

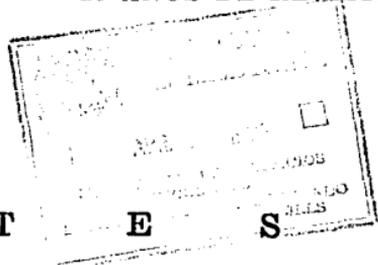
10
reje.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



**"ADENOCARCINOMA DE VESICULA BILIAR Y
COLECISTITIS CASUISTICA DEL HOSPITAL
GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO.
20 AÑOS DE REVISION"**



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
ANATOMIA PATOLOGICA
P R E S E N T A :
DR. RAMIRO PALAFOX VEGA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



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.

A don Bruno y doña Rafaela
por darme la existencia.

Para mis hijos.
Rafael, Ramiro y Rina.

Especialmente para mi esposa.
Por haberme impulsado para rea-
lizar la especialidad, gracias
por soportar mis ausencias.

A mis Maestros gracias.

Dr. Manuel Echeverría Arellano.

Dra. Nuria Gispert Cruells.

Dr. Juan Raúl Flores Miranda.

Dra. María Elena García Santos.

"El agradecimiento es la virtud más grande
del ser humano"

R. Palafox.

AGRADECIMIENTO.

Al personal técnico, por brindarme su tiempo y paciencia para la realización de la especialidad, a las Sras. Judith y Antonia por su colaboración y apoyo. A mi joven ayudante Octavio Fernández, espere que comprenda que no hay mejor camino que la dedicación para triunfar en la vida.

In memoria a la
Sra. Luz María Navarro Vargas.

DR. MANUEL ECHEVERRIA ARELLANO,
Titular del curso de postgrado
de Anatomía Patológica.

DR. JORGE DEL VILLAR BARRON.
Coordinador de Enseñanza e
Investigación del Hospital General
"Dr. Darío Fernández Fierro".

DRA. NURIA GISPERT CRUELLS.
Médico Adscrito al Servicio
de Anatomía Patológica y
Asesora de Tesis.

[Handwritten signatures and scribbles]

ISSSTE
HOSPITAL GENERAL
DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO



ISSSTE

12 NOV. 1992

Subdirección General Médica
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ANATOMIA E HISTOLOGIA	4
CAPITULO II	
PATOLOGIA	6
CAPITULO III	
MATERIAL Y METODO	12
CAPITULO IV	
RESULTADOS	14
CAPITULO V	
DISCUSION	36
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA	42

SUMARY.

This is a retrospective and prospective study of the inflammatory, lithiasic and neoplastic processes of the gallbladder, in the H.G. "Dr. Darío Fernández Figuerre" ISSSTE. During a period of 20 years (1972-1991), we studied 42,587 surgical specimens of which 2646 - (6.21%) had gallbladder pathology, 2185 were female - patients (82.57%) and 461 males (17.43%) with a ratio of 4.78:1. Cholecystitis with or without lithiasis - was found in 96.4% of the patients carcinoma in 37 - (1.39%) and other diagnosis 56 (2.11%). The age range was very wide between 13 and 98 years with a mean age of 39 years for the females and 49.8 for the males.

In the 37 patients with carcinoma the adenocarcinoma well differentiated was present in 17 (45.94%) - the females were more affected with a ratio of 8.2:1 and the association with cholecystitis + lithiasis - was 54.05%.

R E S U M E N .

Se revisaron en el servicio de Anatomía Patológica, del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro", ISSSTE de la Ciudad de México, 42587 enfermos, de los cuales - 2646 (6.21%) correspondieron a vesícula biliar, producto de colecistectomía simple realizadas en un periodo de 20 años comprendido de 1972 a 1991, 2185 fueron del sexo femenino (82.57%), y 461 del sexo masculino (17.43%) con una relación de 4.78 a 1. Encontrando 2553 colecistitis (96.48%), 37 casos de carcinoma (1.39%) y 56 casos con otros diagnósticos 2.11%. 33 de los 37 casos de carcinoma correspondieron al sexo femenino y los 4 restantes al masculino. La variedad histológica más frecuente fue el adenocarcinoma bien diferenciado con 17 casos (45.94%) - seguida del poco diferenciado con 10 casos (27.07%), 28 de los 37 casos (75.67%), se encontraban en estadio III a V de Nevin y solo uno confinado a la mucosa, la asociación con colecistitis crónica litiasica fue del 54.05%.

INTRODUCCION.

El cáncer de la vesícula, ocupa un lugar importante dentro de éste grupo de padecimientos, con mayor incidencia en el sexo femenino en relación 4:1 al sexo masculino, se presenta en mujeres de edad mediana y avanzada obesas y con paridad temprana y el 90% son mayores de 50 años de edad. Los métodos auxiliares de diagnóstico más eficaces para el cáncer de la vesícula son la tomografía computada y la laparoscopia⁽¹⁾ aunque en estadios tempranos son poco eficaces y es diagnosticado incidentalmente en piezas de colecistectomía y el diagnóstico clínico es tardío por las manifestaciones inespecíficas del carcinoma.

Epidemiológicamente existe relación estrecha entre el cáncer y la colelitiasis, pero aún, no está clara la patogenia entre ambos padecimientos, la alta incidencia en países de América Latina, como en Chile ocupa el segundo lugar en las neoplasias después del carcinoma gástrico⁽²⁾, en la Ciudad de México, con alta incidencia en el sexo femenino entre la séptima y octavas décadas de la vida. En Estados Unidos de Norteamérica, es menor el número de casos en población no latina, y se asocia a litiasis solo el 1%.

Macroscópicamente, es difuso en el 70% de los casos o puede presentarse como masas polipoides en el 30%, en

la forma difusa es difícil distinguirla de la colecistitis crónica y se asocia a ésta en el 80 y 90% de los casos (3).

