

Carcinoma de vesícula biliar:

hallazgos radiológicos y diagnóstico diferencial

Malena Tomasa Gallardo Monje¹, Blanca Siles Zubia¹, Enrique Trujillano Palomeque¹,
Jorge Flores Azofra¹, María Helena Alcaraz Montoya¹, Pedro Riquelme Montaña¹

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Objetivo docente

El objetivo de este trabajo es revisar los hallazgos radiológicos más frecuentes del carcinoma de vesícula biliar (CVB) y señalar las diferencias con otras patologías hepatobiliares de presentación similar.

Revisión del tema

Carcinoma de vesícula biliar (CVB)

MUY AGRESIVO

TASA
SUPERVIVENCIA A
5 AÑOS: <5% para
estadios III-IV

FACTORES DE RIESGO

Colelitiasis (+ frecuente),
Pólipos vesiculares,
Anomalías anatómicas
congénitas, Vesícula
biliar en porcelana,
Colangitis esclerosante
primaria, Sexo femenino,
Edad avanzada...

90%
ADENOCARCINOMAS

60% EN FUNDUS
VESICULAR

Evaluación radiológica y estadiaje

ECOGRAFÍA

- Primera prueba a realizar
- Poca precisión para evaluar extensión y metástasis
- Poco sensible a lesiones planas o pólipos malignos sésiles

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

- Valora extensión local, ganglionar y metástasis.

RESONANCIA MAGNÉTICA

- Mejor caracterización vesícula y árbol biliar
- Útil en diagnóstico, estadiaje y evaluación de la respuesta al tratamiento.

Patrones de presentación

40-60%

MASAS QUE
SUSTITUYEN A LA
VESÍCULA BILIAR



- Masa de márgenes irregulares, heterogénea, suele invadir órganos adyacentes

20-30%

ENGROSAMIENTO
PARIETAL FOCAL O
DIFUSO DE LA VESÍCULA
BILIAR



- El + difícil de diagnosticar, es similar a otras afecciones inflamatorias

15-25%

MASA POLIPOIDEA
INTRALUMINAL



- Nódulos bien definidos con base amplia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: MASAS QUE SUSTITUYEN A LA VESÍCULA BILIAR

Diagnóstico diferencial: masas que sustituyen a la vesícula biliar.

CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC)



-Su forma exofítica puede reemplazar/invadir la vesícula,
imitando un CVB.

-Sospechar si paciente **cirrótico**.

CON
CONTRASTE

CHC

Hiperrealce en fase
arterial y lavado
posterior

CVB

Realce progresivo
prolongado debido a
estroma fibroso

Diagnóstico diferencial: masas que sustituyen a la vesícula biliar.

COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO



Puede involucrar de forma extensa a la vesícula.

- EN TC/ RM:** masa heterogénea con realce periférico irregular y escaso en fase arterial. En fases tardías, muestra un realce centrípeto gradual.
- El CVB con metástasis hepáticas confluentes en segmento V es a menudo confundido con el colangiocarcinoma intrahepático.



Fig. 1 TC con contraste. Masa hipodensa, que capta en su periferia, que infiltra la vesícula y el parénquima hepático. En el interior de la vesícula se observan imágenes hiperdensas en relación con coledolitiasis. Se plantea diagnóstico diferencial con colangiocarcinoma intrahepático.

Diagnóstico diferencial: masas que sustituyen a la vesícula biliar.

ABSCESO PERICOLECÍSTICO



-FUNDAMENTAL **CONTEXTO CLÍNICO**

-Manifestación clínica AGUDA
secundaria a colecistitis perforada.

-Frecuente: discontinuidad de la pared.

-En **RM**: restringen en difusión y
ausencia de realce central con contraste.



Fig 2. Colección en lecho quirúrgico de colecistectomía. Asocia pequeñas áreas hipodensas en segmento V hepático, probablemente inflamatorias/posquirúrgicas.

