



Servicio de Cirugía General y Digestiva

Área de cirugía hepato-bilio-pancreática y bazo

Cáncer de Vesícula Biliar

**Dr. Emilio Vicente López
Dra. Yolanda Quijano Collazo**

**Dr. Hipólito Durán Giménez-Rico
Dr. Eduardo Díaz Reques
Dra. Isabel Fabra Cabrera
Dr. Ramón Puga Bermúdez
Dr. Benedetto Ielpo**



Docencia

Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro

CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR

1. La vesícula biliar

Es un órgano con forma de saco de 8-10 cms de longitud y 50 cc de volumen, situado en la parte inferior derecha del hígado. Su misión consiste en acumular y concentrar la bilis producida por el hígado. Después de las comidas la vesícula se contrae liberando la bilis acumulada, que pasa a través de un conducto (colédoco) hasta el tubo digestivo, colaborando a la digestión de los alimentos grasos.

La mayoría de los tumores malignos son adenocarcinomas y se originan en las células que forman el revestimiento mucoso del interior de la vesícula.

2. Factores de riesgo

No se conoce con exactitud la causa del cáncer de la vesícula biliar aunque si se han identificado algunos factores que pueden implicar un mayor riesgo de contraer la enfermedad. Entre ellos destacan:

-la colestiasis (piedras en el interior de la vesícula), aunque la gran mayoría de los pacientes con colestiasis nunca desarrollarán un cáncer de vesícula.

-la vesícula en "porcelana": situación en la que la pared de la vesícula se recubre de depósitos de calcio.

-Anomalías congénitas que afectan a los conductos biliares (quistes de colédoco) o a la confluencia bilio-pancreática.

-La edad (como casi todos los cánceres, es más frecuente en pacientes de más de 65 años).

-Pólipos en la vesícula biliar: en general, se recomienda extirpar la vesícula ante la presencia de pólipos mayores de 1 cm, ya que éstos tienen más probabilidades de ser malignos.

-La obesidad y las dietas ricas en hidratos de carbono y bajas en fibra pueden incrementar la susceptibilidad a padecer un cáncer de vesícula.

Todos estos factores actuarían lesionando el DNA- *material genético que contiene la información necesaria para el control de los procesos químicos de nuestro cuerpo*- ocasionando mutaciones que activan *oncogenes* (genes que estimulan la división celular) o inactivan *genes supresores* (genes que frenan la división celular) modificando el delicado equilibrio celular, pudiendo éstas multiplicarse de forma descontrolada.

3. Síntomas

A menudo sucede que éstos no aparecen hasta que la enfermedad está en una fase avanzada. Debe consultarse al cirujano ante alguno de los siguientes:

-Dolor abdominal: generalmente localizado en la zona central-derecha del abdomen.

-Nauseas y vómitos: aparece en casi el 50% de los pacientes en el momento del diagnóstico.

-Ictericia: es la coloración amarilla de la piel o del blanco de los ojos, acompañada de orinas de color oscuro y heces de color claro. Está producida por la acumulación en sangre de un pigmento que se denomina bilirrubina y que normalmente se elimina por la bilis, pasando desde el hígado al intestino a través del conducto biliar. Un tumor localizado en la vesícula puede bloquear el normal flujo de bilis. Sin embargo, puede aparecer ictericia en otras enfermedades mucho más frecuentes y benignas como la hepatitis o la colelitiasis (piedras en la vesícula biliar).

-Picores: debidos a la acumulación en la piel de sustancias que normalmente se eliminan por la bilis. Suele ir asociado a la coloración amarilla de la piel.

-Cansancio, pérdida de apetito y pérdida de peso injustificada.

4. Diagnóstico:

No es fácil establecer el diagnóstico, especialmente en fases tempranas de la enfermedad, porque los síntomas pueden no ser muy evidentes.

Todas las pruebas a las que se va a someter al paciente están encaminadas al diagnóstico de la enfermedad y a la clasificación de ésta en estadios que permitan elegir el mejor método de tratamiento.

De todas éstas pruebas destacaremos:

-*Analíticas completas de sangre, incluyendo "marcadores tumorales"*, es decir el nivel en sangre de determinadas sustancias que pueden elevarse en presencia de tumores malignos de la vesícula.

-*Ecografía abdominal*: en éste examen se utilizan ondas de sonido que rebotan en los tejidos y forman "ecos" con los que se crea una imagen que se proyecta en el monitor. Es una técnica indolora que puede proporcionar, en manos expertas, información muy valiosa del estado de la vesícula, el hígado, y del resto de los órganos abdominales.

-*TAC (tomografía axial computarizada)*: procedimiento por el cual se obtienen imágenes de alta resolución en cortes sucesivos de distintas partes del cuerpo, lo que permite su reconstrucción en dos o tres dimensiones. La TAC también puede usarse para guiar una aguja que permita tomar una pequeña muestra de tejido (biopsia) de la zona sospechosa para luego analizarse con el microscopio.