En cuanto al pronóstico del cáncer de vesícula, es curable en el 100% de los casos cuando se encuentra confinado a la mucosa y la muscular, habiéndose realizado - colecistectomía extensiva y el 57% de los pacientes sobreviven 5 años cuando se realiza colecistectomía simple. Cuando el diagnóstico se realiza en estadios avanzados - el pronóstico es malo con sobrevida menor de 20 meses (4).

El pronóstico no favorable se debe a que el diagnóstico se realiza tardíamente y metastatiza en etapas tempranas.

La colecistitis tanto aguda como crónica y la colelitiasis, son más frecuentes en la mujer y se asocian a los mismos factores de riesgo que el carcinoma. En niños y adolescentes son poco frecuentes y se observan en niños con padecimientos hematológicos, como las discrasias sanguíneas, esferocitosis congénitas y en la deficiencia de glucosa-6-fosfato, que predisponen a litiasis secundaria a hemólisis, con mayor incidencia en la adolescente habiendo reportes de casos de pacientes de 5 años de edad con colecistitis y litiasis. Por tanto es conveniente, - sospechar el diagnóstico en niños que cursen con dolor abdominal (5).

El presente es un estudio retro y prospectivo, para conocer la frecuencia del cáncer de vesícula biliar y la colecistitis y la frecuencia de la asociación entre -

ambos padecimientos, en el Hospital General "Dr. Darío -
Fernández Fierro", ISSSTE, en un período de 20 años de
1972 a 1991, tomando en cuenta edad, sexo, diagnóstico -
clínico y otros diagnósticos histopatológicos asociados,
datos obtenidos del Archivo del Servicio de Anatomía Pa-
tológica.

CAPITULO I

ANATOMIA E HISTOLOGIA DE LA VESICULA.

La vesícula biliar, es un divertículo piriforme, que mide aproximadamente 8 x 4 cm. localizado en la cara inferior del hígado entre el lóbulo cuadrado y lóbulo derecho conocido como lecho hepático, unida al conducto hepático común a través del conducto cístico para formar el colédoco y desembocar en el ampulla de Vater en la segunda porción del duodeno, se le conocen tres porciones que son fondo, cuerpo y cuello. Histológicamente la pared está formada por cuatro capas.

La mucosa, es una capa, única, de células cilíndricas altas con núcleo basal, que se elevan en diminutos pliegues entrelazados y solo a nivel del cuello se encuentran glándulas tubuloalveolares sencillas productoras de moco, las cuales no existen en el cuerpo y el fondo, y se elevan en múltiples pliegues semilunares para formar las válvulas espirales de Heister. El epitelio descansa sobre un delicado estroma de tejido conjuntivo, pero no existe una submucosa bien diferenciada, rasgo que la diferencia del intestino. Al microscopio electrónico, las células presentan microvellosidades apicales.

Debajo de la mucosa se encuentra la capa muscular, formada por fibras musculares lisas entrelazadas y dirigidas en todos los planos, con escasas fibras elásticas, que le confiere contractilidad a la vesícula.

Una tercera capa es la perimuscular, que corresponde a la subserosa, de tejido conjuntivo y fibras elásticas, infiltrada a menudo por linfocitos entre la muscular y la capa externa de la vesícula.

La capa más externa es la serosa peritoneal, que recubre toda la vesícula excepto en la zona del lecho hepático.

Es importante hacer mención de dos estructuras histológicas prácticamente normales. Los conductos de Luschka revestidos por células típicas y se presume son conductos biliares supernumerarios. Los senos de Rokitsansky Aschoff, los cuales son invaginaciones de la mucosa que se extienden al interior del tejido conjuntivo y en ocasiones a la muscular y se comunican directamente con la luz vesicular, se encuentran en situaciones normales, - con una elevada incidencia en los procesos inflamatorios.

El aporte sanguíneo, le corresponde a la arteria - cística rama de la hepática, el drenaje venoso y linfático reviste importancia en los padecimientos neoplásicos de la vesícula.

Las funciones fundamentales del sistema biliar extrahepático son las de almacenamiento y concentración de la bilis y su liberación al duodeno ⁽⁵⁾.

CAPITULO II

PATOLOGIA

La patología de la vesícula biliar la podemos clasificar en cuatro grandes grupos:

- 1.- CONGENITA.
- 2.- INFLAMATORIA.
- 3.- LITIASICA.
- 4.- NEOPLASICA.

Las malformaciones son poco frecuentes, pero a diferencia de las demás malformaciones congénitas de otros órganos, éstas son compatibles con la vida, hasta 1987, había reportadas en la literatura mundial 300 casos de a genesis congénita de la vesícula, con una incidencia del 0.035%⁽⁷⁾. Otras malformaciones que se han observado son hipoplasia vesicular, atresia de vías biliares y vesícula intrahepática.

Los procesos inflamatorios, pueden ser agudos o crónicos y se acompañan en más del 80% de los casos de litiasis.

La colecistitis aguda, puede ser litiasica o alitiasica. La primera suele ser una de las principales manifestaciones clínicas de la colelitiasis y en el 90% de los casos es secundaria a obstrucción del cístico por -

cálculos. De acuerdo al daño puede ser aguda. litiasica, empiema vesicular, colecistitis gangrenosa y vesícula en porcelana.

La colecistitis alitiásica, se asocia con infecciones, por Salmonella, Ascaris lumbricoides, Estafilococo aureus entre otros⁽⁸⁾⁽⁹⁾. Se ha observado también en pacientes en estado de choque, sangrados de tubo digestivo y en cirugías previas, observándose entre 5 y 60 días, - despues de los procedimientos quirúrgicos. En los estados de choque se presume ée debe a la hipoperfusión tisular, que condiciona daño de la pared vesicular y posteriormente colecistitis⁽¹⁰⁾.