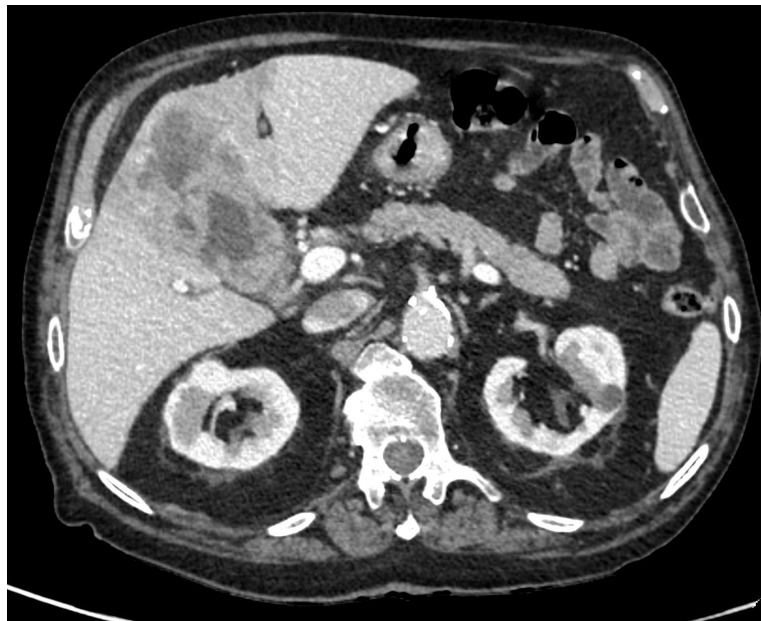


Fig. 3 TC con contraste. Masa lobulada, hipodensa con realce periférico que engloba la vesícula biliar e infiltra el parénquima hepático. Posteriormente se confirmó adenocarcinoma de vesícula biliar.

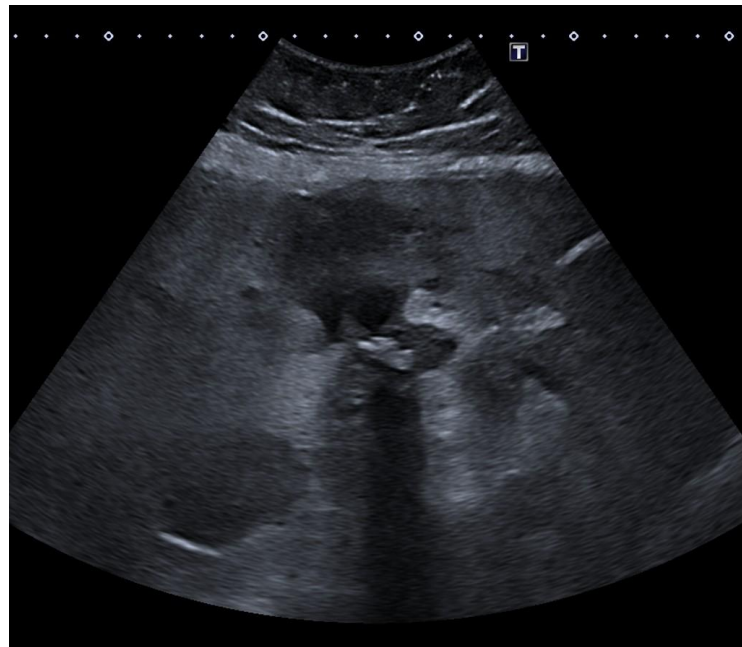
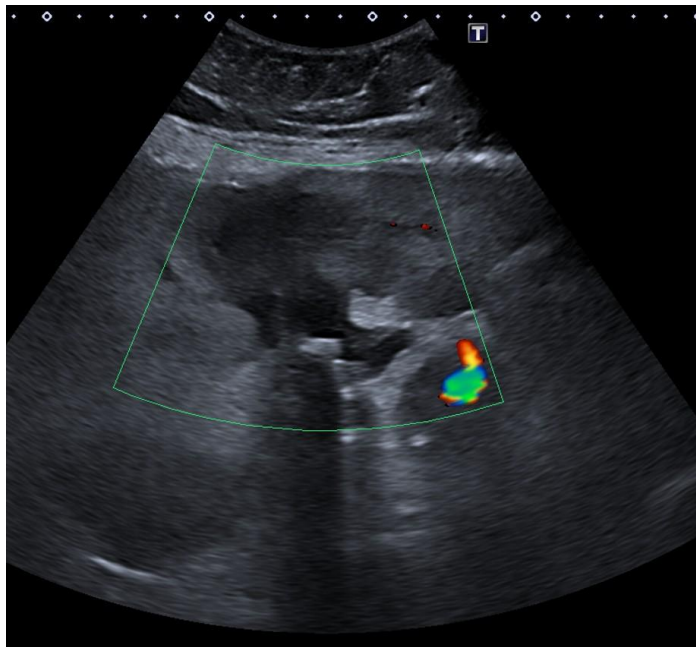


