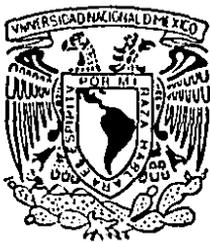


29'62
91209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESICULA BILIAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. ERNESTO MUÑOZ ISLAVA



ASESOR: DR. JESUS ARENAS OSUNA

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Arenas Osuna', written over a circular stamp.

MEXICO, D. F.,

1989



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.

I N D I C E .

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	4
GRAFICAS	6
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	18

El carcinoma primario de la vesícula biliar, ocupa el quinto lugar entre los carcinomas que afectan el conducto - gastrointestinal y comprende el 4% de todos los carcinomas, con una sobrevivida media de 5.2 meses a partir del diagnóstico y a 5 años del 1 al 6%. El 1% de los pacientes sometidos a cirugía de las vías biliares, presentan carcinoma primario de la vesícula biliar (1,2,3).

Etnicamente, es más frecuente en caucásicos que en negros de Estados Unidos, y más frecuente en indios americanos que en caucásicos en el Sudoeste de América (1); reportándose la más alta frecuencia en mujeres nacidas en La Paz, Bolivia (4).

Es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres, entre la quinta y séptima décadas de la vida. En el 90% se asocia con colelitiasis (1,2,3,5).

No ha sido bien establecida su etiología, mencionándose diversas teorías, dentro de las cuales la más aceptada es la presencia de un carcinógeno endógeno resultado de la degradación bacteriana de las sales biliares (1); otros autores lo relacionan con anomalías anatómicas, siendo las más frecuentemente descritas, la unión anómala del conducto biliar y pancreático y dilatación quística del conducto biliar común (6).

Histologicamente, aproximadamente el 84% de los carcinomas de la vesícula corresponden a adenocarcinomas, el 16% restante corresponde a carcinoma adenoescamoso y otras variedades raras (7).

Con el objeto de conocer la frecuencia y manejo quirúrgico de los pacientes con diagnóstico de carcinoma primario de la vesícula biliar, se realizó un estudio retrospectivo en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, de 1982 a 1988.

Se analizaron los expedientes clínicos de pacientes en quienes se documentó el diagnóstico de carcinoma de vesícula biliar. De ellos, se registraron: edad, sexo, cuadro clínico, método de estudio, tratamiento y reporte histopatológico definitivo.

R E S U L T A D O S

De 1982 a 1988, se realizaron un total de 11764 cirugías, en las cuales se encontraron 47 casos de carcinoma primario de vesícula biliar, con una frecuencia de 0.39%.

En 47 pacientes se documentó mediante el reporte del estudio histopatológico el diagnóstico de carcinoma primario de vesícula biliar; de ellos, se excluyeron 22 por no disponerse del expediente clínico. De los 25 restantes, 19 correspondieron al sexo femenino (76%) y 6 al masculino (24%) (gráfica 1), con edad promedio de 64 años, con un máximo de 81 y mínimo 50. (gráfica 2)

Las manifestaciones clínicas se caracterizaron por la presencia de dolor y vómito en 23 pacientes (92%), ictericia en 18 (72%) y pérdida de peso en 13 (52%).(gráfica 3).

La presencia de litiasis vesicular se confirmó en 18 (72%) (gráfica 4).

Los estudios de gabinete más comúnmente empleados con el fin de confirmar el diagnóstico de carcinoma de vesícula biliar, comprendieron ultrasonografía en 15 pacientes (60%), colangiografía percutánea en 6 (24%), CPRE en 3 (12%), en la gráfica 5 se ilustran otros.

