

Recidiva de adenocarcinoma vesicular en puerto de trocar laparoscópico. Reporte de un caso

Recurrence of gallbladder adenocarcinoma in laparoscopic trocar port. A case report

* Miguel Ángel Aranda Wildberger¹

* Gerald Iván Prieto Galeano¹

** Camila Petry Bottin²

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Departamento de Cirugía. Itauguá, Paraguay.

2. Centro Educativo Superior en Salud. Departamento de Extensión e Investigación. Ypacarai, Paraguay.

RESUMEN

El cáncer de vesícula es un hallazgo incidental en el 0,5% a 2,3% de todas las colecistectomías por litiasis vesicular. Se debe sospechar en toda tumoración sobre las cicatrices de puertos de trocares. El seguimiento histopatológico postoperatorio es importante para el diagnóstico. Se presenta el cuadro clínico de un paciente sometido a colecistectomía laparoscópica previa (18 meses), con tumoración umbilical recidivante por cáncer de vesícula.

Palabras clave: Neoplasias de la Vesícula Biliar, Metástasis, Laparoscopia, Recurrencia

ABSTRACT

Gallbladder cancer is an incidental finding in 0.5% to 2.3% of all cholecystectomies for gallstones. It should be suspected in any tumor on the trocar port scars. Postoperative histopathological follow-up is important for diagnosis. We present the clinical case of a patient who underwent laparoscopic cholecystectomy 18 months previously, with recurrent umbilical tumor due to gallbladder cancer.

Keywords: Gallbladder Neoplasms, metastasis, laparoscopy, Recurrence

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vesícula biliar se observa en el 0,5% a 2,3 % de todas las colecistectomías por litiasis vesicular.^{1, 2, 3} el diagnóstico preoperatorio es difícil ya que carece de síntomas particulares, por ende se realiza anatomopatológicamente.^{1,2} Una de las complicaciones más infrecuente en la colecistectomía laparoscópica es la siembra metastásica de implantes peritoneales en los puertos laparoscópicos.⁴ Esta entidad clínica es exclusiva de la cirugía laparoscópica.^{1,2,3} la forma de presentación es unatumoración sobre las cicatrices previas, indoloras, sin síntomas obs-

tractivos, se debe realizar el diagnóstico diferencial con defectos herniarios de la pared y enfermedades neoplásicas primarias de la pared abdominal.⁵ Los mecanismos más aceptados de diseminación tumoral por los puertos de trocar son; perforación de vesícula biliar, dispersión de células tumorales por acción del neumoperitoneo, fenómeno de chimenea, y la extracción sin bolsa de la vesícula biliar.^{3,6}

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 59 años de edad acude al servicio de urgencias, por dolor sobre tumoración en región umbilical de 3 días de evolución, tipo en crisis, sin irradiación, que ceden parcialmente con analgésicos comunes; refiere detención de heces, pero no de gases, desde hace 3 días sin náuseas, ni vómitos. Al examen físico se observa tumoración umbilical de 15 cm de diámetro mayor con piel eritematosa, y cambios inflamatorios, irreductible, incoercible, dolorosa a la palpación superficial, con sonoridad mate, sin variación con maniobras de Valsalva y escasos ruidos hidroaéreos sobre tumoración (*ver Figura 1*).

Como antecedentes patológicos personales refiere ser portador de dicha tumoración ("hernia") desde hace 6 meses, indolora, con crecimiento rápido y progresivo.

Además refiere indica haber sido sometido a colecistectomía laparoscópica hace 18 meses en otro centro, sin ningún seguimiento postoperatorio.

Fueron realizados estudios auxiliares diagnósticos: radiografía de abdomen de pie, sin signos de oclusión intestinal. En la ecografía de partes blandas se informa hernia umbilical de ubicación para lateral izquierda de contenido atascado, que impre-

* Residente de Cirugía General

** Médico especialista en Cirugía General

Autor correspondiente: Dr. Miguel Ángel Aranda Wildberger

Correo electrónico: maaw_94@hotmail.com - Dirección: Ruta Mariscal Estigarribia N° 244. Ypacarai, Paraguay

Fecha de recepción: 07/06/2022 - Fecha de aprobación: 18/09/2022


 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons



Figura 1. Paciente con tumoración umbilical incoercible irreductible, con signos inflamatorios.



Figura 2. Ecografía de partes blandas donde se indica hernia umbilical para-lateral izquierda de contenido atascado.



Figura 3. Pieza quirúrgica resecada.

