

GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR (K.VE.B.)

ACTUALIZACIÓN 2011

Dr. Pablo Jorge Sisco, MAAC, FACS.

Jefe de División Cirugía del Hospital Dr. Ignacio Pirovano. CABA.

Docente Adscripto de Cirugía de la Facultad de Medicina, U.B.A.

Director del Centro Médico LIVER. CABA.

INTRODUCCION

El K.Ve.B. es una enfermedad de baja prevalencia en el mundo sin embargo tiene una enorme variación según la región geográfica, incluso dentro de un mismo país. Así es el caso de las distintas regiones de Chile, India y la zona Andina de Argentina.

Es el tumor más común del tracto biliar extrahepático y ocupa el cuarto lugar, de las enfermedades malignas del tracto gastrointestinal.

El K.Ve.B. es generalmente diagnosticado en estadios avanzados de la enfermedad constituyendo así una neoplasia de naturaleza agresiva y rápida diseminación.

Clásicamente, se describe a esta enfermedad como caracterizada por períodos iniciales de silente progresión y subsecuente rápido deterioro cuando se transforma en sintomática.

Los cálculos más recientes de la American Cancer Society indican lo siguiente en cuanto al cáncer de vesícula biliar en los Estados Unidos para el 2011:

• Se diagnosticarán aproximadamente 9,250 nuevos casos: 3,990 en hombres y 5,260 en mujeres.



Diagnóstico y tratamiento

- Diagnóstico

La ausencia de signos y síntomas específicos de K.Ve.B., y la ausencia de marcadores tumorales específicos conducen a realizar un diagnóstico tardío. La presencia de ictericia o el hallazgo de tumor en la vesícula generalmente son signos de enfermedad avanzada con tumor irreseccable. Otros pacientes pueden presentar cuadro de colecistitis aguda, dolor abdominal, pérdida de peso y síntomas inespecíficos. Hay un subgrupo de pacientes en quienes el diagnóstico de K.Ve.B. se realiza durante la cirugía, o en quienes se evidencia en el estudio anatomopatológico. Estos pacientes tienen un mejor pronóstico ya que se trata de estadios precoces posicionándolos en un desafío terapéutico.

La evidencia ecográfica de tumor vesicular, engrosamiento significativo de la pared con infiltración del lecho hepático son signos de sospecha de K.Ve.B. Deben completarse la evaluación con estudios de laboratorio, TCH y RM.

La elevación en los niveles de CA 19.9 y CEA no resultan eficaces en el diagnóstico ya que se asocia su aumento con enfermedad en estadio avanzado. La utilidad del PET-TC en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con K.Ve.B. no ha sido aún establecida, pero resulta útil para la detección de progresión de enfermedad.

Para los pacientes que presentan ictericia debe incluirse colangiografía RM, eco-endoscopia y CPRE, con colocación de un stent al demostrar la obstrucción biliar.

- Estadificación

La mayoría de los K.Ve.B. son adenocarcinomas, subtipos papilar, tubular y nodular. Los factores de mal pronóstico incluyen edad, tumores poco diferenciados, subtipo plano, el grado de penetración en la pared vesicular, el compromiso ganglionar, infiltración de órganos vecinos, y presencia de metástasis a distancia.

El K.Ve.B. disemina a través de la vía linfática, hemática, endoluminal, y por contigüidad. La diseminación linfática es hacia el ganglio cístico, luego hacia las cadenas ganglionares del ligamento hepatoduodenal, retropancreáticos y arteria hepática común. El compromiso de ganglios intercavo-aórticos marcan un signo de mal pronóstico.

La estadificación de la AJCC TNM para K.Ve.B. ha establecido una clasificación standard que es la utilizada más comúnmente. Está basada en el nivel de invasión de la pared vesicular, el compromiso ganglionar, y la presencia de metástasis a distancia. Esto permite agrupar los pacientes en diferentes estadios. La infiltración local del hígado, el lecho vesicular y de órganos vecinos no se consideran metástasis.

Para una estadificación adecuada, es necesario el estudio minucioso de la vesícula extirpada, para definir, además de las características histológicas, la localización, extensión y penetración en la pared vesicular. Una vesícula extirpada por colecistectomía laparoscópica puede resultar traumatizada haciendo difícil su interpretación histológica.

La estadificación de la AJCC TNM para la clasificación del K.Ve.B. cuenta con la desventaja que no existe información del estadio T y N previo a la cirugía que ayude a la decisión terapéutica. En pacientes que han sido sometidos a colecistectomía con diagnóstico de K.Ve.B. por anatomía patológica, solo se puede evaluar el grado de penetración (T) del cáncer en la pared vesicular. A veces el ganglio cístico no ha sido extirpado y el compromiso ganglionar o de estructuras resulta desconocido. En este caso, la decisión de reoperación para efectuar una cirugía extendida está basada en el grado de invasión del cáncer en la pared vesicular descrito en el informe anatómo-patológico, y de los estudios a realizar para evaluar extensión de enfermedad.