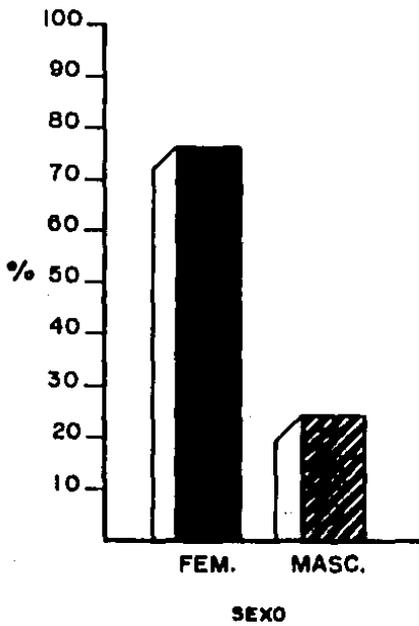
El diagnóstico preoperatorio de carcinoma primario de vesícula biliar se confirmó solamente en seis pacientes (24%). (graf6) Los procedimientos quirúrgicos que con mayor frecuencia se practicaron en nuestro servicio, incluyeron desde la simple toma de biopsia hepática en 7 pacientes (28%), hasta la colecistectomía con resección en cuña hepática en 1 (4%). En la gráfica 7 se muestran diferentes procedimientos derivativos efectuados.

Los sitios más frecuentes de metástasis correspondieron a hígado 18 casos (78%), estómago, duodeno y colon 11 (44%), colédoco en 10 (40%), ganglios locoregionales 9 (36%). En seis no se detectaron metástasis (24%). (gráfica 8).

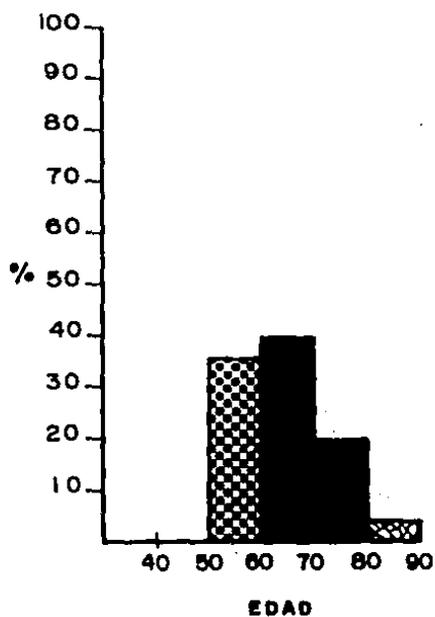
La sobrevida obtenida fué de 3 a 14 meses, con un promedio de 6, no existió relación entre el procedimiento quirúrgico efectuado y la sobrevida.

Desde el punto de vista anatomopatológico, el diagnóstico de adenocarcinoma se reportó en 23 especímenes (92%), y carcinoma de células escamosas en 2 (8%). (gráfica 9).

