

Caso clínico

Doctor, ¿me han dicho que tengo cáncer!

Raúl Sánchez González, Rocío Álvarez Nido, Carmen Ortega González

Centro de Salud San Blas. Parla (Madrid)

Varón de 66 años de edad, con antecedentes de diverticulosis colónica, hipertensión arterial e hipertrofia benigna de próstata. Sigue tratamiento habitual con enalapril y tamsulosina.

Acude a consulta bastante nervioso y aporta un informe de una ecografía realizada en una clínica privada. Tras la descripción de los hallazgos, se lee textualmente: "Ante la sospecha de neoformación vesical, se recomienda escáner abdominal urgente".

La exploración fue realizada en el contexto de un cuadro de dispepsia difusa con molestias crónicas en la zona epigástrica.

En ese momento, se decide realizar una nueva exploración ecográfica en nuestra consulta de atención primaria. En ella hallamos la vesícula biliar distendida, con contenido en su interior, compatible con barro biliar, sin dilatación de pared, ni niveles, ni sombra acústica posterior; el resto de la exploración ecográfica se considera compatible con la normalidad (figuras 1 y 2).



Figura 1.

Tras tranquilizar al paciente, y ante la persistencia de la sintomatología, es remitido al Servicio de Cirugía de referencia para completar el estudio; allí se confirma el diagnóstico.

Tras ser completado el protocolo pertinente, el paciente es sometido a una intervención de colecistecto-

mía laparoscópica. El diagnóstico anatomopatológico final es de colecistitis crónica y colesterosis.

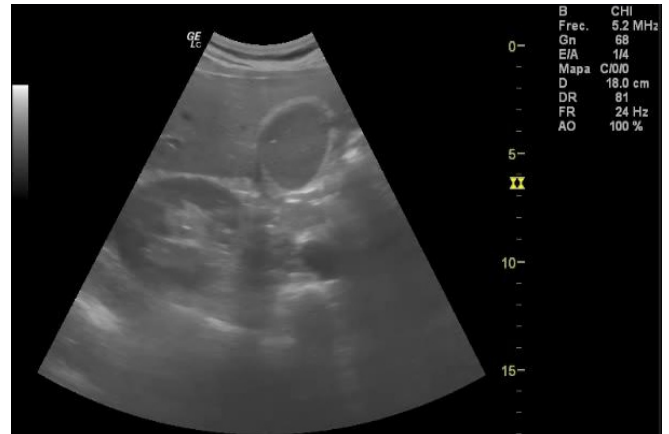


Figura 2.

El paciente permanece asintomático tras la recuperación de la intervención.

COMENTARIO

El carcinoma es el tumor maligno más frecuente del tracto biliar. Su incidencia global es escasa en nuestro entorno (aproximadamente 5 % de los tumores gastrointestinales). Es más frecuente en mujeres y ancianos, y habitualmente está asociado a coledocistitis.

En general, se asocia a una alta mortalidad y mal pronóstico, debido a que, habitualmente, es diagnosticado y tratado en etapas avanzadas.

La neoplasia compromete con más frecuencia el fondo y cuerpo vesicular, lo que, unido a una presentación clínica poco específica, tardía y superponible a otras afecciones más prevalentes, como el cólico biliar o la colecistitis, ocasiona un retraso en el diagnóstico.

Las posibilidades terapéuticas son escasas: la radioterapia y quimioterapia son poco efectivas y la cirugía radical con linfadenectomía es actualmente el único tratamiento con posibilidades de supervivencia a largo plazo en casos seleccionados¹.

La ecografía abdominal es con frecuencia la primera prueba de imagen utilizada en el estudio de la vesícula², por lo que el reconocimiento temprano de los signos ecográficos clásicamente asociados a neoplasia vesicular permite contribuir a mejorar el pronóstico de la enfermedad.

La presentación ecográfica es variada. Puede aparecer como una masa centrada en la fosa vesicular con coledocistitis asociada y a veces con un cálculo atrapado por el tumor; como una masa polipoidea intraluminal pro-

minente (la forma menos común, casi siempre de más de 1 cm y con vascularización interna prominente); como engrosamiento focal o difuso de la pared (de forma irregular y con pérdida de las capas murales normales); o como distensión de la vesícula e infiltración de las estructuras adyacentes³.

La ecografía abdominal es una herramienta sencilla e inocua que permite orientar correctamente determinados cuadros clínicos complejos y adecuar pruebas y recursos para la confirmación diagnóstica. Como toda prueba que depende de la interpretación del observador, puede ofrecer resultados dispares, que, en ocasiones, generan confusión y originan una cascada intervencionista perjudicial para el paciente; además, no conviene olvidar la ansiedad que se origina en un paciente ante la sospecha de sufrir una patología grave.

Aunque el abordaje del paciente se lleve a cabo en la atención hospitalaria, el control de dicha ansiedad acaba convirtiéndose en un reto para una consulta de fácil accesibilidad, como la del médico de familia.

Aunque en el caso presentado la imagen ecográfica no parecía corresponder a ninguna de las descripciones habituales de patología biliar maligna, una incorrecta interpretación generó sospecha y acabó provocando una alerta y la consiguiente ansiedad en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Andrén-Sandberg A. Diagnosis and management of gallbladder cancer. N Am J Med Sci. 2012;4:293-9.*
2. *Rodríguez A, Díaz N, Grupo de Trabajo de Ecografía (GTE). Manual de ecografía abdominal. Orense: Anna Formación; 2008.*
3. *Segura A, Joleini S, Díaz N, Segura JM. Ecografía de la vesícula y la vía biliar. Semergen 2016;42:25-30. DOI: 10.1016/j.semerg.2014.09.004*