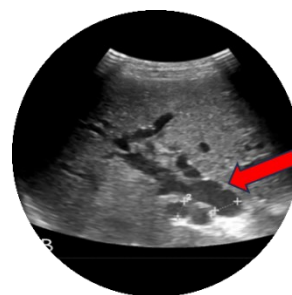


ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR CON PRESENTACIÓN SINTOMÁTICA TEMPRANA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gallbladder Adenocarcinoma with Early Symptomatic Presentation: A Case Report

Grados Godenzi, Deborah Amanda¹, Claire Robles, Diego D'Angelo²



Palabras clave:

Adenocarcinoma, Vesícula Biliar, ictericia.

RESUMEN

El adenocarcinoma de vesícula biliar es una neoplasia infrecuente y de mal pronóstico, en donde la mayoría de los casos se suelen diagnosticar en estadios muy avanzados o de manera incidental en piezas de patología supuestamente benigna, lo que suele retrasar el inicio del tratamiento. Se presenta el caso de un paciente masculino de 46 años, el cual acude con ictericia, dolor abdominal y pérdida de peso de 2 meses de evolución. Los estudios de imagen demostraron obstrucción de vía biliar de aparente origen neoproliferativo distal con discreta afectación de la vesícula biliar de aspecto benigno. Se realizó una colecistectomía laparoscópica y el reporte histopatológico concluyó como un adenocarcinoma tipo biliar. El objetivo es describir un caso clínico en estadios aun tempranos, destacando la importancia de una sospecha clínica basada en síntomas de alarma y una evaluación radiológica oportuna para lograr un diagnóstico preoperatorio y un tratamiento quirúrgico con fines curativos.

Keywords:

Adenocarcinoma, Gallbladder, Jaundice.

ABSTRACT

Gallbladder adenocarcinoma is a rare and poor prognosis neoplasm, where most cases are diagnosed at very advanced stages or incidentally in specimens of supposedly benign pathology, which often delays the start of treatment. This is the case of a 46-year-old male patient who presented with jaundice, abdominal pain, and weight loss for 2 months. Imaging studies demonstrated biliary obstruction of apparent distal neoproliferative origin with slight involvement of the gallbladder, which appeared benign. A laparoscopic cholecystectomy was performed, and the histopathological report confirmed it as a biliary-type adenocarcinoma. The objective is to describe a clinical case in early stages, highlighting the importance of clinical suspicion based on warning symptoms and timely radiological evaluation to achieve a preoperative diagnosis and surgical treatment with curative intent.



^{1,2} Hospital Nacional Dos de Mayo, Residente de radiología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Correspondencia:

Grados Godenzi, Deborah Amanda
E-mail: dgrados1996@gmail.com

Fecha de recepción: 18-09-2025
Fecha de aceptación: 21-11-2025

Disponible en internet:
2810-6954 / © 2026 Sociedad Peruana de Radiología

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vesícula biliar es una neoplasia maligna muy rara, con una incidencia global estimada en 1,5 a 2 casos por cada 100 000 habitantes (1). En Perú, la incidencia estimada es de 2.6 casos por cada 100,000 habitantes, y el 2.5% de las colecistectomías realizadas corresponden a este cáncer (2). Ocupa el quinto lugar en frecuencia entre los cánceres del sistema digestivo y se caracteriza pues tiene un pronóstico clínico desfavorable, con una supervivencia general a 5 años de casi un 20%. (3).

La etiología es multifactorial, sin embargo, el desarrollo esta intrínsecamente ligado a un estado de inflamación crónica de la pared vesicular. Los principales factores de riesgo son la colelitiasis, pólipos vesiculares mayores e infecciones crónicas por *Salmonella typhi*. (4) El diagnóstico es un desafío debido a que la clínica es muy inespecífica, causando que a menudo se confunda con patologías benignas como la colecistitis o la colelitiasis (5). Los estudios de imagen de ecografía abdominal y tomografía axial computarizada con contraste son básicos para la evaluación de la extensión local y a distancia, ayudan a definir la estadificación y planificación terapéutica temprana (6). El tratamiento se basa en la resección quirúrgica completa de la vesícula biliar, idealmente con fines curativos (7).