FRECUENCIA POR SEXO



Gráfica N° 1

FRECUENCIA POR DECADA DE LA VIDA

Gráfica N° 2

**MANIFESTACIONES CLINICAS EN
CANCER DE VESICULA**

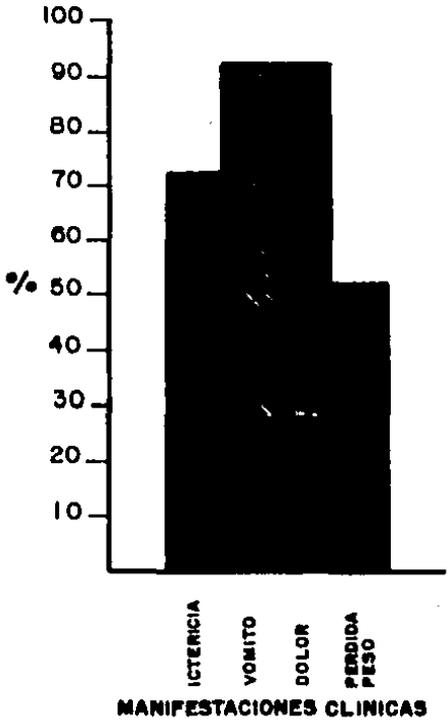
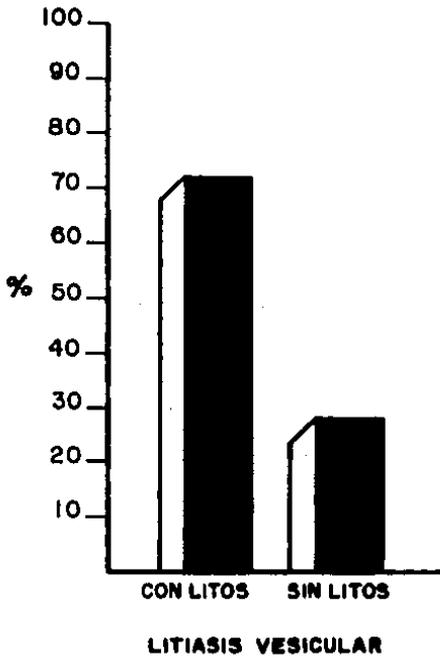
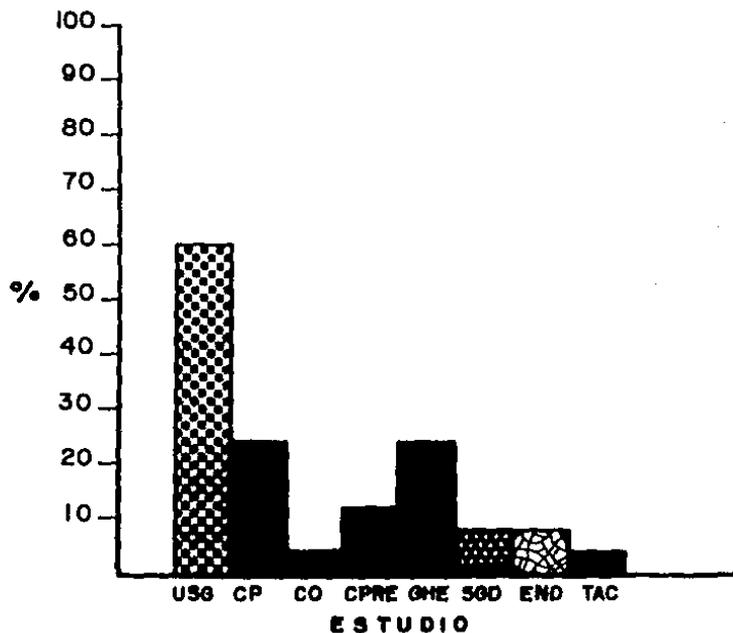


Gráfico N° 3

FRECUENCIA DE LITIASIS VESICULAR

Gráfica N° 4

METODOS DE DIAGNOSTICO



USG = ULTRASONOGRAFIA
CP = COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA
CO = COLECISTOGRAFIA ORAL
CPRE = COLANGIOGRAFIA RETROGADA ENDOSCOPICA
GHE = GAMAGRAFIA HEPATOESPLENICA
SGD = SERIE GASTRODUODENAL
END = ENDOSCOPIA DE TUBO DIGESTIVO
TAC = TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA

FRECUENCIA DE DIAGNOSTICO DE CERTEZA

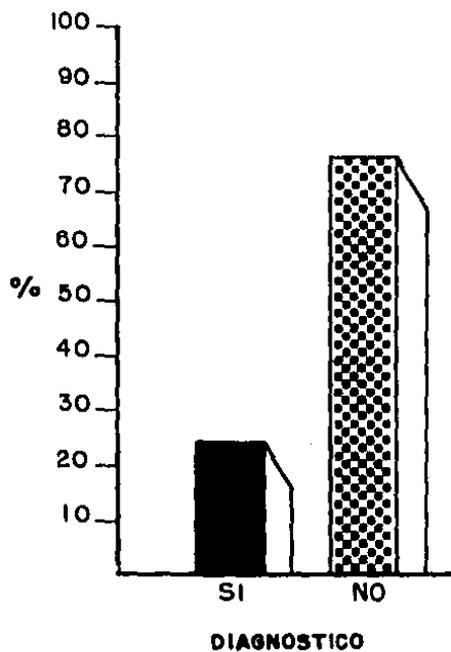
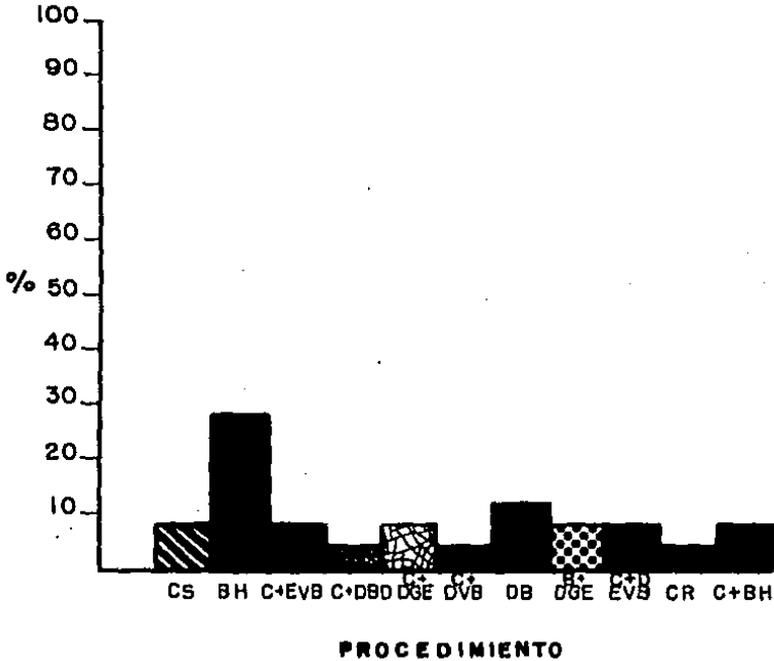
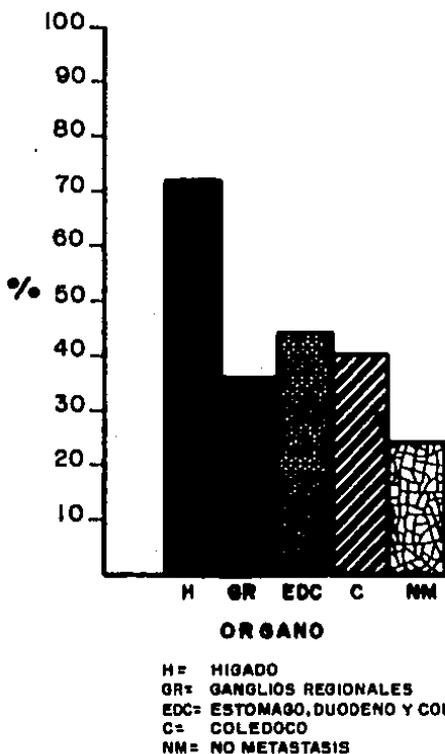


Gráfico N° 6

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS



C= COLECISTECTOMIA
 BH= BIOPSIA HEPATICA
 EVB= EXPLORACION VIAS BILIARES
 DGE= DERIVACION GASTROENTERICA
 DBD= DERIVACION BILIODIGESTIVA
 DVB= DRENAJE DE VIA BILIAR
 CS= COLECISTECTOMIA SIMPLE
 DB= DRENAJE BILIAR
 B= BIOPSIA
 CR= COLECISTECTOMIA RADICAL