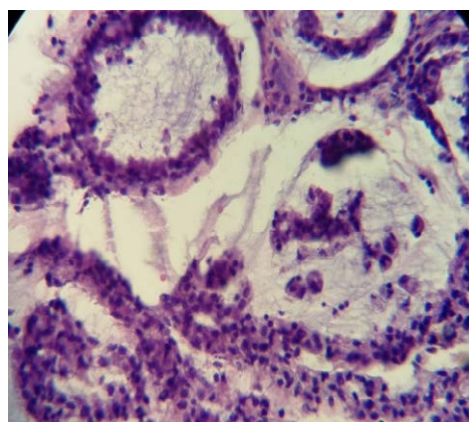


Figura 4. Anatomía patológica de la tumoración. Células de núcleos atípicos, con escaso citoplasma, que forman lucas glandulares. (Gentileza de la Dra. Rocio Rizzi, Servicio de Anatomía patológica, Hospital Nacional de Itauguá).

siona colon izquierdo con importante edema parietal e hipocogénico, presenta patrón vascular al Doppler color al momento del estudio (*ver Figura 2*).

Se decide laparotomía exploradora y se constata tumoración sólida pétreo en región periumbilical de 15 x 12 x 10 cm, cuya extensión se limita en profundidad a piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis de la vaina anterior de los rectos, musculo recto anterior y peritoneo parietal sin invasión a cavidad ni adherencias a asas. Se realizó excéresis tumoral amplia, con resección en bloque de los músculos rectos, quedando abdomen abierto con bolsa de Bogotá, con déficit de pared de 15x12 cm aproximadamente (*ver Figura 3*). Posteriormente se inició tratamiento con sistema de presión negativa tipo VAC.

Como informe de patología retornó un tumor de pared abdominal con compromiso de tejido fibroadiposo y muscular esquelético por adenocarcinoma infiltrante moderada a pobremente diferenciado (grado 2-3) de 15 cm de diámetro mayor, con extensas áreas de necrosis, émbolos linfovasculares e invasión perineural. Hallazgo compatible con tumor de origen vesicular de cirugía anterior. (*ver Figura 4*)

Se realizó la correlación con la anatomía patológica de la colecistectomía anterior, que el paciente no había retirado por no acudir a su control postoperatorio, que informaba: adenocarcinoma infiltrante de 5,5 cm del cuerpo vesicular. Se observan extensas áreas pobremente diferenciadas con infiltración de todas las capas de la pared vesicular llegando al tejido fibroconjuntivo-perimuscular, localizándose a menos de 1mm del margen del lecho hepático no se observa invasión a la serosa ni vascular ni perineural. Estadio pT2b.

DISCUSIÓN

La metástasis del cáncer vesicular a los puertos de trocates umbilicales es infrecuente^{1,2,3}, y el diagnóstico es anatomopatológico². Ante la sospecha prequirúrgica del cáncer de vesícula, el abordaje video laparoscópico está contraindicado^{1,2,3} el diagnóstico diferencial es importante con otras tumoraciones de la pared abdominal⁵.

El presente caso fue muy sugerente de una hernia para umbilical atascada, y no el de una recidiva tumoral. El seguimiento

histopatológico de la colecistectomía y la reintervención precoz disminuyen la aparición de siembras peritoneales.⁴ Que no se realizó en este paciente por no acudir a ningún control postoperatorio.

Los implantes en puertos de trocar demoran entre 2 semanas y 4 años en aparecer desde la primera intervención y su aparición significa enfermedad avanzada.^{4,6} El tratamiento es quirúrgico con resección tumoral amplia, que mejora la calidad de vida, pero no modifica el pronóstico ni la sobrevida.^{1,2,6}

Declaración de contribución de autores: MAAW participó en la concepción de la idea, recolección y análisis de datos, preparación del caso clínico, diseño del trabajo, revisión crítica y aprobación final. GIPG participó en el diseño del trabajo, evaluación de datos, revisión y aprobación final del caso clínico. CPB participó en la concepción de la idea, recolección de datos y expedientes clínicos y preparación del caso clínico, revisión crítica y aprobación final. Los autores niegan conflicto de intereses con el presente artículo.

Conflicto de interés: los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Financiamiento: los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento para la realización del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cano C. Adenocarcinoma de pared abdominal y carcinoma insospechado de vesícula biliar: un tributo de la cirugía laparoscópica. *Revista hispanoamericana de Hernia*, 3, 100-104.
1. Gorron M, Cadernil N, Del Valle C, Diaz J. metástasis en puerto umbilical por adenocarcinoma incidental de vesícula Biliar. *Cua-ernos de Cirugia*, 2018;18(1), 38-42.
2. Vergnaud J, Lopera C, Penagos S, Palacios D, Vazquez J. Metastasis en el puerto laparoscópico posterior a colecistectomía laparoscópica. *Rev Colomb Cir*, 2000; 15(2), 52-55.
3. Machado I, Cruz J, Lavernia J, Carbonell F. Lesiones ocupantes de espacio en pared abdominal (no herniaria). La visión del patólogo. *Revista Hispanoamericana de Hernia*, 2015. 3(3), 85-94.
4. Martin E, et al. Diagnostico Tardío de Carcinoma oculto de Vesícula biliar por implante metastásico en puerto laparoscópico. *Cirugia Española*, 2016.582-584.
5. Singla S, Budhijara S. Port site metastasis after laparoscopic cholecystectomy. *The Indian Journal of Surgery*, 2009; 71(1), 41-42.