

TUMORES INFRECIENTES DE VESÍCULA BILIAR: REPORTE DE DOS CASOS CLINICOS

INFREQUENT TUMORS OF GALLBLADDER. REPORT OF TWO CASES.

Javier E. Sánchez, Roberto A. Vogelmann; Mauro F. Sartori
Dra. Carmen Beltrame

Lugar de Trabajo: Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas. Carrera de Medicina. Facultad de Medicina.
UNNE. Sargento Cabral 2001 – 3400. Corrientes (Argentina)

RESUMEN

Objetivos: Presentar 2 casos anátomo clínico patológico de tumores infrecuentes de vesícula biliar.

Introducción: Las neoplasias de vesícula biliar son infrecuentes (1% de cánceres en general) ocupando el 5to lugar dentro del aparato digestivo. El Adenocarcinoma es el más frecuente. Pero también existen otros tumores más raros como el Cáncer Escamoso, el Adenoescamoso, los Linfomas malignos y Melanomas Primario y Secundario (Metástasis).

Los linfomas no Hodgkin extranganglionares asociados a mucosas tipo MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) afectan primariamente al estómago, y mas raramente la vesícula biliar.

También encontramos raramente metástasis, siendo el melanoma maligno uno de los que con mayor frecuencia metastatiza a nivel vesicular.

Casos clínicos: Presentación de dos casos clínico-patológico de tumores infrecuentes de vesícula biliar. Caso 1: Paciente de 73 años de sexo femenino que es intervenida quirúrgicamente por cuadro de colecistitis. Caso 2: Paciente de 76 años de sexo masculino con antecedentes de melanoma en rodilla es intervenido quirúrgicamente.

Discusión: En el primer caso se diagnosticó un linfoma de bajo grado, de células pequeñas con patrón folicular asociado a mucosas (MALT) en vesícula biliar. Y en el segundo caso una metástasis de un melanoma también en vesícula biliar.

El cáncer de vesícula biliar es de mal pronóstico, generalmente diagnosticado en etapas avanzadas debido a su escasa repercusión clínica en estadios iniciales o por un cuadro agudo como en los casos presentados, siendo fundamental e imprescindible diagnosticarlo mediante el estudio anatómo-patológico.

Palabras claves: tumores - vesícula biliar – linfoma - melanoma

SUMMARY

Objectives: To present 2 cases anatomo clinical pathology rare tumors of the gallbladder.

Introduction: The gallbladder tumors are rare (1% of cancers in general) occupy the 5th place in the digestive system. Adenocarcinoma is the most frequent. But others are more rare tumors such as cancer Scaled on Adenosquamous, lymphomas and malignant melanomas primary and secondary (metastases).

Non-Hodgkin's lymphoma associated with mucosal extranganglionares type MALT affect primarily the stomach and more rarely the gall-bladder.

We also found rarely metastasized malignant melanoma remains one of the most often metastasize to vesicular level.

Cases Report: Presentation of two cases clinical pathology rare tumors of the gallbladder. Case 1: A 73 years girl is undergoing surgery for cholecystitis box. Case 2: Patient 76 years old male with a history of melanoma is in knee surgery.

Discussion: In the first case was diagnosed with low grade lymphoma, small cell follicular pattern associated with oral mucosa (MALT) in gallbladder. And in a second case of metastatic melanoma too in the gallbladder.

The gallbladder cancer with a poor prognosis is usually diagnosed at advanced stages due to low clinical impact on early or acute cases as being fundamental and essential to diagnose by pathologic examination.

Keywords: tumors – gallbladder – lymphoma - melanoma

INTRODUCCION

Las neoplasias de vesícula biliar son infrecuentes (1% de cánceres en general) ocupando el 5to lugar dentro del aparato digestivo. El Adenocarcinoma es el más frecuente, en casi un 90% y su máxima incidencia se produce en la séptima década de la vida. Se observa más frecuentemente en mujeres (3:1). Pero también

existen otros tumores más raros como el Cáncer Escamoso, el Adenoescamoso, los Linfomas malignos y Melanomas Primario y Secundario (Metástasis)^{1, 2}.

Entre los factores asociados al cáncer vesicular encontramos a los cálculos vesiculares (colecistitis), quistes de colédoco, vesícula en porcelana, unión anormal del conducto biliar.

pancreático, factores genéticos, los carcinógenos como el azotolueno y las nitrosaminas, los estrógenos y los pólipos adenomatosos³.

Estas neoplasias muestran una sintomatología inespecífica y tardía en relación con invasión de órganos y al diagnosticarse a menudo son irresecables. La supervivencia a los 5 años es menos del 5%⁴.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con la colecistitis aguda, colecistitis crónica, adenomiosis y colecistitis xantogranulomatosa entre otras entidades⁵.