FRECUENCIA DE METASTASIS

Gráfica N° 8

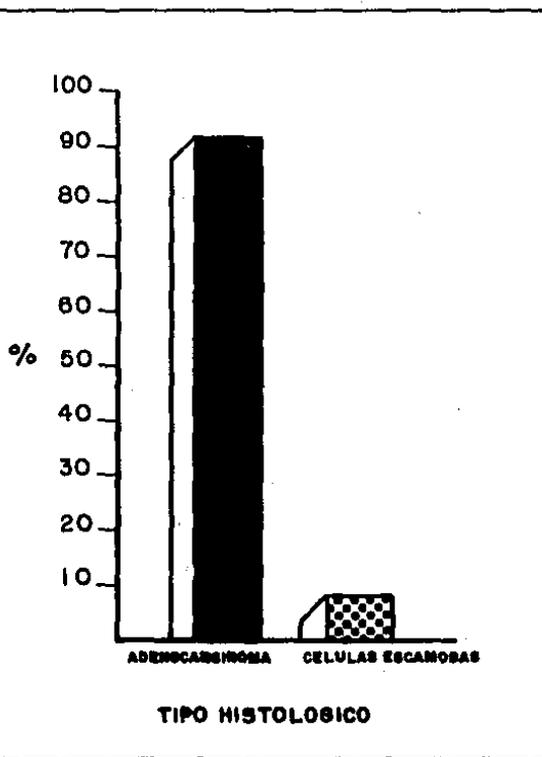


Gráfico N° 9

DISCUSION

En el presente estudio observamos que el cáncer primario de la vesícula biliar, efectivamente es una entidad rara con una frecuencia de 0.39% en nuestro medio lo cual no difiere a lo reportado en la literatura mundial (1,2,3).

Comprobamos que es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino en proporción de 3:1, como ha sido referido por diversos autores (1,2,3, 4,5,8).

La década de la vida más afectada fué entre la sexta y séptima, con promedio de 64 años (1,2,3,4,5).

En nuestra revisión encontramos que la asociación de litiasis vesicular y carcinoma se presentó en 72%, cifra significativamente menor a lo reportado por Trujillo, et al, el cual lo reporta en 90%.(4).

No encontramos variación en la sintomatología del cuadro clínico, que se caracterizó por la presencia de dolor, masa palpable, náusea y vómito, e ictericia, con respecto a lo publicado por diversos autores (1,2,3,4,9).

La metodología de estudio de ésta neoplasia no difirió de otras series, lo que permitió establecer diagnóstico preoperatorio de carcinoma primario de vesícula en el 24%, cifra superior a lo reportado por Maingot y otros, que es del 5 al 10% (1,2,10,11,12,13).

El tratamiento quirúrgico que se instituyó, dependió de la localización y extensión del carcinoma de vesícula biliar. Todos los pacientes estudiados en nuestro servicio se encontraron en estadio III de Nevin. De tal virtud, se desprende que los procedimientos quirúrgicos fueron de tipo pa-

liativo, a excepción de un paciente a quien se le efectuó procedimiento curativo; la mayoría consistieron en la descompresión externa de la vía biliar, este hecho no difiere a lo reportado en varios centros hospitalarios (1,2,3,4,9,14,17).

Por lo que respecta a la localización de las metástasis, estas no difieren de lo reportado por otros autores, ya que éstas están en relación directa a las vías de drenaje normal de la vesícula biliar (1,2,3,4).

A diferencia de lo aconsejado por Smith, et al y Molt, et al, quienes sugieren el manejo de quimioterapia y radioterapia con el objeto de mejorar la calidad y sobrevida, en nuestra casuística esto no se efectuó (15,16,17).

El promedio de vida observado en nuestro estudio -6 meses- no difiere a lo reportado por diversos autores (1,3,4,9,17).

Es importante señalar que la sobrevida no fué mejor con los diferentes procedimientos quirúrgicos utilizados.

C O N C L U S I O N E S

1) El carcinoma primario de la vesícula biliar es una entidad nosológica rara en nuestro medio, con una frecuencia del 0.39%.

2) Afecta preferentemente al sexo femenino en la sexta década de la vida, con presentación clínica insidiosa, su asociación con colelitiasis, el diagnóstico tardío, se traducen en una terapéutica quirúrgica paliativa.