- Abordaje quirúrgico

El tratamiento del K.Ve.B. debe ser determinado por un equipo multidisciplinario.

Si los pacientes tienen estudios con sospecha de K.Ve.B., la colecistectomía de ser realizada por un cirujano con experiencia en cirugía del K.Ve.B., recomendándose la cirugía abierta. Si no hay evidencias de metástasis a distancia, la laparoscopia resulta de utilidad para descartar diseminación hepática o peritoneal en pacientes potenciales candidatos para una cirugía resectiva.

El rol definitivo de la colecistectomía laparoscópica en el tratamiento del K.Ve.B. no ha sido aún determinado. Hay evidencias que en pacientes en los cuales no existía sospecha

preoperatoria de cáncer y sometidos a colecistectomía laparoscópica, el pronóstico es desfavorable en comparación con los que fueron tratados por cirugía abierta. En estos casos la apertura de la vesícula durante la cirugía y la extracción de la misma sin ser embolsada aumenta el índice de recidivas.

La cirugía extendida debe ser recomendada como tratamiento inicial del K.Ve.B., o para completar tratamiento en pacientes ya sometidos a colecistectomía. En estos casos, la cirugía comienza con la disección de los ganglios intercavo-aórticos. Si ellos resultan comprometidos, la sobrevida estará limitada a meses, y una cirugía extendida no está indicada. Si el citado grupo ganglionar son negativos, el procedimiento debe continuar con la linfadenectomía del ligamento hepatoduodenal y de la arteria hepática común. La resección hepática incluye segmentos 4B + V y extirpación del peritoneo prerenal derecho. En pacientes previamente sometidos a colecistectomía laparoscópica, se recomienda la resección de los port-sites para evitar la recurrencia local.

Actualmente existe controversia acerca de la resección de la vía biliar. Si el cuello vesicular o el conducto cístico se hallan invadidos por tumor existe consenso que la vía biliar debe ser resecada. No obstante ello, la resección de rutina de la vía biliar es actualmente tema de debate.

La resección hepática extendida ha sido propuesta en los tumores cercanos al conducto cístico, o cuando hay colecistitis, estadio N1 de compromiso linfático, ictericia, o lesiones grandes. Sin embargo, se acompañan de mayor morbi-mortalidad.

- Tratamiento adyuvante

Diferentes formas de quimioterapia y radioterapia han sido utilizadas tendientes a mejorar la sobrevida. Debido a que la mayoría de las series son pequeñas, resultan difíciles de interpretar. Considerando que la mayoría de los pacientes presentan recidivas locoregionales, la radioterapia ha sido de utilidad como tratamiento adyuvante conjuntamente con 5-FU como sensibilizador. De esta manera, la quimioterapia y la radioterapia han sido utilizadas en el preoperatorio.

Los pacientes resecados clasificados con tumores que superan T2 o N1 deben ser incluidos en un protocolo de 5-FU + radioterapia. El uso de mitomicina + 5-FU, capecitabine oral u otros protocolos básicos con gemcitabine han sido también utilizados.

- Cuidado Paliativo

Frecuentemente el diagnóstico de K.Ve.B. es tardío y los tratamientos se reducen a paliar el dolor, prurito y colangitis. Un equipo especializado en cuidados paliativos debe estar a cargo del paciente y del contexto familiar, para tratamiento del dolor y brindar apoyo

psicológico. En los casos de prurito por ictericia obstructiva, el uso de stents puede aliviar el síntoma. El índice de obstrucción biliar en pacientes con K.Ve.B. excede el 60% y la obstrucción gástrica aproximadamente el 50% de los pacientes con ictericia. Debido a la limitada expectativa de vida de este grupo de pacientes, los tratamientos percutáneos o endoscópicos deben ser empleados.

- Control

El seguimiento consiste en el control clínico, TCH / RM de abdomen y tórax, y laboratorio de función hepática cada 6 meses durante 2 años, luego anualmente . PET-TC resulta de utilidad en la detección de progresión a distancia. Si hubiera evidencia de progresión de enfermedad, deben implementarse los lineamientos empleados en el inicio.

- Estrategias terapéuticas y pronóstico basados en el estadio tumoral

La intensidad del tratamiento y su extensión dependerá del grado de invasión tumoral a nivel de la pared vesicular, del compromiso ganglionar y de los órganos vecinos (TNM).

Tumor *in-situ* o con invasión de la mucosa (Tis -T1a)

En estos casos el tumor está limitado a la mucosa y la diseminación es poco probable. Existe consenso que la colecistectomía es tratamiento suficiente. La mayoría de estos casos son diagnosticados en el estudio anatomopatológico después de una colecistectomía abierta o laparoscópica. Idealmente, la pieza quirúrgica debe incluir el ganglio cístico. La sobrevida a 5 años es mayor del 90%.