Los linfomas no Hodgkin extranganglionares asociados a mucosas tipo MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) afectan primariamente al estómago, y mas raramente la vesícula biliar. Histológicamente puede ser clasificado en 2 grupos: de bajo y de alto grado⁶.

También encontramos raramente metástasis, siendo el melanoma maligno uno de los que con mayor frecuencia metastatiza a nivel vesicular^{2,4}.

Casos Clínicos

Caso 1: Paciente de 73 años de edad, sexo femenino, que ingresa al servicio de Emergencias de un Centro de Salud con un cuadro de 2 días de evolución, el mismo presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecho (HD) de intensidad progresiva, irradiado a la espalda, de característica punzante no cede con analgésicos, sin posición antalgica, concomitantemente presentó náuseas con tres episodios de vómitos de contenido bilioso y fiebre en una ocasión de 38°C.

Examen físico: A la inspección general se detecta una leve ictericia en piel y mucosas.

Frecuencia Cardíaca: 82 latidos por minuto, Tensión Arterial: 130/70 mm Hg, Frecuencia Respiratoria: 16 ciclos por minuto, Temperatura: 37,8°C

Abdomen: A la inspección presenta abdomen globoso, tono aumentado. A la palpación presenta dolor en HD, con características de vesícula biliar palpable. Signo de Murphy (+). A la percusión sin pérdida de la matidez hepática, percusión dolorosa en HD y ruidos hidroaéreos ausentes.

Aparato respiratorio: buena entrada bilateral de aire, sin ruidos anormales agregados.

Aparato cardiovascular: R1 y R2 normofonéticos, silencios libres.

Laboratorio: Hematocrito: 40%, Glóbulos blancos: 13.100/mm³ con desviación a la izquierda, VSG: 40 mm/h, Glucemia: 90 mg/dl, Uremia: 24 mg/dl, bilirrubina total: 2,5 mg%, bilirrubina indirecta: 1,4 mg%, bilirrubina directa: 1,1 mg%, Fosfatasa Alcalina: 310 mU/ml, GGT: 143 mU/ml.

Electrocardiograma: normal.

Ecografía: Vesícula biliar con engrosamiento irregular de la pared y múltiples cálculos.

Tomografía Axial Computada: Vesícula litiasica, con pared engrosada de 4,5 mm y bordes irregulares. No hay dilatación del resto de la vía biliar.

Se asume como un cuadro de abdomen agudo por lo cual se decide intervenir a la paciente quirúrgicamente.

Anatomía Patológica

Se obtiene pieza de resección quirúrgica de vesícula biliar conservada en formol para realizar estudios anátomo-patológicos.

Macroscopía: vesícula biliar de 7 cm. de longitud, serosa congestiva. Al corte cavidad ocupada por litiasis y mucosa verde con aspecto polipoidea (Fig.1).

Microscopía: mucosa aplanada y reemplazada por proliferación de linfocitos pequeños, algunos con núcleos irregulares, disponiéndose en patrón folicular pobremente diferenciado. Dicha lesión compromete la totalidad de la mucosa. El resto de las capas presenta congestión (Fig. 2).

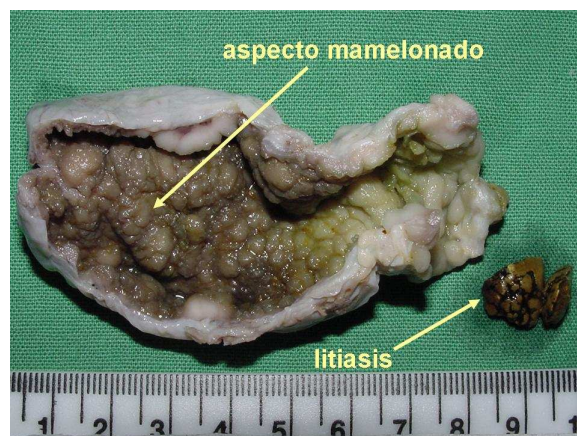


Fig.1 Vesícula biliar con mucosa de aspecto mamelonado

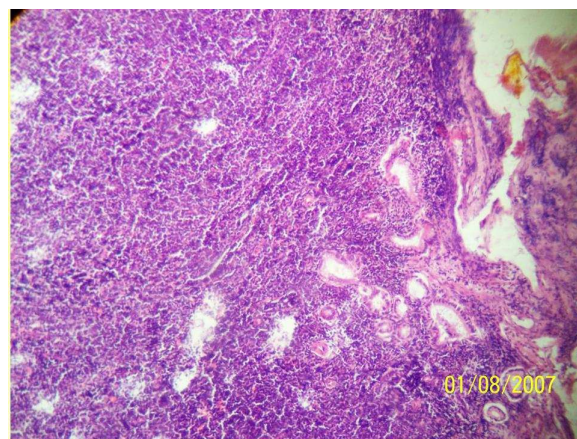


Fig. 2 H/E. Mucosa infiltrada por células linfoides

Inmunomarcación: Técnica de inmunoperoxidasa para la demostración de AE1-AE3, Vimentina, Antígeno Común Leucocitario (ACL), L-26 (CD20), CD3, CD5, CD23 y BCL-2, utili-

