

11209
108
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO
ISSSTE

TESIS

CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN EL CANCER
DE VESICULA BILIAR

AUTOR

DR. ISAIAS ENRIQUE VAZQUEZ RODRIGUEZ

DIRECTORA

DRA. MARTHA ELENA CORTINA QUEZADA

MEXICO 1991

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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

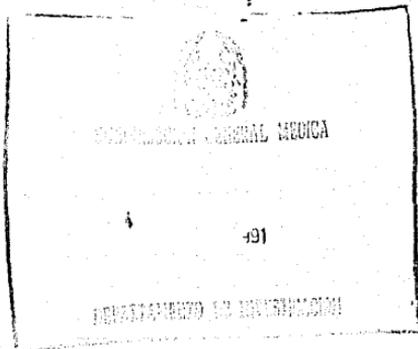
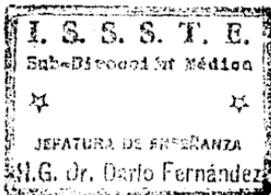
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO
ISSSTE

[Handwritten signature]
DR. JESUS GARZA GARCIA
JEFE DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature]
DRA. MARTHA ELENA CORTINA QUEZADA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
DE POSGRADO

[Handwritten signature]
DR. HUGO DE JESUS MARQUEZ CONDE
JEFE DE INVESTIGACION



I N D I C E

| | |
|--------------------------|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| ANTECEDENTES HISTORICOS | 2 |
| OBJETIVO Y JUSTIFICACION | 11 |
| MATERIAL Y METODO | 12 |
| RESULTADOS | 13 |
| GRAFICAS | 17 |
| DISCUSION | 20 |
| CONCLUSIONES | 22 |
| RESUMEN | 23 |
| SUMMARY | 24 |
| BIBLIOGRAFIA | 25 |

I N T R O D U C C I O N

Se observa en la literatura internacional la persistencia de la incidencia de cáncer en la vesícula biliar.

La dificultad para realizar un diagnóstico precoz, dado que clínicamente en fases iniciales, no es posible, por las pobres manifestaciones, que suelen confundirse con litiasis vesicular, a menos que la etapa de la enfermedad sea avanzada en la cuál se agrega un síndrome paraneoplásico además de ictericia obstructiva con acolia y coluria.

La dificultad en la técnica quirúrgica en un cáncer de vesícula avanzado y la falta de unificación de criterios de clasificación histológica nos convierte en espectadores de la historia natural de la enfermedad una vez que ésta se ha instalado, solo pudiéndose realizar tratamientos paliativos tratando de mejorar la calidad de la pobre sobrevivida del paciente.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera mención del carcinoma de la vesícula biliar en la literatura médica se encontrará en la Ratio Medendi de Maximilian Stoll, publicada en 1777 (según cita Illingworth, 1935). El autor describía tres casos fatales y los signos detectados en la autopsia. Sin embargo, poco fué lo interesante o útil -- que se publicó hasta finales del siglo XIX, cuando Frerichs (1861) analizó el cáncer de la vesícula biliar en su Clinical Treatise on Diseases of the Liver, autor que quizá fué el primero en sugerir una relación causal entre los cálculos biliares y el cáncer. Courvoisier (1890) y Ames (1894) publicaron otros informes tempranos. (1).

FRECUENCIA

El cáncer primario de la vesícula biliar es un tumor poco común aunque se ha informado que representa el 20% de todos los carcinomas gastrointestinales. (2,3).

Tres o más veces mas frecuente en mujeres y más a menudo en el grupo entre 50 y 70 años de edad. (1,2,3,4,5,13).

A menudo los cálculos biliares aparecen acompañados por cáncer de vesícula biliar y pueden relacionarse con su evolución.

Su frecuencia particular con esta enfermedad va del 54 al 100 por ciento. (1,2,3,4,6,7,15).

Alrededor del 90% de las mujeres con cáncer de vesícula biliar tienen cálculos biliares coexistentes, (3), y por ello

se ha sugerido que podrían ser más importantes en la evolución de cáncer de vesícula biliar en mujeres que en hombres. (3).

Desde otro punto de vista en pacientes vigilados a largo plazo con cálculos biliares no manifiestos, tratados sin operación, sólo el 4% al 6% llegaron a presentar cáncer de la vesícula biliar. (22,23).