-*RMN (resonancia magnética nuclear)*: técnica que utiliza campos magnéticos y ondas de radio para obtener a través de una computadora imágenes detalladas de las distintas partes del cuerpo. Al igual que en el TAC se pueden introducir de forma intravenosa sustancias que realzan la imagen de algunos órganos.

TAC y RMN son los exámenes principales utilizados en el diagnóstico de éste tipo de tumores, permitiendo establecer la localización exacta de la lesión, su relación con estructuras vasculares (arterias y venas) y si existe diseminación a distancia (metástasis).

-*PET (iniciales de las siglas en inglés de la tomografía por emisión de positrones)*: se inyecta por vena una sustancia derivada de la glucosa que se marca con un isótopo radiactivo. El explorador rota alrededor del cuerpo y fotografía los lugares que utilizan más glucosa en el cuerpo.

Las células tumorales son más activas y consumen más glucosa por lo que se ven realizadas en las imágenes.

-*PET-TAC*: es una tecnología de última generación que combina ambas técnicas, lo que permite una localización más exacta del tumor original y de las metástasis a distancia.

-*Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)*: se introduce un tubo flexible con iluminación (endoscopio) por la boca llegando hasta el duodeno y localizando la "papila" (orificio en el que confluyen el conducto de la bilis y el del páncreas). A través de ella se introduce una sustancia de contraste que permite ver si existen tumores o zonas de obstrucción. Se pueden tomar biopsias y/o colocar un pequeño tubo de plástico (stent) que permitiría aliviar la obstrucción al flujo de bilis mejorando el picor y la ictericia antes de la operación.

-*ECO-Endoscopia*: utiliza un endoscopio que lleva acoplado un pequeño ecógrafo, de manera que a través de la pared del estómago o del duodeno es posible hacer una ecografía más detallada del conducto biliar, del hígado y del estado de los ganglios linfáticos de la zona. Permite detectar pequeñas lesiones que de otra forma podrían pasar inadvertidas así como tomar muestras de tejido de la zona sospechosa que luego son examinadas en el microscopio (biopsia).

-*Colangiografía transparietohepática (CTPH)*: se punciona el hígado pasando con una aguja fina a través de la piel y de las costillas, se introduce un material de contraste y se realizan unas radiografías que nos dibujan el mapa de los conductos biliares. Si se visualiza una zona de obstrucción se puede dejar colocado una sonda o catéter que permitirá el paso de la bilis, bien hacia el intestino o hacia una bolsa fuera del cuerpo.

-*Laparoscopia*: este examen se practica en el quirófano y bajo anestesia general. El cirujano, a través de una pequeña incisión (corte) de 1-2 cm en la pared abdominal, introduce un sistema óptico (laparoscopio) conectado a una cámara que permite obtener una imagen magnificada de los órganos del interior del paciente. Se pueden tomar biopsias y visualizar si el tumor está extendido a otros órganos.

5. Tratamiento

Una vez evaluadas todas las pruebas es posible planificar la estrategia más adecuada, en función del estadio de la enfermedad y del estado general de cada

paciente. Existen tres líneas fundamentales de tratamiento, aunque en muchos casos puede ser necesaria una combinación de varias de las mismas.

1. CIRUGÍA: se recurre a ella en dos situaciones:

a) Cuando el tumor es extirpable (**cirugía con intención curativa**): es una cirugía agresiva y compleja que se debe llevar a cabo sólo por equipos de cirujanos especialmente entrenados en ésta patología. El tipo de cirugía depende de la extensión del tumor y puede ir desde una colecistectomía simple (extirpación sólo de la vesícula) por vía abierta o laparoscópica hasta extirpaciones más amplias que incluyen la vesícula, una parte del hígado y los ganglios regionales.

Después de este tipo de cirugía, el paciente puede necesitar, permanecer 24-48 horas en la UCI (unidad de cuidados intensivos) y en el hospital durante aproximadamente 2 semanas. La recuperación en el domicilio varía en cada caso, pero en general es de 1-2 meses antes de volver a su actividad normal.

b) Cuando el tumor se ha diseminado y no es posible extirparlo en su totalidad puede ser necesario operar al paciente (**cirugía con intención paliativa**) para aliviar los síntomas, generalmente la ictericia, realizando derivaciones biliares (empalmes que evitan la zona obstruida del conducto biliar) que permiten el paso de la bilis hacia otra zona del tubo digestivo.

Hoy en día, y gracias a las nuevas tecnologías de diagnóstico por imagen, son pocos los pacientes que necesitan este tipo de cirugía pudiendo colocarse bajo control radiológico prótesis metálicas ("stents") en el conducto obstruido que permiten aliviar el flujo de bilis y mejorar los síntomas.

2. RADIOTERAPIA:

Es un tratamiento en el cual se utilizan distintos tipos de radiación para destruir las células tumorales. La radiación se puede administrar de forma externa, con una máquina que irradia desde fuera una parte del cuerpo, o interna, mediante la utilización de dispositivos (agujas o catéteres con una sustancia radioactiva sellada en su interior) que se introducen dentro de o próximos al tumor. En determinadas situaciones puede ser necesario administrar la radioterapia durante la operación para lo cual disponemos de un quirófano diseñado específicamente con este fin.