La colecistitis crónica, puede ser una secuela de - la colecistitis aguda o bien como consecuencia de la litiasis, como factor irritativo de la mucosa, observándose asociación de ambos padecimientos hasta en un 80%, - una de las características más importantes es la fibrosis y calcificación de la pared conocido como vesícula en -- porcelana, en la cual está indicada la colecistectomía - profiláctica⁽¹¹⁾. La sintomatología es inespecífica, pero lo más característico es el dolor cólico, con intolerancia a los alimentos colecistoquinéticos o pancreatitis, o bien, cursar asintomática por largos períodos de tiempo.

La colelitiasis en el 75% de los casos cursa asintomática, y los pacientes presentan molestias postprandiales inespecíficas y en el 15% presentan obstrucción del colédoco, se ha reportado mayor incidencia en el sexo femenino, entre la cuarta y quinta décadas de la vida, en

estudios realizados en Japón se ha reportado entre un 12 y un 16%, cálculos intramurales los cuales pueden ser únicos o múltiples, el sitio más frecuente de localización es en el cuerpo de la vesícula hasta en un 41.6% . Existe controversia en el mecanismo de formación y se ha propuesto - que los cálculos intramurales se forman en los senos de Rokitansky-Aschoff o bien que queden incluidos en la pared vesicular en los procesos inflamatorios⁽¹²⁾ .

En otros estudios se han encontrado receptores y altas concentraciones de estrógenos en vesículas producto de colecistectomías lo que hace suponer una mayor predisposición a padecer litiasis⁽¹³⁾ .

Las neoplasias de la vesícula son benignas y malignas los tumores benignos son poco frecuentes dentro de los que se encuentran adenomas, papilomas, polipos y adenomiomas y es más raro encontrar leiomiomas.

Los tumores malignos, son el adenocarcinoma, el carcinoma indiferenciado de células pequeñas, el adenocarcinoma indiferenciado o sarcomatoide y el carcinoide, que se encuentra asociado con el adenocarcinoma bien diferenciado y son neoplasias muy agresivas con metástasis tempranas y -- causan la muerte en corto tiempo después de realizado el diagnóstico⁽³⁾ .

Su incidencia es mayor en el sexo femenino 6:1 en relación al sexo masculino, asociado en más del 80% de los casos a litiasis, encontrándose con mayor frecuencia entre la séptima y octava décadas de la vida⁽³⁾ .

La variedad histológica más frecuente es el adenocar-

cinoma bien diferenciado y en el 75 al 90% existe litiasis. Morfológicamente pueden ser de tipo difuso 70% o presentar se como masas polipoides 30%. Histológicamente el adenocarcinoma bien diferenciado es el más frecuente hasta en un 40%, en segundo lugar el poco diferenciado 30%, el 10% la variedad papilar y el adenoescamoso del 5 al 10%, con patrones tubular o papilar⁽³⁾⁽⁶⁾.

En otras series revisadas⁽²⁾, la variedad más frecuente correspondió al adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 66%, seguido del poco diferenciado un 30% y finalmente el bien diferenciado el 4%.

Los sitios más frecuentes de metástasis, son el hígado por invasión directa, ganglios linfáticos regionales, peritoneo, tubo digestivo y los pulmones. La diseminación venosa se presenta posterior a la linfática, afectando la rama derecha de la porta hasta en 66%, ambas ramas el 28% y en último lugar la rama izquierda en un 6%, aunque la diseminación linfática se presenta más temprano no se encuentra invasión en los tumores limitados a la mucosa y submucosa⁽⁴⁾.

Cuando el diagnóstico se realiza clínicamente, el carcinoma se encuentra en estadios avanzados y generalmente es inoperable, encontrando invasión a la pared, nódulos linfáticos, hígado y duodeno y el pronóstico es malo.

Nevin y colaboradores han encontrado una relación es-

trecha entre el grado de infiltración y la sobrevida de los pacientes con cáncer de vesícula, haciendo la clasificación en cinco estadios⁽³⁾.

ESTADIO I: Limitado a la mucosa.

ESTADIO II: Invasión a la mucosa y muscular.

ESTADIO III: Invasión a todas las capas.

ESTADIO IV: Invasión a todas las capas, cístico y ganglios linfáticos.

ESTADIO V: Metástasis a hígado y otros órganos.

La diseminación del carcinoma debe tenerse presente para decidir la conducta terapéutica, ya que los carcinomas en estadios I y II, tienen buen pronóstico con sobrevida del 100% de los pacientes a 5 años, cuando se realiza colecistectomía extensiva y del 57% cuando se realiza colecistectomía simple. Pacientes con tumores que han invadido la serosa no sobreviven dos años, después de colecistectomía simple y el 17% sobrevive después de colecistectomía extensiva. El patrón histológico es importante en el pronóstico y se ha observado mayor sobrevida en pacientes con carcinoma bien diferenciado de tipo papilar hasta el 67%, a cinco años, en tumores limitados a la mucosa y muscular, seguido del adenocarcinoma tubular bien diferenciado 33.3% y por último el adenocarcinoma poco diferenciado, el 100% de los pacientes fallecen dos años después de haberse practicado la cirugía con tumores con invasión a la subserosa⁽⁴⁾.

En los pacientes con tumores en estadio V, tienen -

sobrevida menor de 20 meses, generalmente es mortal y se lo se recomiendan medidas paliativas. En el estadio IV la sobrevida no es mayor del 11% a los 5 años de realizado el diagnóstico. En los estadios III y IV, se sugiere realizar cirugía radical con lobectomía hepática derecha y linfadenectomía⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.

En otras series revisadas⁽¹⁴⁾, se ha concluido que la colecistectomía con resección del conducto biliar en el ligamento hepatoduodenal, es el procedimiento óptico en los pacientes con carcinomas en estadios I y II, para pacientes con carcinomas en estadios III y IV, es recomendable realizar procedimientos quirúrgicos más agresivos como la paaeatoduodectomía o bien lobectomías hepáticas extensas.

