



11209
2 of 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR
REVISION DE 5 AÑOS DE CASUISTICA
EN EL HOSPITAL GENERAL 1º DE OCTUBRE
ISSSTE

TESIS RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
POST - GRUADO EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. SALVADOR DIAZ CHAYEB

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL,
PROFESOR TITULAR Y DIRECTOR DE TESIS

DR. RUBEN RAMOS SALINAS

FEBRERO 1983

A. Chayeb

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.--

	Pag.
INTRODUCCION	I
ANATOMIA	2
FISIOLOGIA	5
FRECUENCIA	7
ETIOLOGIA	9
MANIFESTACIONES CLINICAS	10
PATOLOGIA	12
DIAGNOSTICO	14
TRATAMIENTO	15
CASUISTICA	16
RESULTADOS	17
EXAMENES DE LABORATORIO PRACTICADOS	18
ESTUDIOS DE RADIOLOGIA Y GABINETE REALIZADOS	20
TRATAMIENTO RECIBIDO	22
BIBLIOGRAFIA	24

INTRODUCCION.-

El carcinoma de la vesícula biliar ocupa el quinto lugar entre los carcinomas que afectan el conducto gastrointestinal y comprende un cuatro por ciento de todos los carcinomas. Se calcula que el tumor causa 6500 muertes al año en los Estados Unidos de Norteamérica. Su frecuencia en series de autopsias efectuadas al azar promedia aproximadamente 0.4 por ciento, mientras que en términos generales uno por ciento de los pacientes a quienes se les practican operaciones de vías biliares sufren de carcinoma. (17)

En la mayoría de las series de casos cerca del 80 por ciento de los pacientes son mujeres; la lesión se presenta por lo general después de los 60 años. (1) (3)

Se ha encontrado una estrecha relación entre la litiasis vesicular y carcinoma, aproximadamente un 80 a 90 por ciento de los pacientes con carcinoma tienen colelitiasis concomitante. De 5 a 10 por ciento de los pacientes de más de 65 años con cálculos sintomáticos tienen carcinoma de la vesícula; sin embargo se ha observado que entre los pacientes con colelitiasis asintomática la frecuencia de carcinoma es baja. (16)

En los últimos años se ha registrado una disminución gradual de la frecuencia del carcinoma primario de la vesícula debido a la tendencia cada vez mayor a extirpar todas las vesículas que contienen cálculos. (6) (9)

INTRODUCCION.-

El carcinoma de la vesícula biliar ocupa el quinto lugar entre los carcinomas que afectan el conducto gastrointestinal y comprende un cuatro por ciento de todos los carcinomas. Se calcula que el tumor causa 6500 muertes al año en los Estados Unidos de Norteamérica. Su frecuencia en series de autopsias efectuadas al azar promedia aproximadamente 0.4 por ciento, mientras que en términos generales uno por ciento de los pacientes a quienes se les practican operaciones de vías biliares sufren de carcinoma. (17)

En la mayoría de las series de casos cerca del 80 por ciento de los pacientes son mujeres; la lesión se presenta por lo general después de los 60 años. (1) (3)

Se ha encontrado una estrecha relación entre la litiasis vesicular y carcinoma, aproximadamente un 80 a 90 por ciento de los pacientes con carcinoma tienen colelitiasis concomitante. De 5 a 10 por ciento de los pacientes de más de 65 años con cálculos sintomáticos tienen carcinoma de la vesícula; sin embargo se ha observado que entre los pacientes con colelitiasis asintomática la frecuencia de carcinoma es baja. (16)

En los últimos años se ha registrado una disminución gradual de la frecuencia del carcinoma primario de la vesícula debido a la tendencia cada vez mayor a extirpar todas las vesículas que contienen cálculos. (6) (9)