Una situación especial se presenta cuando existe invasión de los senos de Rokitansky-Aschoff que lleva a la existencia de tejido tumoral cercano a las estructuras profundas de la pared vesicular. En estos casos puede plantearse la necesidad de una cirugía extendida.

- Tumores que invaden la muscular propia (T1b)

Este grupo de pacientes presentan muy buen pronóstico con sobrevida alrededor del 80% a 5 años, independientemente del tratamiento realizado.

No existe consenso si el mejor tratamiento es una cirugía extendida o una simple colecistectomía. El diagnóstico generalmente es postoperatorio en el examen de la pieza

operatoria. Los factores que pueden conducir a una reoperación son: paciente joven, invasión del conducto cístico, microinvasión del ganglio cístico, tumores indiferenciados o planos, permeación vascular o linfática (pacientes de alto riesgo).

- Tumores que invaden la subserosa (T2)

Estos se benefician categóricamente con la cirugía extendida. La sobrevida a 5 años es del 25% en pacientes tratados con colecistectomía simple abierta o laparoscópica. Si se lleva a cabo una cirugía extendida la sobrevida a 5 años se eleva al 50-65% para los T2N0M0. En estos casos el compromiso ganglionar es frecuente (aproximadamente 40%). Antes de completar la cirugía es prioritario descartar el compromiso de los ganglios intercavo-aórticos para lograr el objetivo de la resección ampliada.

Una vez completada la cirugía extendida, el hallazgo de compromiso tumoral a nivel de los ganglios o segmentos IVb + V resecados se asocia con mal pronóstico debiendo considerarse tratamiento adyuvante.

- Tumores con invasión de la serosa e infiltración del lecho hepático u órganos vecinos

Este grupo de pacientes tiene mal pronóstico independientemente del tratamiento realizado. Sólo en algunos casos se registra una larga sobrevida después de una resección extendida. Generalmente existe invasión de los ganglios regionales o infiltración de la vía biliar, vena porta o arteria hepática. Estos constituyen criterios de irresecabilidad. La invasión del colon transverso, duodeno o estómago son indicadores de enfermedad avanzada. Las resecciones que no son R0 a veces se efectúan con intento paliativo.

En los pacientes irresecables se debe obtener una biopsia que confirme el diagnóstico procediendo luego a quimiorradioterapia. En pacientes que no son candidatos para la exploración quirúrgica se puede intentar la reducción tumoral mediante quimiorradioterapia y de ser efectiva evaluar el intento de una resección R0.

- Algoritmo terapéutico basado en la presentación

1.- K.Ve.B. hallazgo anatomopatológico después de una colecistectomía

Los pacientes con hallazgo incidental de K.Ve.B. posterior a una colecistectomía debe ser evaluado con laboratorio, TCH / RM tórax y abdomen con el fin de descartar enfermedad diseminada. Los cambios inflamatorios después de una colecistectomía reciente puede dificultar la interpretación de las imágenes.

Si la vesícula fue removida intacta, con márgenes negativos, y en pacientes clasificados como Tis o T1a no se requiere de cirugía extendida ni de tratamiento adyuvante.

Los pacientes T1b con factores de riesgo (jóvenes, invasión del conducto cístico, microinvasión del ganglio cístico, tumores indiferenciados, permeación vascular o linfática) pueden beneficiarse con una cirugía extendida, como se mencionara previamente para los tumores que invaden la lámina propia (T1b). El resto de los pacientes deben ser seguidos sin requerir cirugía extendida ni adyuvancia.

Los pacientes con T2 deben ser incluidos en un tratamiento de cirugía extendida como ya se describiera anteriormente. Si la anatomía patológica evidencia compromiso ganglionar o de los segmentos resecados IVb + V, el pronóstico empeora y deben ser incluidos en tratamiento adyuvante.

Los pacientes con T3 y T4 son generalmente diagnosticados durante la colecistectomía y no se ven beneficiados por una reintervención. Sin embargo, en T3 con invasión microscópica del lecho vesicular en el estudio histológico, la re-exploración con el propósito de una cirugía extendida puede ser propuesta.

Desafortunadamente, cuando son re-explorados semanas después de la colecistectomía, suelen ser irreseables, debido a infiltración peritoneal, compromiso de los ganglios periaórticos u otras metástasis. Debe considerarse tratamiento adyuvante.

2.- Hallazgo incidental de K.Ve.B. durante una colecistectomía

Si se sospecha la existencia de un K.Ve.B. durante una colecistectomía laparoscópica deber realizarse la conversión a cirugía abierta y llevar a cabo la evaluación de la extensión de la lesión, existencia de metástasis e infiltración peritoneal. Durante la colecistectomía se evitara la excesiva manipulación de la vesícula o la apertura de la misma. La pieza debe incluir el ganglio cístico y debe realizarse congelación de la vesícula y de dicho ganglio. Deberá realizarse una amplia maniobra de Vautrin-Kocher para biopsiar-resecar ganglios intercavo-aórticos.