El pronóstico es favorable cuando se realiza el diagnóstico en forma incidental en piezas quirúrgicas productos de colecistectomías realizadas por colecistitis aguda o crónica en individuos no mayores de 50 años, en una serie de 56 pacientes 42 (75%), tenían metástasis a hígado antes de la cirugía y a la mayoría solo se le practicó laparotomía y toma de biopsia, considerando el mal pronóstico del carcinoma, se recomienda realizar el diagnóstico en etapas tempranas⁽¹⁵⁾.

CAPITULO III

MATERIAL Y METODO.

De un total de 42587 piezas quirúrgicas se revisaron los enfermos de anatomía patológica de 2646 vesículas - (6.22%), producto de colecistectomía simple realizadas en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" ISSSTE, de la Ciudad de México, en un periodo de 20 años, comprendido del primero de enero de 1972 al 31 de diciembre de - 1991, de las cuales 2185, correspondieron al sexo femenino (82.57%), y 461 al sexo masculino (17.43%), con edades comprendidas entre los 13 y los 98 años de edad para la - mujer con edad promedio de 39 años y entre los 11 y los - 92 años para el hombre con edad promedio de 49.8 años, - los procesos inflamatorios tanto agudos como crónicos se encontraron con mayor frecuencia entre la tercera y la - sexta décadas de la vida para el hombre. Gráfica No.1

De las 2646 vesículas, 2553 curaron con colecistiti-- tis que correspondió al(96.48%), 2100 fueron del sexo fe-- minino (82.25%) y 453 correspondieron al sexo masculino - (17.75%), 37 casos de carcinoma que correspondió al(1.39%) y 56 casos con otros diagnósticos el (2.11%). Gráfica No.2

La colecistitis aguda estuvo presente en 125 casos - (4.72%), la crónica y aguda 616 casos (23.28%) y la cróni-- ca con 1812 casos (68.28%).

En cuanto al carcinoma, se encontraron 37 casos --

(1.39%) de los cuales 33 correspondieron al sexo femenino (89.18%), encontrando el mayor número de casos entre la séptima y octavas décadas de la vida, 4 casos correspondieron al sexo masculino (10.82%), un hombre de 34 años de edad y los tres restantes entre la sexta y séptima décadas de la vida. En 20 de los 37 casos se reportó asociado a colesistitis crónica y litiasis (54.05%), en 13 de los 37 - carcinomas no se reportó otro diagnóstico histopatológico, en los 4 casos restantes, se reportó colangitis ascendente peritonitis multifocal, actinomicosis y metaplasia intestinal en un caso respectivamente.

El diagnóstico clínico, en 11 de los 37 casos se sospeché cáncer de vesícula, 20 (54.05%), fueron colecistitis crónicas y litiasis, 2 correspondieron a carcinoma de cabeza de páncreas, una estenosis pilórica benigna y el último con vesícula biliar perforada. En dos casos no estaba consignado el diagnóstico.

CAPITULO IV

RESULTADOS.

De los 2646 informes revisados, de las colecistectomías realizadas 2553 (96.48%) correspondieron a colecistitis, 37 (1.39%) a carcinomas y 56 (2.11%) a otros diagnósticos. Gráfica 3 y 4.1.

De los 2553 colecistitis reportadas, se distribuyeron de la siguiente manera: 2100 correspondieron al sexo femenino (82.25%) y 453 al sexo masculino (17.75%). Colecistitis crónica fueron 1812 (70.9%), colecistitis agudas y crónicas 616 (24.00%) y colecistitis agudas 125 (4.9%). Gráfica 4 y 5 y Tabla No. 1.

En el sexo femenino se reportaron 1552 colecistitis crónicas (73.9%), 478 colecistitis agudas y crónicas (22.76%), y 70 colecistitis agudas (3.34%) de las cuales 1390 de 2100 casos se asociaron a litiasis (66.19%) con edades comprendidas entre los 13 y 98 años de edad y promedio de 39 años y los grupos de edad más afectados, fueron entre la tercera y sexta décadas de la vida con 1731 casos (82.42%), un caso de colecistitis crónica y aguda con litiasis en una niña de 13 años de edad. Gráfica No. 6.

La mayor frecuencia de colecistitis crónica se encontró entre la cuarta y quinta décadas de la vida en un 49%.

En 37 casos no se reportó la edad.

En el sexo masculino, se reportaron 260 colecistitis crónicas (57.39%), 138 casos de colecistitis agudas y crónicas (30.46%) y 55 colecistitis agudas (12.14%) con edades comprendidas entre los 11 y 92 años y promedio de edad de 49.8 años, los grupos de edad más afectados fueron entre los 40 y 69 años de edad con 338 casos (74.61%).

En 4 casos no se reportó la edad. Gráfica No. 7 y tabla No. 2.

De las 453 colecistitis agudas y crónicas 244 (53.86%) se asociaron a litiasis.

De los 37 casos de carcinoma 36 correspondieron a adenocarcinoma (97.3%) y un carcinoma indiferenciado de células pequeñas (2.7%), en cuanto al grado de diferenciación 17 fueron adenocarcinomas bien diferenciados (45.94%), 6 correspondieron a adenocarcinoma moderadamente diferenciado (16.21%), 10 casos de adenocarcinoma poco diferenciado (27.77%) y en dos casos no fue posible encontrar grado de diferenciación histológica (5.4%) que correspondieron a un adenocarcinoma papilar y un caso de adenocarcinoma invasor a la muscular y serosa y un carcinoma in situ con metaplasia escamosa. Gráfica No. 8.

En cuanto al sexo y edad, 33 casos (89.18%), correspondieron al sexo femenino, siendo el grupo de edad más afectado entre los 60 y 75 años de edad con edad promedio de 65.3 años, la mujer más joven fue de 34 años y la mayor de 88 años de edad. Gráfica No. 9.