Se ha informado que la frecuencia particular de cáncer in situ en pólipos epiteliales de vesícula biliar es del 6 al 22%. Aunque no se ha esclarecido la relación causal entre estos dos padecimientos, los pólipos epiteliales en vesícula biliar parecen predisponer a la aparición de carcinoma. (3,6,11,15).

ETIOLOGIA.

Las series numerosas sugieren todas ellas que los cálculos biliares son un factor etiológico importante, (1,2,3,11) - pero que no es fácil preveer la probabilidad de que aparezca carcinoma en un paciente determinado con cálculos biliares.

Las pruebas experimentales concuerdan con las observaciones clínicas. Se ha inducido carcinoma de la vesícula biliar en animales introduciendo en la vesícula biliar una tableta de metilcolantreno y también con irritantes inespecíficos, como el material de sutura o incluso piedrecitas.

No es tan seguro que la patología no litiásica en la vesícula o conductos biliares predisponga al carcinoma, pero es posible que un papiloma, sobre todo si es multicéntrico, pueda considerarse como un estado premaligno. (1).

ANATOMIA PATOLOGICA.

Más del 90% de los cánceres de la vesícula biliar son --

adenocarcinomas, menos del 10% son carcinomas de células escamosas y rara vez se observan casos de carcinoide, leiomiomas y melanoma.

De entre los adenocarcinomas, alrededor del 70% son tumores infiltrantes y escirrosos, el 20% son papilares y el 10% de tipo mucoso. (1).

El modo de diseminación del cáncer vesicular es muy significativo para el tratamiento, dicha diseminación se ha visto de la siguiente manera: a) linfática, b) hemática, c) siembra intraperitoneal, ch) neurológica, d) intraductal, e) por extensión directa. (12,5,1).

DISEMINACION LINFATICA. El plexo linfático de la pared vesicular drena en el ganglio cístico; la linfa pasa de aquí a los ganglios del conducto colédoco, al hiatal y a los pancreático duodenales.

No hay ganglios en el hilio hepático. Se observan metástasis linfáticas aproximadamente en el 25% de los pacientes intervenidos por carcinoma vesicular.

Son raras las metástasis ganglionares en ausencia de metástasis hepáticas.

La compresión de los ganglios invadidos de la porción inferior del colédoco puede causar ictericia obstructiva.

DISEMINACION HEMATICA. La sangre procedente de las venas del plexo parietal de la vesícula drena directamente en el hígado o en un plexo situado alrededor del conducto colédoco y del hepático común y desde aquí pasa al hígado. Aunque se han descrito metástasis pulmonares, óseas, a ovario, y de otras zonas, son poco frecuentes.

DISEMINACION INTRAPERITÓNEAL. -La diseminación intraperitoneal del cáncer es relativamente poco común.

DISEMINACION NEUROLOGICA. Hasta en el 23% se ha podido detectar diseminación a lo largo de las fibras nerviosas.

DISEMINACION INTRADUCTAL. Es poco frecuente, pero aparece en el 4% sobre todo en los carcinomas papilares.

DISEMINACION POR EXTENSION DIRECTA. La diseminación a los órganos vecinos, como el duodeno, el colon, el estomago o la pared abdominal es relativamente rara, por supuesto es importante el modo y magnitud de la afección hepática. La afección puede ser loca, local con ganglios satélites, y múltiples nódulos tumorales, en este último tipo con mayor frecuencia en el lóbulo hepático derecho. (1,3,4,10,17,21).

DIAGNOSTICO.

No hay síntomas característicos precoces en el paciente con carcinoma vesicular, Los antecedentes son indistinguibles de los de la colecistitis típica y, en realidad, muchos pacientes cuentan con antecedentes de síntomas litiásicos y colecistíticos, y constituye una sorpresa desagradable descubrir durante la operación un carcinoma. Otras veces la sorpresa viene después, cuando tras practicar la colecistectomía por litiasis sintomática los informes de patología confirman inflamación y litiasis, pero además detectan transformación maligna de la pared vesicular. (1,2,3,7,8,9,11).

Sin embargo, ciertas características clínicas sugieren transformación maligna.

Son signos desfavorables la tendencia a la continuidad de los síntomas antes intermitentes, sobre todo el dolor y la pérdida progresiva de peso, mientras que el 50% de los enfermos en quienes se desarrolla un carcinoma presenta como complicación ictericia.