ANATOMIA.-

La vesícula biliar es un reservorio piriforme que se encuentra adosada a la cara inferior del hígado en un lecho poco profundo entre los lóbulos cuadrado y derecho. La vesícula biliar tiene 7.5 cms. de longitud y puede contener de 30 a 60 cms. cúbicos de bilis; esta formada por el fondo que es redondeado, el cuerpo que es cilíndrico; cerca del hilio hepático disminuye de calibre formando el cuello. El peritoneo cubre todo el fondo y se refleja en los bordes de la fosita cística en el hígado sobre el cuerpo y el cuello. El fondo suele presentarse debajo del borde del hígado, en contacto con la pared anterior del abdomen, a nivel de la punta del noveno cartílago costal derecho. El cuerpo de la vesícula, colocado sobre el colon transversal se extiende hacia atrás, arriba y a la izquierda, en dirección del hilio hepático. El cuello vesicular que guarda relación hacia abajo con el duodeno, sigue la dirección del cuerpo; en el extremo derecho del hilio hepático sigue un trayecto descendente en forma de S, convirtiéndose en el conducto cístico de 3.75 cms. de longitud, este conducto situado en el borde libre del epiplón menor se une en ángulo agudo al conducto hepático, formándose el conducto colédoco de 7.5 cms. de longitud, el que se une con el conducto de Wirsung para formar en el espesor de la pared duodenal la ampolla de Vater. (13)

El riego sanguíneo de la vesícula biliar proviene de la rama derecha de la arteria hepática, que origina la arteria cística, la que se divide en ramas para las superficies fija y libre. Las venas satélites drenan hacia la vena cística la cual drena hacia la vena porta.

La cadena ganglionar hepática está situada a lo largo de la arteria hepática y llega a los ganglios pre-aórticos celiacos desde el hilio del hígado, donde se observa un ganglio linfático cístico constante en el cuello de la vesícula biliar.

Un pequeño grupo confluyente, la cadena cística continúa por el trayecto del colédoco descendiendo por atrás del duodeno. La cadena hepática en consecuencia drena el hígado, el sistema biliar y en cierta medida también drena el estómago, el duodeno y el páncreas.

La inervación esta a cargo del plexo hepático que inerva el hígado; la formación principal derivada del plexo celíaco. Las fibras simpáticas y posiblemente algunas vagales del tronco vagal posterior, son satélites de la arteria hepática; en el hilio del hígado reciben fibras del tronco vagal anterior y del plexo frénico derecho. Las fibras se ramifican en el hígado siguiendo las ramas arteriales y en cierta medida regulan el metabolismo de proteínas y carbohidratos. (13)

La estimulación simpática moviliza el glucógeno de reserva y aumenta el caudal sanguíneo de las ramas de la vena porta, al relajar los músculos lisos parietales en el hilio del hígado. La estimulación vagal aumenta la producción de bilis y contrae la pared vesicular ; - sin embargo es conveniente señalar que en este sitio estos fenómenos son regulados de manera principal por hormonas. (13)

FISIOLOGIA.-

La función de la vesícula biliar es la de almacenar bilis, la que es producida y segregada por el hígado; esta secreción sale del hígado por el conducto hepático común, pasa al colédoco y se acumula en la vesícula biliar (por contracción del esfínter de Oddi) durante los periodos en que el duodeno no contiene alimento.

Cuando se ingieren alimentos (principalmente grasas y también proteínas, no así los carbohidratos) se observa que la vesícula se vacía mediante una serie de contracciones relativamente lentas. La presión intravascular se eleva a 20 - 30 cm de H₂O, en general la presión desarrollada por la vesícula en contracción es suficiente para vencer la resistencia del esfínter de Oddi.

Además se cree que la vesícula y el esfínter actúan como una unidad funcional, esto es cuando la vesícula se contrae el esfínter se relaja. La entrada de bilis en el intestino también depende del estado de contracción de la musculatura duodenal. (14)

La contracción activa del duodeno - que comprime al conducto - reduce e incluso suprime el flujo biliar, durante la fase de relajación en cambio la resistencia disminuye. Por consiguiente los movimientos duodenales hacen que la entrada de bilis se produzca en pequeños chorros.

Toda esta actividad se desencadena gracias a una hormona liberada en la sangre llamada colecistoquinina, que actúa sobre la vesícula biliar y provoca su contracción. La vesícula biliar aparte de constituir un órgano de depósito también actúa como un factor de seguridad porque regula la presión en el sistema biliar; no obstante este órgano puede extirparse sin que se alteren los procesos normales de digestión y absorción. (14)

FRECUENCIA.-

Es difícil valorar la frecuencia global del carcinoma de la vesícula, suele descubrirse este tumor de manera casual en 1 por 100 aproximadamente de todas las colecistectomías practicadas por colelitiasis. Los cálculos relativos a su frecuencia varían notablemente desde los de Graham quien concluyó que el carcinoma de la vesícula representó del 8 al 10 por 100 de todos los carcinomas, a los de Chandler que registró en autopsias tan solo una frecuencia de 0.09 por ciento. (16)