De los 33 casos, 15 (45.45%) fueron adenocarcinoma bien diferenciado, 5 de 33 moderadamente diferenciado,

9 adenocarcinomas poco diferenciados, un carcinoma indiferenciado, uno in situ y los dos restantes en los que no se encontró grado de diferenciación histológica.

En relación al sexo masculino, se reportaron 4 casos (10.81%), 2 correspondieron a adenocarcinoma bien diferenciado y los 2 restantes a moderadamente y poco diferenciado. El hombre más joven fue de 34 años de edad y el mayor de 67 años con promedio de 52.5 años. Gráfica 10.1

La asociación con colecistitis crónica y litiasis la encontramos en 20 de los 37 casos (54.05%), siendo el adenocarcinoma bien diferenciado el más frecuente con 9 casos seguido del poco diferenciado con 6 casos y 4 del moderadamente diferenciado.

De los 2 casos de adenocarcinoma sin grado de diferenciación histológica, uno se asoció a colecistitis crónica y litiasis, el otro sin patología asociada.

De los 6 casos de cáncer moderadamente diferenciado solo uno cursó con peritonitis aguda, con diagnóstico clínico de perforación de vesícula.

Otros diagnósticos asociados al cáncer fueron los siguientes: colangitis, peritonitis multifocal, actinomicosis y colesterolesis. En los 13 casos restantes no hubo asociación con otra patología.

En cuanto al grado de infiltración 28 de los 37 casos de carcinoma se encontraban entre los estadios -

III y V de Nevin que correspondió al (75.67%) 7 casos en -
estadio II (18.9%) y solo uno de los 37 estaba confinado
a la mucosa (2.7%) que corresponde al estadio I de Nevin.
Tablas 3, 4, 5 y 6.

El carcinoma indiferenciado se reportó con invasión a
ganglios linfáticos.

En todos los casos de carcinoma el diagnóstico se rea-
lizó en la pieza quirúrgica y el mayor número de casos se
reportó en el año de 1978 con 8 casos. Gráfica No. 10.

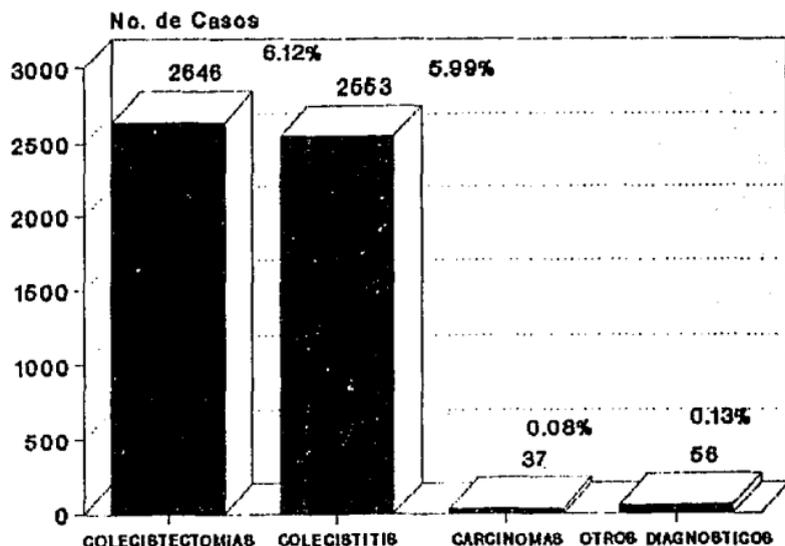
Los otros diagnósticos reportados: 4 correspondieron
a hiperplasia e hiperplasia vesicular respectivamente (0.30%)
3 adenomas papilares (0.11%) y 3 leiomiomas (0.11%). De --
las 2646 vesículas, 20 se reportaron sin alteraciones his-
tológicas (0.75%) entre otros.

En 502 casos que correspondió al (18.97%) no se repor-
tó patología asociada a la vesícula.

La colesterolesis estuvo presente en los procesos in-
flamatorios en 363 casos que correspondió al 13.71%.