Una vez confirmado el diagnóstico, el cirujano deberá evaluar la continuación del procedimiento ante las siguientes evidencias:

- Cirujano no experimentado para realizar una cirugía extendida
- Condiciones inadecuadas para la realización de una cirugía extendida (centro no especializado, paciente con riesgo elevado, infección, consentimiento insuficiente por parte del paciente, etc).
- Existencia de invasión peritoneal, extensión a órganos vecinos o compromiso de la vía biliar, vena porta, o arteria hepática;
- La profundidad de la invasión tumoral no puede ser fehacientemente evaluada por el patólogo.
- Compromiso de los ganglios intercavo-aórticos (relativo para algunos autores)

3.-Sospecha de K.Ve.B. por imágenes

Es infrecuente el diagnóstico preoperatorio de K.Ve.B. en estadios tempranos, excepto en aquéllos que se originan en lesiones polipoides. La presencia de una masa sospechosa por ecografía exige una evaluación imagenológica completa. El paciente debe ser explorado por un cirujano entrenado en el tratamiento de la patología contando con el consentimiento informado del paciente y del escenario adecuado para la realización de la cirugía.

Las estrategias terapéuticas a seguir fueron descriptas anteriormente.

4.- Sospecha de K.Ve.B. en pacientes con ictericia

Estos pacientes requieren evaluación con colangiografía RM y ecoendoscopia. Acorde con los resultados puede sumarse CPRE y en algunos casos colangiografía transparietohepática con drenaje percutáneo transitorio o definitivo para descomprimir la vía biliar. La mayoría de estos pacientes presentan enfermedad avanzada y no son candidatos para cirugía extendida. Algunos pacientes considerados con enfermedad localizada y potencialmente resecables pueden llegar a ser explorados para una cirugía extendida, acorde con los criterios descritos para los tumores con invasión de la serosa, infiltración del lecho hepático o de órganos vecinos (T3 y T4).

- Enfermedad metastásica

Ante la presencia de enfermedad metastásica está indicado tratamiento paliativo para alivio del dolor y descompresión de la vía biliar. Gemcitabine y/o 5-FU pueden ser el tratamiento a considerar.

CANCER DE VESICULA – ESTADIFICACION A.J.C.C. 7° Ed., 2010

TUMOR PRIMARIO (T)

TX	Tumor primario no evaluable
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Invade la lámina propia
T1a	Invade lámina propia
T1b	Invade capa muscular
T2	Invade conectivo perimuscular sin extensión más allá de la serosa o dentro del hígado
T3	Perfora la serosa (peritoneo visceral) y/o invasión directa del hígado y/o un órgano o estructura adyacente (estómago, duodeno, colon, páncreas, epiplón, o vía biliar extrahepática)
T4	Invasión de vena porta o arteria hepática o dos ó más órganos o estructuras adyacentes

GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES (N)

NX	Ganglios regionales no evaluables
N 0	Sin metástasis linfáticas regionales
N 1	Con metástasis linfáticas a nivel del conducto cístico, vía biliar, arteria hepática y/o vena porta
N 2	Con metástasis linfáticas a nivel periaórtico, pericava, arteria mesentérica superior y/o tronco celíaco

METASTASIS A DISTANCIA (M)

