

*Cáncer de vesícula biliar. A propósito de un caso*  
**Gallbladder cancer. About a case**

Richard Marcial Gálvez Vila<sup>1</sup> , Alexander Benavides Jiménez<sup>2</sup> , Daniel Alberto Herrera Sánchez<sup>1</sup> , Gretter Robaina Rodríguez<sup>3</sup> 

1 Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas "Dr. Juan Guiterras Gener". Matanzas, Cuba.

2 Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Guantánamo, Cuba.

3 Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Faustino Pérez, Matanzas. Cuba.

**Recibido:** 06/10/2024  
**Aceptado:** 15/12/2024  
**Publicado:** 31/12/2024

**Palabras clave:** Cáncer; Carcinoma; Caso Clínico; Diagnóstico Precoz; Dolor Abdominal; Reporte de Caso; Vesícula Biliar.

**Keywords:** Cancer; Carcinoma; Clinical Case; Early Diagnosis; Abdominal Pain; Case Report; Gallbladder

**Citar como:** Gálvez Vila RM, Benavides Jiménez A, Herrera Sánchez DA, Robaina Rodríguez G. Cáncer de vesícula biliar. A propósito de un caso. UNIMED [Internet]. 2024. [citado fecha de acceso]; 6(3). Disponible en: <https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/400>

## RESUMEN

El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia más frecuente del tracto biliar de carácter agresivo, con pronóstico sombrío, constituye un reto por su estadio avanzado al momento del diagnóstico. Ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia dentro de las neoplasias malignas del aparato digestivo. Se presenta un paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de ingestión de bebidas alcohólicas, úlcera gástrica, e intervención quirúrgica de urgencia por úlcera gástrica perforada hace 25 años. Se recibe en servicios médicos con dolor abdominal tras ingerir grasas y dolor en fosa ilíaca derecha. Se realizaron una serie de estudios complementarios y se diagnosticó cáncer de vesícula biliar. Se concluye que el diagnóstico oportuno del cáncer de vesícula biliar y la realización de la colecistectomía en etapas tempranas de la enfermedad es la principal causa de sobrevida en estos pacientes.

## Abstract

Gallbladder cancer is the most frequent aggressive neoplasm of the biliary tract, with a poor prognosis, and is a challenge due to its advanced stage at the time of diagnosis. It ranks fifth in order of frequency among malignant neoplasms of the digestive system. A 58-year-old male patient with a history of alcohol consumption, gastric ulcer, and emergency surgery for a perforated gastric ulcer 25 years ago is presented. He was admitted to medical services with abdominal pain after eating fats and pain in the right iliac fossa. A series of complementary studies were performed and gallbladder cancer was diagnosed. It is concluded that the timely diagnosis of gallbladder cancer and the performance of cholecystectomy in early stages of the disease is the main cause of survival in these patients.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas de la cirugía biliar es el cáncer de las vías biliares y de la vesícula biliar, no solo por la cirugía a realizar, sino por el diagnóstico tardío que conduce a incrementar la complejidad de la intervención. En la etapa inicial no existen síntomas o signos específicos. Su presentación tiene lugar en etapas avanzadas cuando solo resta instaurar tratamientos paliativos.<sup>1</sup>

Es la enfermedad maligna más común del sistema biliar, representa del 80 al 95 %, con tendencia a incrementarse durante el envejecimiento; y la quinta en frecuencia de todo el tracto gastrointestinal. Se encuentra en el 1 al 2 % de cada 100 vesículas que se extraen en la práctica quirúrgica diaria, debido a la enfermedad litiásica.<sup>2</sup>

Las estadísticas referentes a esta afección en Cuba no difieren del resto del mundo, pues reflejan su baja incidencia; por lo que no se incluye dentro de las diez primeras neoplasias malignas. En la isla se informan tasas de incidencia que varían de 0,8 a 1,3 casos por cada 100 000 habitantes, el sexo femenino es el más afectado, con una relación mujer/hombre de 4/1 y solo en una pequeña parte de los pacientes la enfermedad se diagnostica en el estado resecable.<sup>3</sup>