3) La metodología de estudio deberá incluir la placa simple de abdomen, USG, colangiografía percutánea y/o CPRE, TAC, con el propósito de determinar su resecabilidad.

4) Los casos de sospecha de neoplasia de vesícula biliar es imperativo solicitar estudio histopatológico transoperatorio.

5) Por último mencionaremos, que ninguna pieza quirúrgica debe ser excluida de estudio histopatológico, ya que - cánceres en estadios I y II de Nevin, la colecistectomía simple representa su curación.

B I B L I O G R A F I A

1. Maingot, Schwartz, Ellis. Operaciones Abdominales. 8a. Ed. Ed. Panamericana, tomo 2, pp.1939-46, 1986.
2. Schwartz, Shires, Spencer, et al. Patología Quirúrgica. 2a Ed., Ed. La Prensa Médica Mexicana, tomo 2, pp.1464-5, 1986.
3. Sabiston DC, Christopher, Davis. Tratado de Patología Quirúrgica. 11a Ed., Ed. Interamericana, tomo 1, pp. 1259-60, 1985.
4. Trujillo C, Olaschea CB, Uría JL, et al. Comportamiento Anatomopatológico del Cáncer de Vesícula Biliar. Frecuencia e Importancia de las Lesiones Epiteliales Precursoras del Cáncer de Vesícula Biliar. Acta Gastroenterol Latinoam 1986; 16(2): 67-74
5. Whetstones MR, Saltztein EC, Mercer LC. Demographic Characteristics of Gallbladder Cancer in an Area Endemic for Biliary Calculi. Am J Surg 1986; 152(6): 728-30
6. Kimura K, Ohto M, Saisho H, et al. Association of Gallbladder Carcinoma and Anomalous Pancreatico-biliary Ductal Union. Gastroenterology 1985; 89(6): 1258-65
7. Dowling GP, Kelly JK. The Histogenesis of Adenocarcinoma of the Gallbladder. Cancer 1986; 58(8): 1702-8
8. Diehl AK. Evaluating the Risk of Gallbladder Cancer. Ann Intern Med 1988; 108(1): 157-8
9. Rodriguez OJ, Ramoldi J, Celoria G, et al. Colecistitis Aguda y Cáncer de Vesícula en el Anciano. Acta Gastroenterol Latinoam 1985; 15(2): 123-5
10. Soiva M, Aro K, Familo M, et al. Ultrasonography in Carcinoma of the Gallbladder. Act Radiol 1987; 28(6): 711-4

11. Hederström E, Forsberg L. Ultrasonography in Carcinoma of the Gallbladder. Act Radiol 1967; 28(6): 715-8
12. Dagnini G, Marin G, Patella M, et al. Laparoscopy in the Diagnosis of the Primary Carcinoma of the Gallbladder. Gastrointest Endosc 1984; 30(5): 289-91
13. Collier NA, Carr D, Hemingway A, et al. Preoperative - Diagnosis and its Effect on the Treatment of Carcinoma of the Gallbladder. Surg Gynecol Obstet 1984; 159(5): 465-70
14. Sakaguchi S, Nakamura S. Surgery of the Portal Vein in Resection of Cancer of the Hepatic Hilus. Surgery 1986; 99(3): 344-9
15. Smith GW, Bukowski M, Hewlett J, et al. Hepatic Artery Infusion of 5-Fluorouracil and Mitomycin C in Cholangio carcinoma and Gallbladder Carcinoma. Cancer 1984; 54(8): 1513-6
16. Molt P, Hopfan S, Watson RC, et al. Intraluminal Radiation Therapy in the Management of Malignant Biliary Obstruction. Cancer 1986; 57(3): 536-44
17. Roberts JW, Daugherty SF. Primary Carcinoma of the Gallbladder. Surg Clin North Am 1986; 66(4): 743-9

ESTA TESTIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA