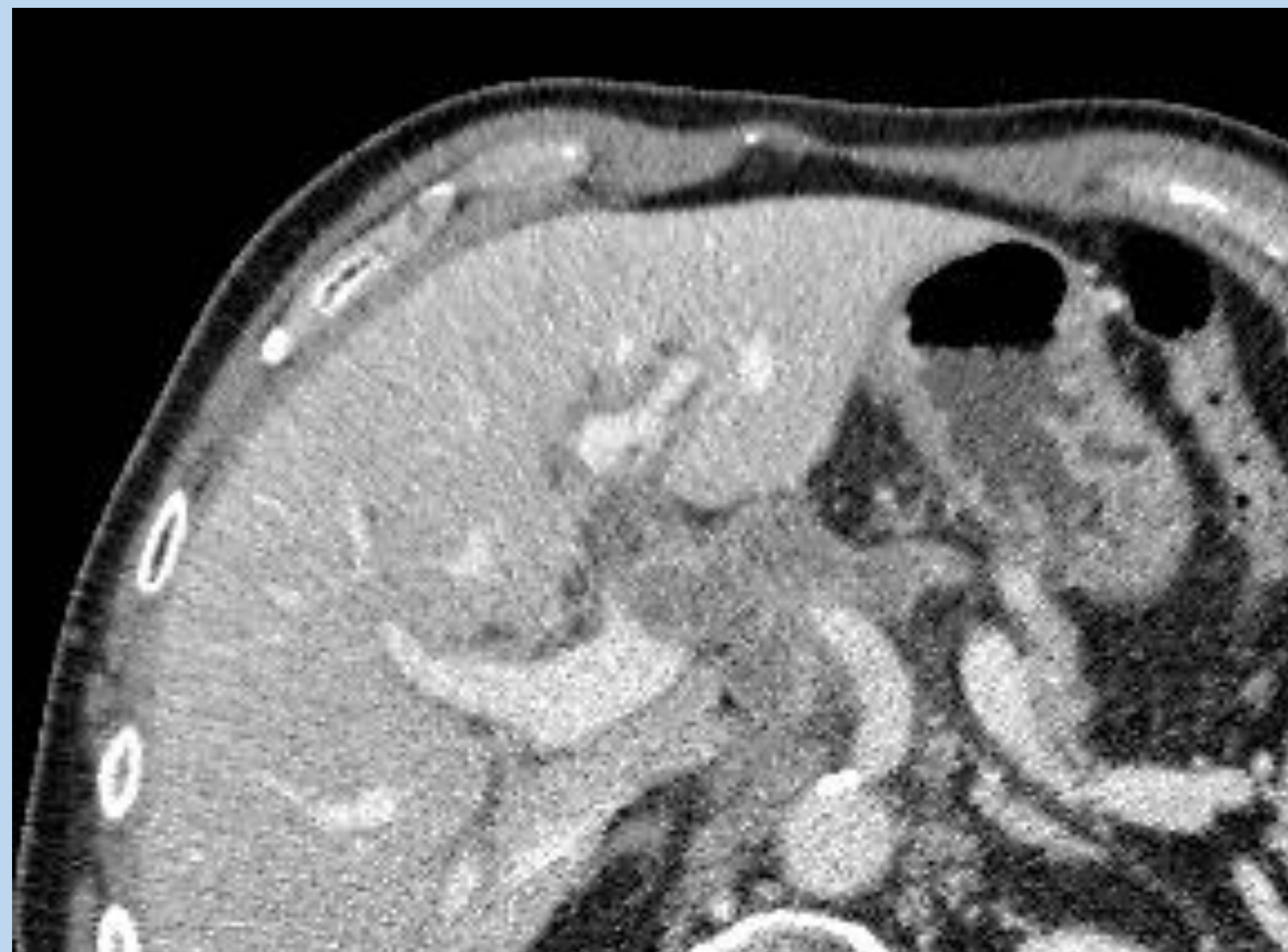
A menudo al diagnóstico el carcinoma de vesícula biliar se encuentra ya diseminado. Presenta 3 patrones de extensión:

- Directamente al hígado y órganos adyacentes



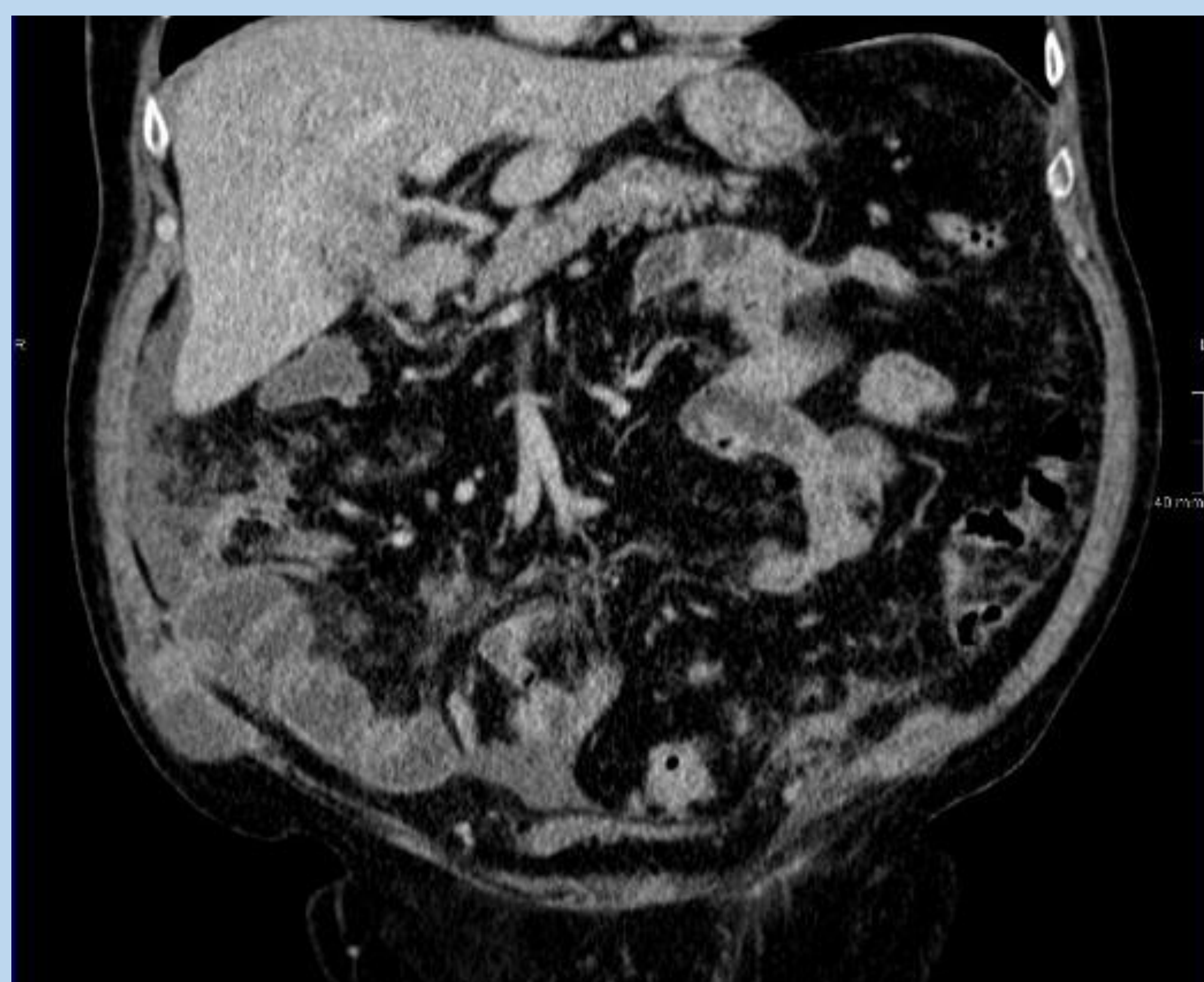
Paciente de 76 años con dolor en hipocondrio derecho. En ecografía gran masa hepática. Cortes axial y coronal de TC abdominopélvico que muestran neoplasia de vesícula biliar en contigüidad con la masa hepática.

- A través del espacio subperitoneal – por planos mesentéricos y linfáticos



TC axial y coronal muestran extensión de la tumoración de la vesícula a través del ligamento gastroduodenal hacia el páncreas, con extensa afectación adenopática en hilio hepático y ganglios del tronco celiaco.