Es obvio que la ictericia de un paciente con litiasis billiar demostrada puede ser debida a la impactación de un cálculo en el colédoco, pero en este caso es muy probable que la ictericia fluctúe, y es frecuente la fiebre intermitente por colangitis. La ictericia por extensión del carcinoma desde la vesícula hasta el conducto hepático es probable que aumente progresivamente sin períodos de remisión, y la colangitis, para empezar, es mucho menos frecuente. Además, otro punto de interés clínico: el carcinoma vesicular que invade el conducto hepático causa a menudo ictericia progresiva y hace que la vesícula sea palpable. No es raro sentar el diagnóstico erró-

neo de carcinoma del páncreas. (1,3,16).

Finalmente el carcinoma de la vesícula biliar puede manifestarse por signos claros de diseminación extravescicular. Como ya se ha apuntado, las metástasis distantes son raras. A veces se observa ascitis, que sugiere afectación peritoneal, pero no suele ser signo precoz. Sin embargo, la invasión hepática directa es a menudo complicación temprana, y es bastante frecuente palpar un tumor duro en la zona cística que se prolonga por encima de él con tejido hepático nodular irregular. A veces la diseminación directa de un carcinoma vesicular hacia el duodeno, el colon transverso o el yeyuno puede ocasionar síntomas de obstrucción en estas estructuras. (1,3,8,9,11).

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO.

La colecistografía oral o intravenosa no suele ser útil, pues revela falta de función y de repleción vesiculares que cabe atribuir a litiasis o inflamación. En ciertas ocasiones es posible detectar un tumor en el fondo de la vesícula como defecto de repleción. En presencia de ictericia, la colangiografía transhepática puede mostrar el nivel de la obstrucción, pero no suele distinguir entre un carcinoma primitivo del conducto hepático y un carcinoma vesicular que se haya extendido hasta él. Si se sospecha invasión del duodeno, del colon o del yeyuno, se aconseja practicar tránsito y enema de bario. Cabe considerar la conveniencia de una esplenoportografía, si el cirujano piensa en la posibilidad de practicar una lobectomía hepática derecha. La detección con este examen de, por ejemplo, metástasis hepáticas en el lóbulo izquierdo des

cartaría la posibilidad de efectuar una cirugía radical.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la ultrasonografía, la tomografía computadorizada (TC) y la angiografía selectiva del tronco celiaco o de la arteria hepática pueden considerarse medios auxiliares para dilucidar un problema diagnóstico complejo.

Puede recurrirse a la peritoneoscopia, sobre todo si el hígado es irregular y hay signos que sugieren que existe líquido libre en el abdomen. La confirmación de la ascitis, las metástasis hepáticas y las placas tumorales en el peritoneo ahorraría al paciente una laparotomía innecesaria. (1,3,16).

Recientemente se ha introducido la evaluación con imagen por resonancia magnética de la que se dice puede ayudar a determinar la extensión del carcinoma y puede contribuir a la estadificación de esta enfermedad. (16).

En lo que se refiere al laboratorio en fases avanzadas es frecuente la hiperbilirrubinemia. De igual manera la fosfatasa alcalina ayuda a sospecharla. (9).

Los marcadores tumorales, como la alfafetoproteína y el antígeno carcinoembrionario son poco específicos y se elevan con poca frecuencia. (19).

TRATAMIENTO.

Profiláctico. Es muy clara la relación entre las litiasis biliar y el carcinoma y salvo que la cirugía este totalmente contraindicada a causa del mal estado general o de la edad avanzada del paciente, hay que extirpar la vesícula biliar siempre que tenga cálculos independientemente de que den sintomatología o no. Ya que la colecistectomía precóez por colelitiasis

sintomática o asintomática podría reducir sustancialmente la incidencia de carcinoma.

Quirúrgico. En la mayoría de los pacientes con carcinoma de la vesícula biliar la enfermedad está en etapa avanzada en el momento de la operación de modo que las lesiones ya no pueden extirparse. (3).

A menudo es difícil elegir la operación que con mayor probabilidad resultará beneficiosa para el paciente. Debe hacerse notar que la colecistectomía simple por carcinoma de la vesícula biliar son muy malos con una supervivencia a 5 años del 2 al 3%.

En general los pacientes se clasifican en base a los criterios de Nevin que combina el estadio por penetración a la pared vesicular y el grado histológico en relación a su diferenciación (bien diferenciado, moderado o pobremente diferenciado). (4).

