



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-124 - CONSIDERACIONES ACTUALES SOBRE EL MANEJO INICIAL DE LA T, LA N Y LA M DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Perfecto Valero, Arkaitz¹; Prieto Calvo, Mikel¹; Serrano Hermosilla, Clara¹; Aranda Escaño, Elena¹; Tellaeché de la Iglesia, Miriam¹; Villalabeitia Ateca, Ibabe¹; Fernández Fernández, June²; Sarriugarte Lasarte, Aingeru¹

¹Hospital Universitario Cruces, Barakaldo; ²Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Resumen

Objetivos: El 50-70% de los cánceres de vesícula biliar [CVB] son diagnosticados incidentalmente, apareciendo en el 0,25-0,9% de las colecistectomías. La mayoría son estadios I-II (pT2 ≈ 50%, pT1 ≈ 30%). Clásicamente se consideraba que la colecistectomía era suficiente desde el punto de vista oncológico para los casos pT1a cN0, con supervivencias a 5 años cercanas al 100% y pT1a y/o > N0. Se realizó una revisión del manejo actual en las situaciones más controvertidas del CVB: 1) La reciente clasificación TNM (AJCC 8ª Ed. 2017), con la subclasificación en T2a-peritoneal y T2b-hepático; 2) La redefinición de las estaciones ganglionares por la Japanese Society of HPB Surgery -incluyendo, además de los ganglios regionales del ligamento hepatoduodenal [Na], los ganglios posterosuperiores de la cabeza pancreática [Nb]- y la UICC -que incluye, además, los del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior [Nc]; 3) La posibilidad de conversión/rescate -basada en quimio + inmunoterapia- en algunos casos estadio IV; 4) El valor de la Medicina Nuclear en la planificación terapéutica; son hechos que obligan a replantearse múltiples cuestiones. ¿Está indicada siempre la cirugía de compleción?, ¿qué intervalo de tiempo esperar entre cada intervención?, ¿cuál debe ser la extensión de la linfadenectomía?, ¿qué plantear en casos no resecables?

Métodos: Revisión narrativa basada en las principales bases bibliográficas: MEDLINE-Pubmed, Cochrane, WOS y Ovid. Las palabras clave incluyeron: “gallbladder cancer [GBC]”, “incidental GBC”, “lymph node”, “conversion surgery”. Se excluyeron artículos publicados antes del 2015.

Resultados: El registro de los eventos de toda colecistectomía (causa de la indicación, urgente/electiva, vía de acceso/conversión, perforación/derrame biliar, extracción protegida/no, por laparotomía/puerto...) proporcionaría información relevante en los casos con CVB incidental. Pueden guiar la actitud inicial: valorar el margen de resección y la infiltración del ganglio cístico; y aplicar el GBC Predictive Risk (≥ 6 puntos indicaría reintervención + quimioterapia). La (re)estadificación preoperatoria debería incluir de forma mínima TAC-TAP y CA19,9, siendo recomendable MRCP, e ideal PET (costoeficiente en ≥ T1b, por presentar 10% de riesgo de N+ residual. En pT2 asciende al 50%). Un periodo ventana hasta la compleción de 4-8 semanas: disminuye la inflamación, facilita la re-resección y sirve como *test time* (50% irreseables). La colecistectomía radical se acepta “por consenso” en T ≥ 2/N+. La linfadenectomía de estaciones afectadas Nb (considerado M1 según la AJCC) ofreció supervivencias similares a las Na (34 vs 36% a 5 años), mientras que en territorios Nc

la supervivencia fue nula. La QT adyuvante con gemcitabina \pm cisplatino estaría indicada en T \geq 2/N+. En estadios IV con sobreexpresión Her2/Neu se han descrito terapias de conversión -CAPOX + trastuzumab + cirugía-, con supervivencia > 5 años libre de enfermedad.

Conclusiones: En toda colecistectomía es mandatorio registrar los eventos potencialmente influenciados a posteriori, así como valorar la afectación del ganglio cístico en los CVB incidentales. Debería estandarizarse una rutina de disección que incluyera las estaciones Na y Nb. La sobreexpresión Her2/Neu puede beneficiarse de terapias de conversión. Es necesario un registro homogéneo y un consenso internacional respecto al *timing*, la re-estadificación y la extensión de las linfadenectomías en los CVB.