Fig 4 y 5. *Ecografía. Lesión hipoecogénica heterogénea en el lecho vesicular que infiltra segmentos hepáticos adyacentes. Se observan varias litiasis en su interior.*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ENGROSAMIENTOS MURALES FOCALES Y DIFUSOS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ENGROSAMIENTOS MURALES FOCALES Y DIFUSOS

→ Condiciones inflamatorias y pseudotumorales de la vesícula biliar

Entidad	Características distintivas
Adenomiomatosis	-Engrosamiento simétrico de la pared. - Artefacto en cola de cometa en ecografía y con el signo del collar de perlas en T2.
Colecistitis xantogranulomatosa	-Nódulos o bandas hipodensas en TC/RM. -Menor restricción de la difusión que el CVB.
Colecistitis aguda	-Cuadro clínico agudo. Puede dar lugar a confusión en los casos que se haya complicado (gangrenosa, perforación...)
Colecistitis crónica	-Engrosamiento difuso de la pared. En RM muestra realce liso, lento y prolongado. En TC se puede observar la pared colapsada con una capa interna con débil realce y una capa externa delgada e hipodensa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ENGROSAMIENTOS MURALES FOCALES Y DIFUSOS

→ **Condiciones sistémicas**: insuficiencia cardiaca congestiva, cirrosis, hepatitis aguda o crónica, hipoalbuminemia, insuficiencia renal, hipertensión portal...

→ **Otras neoplasias malignas**: puede infiltrar o metastatizar presentándose como un engrosamiento parietal.

Linfoma	A diferencia del CVB, afecta a la submucosa, respetando la mucosa adyacente.
Metástasis	Es infrecuente. Se puede presentar como un engrosamiento segmentario de la pared, ej: metástasis de colangiocarcinoma intrahepático por vía hematógica.



Fig 6. TC con contraste. Distorsión de la arquitectura vesicular con paredes hipercaptantes y solución de continuidad que infiltra segmento V. También se aprecia engrosamiento irregular hipercaptante del colédoco de probable origen neoplásico.

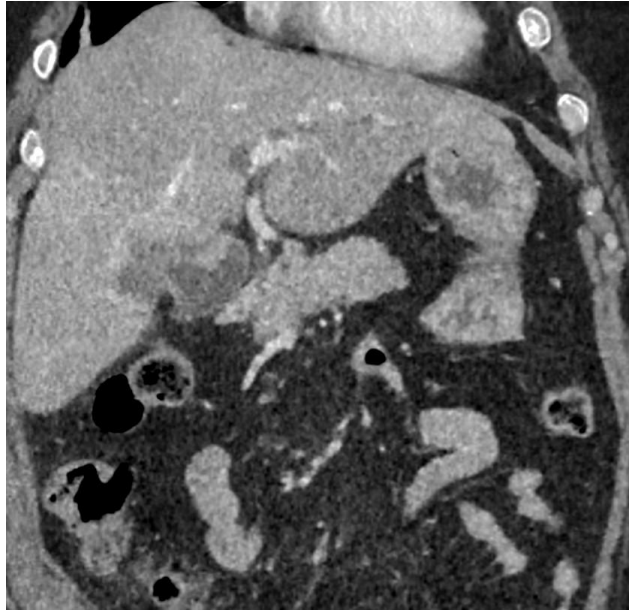


Fig 7 y 8. TC con contraste. Marcado engrosamiento heterogéneo de la pared del fundus vesicular extendiéndose hacia la grasa perivesicular en forma de masa mal definida hipodensa que infiltra al hígado.