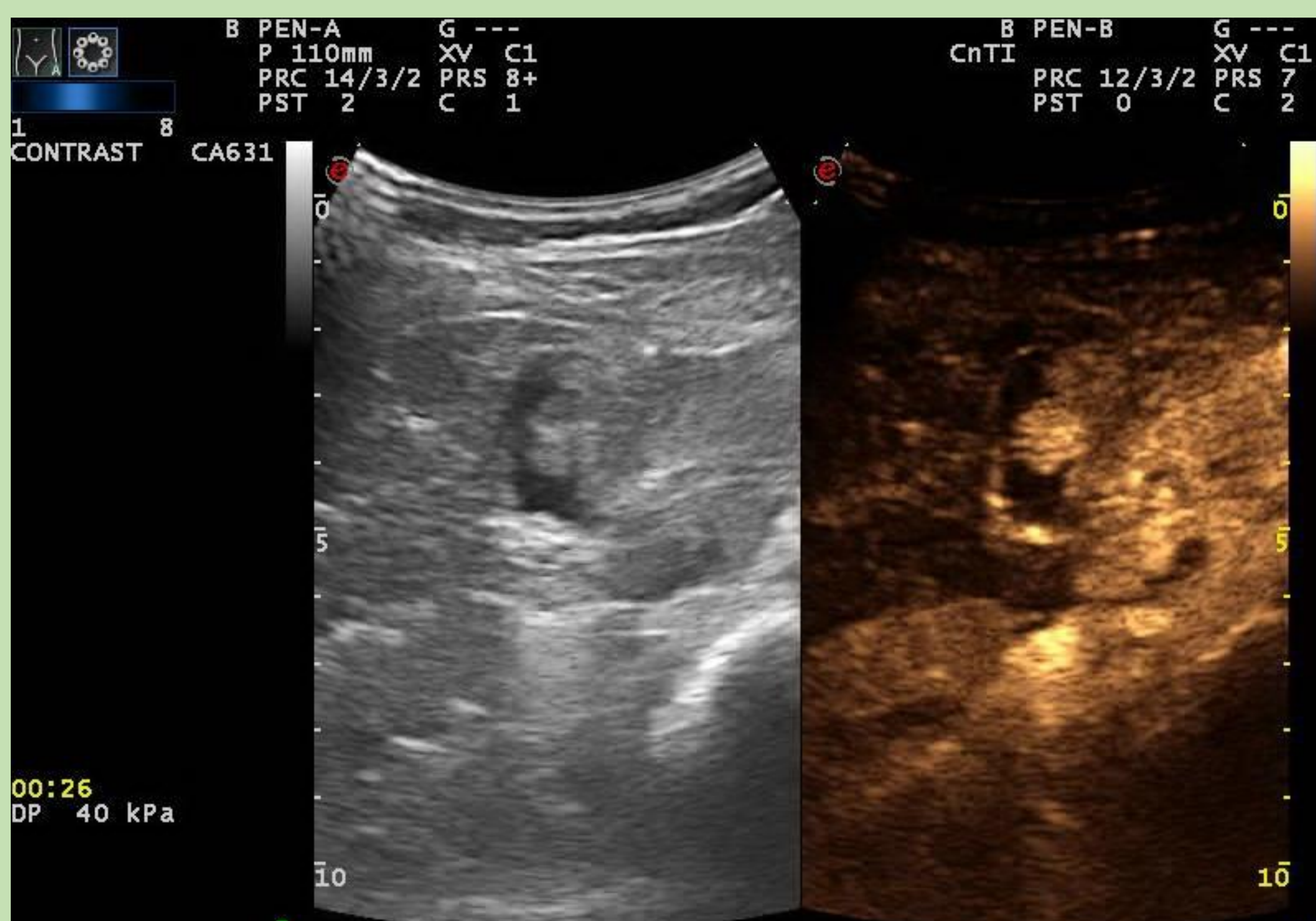
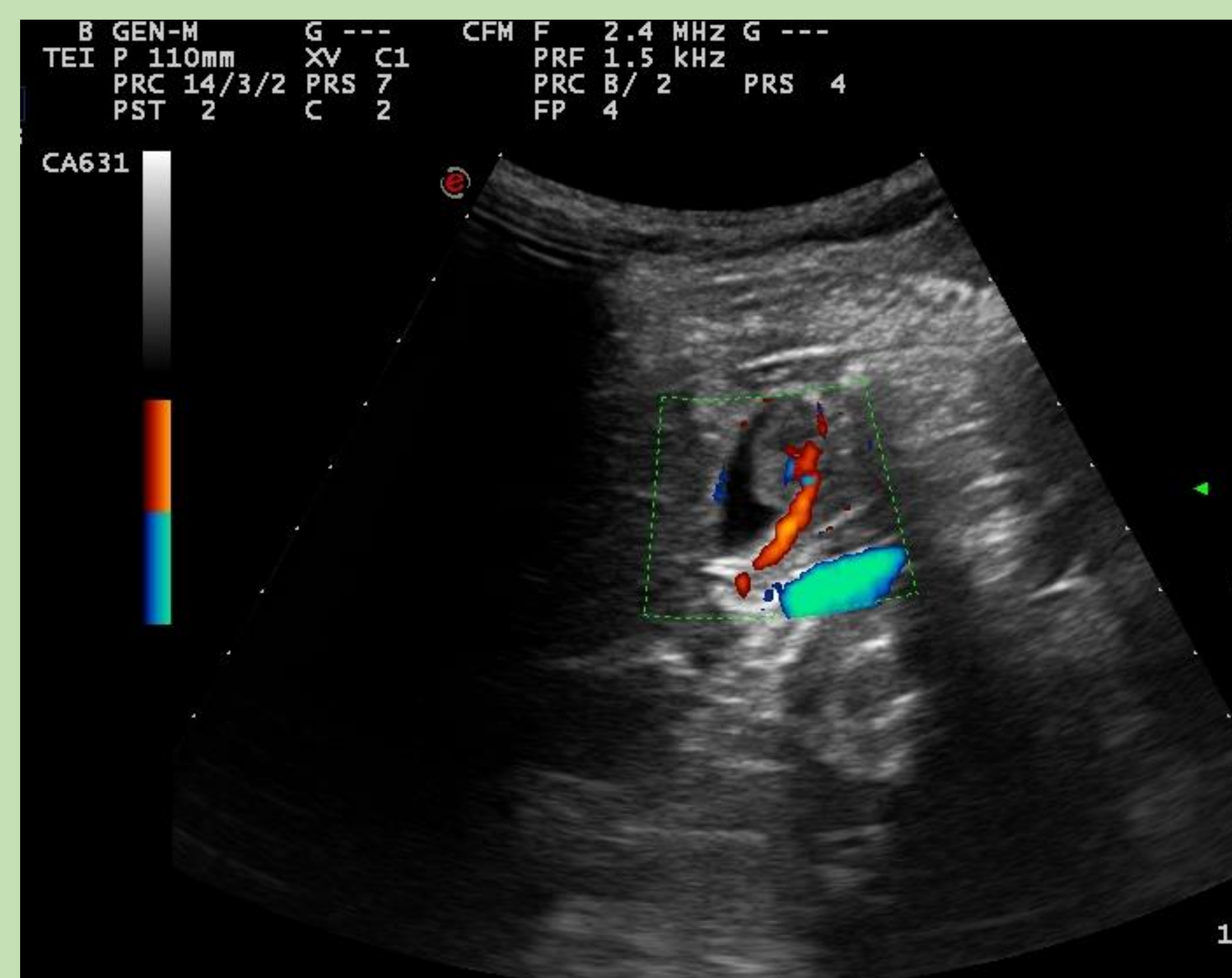
- Intraperitoneal.