En relación a la penetración de la pared tenemos estadio I tumor localizado mucosa, II involucro de mucosa y muscular, III involucro de las tres capas, IV involucro de las tres capas y del ganglio cístico y V involucro de hígado por invasión directa o metástasis a otro órgano. (4).

Se ha observado que la sobrevida en años con simple colecistectomía fué mayor para los estadios I y II, siendo el pronóstico desfavorable para los estadios III y IV en que se sugiere lobectomía hepática derecha y retiro de nódulos linfáticos. Siendo el grado V uniformemente fatal, (1,4), siendo la cirugía radical impracticable teniendo como único objetivo, la paliación por drenaje interno o externo de la vía -

biliar.

RADIOTERAPIA.

Son pobres los resultados, se informa que el oro radiactivo quizás alivie en algún caso la ascitis maligna y que en general la radioterapia puede aumentar la sobrevida en casos no resecables o en resección paliativa. (1,3,20).

O B J E T I V O

- 1) Saber si existe correlación clínico-patológica en el cáncer de vesícula biliar.
- 2) Conocer los signos y síntomas que pueden ser diagnósticos.
- 3) Conocer cuáles son los factores de riesgo para padecer cáncer de vesícula biliar.
- 4) Cuáles son los estudios paraclínicos y en que medida son útiles para el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar.

J U S T I F I C A C I O N

Es alto el porcentaje de mortalidad en procesos neoplásicos malignos de vesícula biliar.

Es necesario encontrar un método clínico y, o paraclínico que nos ayude a ofrecer a los pacientes con dicha patología la posibilidad de cura o sobrevida mayor.

MATERIAL Y METODOS

Entre enero de 1989 y noviembre de 1990 se realizó un estudio retrospectivo a dos años comprendido de enero de 1987 a diciembre de 1988, y prospectivo de enero de 89 a noviembre de 1990, en los que se estudia la frecuencia de cáncer de vesícula biliar y su correlación clínico-patológica en el servicio de Cirugía en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro.

Obteniendo un total de catorce pacientes de los cuáles uno se excluyó por haber sido enviado a otra unidad hospitalaria.

Los datos fueron vaciados en hojas de recolección de información manejando datos clínicos y paraclínicos.

Los cuáles fueron 22; nombre, edad, sexo, diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de vesícula biliar, enfermedades de importancia previas, incluyendo patología vesicular, etilismo y tabaquismo, dolor, ictericia, nausea, vómito, pérdida de peso, acolia, coluria, sospecha diagnóstica apoyada por estudios de gabinete y laboratorio, en especial TAC, USG, y pruebas de funcionamiento hepático, diagnóstico clínico acertado, diagnóstico erróneo, tratamiento quirúrgico realizado, hallazgos transoperatorios, en especial litiasis, sobrevida y permanencia hospitalaria.

Así mismo se revisó la literatura internacional y se compararon los resultados de nuestro trabajo.

R E S U L T A D O S

Trece pacientes (100%) los incluidos en el estudio, tuvieron como diagnóstico histopatológico, adenocarcinoma de vesícula biliar en diferentes tipos.

La edad mayor fué de 84 años y la menor de 50 teniendo como promedio 65 años.

Doce pacientes (92.3%) pertenecieron al sexo femenino.

Cinco pacientes (38.4%) presentaron enfermedades previas; tales como: diabetes, anemia, hipertensión arterial sistémica e insuficiencia vascular previa.

Dos pacientes (7.6%) tuvieron en sus antecedentes alcoholismo y tabaquismo.

Once pacientes (84.6%) tuvieron como síntoma principal dolor.

Nueve pacientes (69.2%) presentaron en la evolución de su padecimiento ictericia de instalación súbita.

Ocho pacientes (61.5%) presentaron vómito.

Tres pacientes (23%) tuvieron pérdida de peso; de 6 a 20 Kgms. y fiebre.

Seis pacientes (46.1%) presentaron acolia.

Siete pacientes (53.8%) tuvieron coluria.

En siete pacientes (53.8%) hubo sospecha diagnóstica apoyada en estudios de gabinete como: Rx, TAC, GAMA-GRAMA y USG.

Siete pacientes (53.8%) tuvieron hiperbilirrubinemia a expensas de directa.

Dos pacientes (15.3%) tuvieron elevaciones en la glicemia.

Un paciente (7.6%) presentó elevación de azoados.

El diagnóstico clínico en cinco pacientes (38.4%) fué -
acertado.