zando sueros mono y policlonales, como sistema de detección Avidina-Biotina y como revelador Diaminobenzidina.

Se observó positividad difusa en material correspondiente a vesícula biliar con ACL y L-26. Con AE1-AE3 se observan aislados complejos linfopiteliales. Los marcadores restantes fueron negativos (Fig. 3 y 4).

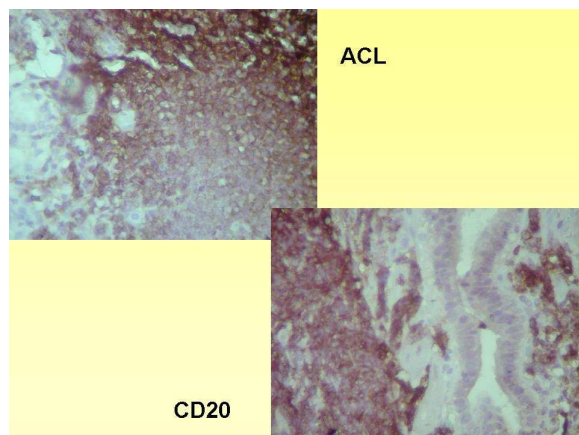


Fig. 3 Inmunomarcación: positividad de cél. Neoplásicas con ACL y CD20

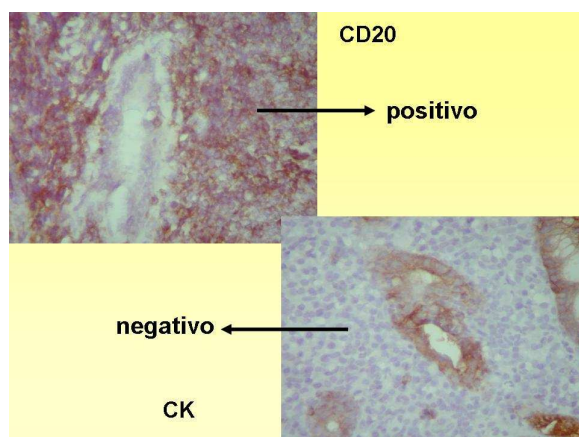


Fig. 4 Inmunomarcación: cél. neoplásicas positiva con CD20 y negativa con CK.

Caso 2: Paciente de 76 años de edad, sexo masculino, que ingresa al servicio de Emergencias de un Centro de Salud por presentar dolor tipo cólico en epigastrio e HD, de elevada intensidad no cediendo con analgésicos comunes, sin repercusión funcional digestiva.

Al examen físico: paciente apirético, anictérico. Frecuencia Cardíaca: 72 latidos por minuto, Tensión Arterial: 120/65 mm Hg, Frecuencia Respiratoria: 12 ciclos por minuto, Temperatura: 36,5°C

Abdomen: a la palpación se constata dolor en HD. Signo de Murphy (+). No se observan hepatomegalia y esplenomegalia.

Aparato respiratorio: buena entrada bilateral de aire.

Aparato cardiovascular: R1 y R2 normofonéticos, silencios libres.

Laboratorio: Hematocrito: 41%, Glóbulos blancos: 12.500/mm³, VSG: 33 mm/h, Glucemia: 83 mg/dl, Uremia: 32 mg/dl, bilirrubina total: 1,2 mg%, Fosfatasa Alcalina: 75 mU/ml.

Electrocardiograma: normal.

Ecografía: Vesícula biliar con engrosamiento de la pared de 2,5 mm.

Como antecedente patológico de importancia cabe mencionar que el paciente presenta un melanoma en rodilla derecha.

En este caso también se asumió como un cuadro de abdomen agudo por lo cual se decide intervenir quirúrgicamente al paciente.

Anatomía Patológica

Se obtiene pieza de resección quirúrgica de vesícula biliar conservada en formol para realizar estudios anátomo-patológicos.

Macroscopía: vesícula biliar de 7 cm de longitud, serosa congestiva. Al corte se observa un nódulo negro de 2 cm de diámetro y en la mucosa un pólipo de 1 cm de color negro (Fig. 5).