M0	Sin metástasis a distancia
M1	Con metástasis a distancia

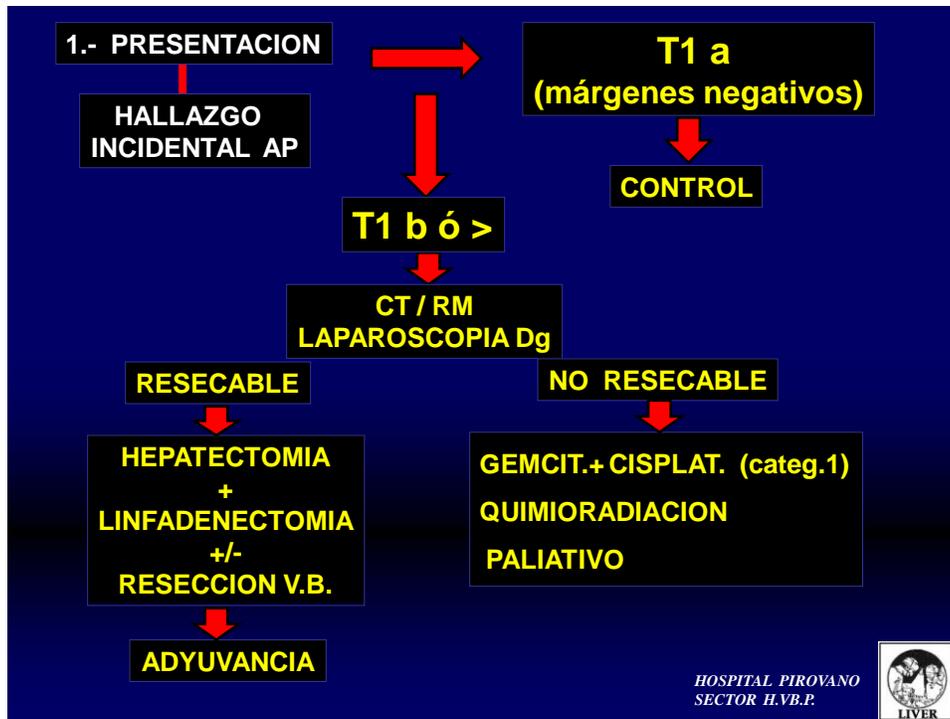
ESTADIFICACION

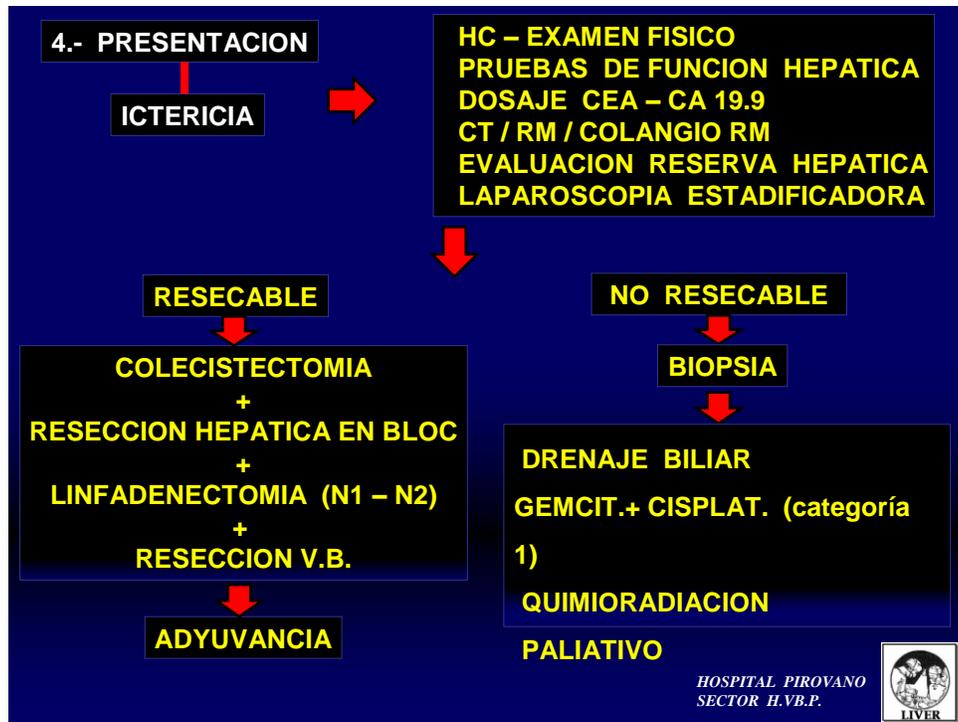
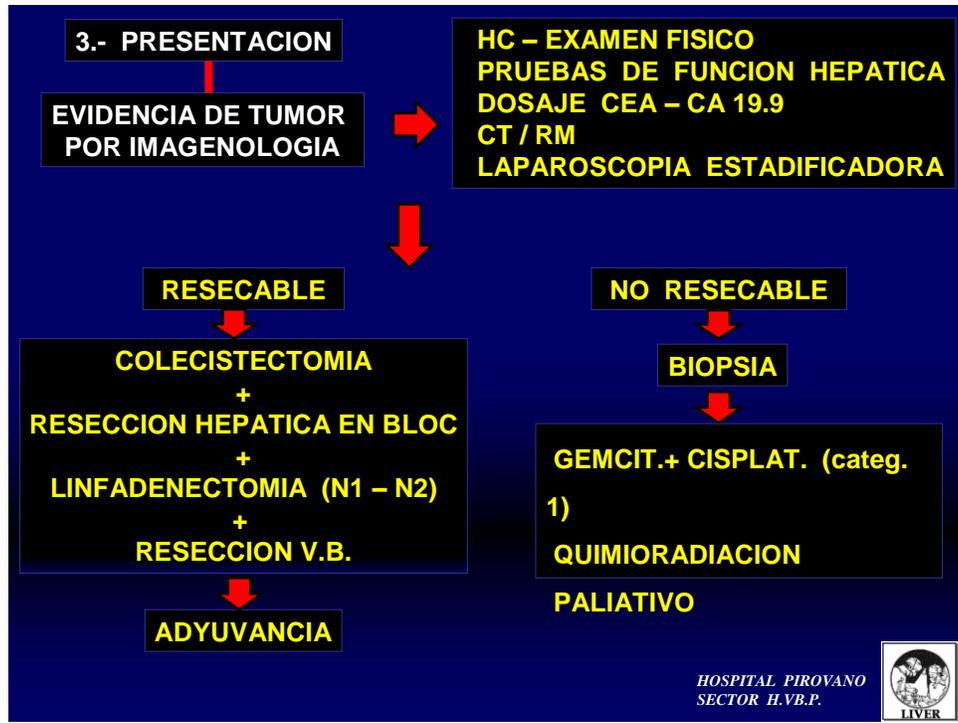
STAGE	0	Tis	N 0	M 0
STAGE	I	T 1	N 0	M 0
STAGE	II	T 2	N 0	M 0
STAGE	III A	T 3	N 0	M 0
STAGE	III B	T 1	N 1	M 0
		T 3	N 1	M 0
STAGE	IV A	T 4	N 0	M 0
		T 4	N 1	M 0
STAGE	IV B	Cualquier T	N 2	M 0
		Cualquier T	Cualquier N	M 1