En cuatro pacientes (30.7%) el diagnóstico post-operato-
rio; no sospechó proceso de malignidad.

En ocho pacientes (61.5%) se realizó colecistectomía.

En dos pacientes (15.3%) derivación biliar interna.

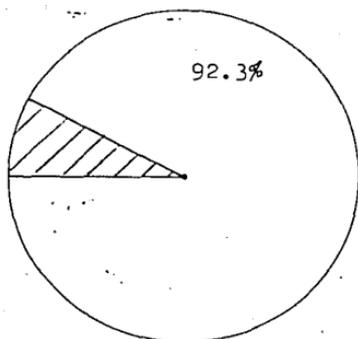
En dos pacientes (15.3%) se realizó laparotomía y toma
de biopsia.

En un paciente (7.6%) no se realizó tratamiento quirúr-
gico.

En seis pacientes (46.1%) hubo litiasis.

La sobrevida fué de menos de veinte días en siete pacien-
tes (53.8%).

La permanencia hospitalaria para ocho pacientes (61.5%)
fué menor a veinte días.



Gráfica No. 1

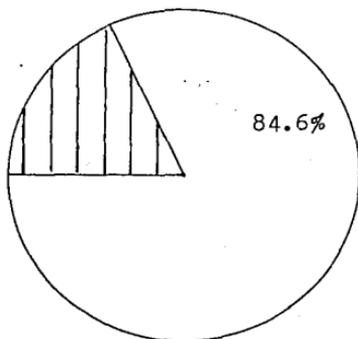


Sexo masculino



Sexo femenino

Frecuencia en relación al sexo.



Gráfica No. 2

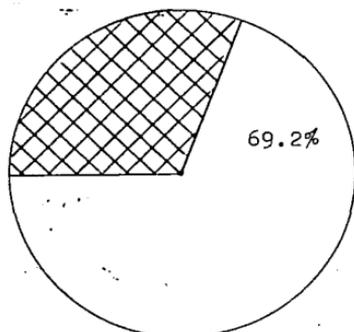


Pacientes sin dolor



Pacientes con dolor

El síntoma más constante fué dolor.



Gráfica No. 3

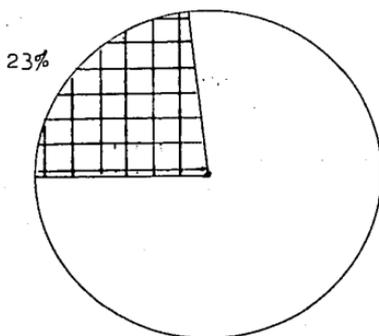


Pacientes sin ictericia



Pacientes con ictericia

El 69.2% presentaron ictericia de instalación súbita.



Gráfica No. 4

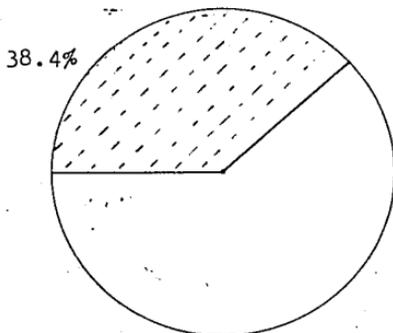


Pacientes con pérdida de peso.



Pacientes sin pérdida de peso.

El 23% presentaron pérdida de peso.



Gráfica No. 5

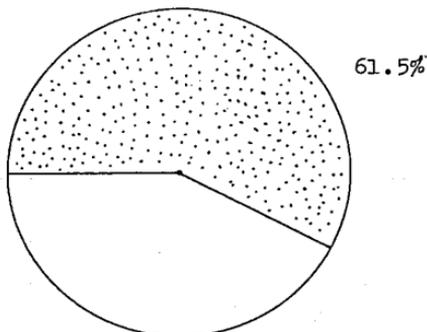


Diagnóstico clínico
acertado.



Diagnóstico erróneo.

En el 38.4% el diagnóstico
clínico fué acer-
tado.



Gráfica No. 6



Pacientes a los que se
les realizó colecistec-
tomía.



Pacientes a los que se
les realizó otro proce-
dimiento.

Al 61.5% se le reali-
zó colecistectomía.