Microscopía: mucosa vesical alterada por la presencia de células epiteliales atípicas, con macro y anisocariosis, núcleos prominentes y presencia de pigmento melánico. Dichas células infiltran toda la pared hasta serosa. El resto de la mucosa se halla congestiva (Fig. 6 y 7).



Fig. 5 Vesícula biliar con formación nodular de color negruzco.

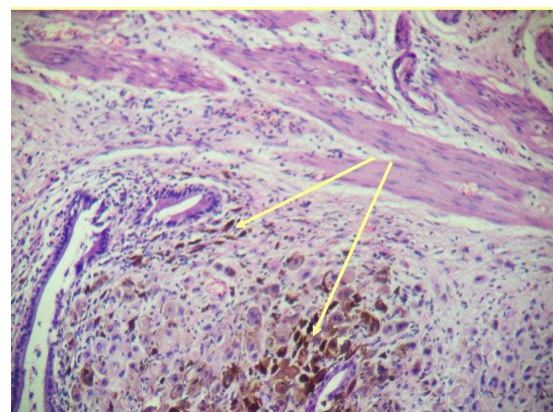


Fig. 6 H/E Infiltración de pared y mucosa con pigmentación melánica.

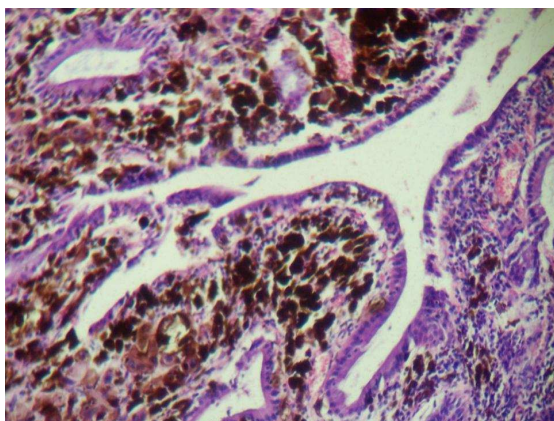


Fig. 7 H/E Mucosa con melanocitos atípicos

DISCUSION

Hemos de recordar que la neoplasia de vesícula es una entidad poco frecuente. Se trata en la gran mayoría de adenocarcinomas y se asocian con muy alta frecuencia a colelitiasis.

La sintomatología es inespecífica y tardía en relación con invasión de órganos adyacentes o de la vía biliar.

La supervivencia es baja con menos de un 5% a los 5 años.

Con respecto a nuestros casos clínicos, en el primero de ellos se diagnosticó un linfoma de bajo grado, de células pequeñas con patrón folicular asociado a mucosas (MALT); y en el segundo una metástasis de un melanoma.

Debemos destacar la importancia del estudio anatomopatológico como así también de la técnica de inmunomarcación para poder arribar a un diagnóstico de certeza.

El cáncer de vesícula biliar es de mal pronóstico, generalmente diagnosticado en etapas avanzadas debido a su escasa repercusión clínica en estadios iniciales o por un cuadro agudo como en los casos presentados, siendo fundamental e imprescindible diagnosticarlo mediante el estudio anatomopatológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Crawford JM. Hígado y vías biliares. En: Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robbins y Cotran, Patología Estructural y Funcional. 7ª Edición. Madrid: Ed. El Sevier; 2005; 935-40.
2. Rosai J. Liver and biliary tract. En: Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. 8ª Edition. St. Louis Missouri: Ed. Mosby; 1996; Vol 1: 947-63.
3. Goldblum JR. Gallbladder, extrahepatic biliary tract and pancreas. En: Iacobuzio-Donahue CA, Montgomery EA. Gastrointestinal and Liver Pathology. 1ª Edition. New York: Ed. Churchill Livingstone. El Sevier; 2005; 439-63.
4. Wick MR. Tumors of liver and biliary tract. En: Silverberg SG, Delellis RA, Frable WJ. Principles and Practice of Surgical Pathology and Cytopathology. 3ª Edition. New York: Ed. Churchill Livingstone; 1997; Vol 2: 2056-68.
5. Williams AR. Diagnosis of liver and biliary tract. En: Al-Nafussi AI, Hughes DE. Histological Diagnosis of Tumors by Pattern Analysis. 1ª Edition. London: Ed. Arnold; 1997; 334-6.
6. Piña-Oviedo S, Ortiz-Hidalgo C. Linfoma de células B de la zona marginal extraganglionar del tejido linfoide asociado a mucosas (linfoma MALT). Evolución histórica y conceptos actuales. Gac Méd Méx 2007; 143 (3): 237-44