REPORTE DEL CASO

Se presenta un paciente masculino de 46 años, que acude al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo con un cuadro clínico de 2 meses caracterizado por un curso

progresivo de ictericia de piel y ojos, dolor en hipocondrio derecho, náuseas y pérdida de peso de 7 kilos. Añade, de manera intermitente, coluria y acolia. Como antecedente personal destaca un historial de consumo de alcohol de larga data (más de 10 años).

Los exámenes de laboratorio mostraron una marcada colestasis con hiperbilirrubinemia a predominio directo, así como elevación de fosfatasa alcalina y gamma glutamil transferasa.

Se realizó inicialmente una ecografía abdominal (Figura 1) la vesícula biliar parcialmente distendida de 65x25mm con múltiples litiasis de 3mm en su interior. Así mismo, dilatación difusa de vías biliares a predominio central de 7mm. Colédoco media 13mm, en tercio medio e inferior se observó material ecogénico intraluminal sin sombra acústica definida. Posterior a ello se añadió una tomografía de abdomen con contraste (Figura 2) confirmando la vía biliar extrahepática con estenosis y engrosamiento concéntrico de sus paredes y captación de sustancia de contraste asociado a presencia de ganglios linfáticos en hilio hepático. Se complementó con una colangioresonancia (Figura 3), la cual resaltó el engrosamiento segmentario y concéntrico asimétrico de baja señal en T2 y STIR, que restringe en DWI y cae la señal en el mapa ADC, así como un cálculo adyacente a la estenosis. Los estudios de imagen concluyeron el caso como un probable colangiocarcinoma vs proceso inflamatorio asociado a síndrome de Mirizzi.

FIGURA 1

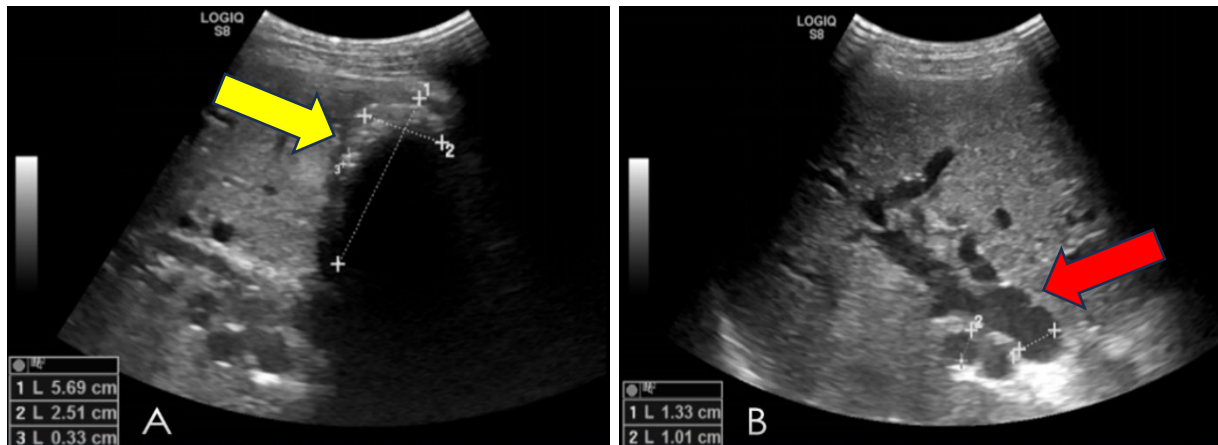


Figura 1: Ecografía abdominal. **(1a)** Vesícula biliar **completamente ocupada por múltiples imágenes litiásicas** (flecha amarilla), con **sombra acústica posterior**. **(1b)** Hígado: **marcada dilatación de la vía biliar intrahepática**, de distribución **bilateral** a predominio del **lóbulo hepático derecho** (flecha roja). **Fuente:** Archivo propio del Servicio de Radiología.