3. QUIMIOTERAPIA:

Se utilizan fármacos que destruyen las células cancerosas o evitan su multiplicación. La quimioterapia sola no cura el cáncer de vesícula, por lo que en general se utiliza como terapia adyuvante (usada en colaboración con la terapia principal, la cirugía). En ocasiones se debe usar quimioterapia en combinación con radioterapia con el fin de que las células tumorales sean más sensibles a la radiación y prevenir la reaparición de la enfermedad en otras zonas del cuerpo.

6. Pronóstico

El pronóstico (esperanza de vida) después de ser tratado de un tumor de vesícula biliar va a depender fundamentalmente de los siguientes hechos:

-Si es posible una extirpación completa con la cirugía.

-Del estadio del cáncer: éste se establece en función de 3 parámetros: tamaño del tumor, afectación de ganglios linfáticos y afectación de órganos a distancia.

-Del estado de salud del paciente.

-De la existencia o no de recurrencias (reaparición de la enfermedad en la zona de la cirugía o en otros órganos alejados).

El cáncer de vesícula puede controlarse sólo si se detecta antes de su diseminación y puede extirparse con la cirugía. Si se ha extendido, el tratamiento será sólo paliativo (mejorar la calidad de vida del paciente controlando los síntomas y las complicaciones que puedan aparecer).

7. Revisiones:

Una vez que el paciente ha sido dado de alta el equipo médico programará una serie de revisiones periódicas para las que será necesario que se someta a unos análisis completos y generalmente una o varias pruebas de imagen (TAC, RMN o PET-TAC) que permitirán conocer la evolución de su enfermedad.

8. Adaptarse a vivir con un cáncer de vías biliares:

Esta enfermedad cambiará la vida del paciente y de su familia. Le hará plantearse múltiples cuestiones acerca de su tratamiento, efectos secundarios, calidad de vida, evolución...

El equipo de profesionales que le atiende es el más indicado para responderlas y podrá sugerirle y ayudarle a encontrar grupos de apoyo, ayuda psicológica u otros recursos relacionados.

Deberá adoptar un nuevo estilo de vida cuyas líneas fundamentales son:

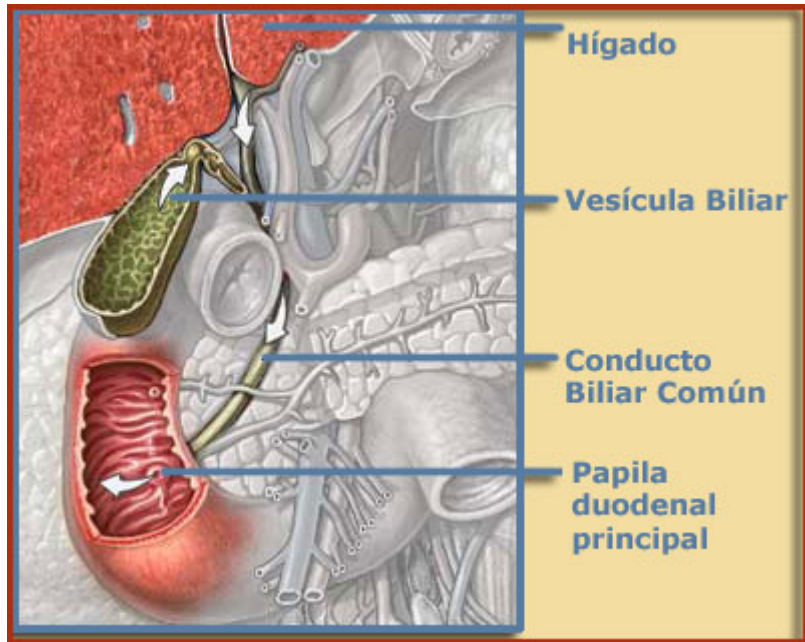
-Evitar el consumo de tabaco y de alcohol.

-Hacer ejercicio físico suave 3 veces por semana: mejorará su situación cardiovascular, disminuirá su sensación de fatiga y hará bajar sus niveles de ansiedad.

-Comenzar, en la medida de lo posible, con su trabajo habitual o con las facetas de éste que le son más agradables.

-Llevar una dieta adecuada: después de la operación y durante el tratamiento con radio o quimioterapia, las náuseas, la falta de apetito y la pérdida de peso son habituales. Comer menos cantidad y más veces al día (5 tomas) seleccionando una dieta rica en frutas, vegetales e hidratos de carbono, evitando las comidas grasas le ayudará.

Nadie puede cambiar el hecho de que padezca ésta enfermedad pero si puede cambiar la forma de afrontar el resto de su vida. Estas recomendaciones harán que se sienta mejor física y emocionalmente.





Teléfono Hospital: +34 91 756 78 00.

**Teléfono Consultas externas:
+34. 91 756 79 00 / 902 10 74 71.**

**Teléfono Consultas Cirugía General:
+34 91 756 79 00. Ext: 4136.**

Fax: +34 91 750 04 55

<http://www.cirugiasanchinarro.es>

email: cirugiasanchinarro@hospitaldemadrid.com