La supervivencia global del cáncer de vesícula es de seis meses y a los cinco años postcirugía; sin embargo, revisiones multiinstitucionales, realizadas en Japón, reportan una supervivencia de cinco años en cerca del 50 %, lo que sugiere que la resección quirúrgica planificada pudiera desempeñar una función importante en cambiar el fatal comportamiento y la evolución natural de la enfermedad.<sup>2</sup>

Las condiciones más evidentes asociadas a este cáncer son la enfermedad litiásica y la colecistitis crónica, pues la colelitiasis se asocia al cáncer de vesícula entre un 75 a 98 % de los casos.<sup>4</sup> Debido a lo anteriormente expuesto, el presente artículo tiene como objetivo describir un caso de cáncer de vesícula biliar en un paciente masculino de 58 años de edad.

---

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de ingestión de bebidas alcohólicas y úlcera gástrica por lo cual fue intervenido de urgencia hace aproximadamente 25 años con diagnóstico operatorio de úlcera gástrica perforada realizándose resección de la misma y gastroyeyunoanastomosis en asa de Brown según los datos aportados en la historia clínica.

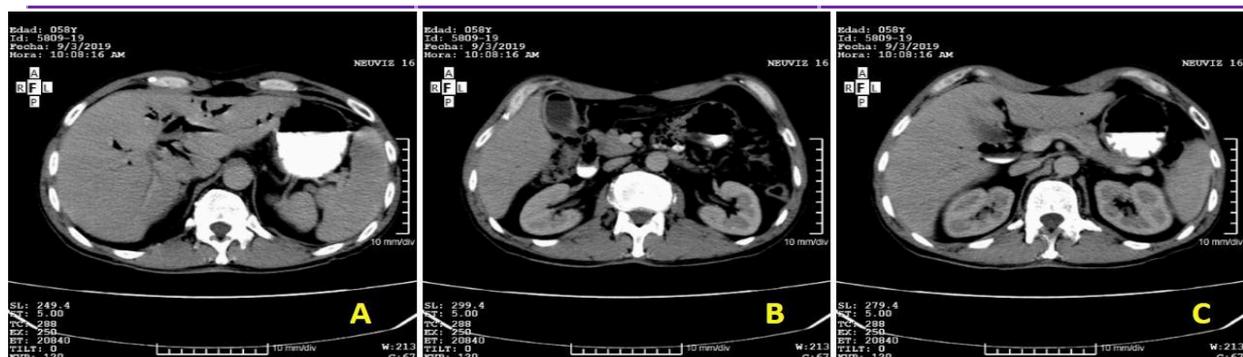
Se recibió en servicios médicos refiriendo anorexia, pérdida de peso de 20 lb en dos meses, acompañado de epigastralgia y en ocasiones dolor abdominal en hipocondrio derecho relacionado con la ingestión de alimentos grasos, que inicialmente alivia con medicamentos por vía oral para en estos momentos solo aliviarse con medicamentos por vía parenteral (omeprazol, ranitidina y espasmoforte); hace 5 días comenzó con coloración oscura de la orina y coloración amarilla de las mucosas.

Al examen físico se constató mucosas ictéricas, cicatriz media supraumbilical, dolor a la palpación superficial en hipocondrio derecho, sin reacción peritoneal, hepatomegalia de 4 cm, de bordes irregulares.