FIGURA 2

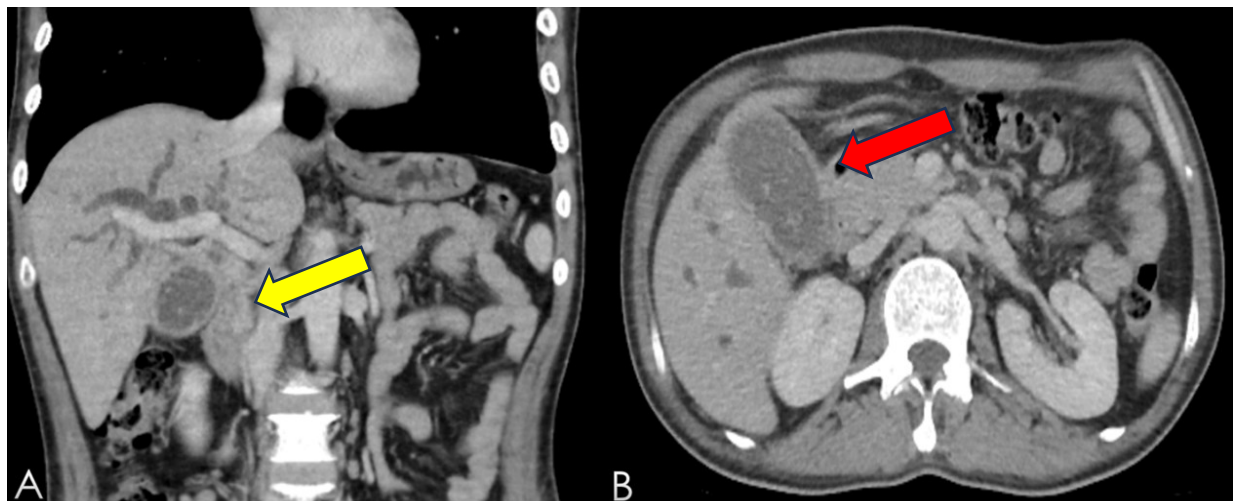


Figura 2: Tomografía computarizada abdominopélvica con **contraste intravenoso**. **(2a)** Se observa **dilatación moderada de la vía biliar intrahepática** derecha e izquierda, con **estenosis del conducto hepático común** y **realce mural del colédoco supraduodenal** (flecha amarilla). **(2b)** Corte axial a nivel de la vesícula biliar: **contenido hiperdenso heterogéneo** (flecha roja) compatible con **litiasis**, asociado a **engrosamiento mural irregular**; se asocia además **dilatación de la vía biliar intrahepática**. **Fuente:** Archivo propio del Servicio de Radiología.