D I S C U S I O N

Se reporta en la literatura la dificultad para realizar el diagnóstico clínico de procesos neoplásicos de vesícula biliar. En el presente estudio se corrobora dicha aseveración - dado el porcentaje menor a cincuenta por ciento de sospecha clínica preoperatoria, encontrándose así que se pensó en hidrocolecisto, piocolecisto, colédocolitiasis, hepatitis o colecistitis crónica. Teniendo como resultado en todos los casos adenocarcinoma de vesícula biliar.

En relación a la frecuencia por sexo no corresponde a lo reportado en la literatura, ya que la incidencia para el sexo femenino fué de 92.3% y la literatura reporta mayor incidencia para sexo femenino, pero en una relación de 3:1.

En lo que se refiere a los antecedentes las enfermedades, cirugías y patología vesicular previa, clínicamente identificada además del etilismo y tabaquismo no guardan relación importante.

El cuadro clínico tuvo como síntoma principal el dolor, posteriormente ictericia de instalación súbita con la consiguiente hiperbilirrubinemia, con acolia, coluria y vómito -- siendo de menor incidencia la pérdida de peso y la fiebre.

La litiasis referida en la literatura en alto porcentaje e incluso como factor etiológico no corresponde mas que al cuarenta y seis por ciento, lo cuál no puede ser un dato totalmente confiable.

Los estudios paraclínicos y de gabinete sólo fueron útiles en el cincuenta y tres por ciento.

Las alteraciones laboratoriales sólo muestran como dato constante la hiperbilirrubinemia en más del cincuenta por -- ciento, siendo algunas otras como la hiperglucemia y la ele -- vación de azoados o alteraciones electrolíticas de poca uti -- lidad.

El tratamiento quirúrgico fué realizado en base a los -- hallazgos no pudiéndose en algunos casos más que tomas de bi -- opsias sin posibilidad de drenajes interno o externo y en un caso no se realizó tratamiento quirúrgico por no considerar -- como principal la patología biliar en el paciente, que falle -- ció con EVC en medicina interna.

La sobrevida fué en relación al estadio histopatológico lo mismo que la estancia hospitalaria que en un bajo porcen -- taje se vió en la tramitación de estudios y fué hasta de -- treinta y tres días.

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

- 1) Sí existe correlación clínico-patológica en el cáncer de vesícula biliar; desafortunadamente en la mayoría de los casos es en fases avanzadas de la enfermedad.
- 2) Los signos y síntomas que pueden ser diagnósticos en cáncer de vesícula biliar en orden de frecuencia son: dolor, ictericia, acolia, coluria, síndrome paraneoplásico (astenia, adinamia e hiporexia).
- 3) Los factores de riesgo para padecer cáncer de vesícula biliar son:
 - a) Edad promedio de 65 años.
 - b) Sexo femenino.
 - c) Litiasis vesicular.
- 4) Los estudios paraclínicos auxiliares para el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar son en orden de utilidad en nuestro medio:
 - a) Tomografía axial computada.
 - b) Ultrasonido de hígado y vías biliares.
 - c) Rayos X.
 - d) Gamagrafía.
 - e) Pruebas de funcionamiento hepático.
 - f) Biometría hemática.

R E S U M E N

Entre enero de 1989 y noviembre de 1990 se realizó un estudio retrospectivo a dos años comprendido de enero de 1987 a diciembre de 1988 y prospectivo de enero del 89 a noviembre de 1990 en los que se estudia la frecuencia de cáncer de vesícula biliar, y su correlación clínico-patológica en el servicio de cirugía del Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro.

Obteniendo un total de 14 pacientes de los cuáles uno se excluyó por haber sido enviado a otra unidad hospitalaria.

Los datos fueron vaciados en hojas de recolección de información manejando datos clínicos y paraclínicos.

Así mismo se revisó la literatura internacional y se comparó con los resultados de nuestro trabajo.

Las conclusiones son: Que sí existe correlación clínico-patológica en el cáncer de vesícula biliar pero en fases avanzadas.

Los signos y síntomas más frecuentes son: dolor, ictericia, acolia y coluria; además de síndrome paraneoplásico con astenia, adinamia e hiporexia.

Los factores de riesgo son edad promedio de 65 años, sexo femenino y litiasis vesicular.

Los estudios de laboratorio y gabinete auxiliares en el diagnóstico son: tomografía computada, ultrasonido, Rayos X, pruebas de función hepática y biometría hemática.

El pronóstico sigue siendo malo en etapas avanzadas.