Arminski informa de una frecuencia promedio de 0.36 por 100 en autopsias, cifra que se antoja aceptable. En pacientes hospitalarios Derman registró una frecuencia de 1.4 por 100 en 1396 colecistectomías consecutivas. Se afirma que el carcinoma de la vesícula biliar ocupa del quinto al sexto lugar en frecuencia entre los tumores originados en el aparato digestivo, con un índice de mortalidad en Estados Unidos de 6500 pacientes por año. (16) (10) (8)

Se ha registrado una disminución gradual de la frecuencia del carcinoma primario de la vesícula debido a la tendencia cada vez mayor a extirpar todas las vesículas que contienen cálculos a edad temprana; cabe preguntarse si de esta forma se elimina el terreno o la semilla que lo cultiva.

Como el carcinoma de la vesícula biliar ocurre casi siempre en pacientes de más de 50 años, se antoja meditar bien el diagnóstico de esta neoplasia en personas de menor edad. Es más frecuente en mujeres que en hombres en proporción de 3 a 1 y en aquellas aparece a edad más temprana que en estos. (1)
(2) (3).

ETIOLOGIA.-

La colelitiasis se asocia a menudo con carcinoma de la vesícula biliar, aunque no se ha dilucidado si - como causa o efecto de la función precaria de la vesícula carcinomatosa. (4) (5)

Los partidarios de que los cálculos causan cáncer de la vesícula señalan que : 1.- la mayoría de los pacientes con carcinoma primario de la vesícula biliar - padecen también cálculos y 2.- que los cuerpos extraños introducidos en la vesícula pueden producir cáncer.

Aunque es indudable la asociación estadística de los cálculos con el cáncer de la vesícula, es también muy probable que no sean la causa de esta neoplasia ; cabe conjeturar también la posibilidad de la excreción de algún carcinógeno en la bilis.

No debe alarmar al clínico la comprobación de una pequeña lesión permanente de la vesícula biliar por estudio radiológico, ya que no existe relación alguna entre un pequeño papiloma o adenoma de la vesícula y el desarrollo subsecuente de carcinoma. Phillips pudo encontrar tan solo un adenocarcinoma entre 500 papilomas.

La revisión de la literatura por Arminski aleja - definitivamente la posibilidad de que un papiloma pueda convertirse en adenocarcinoma o que lo enmascare. (16)

MANIFESTACIONES CLINICAS.-

Los signos y síntomas del carcinoma de la vesícula son por lo general indistinguibles de los relacionados con colecistitis y colelitiasis. La mayoría de los pacientes se presentan con molestias abdominales como son dolor en epigástrico o cuadrante superior derecho, náuseas, vómito, sensación de pesadez y cuando el padecimiento ya está avanzado se le agregan astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso, hipocolia, coluria y cerca de la mitad o más con ictericia. Por desgracia el cuadro sintomático del cáncer de la vesícula biliar es tan vago en un principio que a menudo escapa a la sospecha clínica. (I) (6) (II).

El dolor en el cuadrante superior derecho recuerda el del cólico biliar, pero puede ser constante o intermitente, moderado o intenso; la ictericia es frecuente, más a menudo progresiva y persistente, pero en ocasiones de intensidad variable. Por otra parte la ictericia significa metástasis ya sea a los ganglios situados en torno al conducto colédoco o directamente al hígado. La pérdida de peso es a menudo importante y sumamente rápida. (4) (8).

Como el cáncer de la vesícula biliar puede perforar la pared, puede aparecer al principio como un absceso en el cuadrante superior derecho. En todo caso - cuando este cáncer produce síntomas ya es incurable.

El exámen físico no proporciona datos de interés; sin embargo, en ocasiones puede palpase una tumoración dura que representa a la vesícula en el cuadrante superior derecho, se observa a veces hepatomegalia y muy - rara vez pueden percibirse ganglios a lo largo del - borde inferior del hígado. (2) (3).