GRADO HISTOLOGICO (G)

GX	Grado no posible de evaluar
G 1	Bien diferenciado
G 2	Moderadamente diferenciado
G 3	Pobrementemente diferenciado
G 4	Indiferenciado

American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The original source for this material is the AJCC Cancer Staging Manual, Seventh Edition (2010) published by Springer-Verlag New York, www.cancerstaging.net. Last Updated: July 13, 2011.





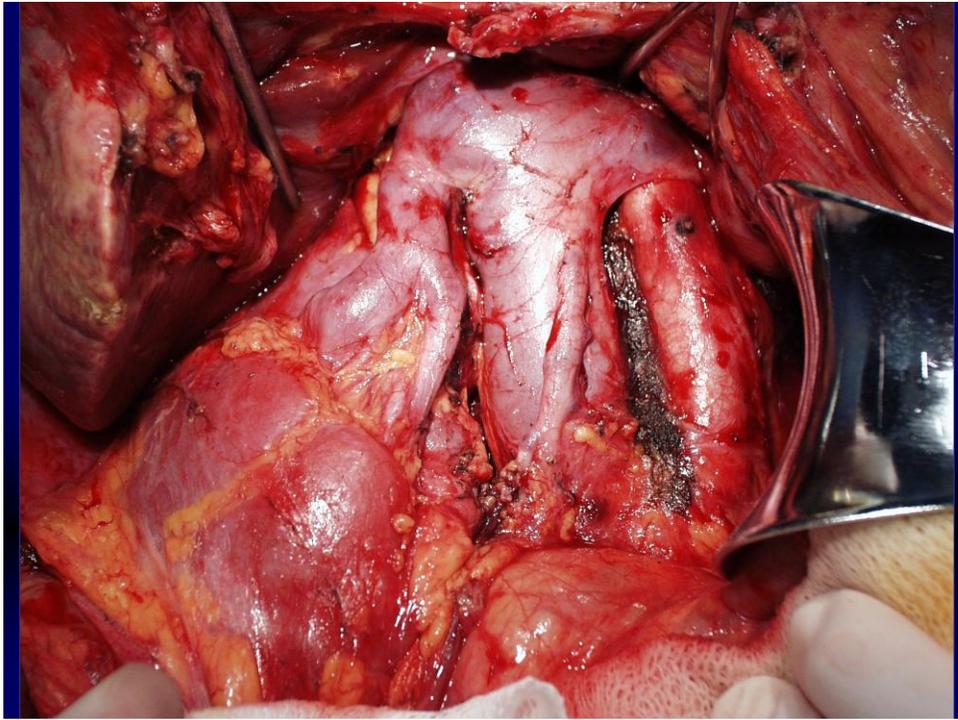
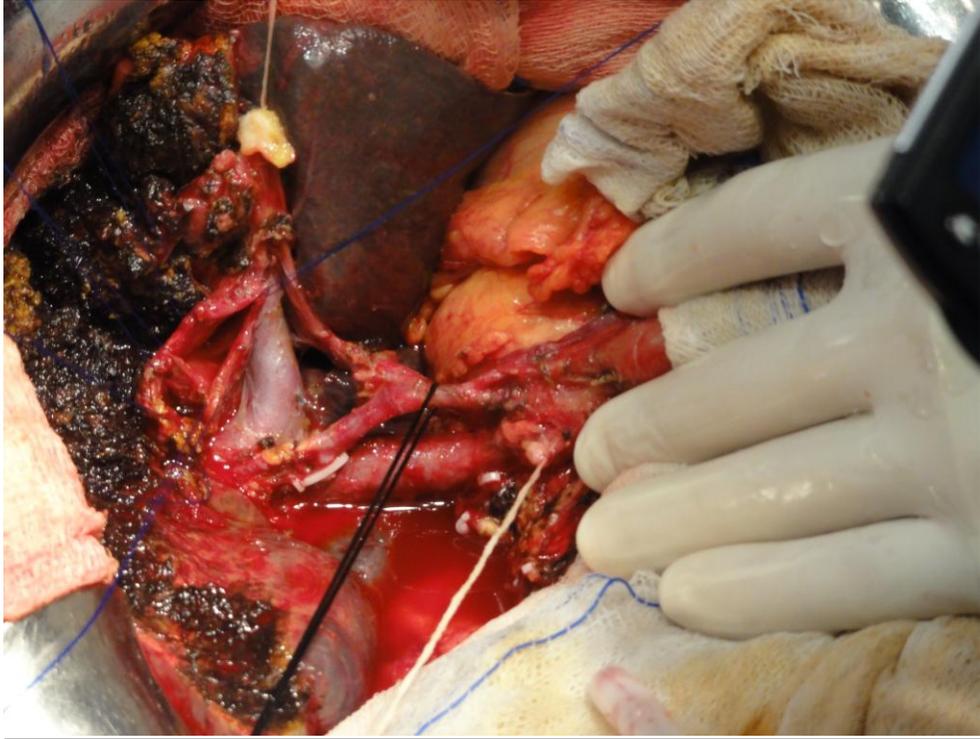
5.- PRESENTACION