Se le realizan complementarios el 23 de febrero del 2019 donde se informa:

Hemoglobina: 144 g/L, Glicemia: 6.10 mmol/L, Hematocrito: 0.40 L/L, Colesterol: 2.9 mmol/L , Plaquetas: 160 x 10<sup>9</sup>/mm<sup>3</sup>, Triglicéridos: 0.94 mmol/L, Leucograma: 5.8 x 10<sup>9</sup>/L, TGP: 166, Segmentados: 0.83 fr/num, TGO: 148 U/L, Linfocitos: 0.10 fr/num, GGT: 843 mmol/L, Monocitos: 0.07 fr/num, Fosfatasa Alcalina: 529 U/L , Bilirrubina Indirecta: 23.9 mmol/L , Ácido úrico: 247 mmol/L, Proteínas totales: 60.5 g/L, Creatinina: 83 mmol/l, Urea: 5.5 mmol/L.

El Ultrasonido abdominal y la Tomografía Axial Computarizada simple y con contraste oral y endovenoso realizadas el 26 de febrero del 2019 (figuras 1. A-B-C), en los que se observó ligera hepatomegalia a predominio del lóbulo izquierdo con ligera dilatación de vías biliares y presencia de aerobilia. Vesícula biliar con paredes de 4mm de grosor, observándose aire en su interior.



**Figura 1.** Tomografía Axial Computarizada realizada al paciente (Imagen de los autores).

Durante su estadía hospitalaria comienza con dolor abdominal de mayor intensidad en hipocondrio derecho con punto de Murphy positivo, fiebre y escalofríos por lo cual se decide intervención quirúrgica.

Informe operatorio: se encuentra vesícula biliar distendida de paredes engrosadas con signos de proceso infeccioso subagudo, hepatocolédoco de 2 cm de grosor, se realiza colecistectomía, exploración de la vía biliar previa apertura de la misma observándose salida de bilis espesa con detritus y litiasis, se concluye con una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux sin complicaciones.

Informe de biopsia: Adenocarcinoma bien diferenciado papilar y micropapilar intramucoso con extensión a los senos de Rokitansky posiblemente originado en una poliposis vesicular que asienta en el cuerpo vesicular estando libre el cuello y el fondo con invasión linfática solo en la mucosa (T1a).

Evolución: El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones, con buena cicatrización de la herida quirúrgica y buena asimilación de la terapia antimicrobiana posquirúrgica, egresó a los 17 días del Servicio de Cirugía y al alta médica continúa con tratamiento oncológico con quimioterapia con combinación de citostáticos; Gemcitabina (Gemzar) y Cisplatino (Platinol).

## DISCUSIÓN

El cáncer de vesícula biliar (CVB) incidental se define como el carcinoma de la vesícula biliar no sospechada pre o intraoperatoria, siendo diagnosticado a través del análisis anatomopatológico del espécimen.<sup>4</sup> Numerosos son los factores de riesgo que incluyen la presencia de colelitiasis que se considera el factor de riesgo más importante, ya que el 95 % de los pacientes con cáncer de vesícula padecen de cálculos biliares, la inflamación crónica está inexorablemente vinculada con la

carcinogénesis y este insulto es perjudicial, debido a que daña el ácido desoxirribonucleico (ADN), provoca la proliferación tisular como respuesta a los intentos de cicatrización, liberación de citoquinas y factor de crecimiento, y expone a las células a la transformación oncogénica. Crisis periódicas de cólicos pudieran ser el mecanismo causal del cáncer de vesícula, luego de varios años de padecimiento.<sup>5,6</sup>

Roa et al.<sup>4</sup> plantean que el cáncer de vesícula biliar resulta más frecuente en el sexo femenino, lo que difiere con el presente caso en el que el paciente es del sexo masculino. Con respecto a las edades en la que resulta más frecuente Piamo Morales et al.<sup>3</sup> demostraron que se corresponde a las comprendidas entre 40 y 60 años, datos que coinciden con el presente artículo. A consideración de los autores, esto se debe a la acumulación de factores de riesgo como la enfermedad litiásica vesicular, y la colecistitis crónica, unido a factores genéticos. Según Krell et al,<sup>5</sup> el factor de riesgo más relevante es la colelitiasis. El paciente del presente caso presentó esta afección.

Schmidt et al.<sup>6</sup> plantean que los pólipos vesiculares de 1,5 cm o mayores tienen una prevalencia de cáncer del 46 al 70 %, mientras que en los de 1 a 1,5 cm es del 11 al 13 %, lo cual coincide con lo encontrado en el paciente objeto de estudio.

Las vías de la carcinogénesis incluyen: inflamación mediada por colelitiasis, mutación del p53 y eventual carcinoma (del 35 al 92 %); mutaciones del K-ras, epitelio atípico y eventual carcinoma (de 20 a 59 %); pólipos vesiculares con potencial maligno y mutaciones del K-ras y neovascularización con el crecimiento tumoral, que promueve la vía entre la mutación del p53 y la sobrerregulación del factor de crecimiento del endotelio vascular. Otros cambios sugeridos son las alteraciones de las regiones 9p21 (gen CDKN2) y en 18q21 (DCC gen).<sup>7,8</sup> Son varios los tumores malignos que se desarrollan en la vesícula biliar, pero el más frecuente es el adenocarcinoma puro, presente en más del 80 % de los casos. Presenta dos tipos: uno escirro o infiltrativo que representa el 70 % de los casos y tiende a diseminarse en forma temprana por la pared de la vesícula hasta comprometer los ganglios, la vía biliar y el hígado. El segundo tipo es la variante papilar que tiende a formar masas polipoideas voluminosas en la luz que pueden diseminarse por el conducto cístico hasta la vía biliar, pudiendo involucrar el hígado en forma tardía, por lo cual pareciera tener un pronóstico más favorable.<sup>9</sup>

Otras variantes histológicas incluyen: cistoadenocarcinoma; carcinoma adenoescamoso, escamoso

puro; carcinoma de células pequeñas; carcinoma sarcomatoide, anaplásico o pleomórfico; pueden encontrarse también linfoma y tumores carcinoides. La expresión clínica más frecuente de los incidentales es cólico biliar (50 %) e ictericia obstructiva (16,7 %), mientras que en los diagnosticados preoperatoriamente es ictericia obstructiva (42,8 %) y colecistitis (28,6 %) / cólico biliar (28,6 %).<sup>10</sup> En el paciente anciano, el diagnóstico positivo de cáncer de vesícula debe ser considerado por un dolor mantenido en el cuadrante superior derecho del abdomen, pérdida de peso y anorexia.<sup>10</sup>

Para Silva et al.,<sup>11</sup> en la ultrasonografía a menudo se puede identificar algún signo altamente sugestivo de neoplasia como son: engrosamiento de la pared o calcificación, masa que protruye a la luz, pérdida de interfase entre la vesícula y el hígado o infiltración hepática, lo cual coincide con el ultrasonido realizado al paciente del presente caso. La TAC según la opinión de los autores debe considerarse como de primera línea porque permite identificar la litiasis vesicular como principal factor de riesgo de cáncer de vesícula desde fases tempranas de la enfermedad, y es especialmente necesaria para la estadificación de lesiones avanzadas.

La ultrasonografía endoscópica presenta una alta sensibilidad para la detección de estos tumores y además permite realizar el estudio de extensión locorregional y puede ser capaz de predecir la histología y obtener material citológico.<sup>11</sup> La resonancia magnética (RM) y la colangiografía por resonancia magnética permiten diferenciar los tumores benignos y malignos siendo la RM especialmente útil para establecer el grado de invasión a nivel del ligamento hepatoduodenal, del marco portal y para el estudio ganglionar. La colangiografía endoscópica retrógrada y la percutánea quedan reservadas para los casos en los que es necesario colocar una prótesis biliar.<sup>11</sup>

A juicio de Aloraini et al.,<sup>12</sup> la cirugía es la única opción curativa del tratamiento, y este proceder debería realizarse con gran prontitud desde la detección de los síntomas y diagnóstico para así garantizar una mejor calidad y duración de la vida del paciente. En el caso que se presentó los resultados de la intervención fueron satisfactorios, coincidiendo con lo planteado por los autores mencionados. Esto se debe a que el proceder permite extirpar la vesícula y eliminar de esa manera los síntomas como el dolor, y complicaciones como las metástasis hepáticas o de otras regiones del aparato digestivo, sin embargo, procedimientos paliativos en casos de obstrucción biliar y duodenal con íctero, además del cáncer irsecable, constituyen la acción quirúrgica más frecuente de este

cáncer.

La colecistectomía convencional o laparoscópica y control del enfermo es la conducta más aconsejada para aquellos tumores limitados a la mucosa (estadio 0: Tis, estadio I: T1a). Cuando el tumor invade la capa muscular (estadio I T1b - estadio II - estadio III) la cirugía radical o ampliada consiste en: colecistectomía, linfadenectomía del pedículo hepático, de ganglios regionales del tronco celíaco, peri pancreáticos y duodenales, más la resección de los segmentos hepáticos IVb y V es el tratamiento de elección.<sup>12</sup>

En el estadio I - T1b, se plantea la cirugía radical ya que en un 16 % de los casos existe la probabilidad de metástasis ganglionares o por contigüidad en el hígado. En estadio II un 56 % de los casos presentan compromiso ganglionar y la sobrevida con cirugía ampliada a 3 y 5 años alcanza el 90 % y 70 % respectivamente. En estadios III los autores japoneses plantean la realización de resección del conducto biliar y la duodenopancreatectomía como complemento de la colecistectomía ampliada. En el estadio IVa y en estadio IVb no se encuentra indicado la cirugía ampliada, debido a la pobre sobrevida que no supera el 10 % a los 5 años, con una elevada morbimortalidad operatoria.<sup>12</sup>

El pronóstico de sobrevida cuando el tumor está localizado en la mucosa es generalmente bueno cercano al 95 %, con 5 años de vida; en cambio del resto de los enfermos sólo entre el 10 y el 20 % sobrevive más de tres años luego del diagnóstico sin tratamiento quirúrgico radical.<sup>12</sup>

## **CONCLUSIONES**

El cáncer de vesícula biliar representa un desafío significativo debido a su diagnóstico tardío y síntomas poco específicos. La identificación de factores de riesgo, como antecedentes familiares y enfermedades biliares, es fundamental para implementar estrategias de vigilancia adecuadas. El tratamiento varía según el estadio del cáncer, siendo la cirugía la opción principal en etapas tempranas, seguida de quimioterapia y radioterapia cuando es necesario. Además, el seguimiento post-tratamiento es crucial para detectar posibles recurrencias y manejar complicaciones. La investigación continua en biomarcadores y terapias dirigidas promete mejorar las opciones de tratamiento y los resultados para los pacientes en el futuro.

---

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

**Conceptualización:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Curación de datos:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Análisis formal:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Investigación:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Metodología:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Supervisión:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Validación:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Visualización:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Redacción - borrador original:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

**Redacción -revisión y edición:** Richard Marcial Gálvez Vila, Alexander Benavides Jiménez, Daniel Alberto Herrera Sánchez, Gretter Robaina Rodríguez.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galiano Gil JM. Parte 14. Cirugía de las vías biliares. Capítulo 171. Cáncer de vesícula. En: Soler Vaillant, R, Mederos Curbelo ON. Cirugía. Afecciones del abdomen y otras especialidades quirúrgicas. Tomo 5. La Habana: Ecimed, 2018. p.81-87. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia\\_afecciones\\_abdomen\\_tomo5/cirugia\\_tomov\\_afecc\\_abdomen\\_cap171.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_afecciones_abdomen_tomo5/cirugia_tomov_afecc_abdomen_cap171.pdf)
2. Zhu D, Gu X, Lin Z, Yu D, Wang J. High expression of PSMC2 promotes gallbladder cancer through regulation of GNG4 and predicts poor prognosis. *Oncogenesis*. [Internet] 2021 [citado 2024 Jun 23]; 10(5): [aprox. 12 p.]. Disponible en: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8138011/pdf/41389\\_2021\\_Article\\_30.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8138011/pdf/41389_2021_Article_30.pdf)
3. Piamo Morales AJ, Ferrer Marrero D, Chávez Jiménez D, Arzuaga Anderson I, Palma Machado L, Sotolongo Montano L. Caracterización histopatológica del cáncer de vesícula en el Hospital "Joaquín Albarrán", La Habana, Cuba, en el periodo 2010-2019. *Gac Med Bol*. [Internet] 2020 [citado 2024 Jun 23]; 43(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org/bo/pdf/gmb/v43n1/v43n1a5.pdf>
4. Murillo Povedano D, García P, Marchante R, Francione P. Carcinoma de vesícula biliar. Papel de las pruebas de imagen en el diagnóstico y estadificación. *seram* [Internet]. 22 de mayo de 2024 [citado 2024 Jun 23]; 1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9981>
5. Krell RW, Wei AC. Gallbladder cancer: surgical management. *Chin Clin Oncol*. [Internet] 2019 [citado 2024 Jun 23]; 8(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://cco.amegroups.org/article/view/27667/pdf>
6. Schmidt MA, Marcano-Bonilla L, Roberts LR. Gallbladder cancer: epidemiology and genetic risk associations. *Chin Clin Oncol*. [Internet] 2019 [citado 2024 Jun 23]; 8(4): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://cco.amegroups.org/article/view/28517/pdf>
7. Feo CF, Ginesu GC, Fancellu A, et al. Current management of incidental

- gallbladder cancer: A review. *Int J Surg*. [Internet] 2022 [citado 2024 Jun 23]; 98: [aprox. 7 p.]. Disponible en: [https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/fulltext/2022/02000/current\\_management\\_of\\_incidental\\_gallbladder.25.aspx](https://journals.lww.com/international-journal-of-surgery/fulltext/2022/02000/current_management_of_incidental_gallbladder.25.aspx)
8. Erdem S, White RR. Incidental Gallbladder Cancer: Permission to Operate. *Ann Surg Oncol*. [Internet] 2020 [citado 2024 Jun 23]; 27(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1245/s10434-019-08080-6>
9. Baichan P, Naicker P, Devar JWS, Smith M, Candy GP, Nweke E. Targeting gallbladder cancer: a pathway-based perspective. *Mol Biol Rep*. [Internet] 2020 [citado 2024 Jun 23]; 47(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11033-020-05269-x>
10. Wu X, Li B, Zheng C, Liu W, Hong T, He X. Incidental gallbladder cancer after laparoscopic cholecystectomy: incidence, management, and prognosis. *Asia Pac J Clin Oncol*. [Internet] 2020 [citado 2024 Jun 23]; 16(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7317500/pdf/AJCO-16-158.pdf>
11. Silva DAGD, Veloso OLL, Valadares MSP, Costa RSD, Silveira MG, Carvalho FC, et al. Incidental gallbladder cancer: what is the prevalence and how do we perform cholecystectomy for presumably benign biliary disease?. *Rev Col Bras Cir*. [Internet] 2023 [citado 2024 Jun 23]; 49: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10578791/pdf/rcbc-49-e20223417.pdf>
12. Aloraini A, Alshehri K, Alshammari R, Onayq AB, Ayesh M, Alzahrani M, et al. Late port-site metastasis of unexpected gallbladder carcinoma after laparoscopic cholecystectomy: A case report. *Medicine (Baltimore)*. [Internet] 2024 [citado 2024 Jun 23]; 103(18): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11062704/pdf/medi-103-e37880.pdf>