

# Notas cortas

## Carcinoma epidermoide de vesícula biliar: comunicación de un caso

M.J. Fernández Aceñero<sup>1</sup>, M. Martínez Etayo<sup>2</sup> y J. Sanz Esponera<sup>1</sup>

*Departamentos de <sup>1</sup>Anatomía Patológica y <sup>2</sup>Cirugía General, Clínica La Milagrosa, Madrid.*

**E**l carcinoma de vesícula biliar es el quinto en frecuencia entre los tumores del aparato digestivo (1), y se suele diagnosticar de modo casual durante una cirugía realizada por otro motivo, siendo su diagnóstico preoperatorio excepcional (2). Histológicamente, el 84% de los tumores son adenocarcinomas, y de éstos menos del 5% corresponden a carcinomas epidermoides (3). Comunicamos un caso de carcinoma epidermoide bien diferenciado de vesícula biliar que se descubrió accidentalmente en el curso de una cirugía por litiasis.

Una mujer de 83 años de edad, hipertensa y alérgica a distintos antibióticos, acudió a urgencias por presentar dolor en el hipocondrio derecho acompañado de fiebre. Con el diagnóstico de colecistitis aguda secundaria a colelitiasis se le realizó una colecistectomía.

El estudio macroscópico de la pieza quirúrgica mostró una vesícula biliar de 9 × 3 cm, de superficie externa lisa y brillante. Al abrirla se identificaron numerosas formaciones calculosas, parduzcas, afacetadas, con un centro amarillento al corte. La pared de la pieza se encontraba difusamente engrosada y aumentada de consistencia, alcanzando un espesor máximo de 2,3 cm.

El estudio histológico de varios bloques de la pieza descubrió una proliferación neoplásica de células de estirpe epitelial, que crecen formando grandes nidos sólidos con extensos fenómenos de queratinización (Fig. 1). Dicha lesión infiltra todo el espesor de la pared alcanzando la serosa vesicular. El estudio detallado de la pieza permitió excluir la presencia de áreas de diferenciación glandular en el seno de la lesión, por lo que el diagnóstico morfológico fue carcinoma epidermoide bien diferenciado de vesícula biliar en estadio III de Nevin.

Actualmente la paciente sigue viva y libre de enfermedad tras 8 meses de seguimiento, habiendo recibido quimioterapia postquirúrgica.



**Figura 1.** Transición abrupta entre la mucosa normal de la vesícula biliar, donde no se reconocen áreas de displasia, y los nidos sólidos del tumor, con fenómenos de queratinización. No se observaron áreas de diferenciación glandular.

El carcinoma epidermoide puro de vesícula biliar es excepcional (4), correspondiendo la mayor parte de los casos a carcinomas adenoescamosos (5, 6). Muchos de los casos descritos son aislados o pertenecen a pequeñas series. Su forma de presentación es similar a la del adenocarcinoma de vesícula biliar, con síntomas inespecíficos asociados a litiasis o a colecistitis (3) o tumorales en casos muy evolucionados. Diversos estudios demuestran que los pacientes con enfermedad tumoral de la vesícula biliar son mayores que los que tienen procesos benignos (7), y que parecen existir diferencias interregionales en la incidencia. En relación con el subtipo histológico que ocupa esta carta, hay autores que demuestran un peor pronóstico (5, 6) por presentarse en estadios más avanzados (estadio IV o V de Nevin). Este hecho ha llevado a aconsejar una hepato pancreatoduodenectomía en los casos de carcinomas escamosos y adenoescamosos de vesícula biliar (6). Estudios de citometría de flujo (5) han demostrado que el componente escamoso de los tumores adenoescamosos muestra una mayor capacidad proliferativa y un mayor grado de aneuploidía que el componente glandular, siendo más intensa su positividad para PCNA, hallazgos que parecen indicar un comportamiento más agresivo.

En resumen, se trata de una rara variante histológica de carcinoma de vesícula biliar que suele encontrarse de manera casual y que muestra un pronóstico peor, para la que algunos autores aconsejan un tratamiento más agresivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Orloff, M., Robinson, G.T. *Tumores de vesícula biliar*. En: Berk, J.E., Haubrich, W.S., Kalser, M.H., Roth, J., Schaffner, F. (Eds.). Gastroenterología. Salvat SA, Barcelona 1987; 192: 4008-4018.
2. Launoy, G., Crenes, L.E., Dao, T., Pottier, D., Rougier, A., Verwaede, J.C. *Cancer of the gallbladder. Epidemiology, diagnosis and prognostic factors*. Ann Chir 1993; 47: 18-23.
3. Moreno, A., Vicente, M., Del Pozo, M. *Carcinoma de vesícula biliar en estadio V de Nevin: A propósito de un caso de tipo epidermoide*. Cir Esp 1996; 59: 171-173.
4. Karasawa, T., Itoh, K., Komukai, M., Ozawa, U., Sakurai, I., Shikata, T. *Squamous cell carcinoma of gallbladder. Report of two cases and review of literature*. Acta Pathol Jpn 1981; 31: 299-308.
5. Nishihara, K., Takshima, M., Furuta, T., Haraguchi, M., Tsuneyoshi, M. *Adenosquamous carcinoma of the gallbladder with gastric foveolar-type epithelium*. Pathol Int 1995; 45: 250-256.
6. Miyazaki, K., Tsutsumi, N., Kitahara, K., Mori, M., Sasatomi, E., Tokunaga, O., Hisatsugu, T. *Hepato pancreatoduodenectomy for squamous and adenosquamous carcinoma of the gallbladder*. Hepatogastroenterol 1995; 42: 47-50.
7. Warren, B.L., Marais, A.W. *Carcinoma of the gallbladder - a possible regional predisposition in the western and northern Cape*. S Afr J Surg 1995; 33: 161-164.