PATOLOGIA.-

Según el punto de origen del tumor y el fondo es el más frecuente, la vesícula biliar puede ser grande o pequeña, gruesa o normal. Las lesiones del conducto cístico causan obstrucción temprana, mientras que las del fondo dan origen a vesículas contraídas, con abundante tejido cicatrizal. Sin embargo cuando el paciente llega a la operación el proceso está tan avanzado - que el cirujano no puede decir casi nunca de donde partió el tumor. (16)

Aproximadamente el 80 por ciento de los tumores - son adenocarcinomas, mientras que el resto son carcinomas indiferenciados o de células escamosas. De los adenocarcinomas un 70 por ciento son escirrosos (tumores muy malignos y que tienden a invadir las estructuras vecinas), 20 por ciento papilares y 10 por ciento mucoides. (4) (8)

Las vías que siguen las metástasis comprenden diseminación a lo largo de los linfáticos hacia los ganglios del colédoco, páncreas y duodeno, afección localizada de las vénulas y venas de la vesícula e invasión del hígado.

Aproximadamente en una tercera parte de los casos la enfermedad se propaga en forma directa al hígado, - un hecho importante por lo que respecta al tratamiento.

En pacientes con metástasis, el hígado está afectado en dos terceras partes de los casos, los ganglios regionales aproximadamente en la mitad y el epiplón, el duodeno, el colon o el surco transverso del hígado en cerca de la cuarta parte. Las metástasis pulmonares son bastante raras. (15)

DIAGNOSTICO.-

En general son pocos los datos útiles que brindan los estudios sistemáticos de laboratorio. Las pruebas funcionales hepáticas son diagnósticas de ictericia obstructiva; sin embargo como reflejo de la diseminación hepática local puede comprobarse aumento de la fosfatasa alcalina. La imagen radiográfica posee importancia tan solo si pone de manifiesto una vesícula biliar calcificada. La llamada vesícula de porcelana se asocia con carcinoma infiltrante escirroso de este órgano en más del 25 por ciento de los casos, quizá debido a que ambos padecimientos se observan en personas de edad avanzada, pero posiblemente también a causa de que la inflamación local produce calcificación de la mucosa. Con frecuencia la vesícula biliar cancerosa no concentra el colorante y por lo tanto no proporciona imagen alguna en el estudio radiológico estándar, semejante dato resulta útil por su carácter negativo. En consecuencia puede descartarse cáncer de la vesícula biliar con cierta seguridad cuando puede verse este órgano después de una colecistografía única. Cabe pues concluir que en general los estudios radiológicos usuales rara vez ponen de manifiesto cáncer de la vesícula biliar. (9) (II)

TRATAMIENTO.-

El tratamiento quirúrgico ofrece la única pequeña esperanza de curación. La mayoría de los supervivientes a largo plazo representan pacientes a quienes se les practicó tratamiento quirúrgico para colecistitis o colelitiasis y en quienes se descubrió en la pieza operatoria un foco microscópico localizado de la neoplasia, pues generalmente cuando se descubre un carcinoma de la vesícula biliar durante el acto operatorio ya no es posible casi nunca resecarlo por haberse diseminado a regiones no susceptibles de extirpación. (16)

Se han practicado colecistectomía, linfadenectomía regional y hepatectomía derecha parcial cuando el proceso no se ha diseminado mucho y sin embargo no se ha mejorado considerablemente el índice de supervivencia. No obstante la practica de un método de derivación puede ofrecer cierta mejoría. La mínima resección hepática que debe practicarse si es que se lleva a cabo, consiste en extirpación de la cuña de tejido hepático que comprende el lecho vesicular. Sin embargo el pronóstico para la supervivencia a los 5 años es extremadamente malo, aproximadamente al 2 por ciento. (9) (12) (17).

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR.-

REVISION DE 5 AÑOS DE CASUISTICA EN EL

HOSPITAL GENERAL 1o DE OCTUBRE ISSSTE .

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

Se revisaron un total de 26 expedientes catalogados como carcinoma de la vesícula biliar, de los cuales al ser sometidos a revisión quedaron únicamente 6 a los que si se llegó al diagnóstico antes mencionado. De estos se tomaron en cuenta los siguientes datos : sexo, edad, ocupación, antecedentes hereditarios y familiares, antecedentes personales patológicos, alimentación, cuadro clínico inicial, tiempo de evolución, datos a la exploración física, exámenes de laboratorio practicados, estudios de radiología y gabinete efectuados, biopsias preoperatorias, estudios endoscópicos, pacientes intervenidos quirúrgicamente y número de casos comprobados patologicamente.

RESULTADOS.-

SEXO.- Del total el 100% correspondió al sexo femenino.

EDAD.- El promedio de edad fué de 65,8% habiendo sido las edades de 53-63-66-67-72-74 años.