GRAFICA 1

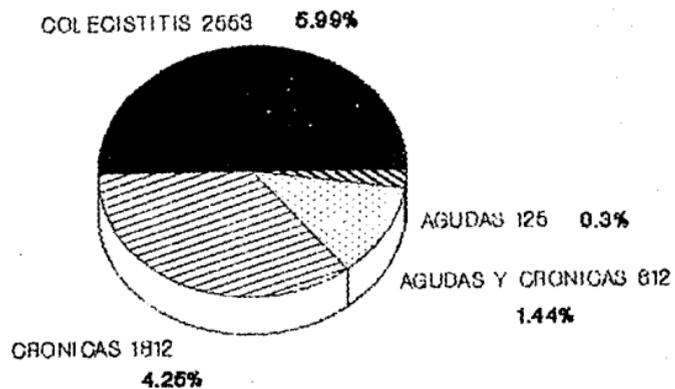
PATOLOGIA DE VESICULA BILIAR
TOTAL DE QUIRURGICOS 1972-1981



N= 42,587

GRAFICA 2

PATOLOGIA DE VESICULA BILIAR
TOTAL QUIRURGICOS Y PATOLOGIA
INFLAMATORIA 1972-1991



N= 42,587

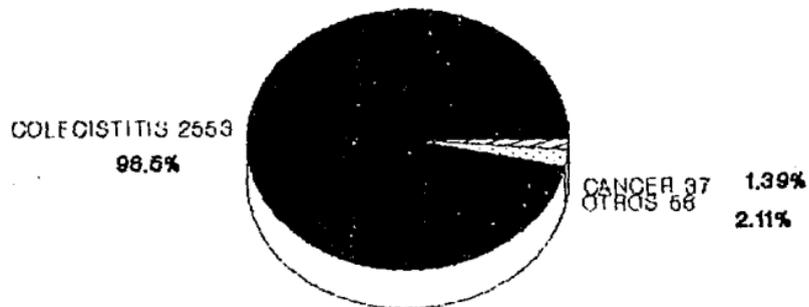
GRAFICA 3
PATOLOGIA DE VESICULA BILIAR
TOTAL QUIRURGICO 1972-1992

CASOS DE CARCINOMA
37 0.8%

N= 42,587

GRAFICA 4.1

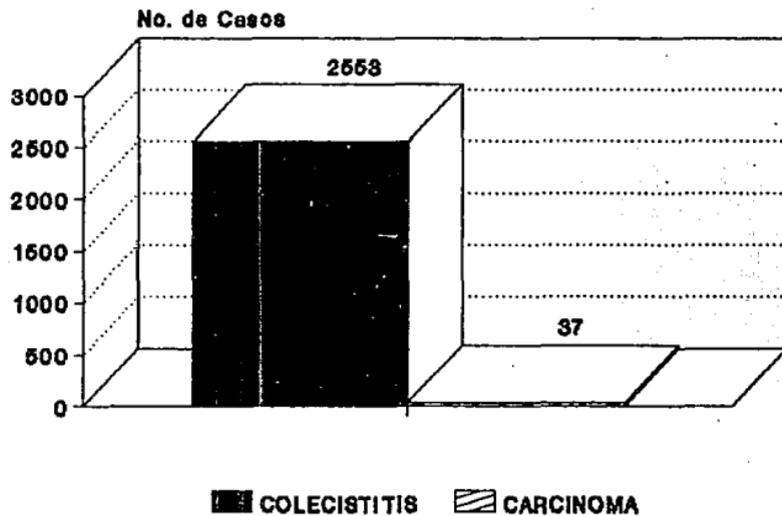
PATOLOGIA DE VESICULA BILIAR
No. CASOS Y FRECUENCIA



N= 2,646

GRAFICA 4

**PATOLOGIA DE VESICULA BILIAR
RELACION ENTRE COLECISTITIS Y NEOPLASIAS**



N= 2,646 RELACION 69:1

NO. DE CASOS Y PORCENTAJE DE
COLECISTITIS POR SEXO.

(Femenine)

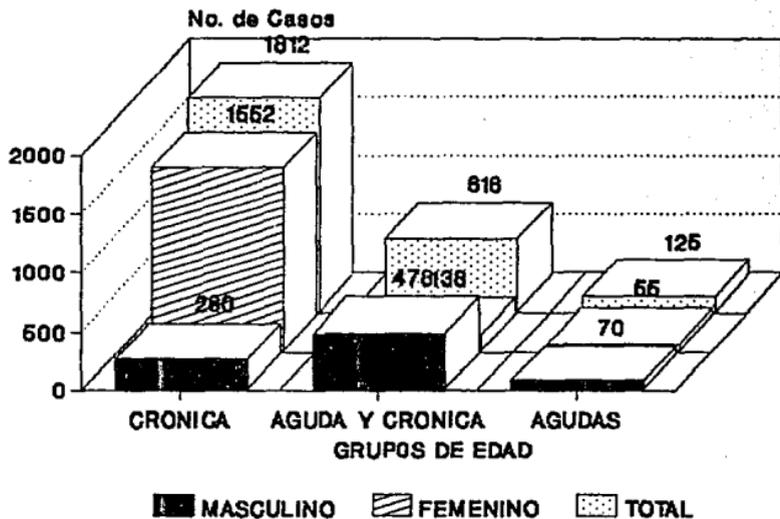
COLECISTITIS	NO. DE CASOS	%
CRONICA	1552	73.9%
AGUDA Y CRONICA	478	22.76%
AGUDA	70	3.34%
T O T A L	2100	100.00%

FUENTE: Archivo del servicio de Anatomía Patológica.

Tabla No. 1

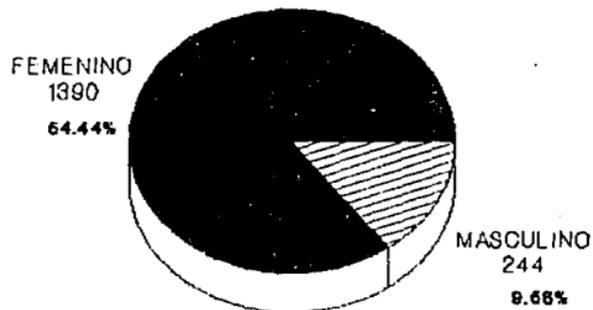
GRAFICA 5

VESICULA BILIAR
FRECUENCIA Y CASOS DE PROCESOS
INFLAMATORIOS POR SEXO 1972-1990



GRAFICA 6

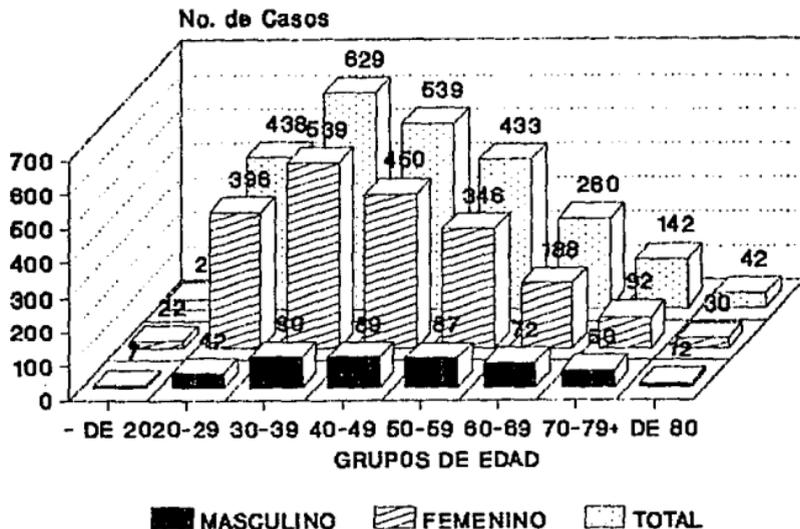
**PATOLOGIA DE VESICULA BILIAR
COLECISTITIS ASOCIADA A LITIASIS
POR SEXO EN EL PERIODO 1972-1981**



No. de Casos= 2,553

GRAFICA 7

PATOLOGIA VESICULA BILIAR
PROCESOS INFLAMATORIOS POR GRUPOS DE
EDAD Y SEXO DURANTE 1972-1991



NOTA: En 41 casos no se reportó la edad

NO. DE CASOS Y PORCENTAJE DE
COLECISTITIS POR SEXO.