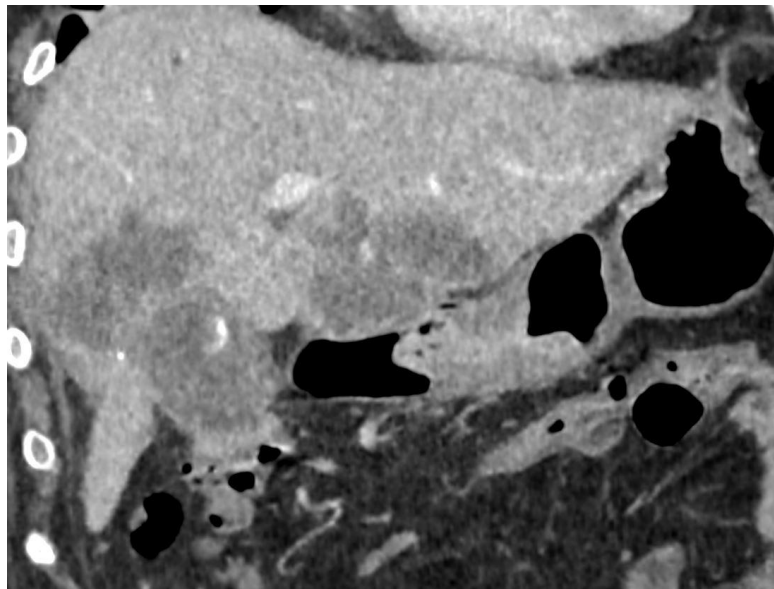


Fig 9 y 10. TC con contraste. Vesícula biliar con litiasis y pared engrosada irregular en fundus sin plano diferenciador con el parénquima hepático.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: MASAS POLIPOIDES INTRALUMINALES

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ENGROSAMIENTOS MURALES FOCALES Y DIFUSOS

→ Lesiones polipoideas benignas no neoplásicas

Pseudopólipos de colesterol (colesterolosis)	Son el tipo de pólipo más frecuente (70%). Son múltiples, pequeños (1-2 mm). En ecografía son iso o hiperecogénicas, y en TC <u>no captan contraste</u> en fase arterial.
Pólipos inflamatorios	Un 10% de los pólipos son inflamatorios o hiperplásicos.
Barro biliar tumefacto	En la ecografía el barro tumefacto es inmóvil y carece de vascularización. En RM no presenta realce dinámico ni restricción de la difusión.
Adenomiomatosis (focal)	La presencia del “ signo del collar de perlas ” en RM es altamente sugestivo de adenomiomatosis.

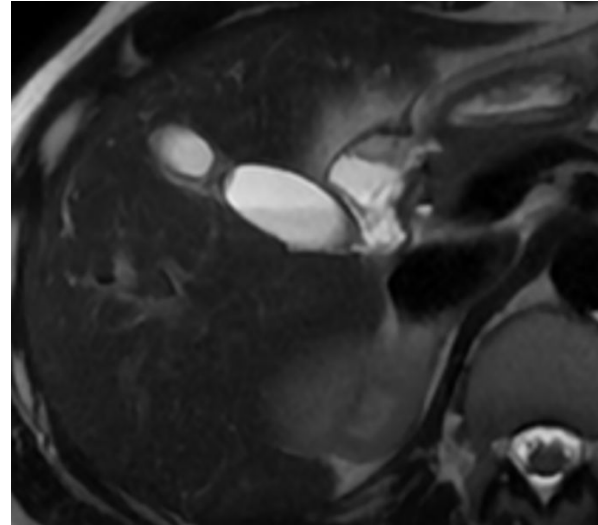
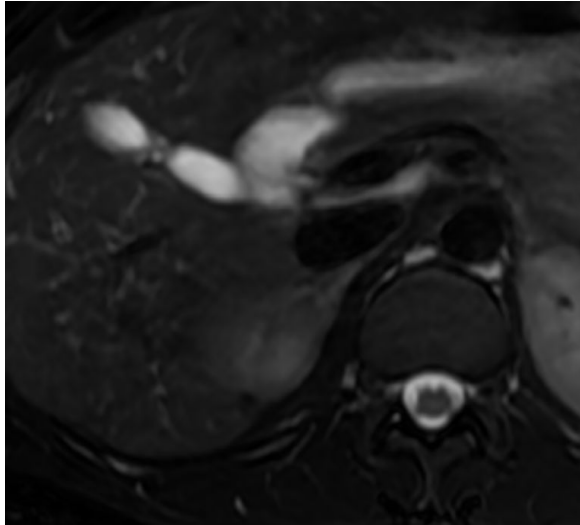


Fig 11 y 12. RM. Vesícula en reloj de arena, en su tercio medio se aprecia engrosamiento parietal con estrechamiento de la luz. Hallazgos sugestivos de adenomiomatosis segmentaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: ENGROSAMIENTOS MURALES FOCALES Y DIFUSOS

→ Lesiones polipoideas neoplásicas benignas

-**Adenoma**: puede progresar a carcinoma. Suelen ser solitarios. El realce en fase arterial es típicamente homogéneo.

Características que diferencian los pólipos malignos del CVB de sus imitadores benignos:

- **Tamaño**: típicamente los pólipos malignos son **mayores de 1 cm**. Riesgo de un 100 % si es mayor de 2 cm.
- **Morfología**: tienden a ser sésiles, con contornos lobulados y pueden mostrar indentación basal.
- **Realce**: muestran realce tras la administración de contraste.
- **Difusión (RM)**: el CVB presenta restricción de la difusión.

→ Otras neoplasias malignas: metástasis (el más típico es el melanoma), tumores neuroendocrinos (muy infrecuente).

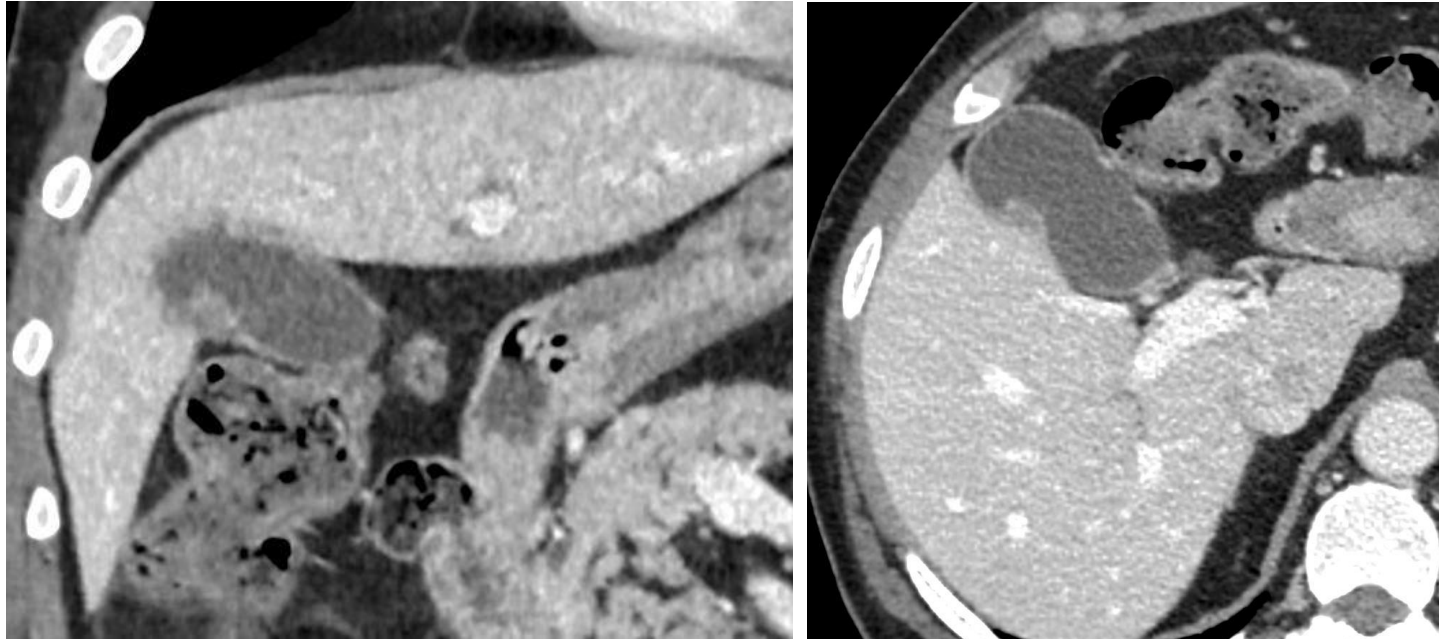


Fig 13 y 14. TC con contraste. Engrosamiento nodular de la pared vesicular con base de implantación amplia.

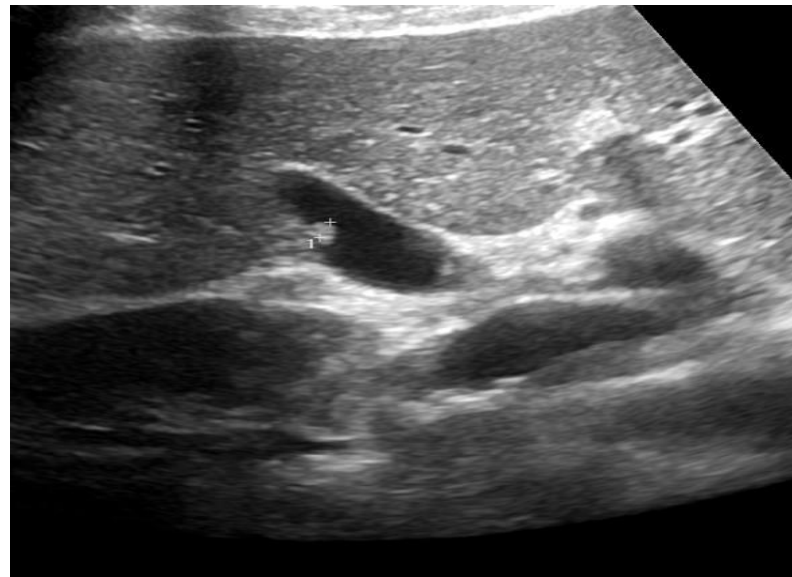


Fig 15 y 16. TC con contraste. Pólipo milimétrico benigno en la pared vesicular.

Conclusión

El cáncer de vesícula biliar es una enfermedad con un pronóstico sombrío debido a su naturaleza agresiva y el diagnóstico tardío. Conocer los patrones más frecuentes y realizar un adecuado diagnóstico diferencial es esencial para poder detectar esta patología y optimizar la planificación clínica y terapéutica.

Bibliografía

- Levy AD, Murakata LA, Rohrmann CA Jr. Gallbladder carcinoma: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2001;21:295-314.
 - Vendrami CL, Magnetta MJ, Mittal PK, Moreno CC, Miller FH. Gallbladder carcinoma and its differential diagnosis at MRI: what radiologists should know. *Radiographics*. 2021;41:0000-0000. doi:10.1148/rg.2021200087
 - Kim SW, Kim HC, Yang DM, Ryu JK, Won KY. Gallbladder carcinoma: causes of misdiagnosis at CT. *Clin Radiol*. 2016;71(1):e96-e109. doi:10.1016/j.crad.2015.10.016
 - Ganeshan D, Kambadakone A, Nikolaidis P, Subbiah V, Subbiah IM, Devine C. Current update on gallbladder carcinoma. *Abdom Radiol (NY)*. 2021. doi:10.1007/s00261-020-02871-2
 - Sandrasegaran K, Menias CO. Imaging and screening of cancer of the gallbladder and bile ducts. *Radiol Clin North Am*. 2017;55:1211-1222.
 - Yu MH, Kim YJ, Park HS, Jung SI. Benign gallbladder diseases: imaging techniques and tips for differentiating with malignant gallbladder diseases. *World J Gastroenterol*. 2020;26(22):2967-2986. doi:10.3748/wjg.v26.i22.2967
-