OCUPACION.- Todas las pacientes se dedicaban al hogar, ninguna tuvo contacto con algún tipo de cancerígeno.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.- Ninguna paciente tuvo algún familiar con carcinoma de la vesícula.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.- Unicamente se encontró como padecimiento asociado la diabetes mellitus en 3 pacientes (50%) e hipertensión arterial en 1.

ALIMENTACION.- Todas las pacientes tenían una dieta a base de carbohidratos y grasas y pobre en proteínas.

MEDIO SOCIO ECONOMICO.- No se observó ninguna relación importante, la mayoría de las pacientes correspondieron a la clase media media y media baja.

TIEMPO DE EVOLUCION.- Todas las pacientes comenzaron su sintomatología 3 meses antes de su ingreso, excepto dos que comenzaron 2 y 4 meses antes respectivamente.

SINTOMATOLOGIA.- Todas las pacientes presentaron dolor en cuadrante superior derecho y/o epigástrico tipo cólico constante y en algunas de intensidad progresiva; todas refirieron ataque al estado general caracterizado por :

astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso, variando la pérdida de peso de 3 a 6 Kg por mes, hubo vómitos en 2 pacientes e ictericia, acolia y coluria en 4 (66.66%) como datos finales en su aparición en la sintomatología. Solo una notó la aparición de una tumoración - en el cuadrante superior derecho un mes antes de su ingreso con sensación de pesadez.

EXAMENES DE LABORATORIO.-

HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO.- las cifras variaron en las pacientes de la siguiente manera : Hb : 8.5, 11.8, 13.5, 13.6 y 16.2 g siendo el promedio de 12.7 g. La determinación del Hto: 26.9, 34.5, 40, 41.3 y 49% , siendo el promedio de 38.3% .

LEUCOCITOS.- la fórmula blanca no varió de manera importante, habiendo sido las determinaciones como sigue : 7500, 7533, 8000, 9586, 9700 y 17000.

BILIRRUBINAS TOTALES.- se encontraron las siguientes cifras : 0.7, 1.1, 3.9, 12.4, 14.6, y 16.8 mg. en cada paciente, habiéndose obtenido estas por promedio.

BILIRRUBINA DIRECTA.- se reportaron las siguientes cifras : 0.2, .56, 11.9, 12.9, 2.6 y 13.8 mgs.

BILIRRUBINA INDIRECTA.- se reportaron las siguientes cifras : .1, .5, .8, 1.4, 2.1, y 2.9;

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

POSFATASA ALCALINA.- se les practicó determinación a las seis pacientes, siendo los resultados los siguientes : 230 U, 46U, 206 U, 270 U, 290 U, y 377 U Bodansky en cada paciente y en promedio.

ALBUMINA.- se obtuvieron los siguientes valores en las seis pacientes : 1.8 g, 2.0 g, 2.3 g, 2.5 g, 2.6 g y 3.2 g en cada paciente.

PROTEINAS TOTALES.- solo se determinaron en 3 pacientes con los siguientes valores: 4.8 g, 4.1 g y 5.7 g.

TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICO.- se determinó en 4 casos, obteniéndose las siguientes cifras : 467 U, - 65 U, 60 U y 35 U.

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICO.- se determinó en 4 casos, obteniéndose las siguientes cifras : 377 U, - 85 U, 71 U y 35 U.

ESTUDIOS DE RADIOLOGIA Y GABINETE.-

TELE DE TORAX.- se les practicó a las seis pacientes ,
habiendo sido reportadas como normales.

SIMPLES DE ABDOMEN.- solo en una paciente se encontró
calcificación en el cuadrante superior derecho.

SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL.- en una paciente no se -
practicó el estudio, en 3 el estudio no reportó anor-
malidades y en 2 se encontró lo siguiente : en una se
encontró rechazamiento del estómago a la izquierda y -
en la otra compresión extrínseca y rechazamiento hacia
abajo de la primera porción del duodeno.

COLECISTOGRAFIA ORAL.- en 3 pacientes no se realizó el
estudio y en las 3 restantes se reportó vesícula exclu-
ida.

COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA.- solo se realizó en una pa-
ciente en la que se reportó vesícula excluida.

COLANGIOGRAFIA TRANSHEPATICA PERCUTANEA,- en 3 pacien-
tes no se realizó el estudio, en las 3 restantes se re-
portó lo siguiente : en una rechazamiento de las vías -
biliales extrahepáticas y zona de estenosis por arriba
del ampula de Vater; en otra compresión no total a ni -
vel del coledóco proximal y en la última estenosis del
tercio distal del colédoco que termina en pico de paja-
ro con tercios proximales dilatados.