(MASCULINO)

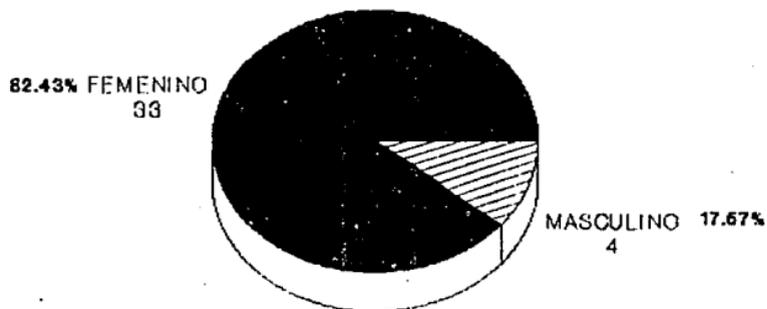
COLECISTITIS	NO. DE CASOS	%
CRONICA	260	57.39%
AGUDA Y CRONICA	138	30.46%
AGUDA	55	12.15%
T O T A L	453	100.00%

FUENTE: Archivo del servicio de Anatomía Patológica.

Tabla No. 2.

GRAFICA 8

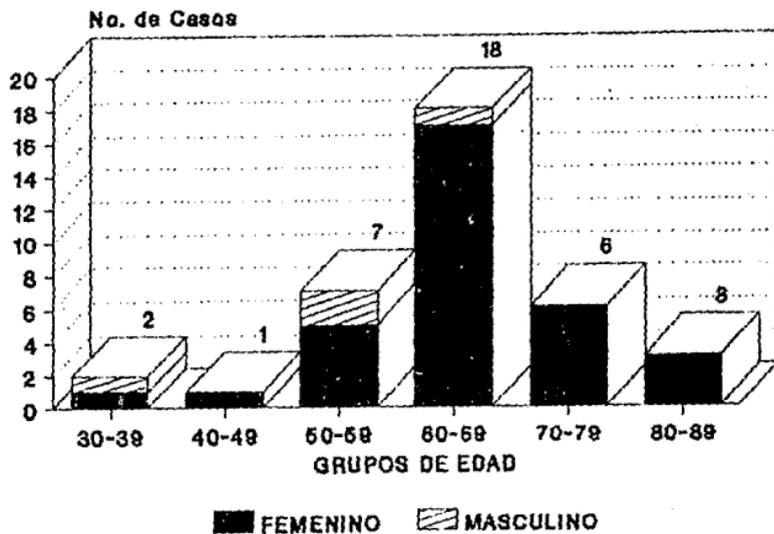
CASOS DE CANCER DE VESICULA BILIAR
FRECUENCIA POR SEXO



No. de Casos= 37

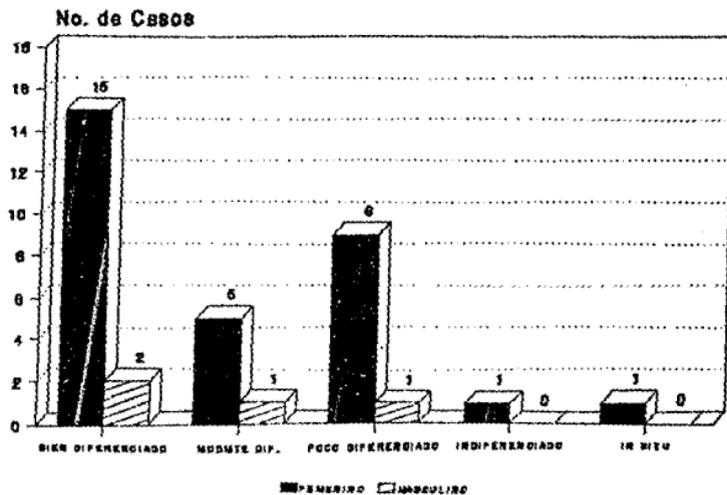
GRAFICA 9

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR
RELACION POR EDAD Y SEXO 1972-1991



GRAFICA 10.1

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR
GRADO DE DIFERENCIACION HISTOLOGICA
POR SEXO 1972-1990



NOTA: En dos casos no fué posible el grado de diferenciación.

GARCINOMA DE VESICULA BILIAR.

GRADO DE DIFERENCIACION
E INFILTRACION.

(Femenine)

ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO.	No. DE CASOS
Invasión todas las capas.	5
Capa muscular.	2
Capa muscular, serosa y lecho hepático.	3
Ganglios linfáticos	3
Serosa e hígado	1
Hígado y peritoneo	1
<hr/>	
T o t a l	15 casos.

FUENTE: Servicio de Anatomía Patológica.

Tabla No. 3.

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR.

GRADO DE DIFERENCIACION
E INFILTRACION.

(Sexo Femenino)

ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO	No. DE CASOS
Infiltración muscular y metástasis a ganglios linfáticos.	2
Serosa	2
Muscular, serosa y permeación vascular.	1
T o t a l 5 casos	

FUENTE: Servicio de Anatomía Patológica.

Tabla No. 4

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR.

GRADO DE DIFERENCIACION

E INFILTRACION.

(Sexo Masculino)

GRADO DE DIFERENCIACION	No. DE CASOS	INFILTRACION
Adenocarcinoma bien diferenciado	1	Capa muscular
	1	Serosa e hígado
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	1	Metástasis a peritoneo
Adenocarcinoma poco diferenciado.	1	Capa muscular
t o t a l	4	Casos

FUENTE: Servicio de Anatomía Patológica.