FIGURA 3

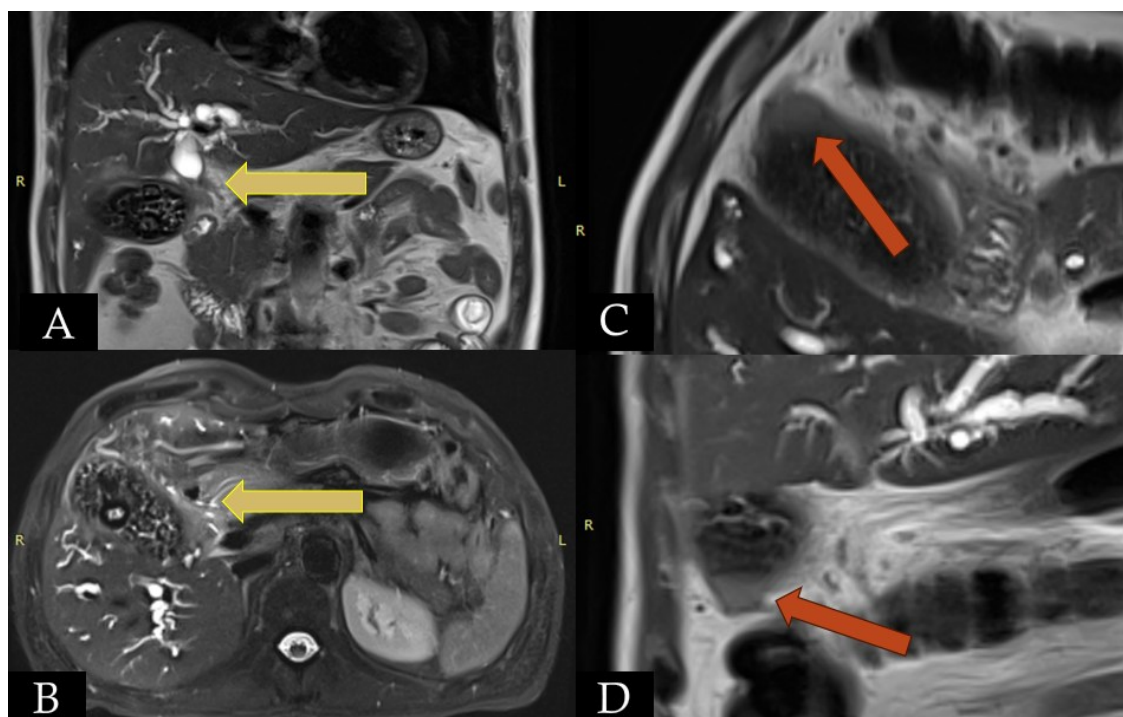


Figura 3: Colangiorrresonancia magnética abdominal **con contraste**. (3a) Corte sagital y (3b) corte axial en T2: se evidencia **dilatación severa del conducto hepático común y de la vía biliar intrahepática**, secundaria a **engrosamiento mural concéntrico**. Se identifica además **litiasis vesicular y cálculo adyacente al sitio de la estenosis**, hallazgos sugestivos de **síndrome de Mirizzi**. (3c) Corte axial y (3d) corte sagital en T2: **engrosamiento focal irregular del fundus vesicular** (No evaluado inicialmente). **Fuente:** Archivo propio del Servicio de Radiología.

Se le realizó una colecistectomía simple con estudio de ganglio linfático y el reporte de patología (Figura 4) confirmó un adenocarcinoma tipo biliar bien diferenciado (G1) con márgenes quirúrgicos comprometidos e invasión linfovascular y perineural. Se optó por darle tratamiento paliativo al caso.

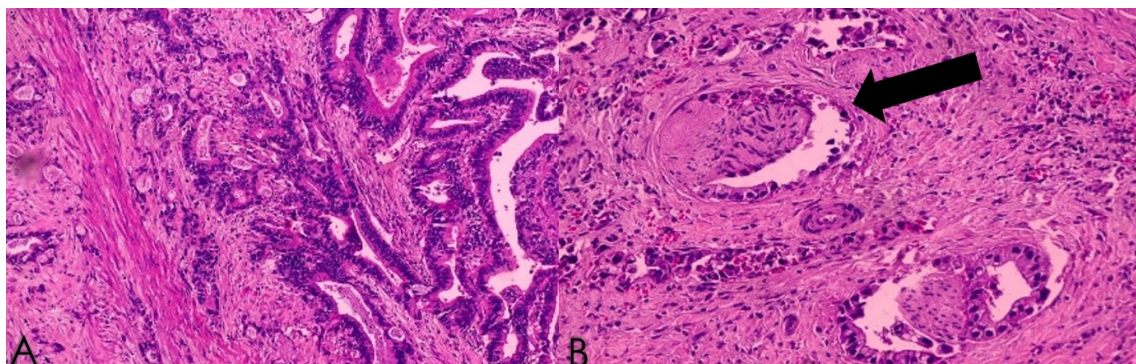


Figura 4: Cortes histológicos de vesícula biliar. (a) Mucosa vesicular con **epitelio columnar neoplásico** que infiltra la lámina propia, asociado a **marcado estroma desmoplásico y atipia citológica**, con **extenso compromiso mucoso**. (b) **Invasión perineural tumoral**: se identifica **filete nervioso infiltrado por células neoplásicas** (flecha negra), confirmando compromiso perineural. **Fuente:** Archivo propio del Servicio de Anatomía Patológica.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de vesícula biliar es una neoplasia poco frecuente, pero de gran agresividad biológica, con una supervivencia global a 5 años que ronda el 5-10% (1). Este pronóstico se debe fundamentalmente a su diagnóstico tardío, dado su crecimiento silente y la ausencia de síntomas específicos en etapas tempranas (4).