HEPATOGAMAGRAMA.- En 3 pacientes no se practicó, en las 3 restantes los resultados fueron los siguientes : 1.- hígado aumentado de tamaño, con hipocaptación del lóbulo izquierdo. 2.- hepatomegalia global con concentración deficiente del radiocoloide. Estudio compatible con proceso inflamatorio y daño parenquimatoso leve y difuso. 3.- hígado aumentado de tamaño.

PERITONEOSCOPIA.- En una paciente se realizó encontrando el hígado normal.

BIOPSIA HEPATICA.- En sólo una paciente se efectuó siendo el reporte como hígado normal.

ARTERIOGRAFIA DEL TRONCO CELIACO Y MESENTERICA SUPERIOR.- Se efectuó en sólo 2 pacientes, reportandose lo siguiente : en una disminución del calibre de la arteria hepática común en su emergencia con el tronco celíaco, defectos de hipercaptación en fases tardías venosas en todo parenquima hepático que pudieran estar en relación a metástasis hepáticas, aparente crecimiento de vesícula biliar con rechazamiento de las arterias que la circunscriben, lo que no descarta la posibilidad de carcinoma de la vesícula biliar. En la otra paciente se reportó : alteraciones en la vascularidad a nivel de vesícula biliar, con presencia de tumoración a nivel de lecho vesicular poco vascularizada.

TRATAMIENTO.-

Las 6 pacientes fueron intervenidas quirúrgica - mente habiéndoseles efectuado a 4 de ellas laparoto - mía exploradora, pues se tenía en mente varios proba - bles diagnósticos entre los que se encontraban los si - guientes : Carcinoma de vesícula biliar, Carcinoma de vías biliares, Cáncer de la cabeza del páncreas y co - lecistocolédocolitiasis. En las 2 restantes como nun - ca tuvieron ictericia y el cuadro clínico no reveló - datos que sugirieran un proceso neoplásico la impresi - ón diagnóstica fue de colelitiasis.

Los hallazgos fueron los siguientes :

- I.- En esta paciente se efectuó laparotomía explorado - ra en la que se encontró tumoración en sitio de vesí - cula biliar con múltiples nodulaciones palpables en el hígado. A esta paciente solo se le efectuó biopsia de hígado y ganglios regionales habiendo sido el reporte patológico como adenocarcinoma indiferenciado de vesí - cula estadio IV .
- 2.- Paciente a la que también se encontró gran tumora - ción en sitio de vesícula biliar con zona endurecida - en lo que correspondía a conductos biliares extrahepá - ticos, por lo que unicamente se efectuó biopsia hepá - tica reportando patología : adenocarcinoma indiferen - ciado de vesícula biliar estadio IV.

3.- Paciente a la que se encontró tumoración en sitio de vesícula biliar con metástasis múltiples a hígado y a zona correspondiente a vías biliares, efectuandosele unicamente biopsia hepática reportandose adenocarcinoma escirroso.

4.- Paciente a la que se encontró también una gran tumoración en vesícula biliar y múltiples nodulaciones - en hígado, reportando patología adenocarcinoma papilar de vesícula con múltiples metástasis a hígado.

5.- Paciente a la que se intervino quirúrgicamente pensando en que tenía colelitiasis, habiendo reportado patología adenocarcinoma papilar bien diferenciado del fondo vesicular con invasión hasta serosa. A esta paciente se le practicó colecistectomía con exploración de vías biliares y coledocostomía con colocación de sonda en T .

6.- Paciente a la que también se le intervino quirúrgicamente pensando en una colelitiasis, ya que como la anterior nunca tuvo ictericia, ni cuadro sugestivo de proceso maligno, encontrandose con el reporte de patología : adenocarcinoma papilar bien diferenciado de vesícula biliar; por lo que se practicó colecistectomía con exploración de vías biliares y coledocostomía con colocación de sonda en T .