SUMMARY

Between January 1989 and November 1990, we performed a retrospective study at about two years between January 1987 to December 1988 and prospective from January 1989 to November 1990 on those, we studied the frequency of Gallbladder carcinoma and the clinical and pathological relation in the service of Surgery of General Hospital Dr. Darío Fernández Fierro.

We obtained a total of fourteen patients of which, one was excluded because of change of hospital.

The data was reported on information collection sheets, reporting clinical and paraclinical data.

Therefore we made a review of the international literature and we made a confrontation with our results.

Conclusions: positive clinical and pathological relation with the gallbladder cancer just on an advanced phase.

Most frequent signs and symptoms are pain, Icterus, acholia and coluria: and paraneoplastic syndrome.

Risk factors are a main age of 65 years, female and stones gallbladder.

Laboratory and auxiliars of diagnosis are CAT Scan, Ultrasonography, X ray, liver cunction tests, and red blood cellcount.

Prognosis is still poor on advanced phases.

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

- 1.- Smith L., Sheila D.
Cirugía de la vesícula y vías biliares.
Cap. 18 pags. 401-460
Edit. Salvat 1985:
- 2.- Maingot
Operaciones abdominales tomo 11 cap. 87 pags. 1983-1998
a Edit. Panamericana 1986.
- 3.- Sabiston, Christopher.
Trazado de Patología Quirúrgica
Cap. 12 pags. 1248-1352
Edit. Interamericana 1982.
- 4.- Nevin J.E.
Carcinoma of the gallbladder Staging, Treatment, and -
Prognosis.
Cancer 1976 (37) 141-8
- 5.- Ouchi K.
Prognostic factors in the surgical treatment of gall -
bladder carcinoma.
Surg. 731-7
- 6.- Lynch G.
Cáncer de la vesícula biliar.
Rev. lat. de cirugía 1989 (1) 123-6
- 7.- Briceño I., Carlos E.
Carcinoma primario de la vesícula biliar en el complejo
Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social.
Rev. Med. de Panamá 1987 (12) 71-8
- 8.- Ferreira Almeida A.
Carcinoma de vesícula biliar.
Brasilia Med. 1988 (25) 12-7
- 9.- Lopetegui A.
Colecistitis aguda y cáncer vesicular.
Rev. Chil. de cirugía 1989 (41) 213-8

- 10.- Cubillos O.
Estudio de diseminación del cáncer de vesícula biliar.
Rev. Chil. de Cirugía. 1989 (41) 233-8
- 11.- Rodríguez O.
Aspectos clínico-patológicos de cáncer de vesícula biliar. Rev. Arg. de Cirugía. 1988 (54) 42-8
- 12.- Pronis D.
Cáncer de la vesícula biliar.
Rev. Chil. de Cirugía. 1988 (40) 153-6
- 13.- Ford M. Allison A.
Cáncer de vesícula biliar; Hospital San Juan de Dios. (1956-1985).
Boletín Hospital San Juan de Dios. 1988 (35) 57-62
- 14.- Cásaros L.
Frecuencia e importancia de las lesiones epiteliales precancerosas de vesícula biliar.
Rev. Acta gastroenterol. latinoam. 1986 (16) 67-74
- 15.- Hisatomi K; Haratake J.
Relation of histopathological features to prognosis of gallbladder cancer.
Am. J. Gastroenterol 1990 (5) 567-572.
- 16.- Sagoh T. Itoh K.
Gallbladder carcinoma evaluation with Magnetic resonance.
Radiology 1990 (174) 131-6
- 17.- Yamamoto M; Nakajo S.
Dysplasia of the gallbladder. Its histogenesis and correlation to gallbladder adenocarcinoma.
Pathol Res Pract 1989 (185) 454-460
- 18.- White K; Kraybill WG.
Primary carcinoma of the gallbladder: TNM staging and prognosis.
J. Surg Oncol 1988 (39) 251-5
- 19.- Sugaya Y; Sugaya H.
A case of gallbladder carcinoma producing both alpha-fetoprotein and carcinoembryonic antigen.
Gastroenterol Jpn 1989 (24) 325-331.

- 20.- Houry S; Schlienger M. .
Gallbladder carcinoma: role of radiation therapy.
Br. J Surg 1989 (76) 448-450
- 21.-- Young R. Scully R.
Ovarian metastases from carcinoma of the gallbladder
and extrahepatic bile ducts simulating primary tumors
of the ovary.
J Gynecol Pathol 1990 (9) 60-72