La etiopatogenia está muy ligada a un cuadro de inflamación crónica e irritación mecánica prolongada de la mucosa vesicular (5). Sin embargo, llama la atención que el caso presentado no contaba con esta condición preexistente. Los principales factores de riesgo son (1):

1. Litiasis Vesicular: Es el factor de riesgo más importante, visto en >75% de casos. El riesgo es proporcional a la duración y el tamaño (>3cm) de la litiasis.
2. Pólipos Vesiculares: >1 cm, sésiles, únicos y presentes en pacientes mayores de 50 años.
3. Vesícula en Porcelana: Riesgo alto de transformación maligna (hasta 25-60%).
4. Infecciones Bacterianas Crónicas: Portador crónico de Salmonella typhi.
5. Factores ambientales, obesidad y factores dietéticos.

La presentación del caso en discusión es de particular interés debido a su relativo diagnóstico precoz. Si bien los signos y síntomas (dolor abdominal en cuadrante superior derecho, ictericia obstructiva, masa abdominal palpable, pérdida de peso, astenia y anorexia) son inespecíficos y pueden retrasar el abordaje, su presencia en este paciente, motivó la sospecha clínica y el pronto correlato imagenológico que terminaron indicando un

origen neoplásico (4). Esta serie de eventos fue fundamental para lograr un diagnóstico preoperatorio y plantear una intervención quirúrgica, lo cual contrasta con el habitual pronóstico desfavorable de esta enfermedad.

El adenocarcinoma de vesícula biliar presenta tres patrones morfológicos vistos generalmente por ecografía. El más frecuente es el patrón de masa que reemplaza la vesícula, el cual se manifiesta como una formación heterogénea con extensión directa al hígado y se asocia consistentemente con estadios avanzados (T3). El patrón de engrosamiento parietal difuso o focal es más inespecífico, hallazgos como asimetría marcada (>12 mm) y pérdida de la interfase hígado-vesícula son altamente sugestivos de malignidad. Finalmente, el patrón polipoide o intraluminal, en lesiones mayores de 10-20 mm, es el que con mayor frecuencia se correlaciona con enfermedad en estadios iniciales (carcinoma in situ o T2), confinada a la pared vesicular (8). Así mismo, podemos observar hallazgos asociados como engrosamiento parietal irregular o asimétrico (>3-4 mm) de la vesícula, cálculos impactados en el cuello vesicular o linfadenopatía regional, hallazgos encontrados en el caso presentado (9).

La tomografía computarizada con contraste es clave para la estadificación y los hallazgos incluyen una masa hipodensa que muestra un realce heterogéneo y tardío en la fase venosa, invasión de vía biliar, hepática o vascular y en casos avanzados metástasis a distancia. En algunos casos se complementa con resonancia magnética o colangio-RM, sobre todo para evaluar la extensión ductal, donde veremos una masa hipointensa en T1 y heterogéneamente

hiperintensa en T2 con marcada restricción en el mapa ADC y un realce progresivo y heterogéneo al contraste (9,10). Una de las características más resaltante de este caso fue la discrepancia inicial entre la sospecha radiológica y el diagnóstico patológico definitivo. Inicialmente en nuestro caso, los hallazgos radiológicos sugerían un origen tumoral en vía biliar extrahepática con extensión local y metástasis ganglionar. Sin embargo, los resultados de anatomía patológica indicaron de forma concluyente que el origen primario tumoral era un adenocarcinoma de vesícula biliar. Esta contradicción se resolvió al volver evaluar las imágenes por resonancia magnética donde se evidenció un sutil pero significativo engrosamiento focal a nivel de fondo vesicular de hasta 8mm. Dicho hallazgo paso desapercibido inicialmente, pero resultó ser la clave para correlacionar la imagen con la patología, corroborando que la afección de vía biliar extrahepática era producto de la extensión local del primario de la vesícula. Esta relación constituye la principal enseñanza del caso, destacando la importancia de una minuciosa evaluación imagenológica para identificar el sitio de origen en tumores avanzados.

La estadificación es crucial, el sistema TNM de la AJCC 8ª edición permite diferenciar su estadio según el grado de invasión con estadísticas de su pronóstico. Clasifica el tumor según su profundidad y extensión (Tis a T4), el compromiso ganglionar en función del número de ganglios afectados (N0 a N2) y la presencia de metástasis a distancia (M0 o M1). Los estadios iniciales (0-II) se limitan a la pared vesicular; los estadios III implican extensión local más allá de la serosa o pocos ganglios; y el estadio IV se

asocia a invasión vascular mayor, múltiples ganglios o metástasis (11).

El tratamiento en fases iniciales hasta un estadio T1a, involucra una colecistectomía simple con objetivo curativo. En caso de un T1b o mayor estadiaje se le realiza con colecistectomía extendida con linfadenectomía y resección del lecho hepático con 2cm de margen. La quimioterapia y radioterapia se usan como tratamiento adyuvante postquirúrgico para reducir el riesgo de recurrencia, o como terapia paliativa primaria en enfermedad irresecable (12).

Las principales limitaciones del estudio incluyen un diagnóstico tardío, el tamaño reducido de la muestra, el sesgo de selección, la falta de seguimiento a largo plazo y la posible falta de estudios de imagen en la detección temprana.

Financiación

El estudio no tuvo financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Patentes y propiedad Intelectual:

No hay patentes que declarar.

Otras actividades:

No hay actividades adicionales que declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Randi G, Franceschi S, La Vecchia C. Gallbladder cancer worldwide: geographical distribution and risk factors. *Int J Cancer*. 2006 Apr 1;118(7):1591-602. doi:10.1002/ijc.21683.

2. Tairo-Cerrón T, Paredes-Orúe R, Moreno-Loaiza O. Frecuencia y características del cáncer de vesícula biliar en un hospital de referencia al sur de Perú, 2009-2014: estudio descriptivo. *Medwave*. 2018 Mar 26;18(2):e7184. doi:10.5867/medwave.2018.02.7184.
3. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol*. 2014 Mar 7;6:99-109. doi:10.2147/CLEP.S37357.
4. Sharma A, Sharma KL, Gupta A, Yadav A, Kumar A. Gallbladder cancer epidemiology, pathogenesis and molecular genetics: recent update. *World J Gastroenterol*. 2017 Jun 14;23(22):3978-3998. doi:10.3748/wjg.v23.i22.3978.
5. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver*. 2012 Apr;6(2):172-87. doi:10.5009/gnl.2012.6.2.172.
6. Rooholamini SA, Tehrani NS, Razavi MK, Au AH, Hansen GC, Ostrzega N, et al. Imaging of gallbladder carcinoma. *Radiographics*. 1994 Mar;14(2):291-306. doi:10.1148/radiographics.14.2.8190955.
7. Pavlidis TE, Galanis IN, Pavlidis ET. New trends in diagnosis and management of gallbladder carcinoma. *World J Gastrointest Oncol*. 2024 Jan 15;16(1):13-29. doi:10.4251/wjgo.v16.i1.13.
8. Zevallos-Maldonado C, Ruiz López MJ, González Valverde FM, Alarcón Soldevilla F, Pastor Quirante F, García Medina V. Hallazgos ecográficos asociados al cáncer de vesícula biliar. *Cir Esp*. 2014 May;92(5):348-55. doi:10.1016/j.ciresp.2012.10.007.
9. Lopes Vendrami C, Magnetta MJ, Mittal PK, Moreno CC, Miller FH. Gallbladder carcinoma and its differential diagnosis at MRI: what radiologists should know. *Radiographics*. 2021 Jan-Feb;41(1):78-95. doi:10.1148/rg.2021200087.
10. Kapoor A, Kapoor A, Mahajan G, Thukral CL, Singla V, Sahoo M, et al. Imaging gallbladder carcinoma: a multimodality approach. *Insights Imaging*. 2020;11(1):93. doi:10.1186/s13244-020-00906-0.
11. Kim HJ, Kim JS, Hur YH, Koh YS, Cho CK, Kim HJ. Clinical validation of the 8th AJCC staging system for gallbladder cancer: a single-institutional experience. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2020;27(4):225-31.
12. Goetze TO. Gallbladder carcinoma: prognostic factors and therapeutic options. *World J Gastroenterol*. 2015 Nov 21;21(43):12211-7. doi:10.3748/wjg.v21.i43.12211