CONCLUSIONES.-

El carcinoma de la vesícula biliar es un padecimiento difícil de detectar en estadios iniciales, debido a que frecuentemente la sintomatología es muy similar a la de la colecistitis y/o colelitiasis, excepto cuando el padecimiento ya está muy avanzado y que es cuando aparecen los datos que nos sugieren un padecimiento neoplásico; pero para entonces el tratamiento quirúrgico ya no es posible de efectuarse con miras a ser curativo, sino solo paliativo; el pronóstico de esta enfermedad es malo y la sobrevivencia a los 5 años es del 2 por ciento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

- 1.- A.T.M. PRAKASH, LALIT K SHARMA AND P.N. PANDIT.
CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESICULA BILIAR.
BRITISH JOURNAL OF SURGERY, VOL. 62 1975 .
- 2.- L.A. DONALDSON AND A. BUSUTTLIL .
REVISION CLINICOPATOLOGICA DE 68 CARCINOMAS DE LA
VESICULA BILIAR.
BRITISH JOURNAL OF SURGERY, VOL. 62 1975 .
- 3.- CHIH JUNG SHIEH, MD; EDWARD DUNN, DABS, FACS, AND
JOHN E. STANDARD, MD, FACS.
CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESICULA BILIAR.
AMERICAN CANCER SOCIETY, VOL. 47 MARZO I 1981 .
- 4.- R. EDWARD HAMRICK, MD; JEFF LINER, MD; PAUL HASTINGS,
MD; AND ISIDORE COHN, MD.
CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESICULA BILIAR.
ANNALS OF SURGERY, VOL. 195 # 3 MARZO 1982 .
- 5.- HAROLD J WANEBO, MD; WILLIAM N CASTLE, MD;
AND ROBERT E FECHNER, MD.
ES EL CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR UNA LESION CURABLE.
ANNALS OF SURGERY, VOL. 195 # 5 MARZO 1982 .
- 6.- WILLIAM N CASTLE, MD; HAROLD J WANEBO, MD;
AND ROBERT E FECHNER, MD.
CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR Y COLECISTOSTOMIA.
ARCHIVES OF SURGERY, VOL. 117, JULIO 1982.

- 7.- HERZS JOSEK TRAJBER, MD; THOMAS SZEGO, MD; HELIO SEBASTIAO AMANCIO DE CAMARGO JR. MD; MARCELO MESTER, MD; WAGNER CORDEIRO MARUJO, MD; AND SERGIO ROLL.
ADENOCARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR EN 2 MELLIZOS.
AMERICAN CANCER SOCIETY, VOL. 50 SEPT. 1982.
- 8.- LARRY C Von KUSTER, MD; AND CYNTHIA COHEN, MD.
TUMOR MALIGNO MIXTO DE LA VESICULA BILIAR.
AMERICAN CANCER SOCIETY, VOL. 50 SEPT. 1982.
- 9.- GRADINARU V; SEICARU T; RADULESCU M; FILON N; LOTRENAU S.
DIFICULTADES DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR.
CLINICA DE CIRUGIA DE COLENTINA BUCURESTI ROMA.
ENE - FEB. 1982.
- 10.- BRANDT RAUF; PINCUS M; ADELSON S.
CANCER DE LA VESICULA BILIAR : REVISION DE 43 CASOS.
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DEL CENTRO MEDICO PRESBITERIANO COLUMBIA, NEW YORK. ENERO 1982
- 11.- MERDZHANOV A; DAMIANOV D; ALEKSANDROVA A; EFTIMOV G.
CARCINOMA DE LA REGION BILIAR. CANCER DE LA VESICULA. BULGARIA 1981.
- 12.- DIENL AK; BERAL V.
COLECISTECTOMIA Y VARIACION DE LA MORTALIDAD DEL CANCER DE LA VESICULA BILIAR.
LANCET. JULIO 25 1981.

OTRAS REFERENCIAS.-

- 13.- R.D. LOCKHART. G.P. HAMILTON. P.W. FYFE.
ANATOMIA HUMANA PRIMERA EDICION 1965 .
- 14.- EWALD E SELKURT.
FISIOLOGIA SEGUNDA EDICION 1971.
- 15.- PELAYO CORREA, JAVIER ARIAS STELLA
RUY PEREZ TAMAYO, LUIS M CARBONELL.
TEXTO DE PATOLOGIA SEGUNDA EDICION 1973.
- 16.- HOWARD M SPIRO.
GASTROENTEROLOGIA CLINICA. 1a EDICION 1972.
- 17.- SEYMOUR I SCHWARTZ
PATOLOGIA QUIRURGICA PRIMERA EDICION 1976.
- 18.- DUNPHY ENGLEBERT
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO
SEGUNDA EDICION.