METASTASIS

DRENAJE BILIAR
GEMCIT.+ CISPLAT. (categ.1)
QUIMIORADIACION
PALIATIVO

HOSPITAL PIROVANO
SECTOR H.V.B.P.





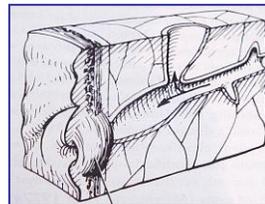
- Resumen con niveles de evidencia y grados de recomendación

Sugeridos por la Agencia de Investigación de Seguros de Salud, 1992.

- Etiología

Los principales factores de riesgo de K.Ve.B. incluyen colelitiasis, obesidad, anomalía de la unión biliopancreática, microcalcificaciones focales en la mucosa y pólipos vesiculares.

- El riesgo de K.Ve.B. es 1.5-6 veces mayor en pacientes con litiasis vesicular que en los no portadores de esta patología. (Nivel de evidencia II b; grado de recomendación B).
- El mecanismo en el cual la litiasis vesicular predispone al K.Ve.B. ha sido ya establecido. Probablemente el tiempo es el factor más relevante en la patogenia del K.Ve.B. La inflamación crónica de la mucosa de la vesícula debido a los cálculos predispone a la transformación maligna a través de la secuencia evolutiva desde la displasia a la atipia, carcinoma in situ y finalmente invasor. (Nivel de evidencia II b; grado de recomendación C).
- A pesar de la asociación con litiasis vesicular, solo el 1 – 3% de los pacientes desarrollan K.Ve.B. (Nivel de evidencia I; grado de recomendación B). El estudio de los cálculos en la vesícula biliar con cáncer ha demostrado que los pacientes con cálculos superiores a 10 ml de volumen tienen riesgo relativo de tenerlo 11 veces superior respecto a pacientes cuyos cálculos tienen un volumen promedio inferior a esta cifra
- La obesidad y sexo femenino constituyen factores que aumentan la probabilidad de K.Ve.B. (Nivel de evidencia II a; grado de recomendación B)
- La anomalía de la unión biliopancreática es un factor predisponente al desarrollo del K.Ve.B. Esta variante anatómica permite el reflujo de la secreción pancreática en la vía biliar produciendo inflamación crónica y cambios metaplásicos. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).



- La mayoría de los pólipos de vesícula son lesiones benignas asintomáticas que no evolucionan a cáncer. Las características de las lesiones poliposas asociadas a riesgo de malignización son aquellas que superan los 10 mm, edad mayor de 50 años, presencia de litiasis, pólipos solitarios y pólipos sintomáticos. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).

- La incidencia de K.Ve.B. aumenta con la presencia de calcificaciones focales a nivel de la mucosa (7%) . El patrón de calcificación es más importante que la mera presencia de las mismas, constituyendo los focos de calcificaciones mucosas las de mayor riesgo en comparación con las calcificaciones difusas intramurales .(Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- Otras condiciones asociadas con K.Ve.B. son la colecistitis xantogranulomatosa, infección tifoidea crónica (poco frecuente en nuestro país), adenomiosis y enfermedad inflamatoria intestinal crónica.

- Diagnóstico

El rol de los estudios de laboratorio y por imágenes para el diagnóstico del K.Ve.B. han sido analizados en diferentes publicaciones.

- En las estadios tempranos con invasión de la pared hasta la capa muscular, el diagnóstico preoperatorio del grado de invasión parietal es difícil de establecer, aun con el estudio completo por ecografía, TCH y eco endoscopia. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- La sensibilidad de la ecografía para reconocer la existencia de K.Ve.B. es aproximadamente del 40% aumentando cuando existe infiltración hepática o metástasis ganglionares. (Nivel de evidencia III b; grado de recomendación B).
- La Tomografía Computada Multislice (TCMS) presenta un 84% de precisión en el diagnóstico de K.Ve.B. localizado, evidenciando una sensibilidad y especificidad aceptable. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- La ecoendoscopia constituye un método de estadificación de mayor sensibilidad en el diagnóstico del K.Ve.B. (74 a 90%) en comparación con la ecografía transabdominal únicamente. Mediante este método se pueden obtener biopsias por punción/aspiración con aguja fina del tumor primario, adenopatías, o masas hepáticas detectables. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- La TCMS demostró una precisión diagnóstica del 71%, sin embargo depende de la morfología de la neoplasia. El engrosamiento de la pared vesicular en los tumores T1 generalmente no es detectado por TCMS (54%). Sin embargo, cuando existe masa intraluminal la sensibilidad aumenta al 89%. (Nivel de evidencia IIIb; grado de recomendación B).
- La RM presenta una baja sensibilidad para la detección de metástasis linfáticas. Sin embargo, cuando se combina con colangioRM y angioRM 3D, la sensibilidad y la especificidad para el diagnóstico de compromiso biliar y vascular alcanza el 100% y 87% respectivamente. En comparación con TCMS, la sensibilidad de la RM en K.Ve.B. se incrementa del 50 al 67-100% con una especificidad para la angioRM del 89-100%. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).

- La sensibilidad del PET en la identificación del tumor primario es del 86% para el K.Ve.B. Algunas patologías benignas tales como la adenomiosis pueden arrojar resultados positivos en el PET scan, que representan un elevado número de falsos positivos. En pacientes con tumores potencialmente resecables por imagenología, el PET-TC puede identificar metástasis ocultas e implementar cambios de estrategia en al menos 25% de los pacientes. El PET-TC también resulta efectivo para la detección de recurrencia de enfermedad en pacientes resecados. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).

- Tratamiento

Como es frecuente en cirugía, las recomendaciones terapéuticas están basadas en conclusiones de la revisión de los resultados obtenidos y establecen pronóstico de los tratamientos utilizados.

- En los pacientes adecuados con K.Ve.B., la cirugía ofrece la mejor opción de sobrevida y debe ser el tratamiento de elección. (Nivel de evidencia IIIb; grado de recomendación B).
- En pacientes con sospecha de K.Ve.B., no se recomienda llevar a cabo una colecistectomía laparoscópica, sino efectuar una cirugía abierta. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- Aunque la cirugía abierta constituye el mejor tratamiento para el K.Ve.B., recientemente la laparoscopia ha adquirido un rol importante para la estadificación y tratamiento de los tumores tempranos. (Nivel de evidencia IIIb; grado de recomendación C).
- En los casos de un K.Ve.B. insospechado en los que se efectuó una colecistectomía laparoscópica con apertura intraoperatoria de la vesícula, el índice de recidiva a nivel del port-site y del peritoneo fue del 43% con una sobrevida significativamente menor. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- Los pacientes con diagnóstico de Tis y T1 no requieren una resección adicional si el cístico es negativo. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- Deberá ser realizada una resección ampliada luego de la colecistectomía simple en los casos de invasión de la subserosa (T2) o de mayor penetración (T3). (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- Se ha reportado un pronóstico significativamente mejor en aquellos pacientes con K.Ve.B. T2 en quienes se llevó a cabo una resección adicional, en comparación con los que se realizó únicamente colecistectomía. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).
- En los K.Ve.B. avanzados, la resección anatómica incluyendo la vía biliar está indicada con el objetivo de lograr una resección R0. (Nivel de evidencia III b; grado de recomendación C).

- En los casos de pacientes que no se consideran candidatos para cirugía, el tratamiento quimioterápico con 5-FU, capecitabine o gemcitabine solo o combinados se considera una alternativa terapéutica, aunque esta conclusión no ha sido confirmada por estudios randomizados. (Nivel de evidencia I; grado de recomendación C).
- No hay estudios controlados que hayan comparado la utilización de stents vs. bypass quirúrgico en los casos de K.Ve.B. irresecable. En casos en que se diagnostica durante la exploración, tumor localmente irresecable, deberán ser sometidos a un procedimiento endoscópico mínimamente invasivo, los pacientes de alto riesgo. (Nivel de evidencia IV; grado de recomendación C).

- Pronóstico

El resultado de las terapias utilizadas han sido evaluadas basándose en sobrevida y pronóstico.

- La sobrevida en K.Ve.B. está directamente relacionada con el grado de penetración de la pared vesicular (T), la presencia de compromiso linfático regional (N), y la presencia de metástasis (M). (Nivel de evidencia IIb).
 - El factor pronóstico más importante está constituido por las metástasis a nivel de los ganglios linfáticos. (Nivel de evidencia IIb).
 - La sobrevida a 5 años para pacientes en estadios 0, I, II, III, y IV es 81%, 40%, 8%, 3%, y 2%, respectivamente. (Nivel de evidencia IIb).
 - La resección R0 es considerada un factor pronóstico de importancia, aún en los K.Ve.B. avanzados. La resección incompleta R1 y R2 no otorgan una expectativa de vida prolongada. (Nivel de evidencia IIb).
-