Paciente con adenocarcinoma vesicular con carcinomatosis peritoneal y ascitis

Afectación metastásica de la vesícula

- Las metástasis en la vesícula biliar (VB) son raras, representando menos del 5% de todos los cánceres.
- El melanoma es el tumor que más frecuentemente metastatiza en la VB (55,6%), seguido del cáncer de mama y el hepatocarcinoma (ambos 13,6%), y del carcinoma de células renales (6,8%).



Paciente de 62 años con antecedente de melanoma en ESI hace 10 años. En ecografía abdominal se identifican 2 lesiones polipoideas que en el estudio Doppler color presentan vascularización interna y que tras la administración de CIV muestran intenso realce arterial. La TC de estadiaje no demostró otras lesiones. Tras colecistectomía se confirma el diagnóstico de melanoma.

Conclusiones:

El papel del radiólogo es esencial en el diagnóstico de la patología tumoral de la vesícula biliar, por lo que el conocimiento de sus diferentes formas de presentación es esencial para lograr un diagnóstico precoz y evitar errores que demoren su tratamiento.

Referencias

1. Guantes Del Vigo, M. B., Larrazabal Echevarria, E., Hernaiz Argudo, L., Insausti Jaca, N., & Aperribay Ulacia, M. (2018). Carcinoma de vesícula biliar: revisión radiológica y epidemiológica. Seram. Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/873>
2. Foley, K.G., Lahaye, M.J., Thoeni, R.F. et al. Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE. *Eur Radiol* (2021).
3. Lopes Vendrami C, Magnetta MJ, Mittal PK et al (2021) Gallbladder carcinoma and its differential diagnosis at MRI: what radiologists should know. *Radiographics* 41:78-95.
4. Smith, H., Jones, J. Gallbladder metastases. Reference article, Radiopaedia.org. (accessed on 19 Mar 2022) <https://doi.org/10.53347/rID-6013>
5. Cocco, G., Delli Pizzi, A., Basilico, R. et al. Imaging of gallbladder metastasis. *Insights Imaging* 12, 100 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13244-021-01049-8>