Tabla No. 5.

CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR.

GRADO DE DIFERENCIACION

E INFILTRACION.

(Sexo Femenino)

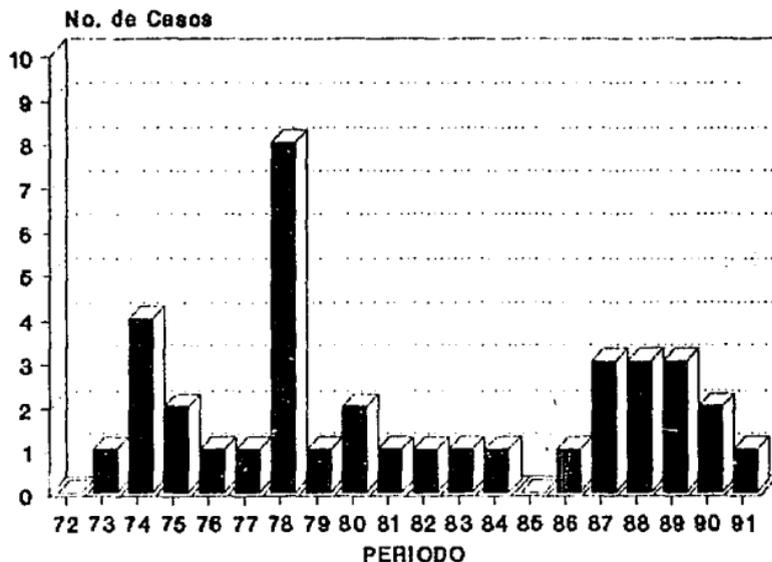
ADENOCARCINOMA POCO DIFERENCIADO	Nº. DE CASOS
Infiltración a pared muscular	3
Muscular y Serosa	4
Serosa e hígado	1
Metástasis a serosa y muscular de estómago.	1
T o t a l	
9 casos	

FUENTE: Servicio de Anatomía Patológica.

Tabla No. 6.

GRAFICA 10

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR
DISTRIBUCION POR AÑO



CAPITULO V

DISCUSION.

En nuestra población estudiada encontramos que los procesos inflamatorios predominan en el sexo femenino 4.6:1 y los neoplásicos 8.2:1 en relación al sexo masculino y la asociación entre ambos padecimientos se encontró en el 54.05% de los casos.

La colecistitis aguda, se reportó asociada a microabscesos, hemorragia y necrosis de la pared con presencia de colonias bacterianas, y desconociendo los gérmenes patógenos.

En un estudio realizado en la Ciudad de México, se encontró que los gérmenes más comunes en el árbol biliar son: E. coli, Str. faecalis, Str. viridans y K. pneumoniae, obteniéndose cultivos positivos hasta en el 72% de los casos y en colecistitis crónica con litiasis la incidencia de bacterias fué del 19.23%⁽⁹⁾. Se sugiere llevar a cabo estudios en nuestro hospital tendientes a conocer la etiología de la colecistitis aguda alitiásica para decidir la conducta terapéutica, tanto en el pre como en el postoperatorio, ya que la mayoría de los pacientes con bilis contaminada están pre dispuestos a infecciones postoperatorias por cirugía del tracto biliar, tales como septicemia, abscesos subfrénicos y más frecuentemente a infecciones de la herida quirúrgica⁽⁹⁾.

Los cuadros de agudización de colecistitis, pueden ser originados por la alta incidencia de bacterias en la vesícula dañada, al mismo tiempo la infección podría jugar un papel importante en la patogenia de los cálculos y se ha pro-

puesto que la mucosa vesicular crónicamente inflamada, -- produce alteraciones bioquímicas, disminuyendo la solubilidad del colesterol ocasionando precipitación y formación de litos⁽⁹⁾.

En nuestro estudio se encontró colecistitis crónica y litiasis en personas menores de 20 años, con una frecuencia menor del uno por ciento, similar a reportes de la literatura⁽¹⁷⁾⁽⁵⁾. En niños y en los jóvenes, se ha encontrado asociada a enfermedades hematológicas, y con historia familiar de litiasis⁽¹⁷⁾.

En la literatura mundial, existen múltiples reportes que tratan de la asociación del cáncer con la colecistitis crónica y litiasis, en la que ésta juega un papel importante en la patogenia del cáncer, con incidencia de hasta el 100%⁽¹⁸⁾, en Chile se ha encontrado en un 67%, siendo el adenocarcinoma moderadamente diferenciado el más frecuente de 96 casos de carcinoma reportados 33 correspondieron a esta variedad, con promedio de edad de 63.5 años y relación mujer-hombre fué de 6:1⁽²⁾. En nuestro estudio encontramos que la asociación colecistitis-cáncer fué de 54.05% más frecuente en el sexo femenino 8.25:1 en relación al -- sexo masculino, siendo las séptima y octavas décadas de la vida las más afectadas.

En otros estudios la asociación cáncer colecistitis estuvo presente en el 59.1%⁽¹⁶⁾. Ackerman la refiere en el 80 al 90% litiasis y carcinoma⁽³⁾.

En cuanto a la variedad histológica, es el adenocarcinoma bien diferenciado el más frecuente, excepte de la se-

rie de 96 casos reportados en Chile, en los cuales el más frecuente fué la variedad moderadamente diferenciada⁽²⁾. En nuestra revisión encontramos 17 casos de adenocarcinoma bien diferenciado que correspondió al 45.9%, seguido del poco diferenciado con 10 casos.

El pronóstico, es malo, con sobrevida corta después de realizado el diagnóstico, el cual se realiza tardíamente, con ineficacia al tratamiento y los métodos auxiliares de diagnóstico ineficaces en la detección oportuna del carcinoma⁽¹⁾⁽¹⁸⁾, incluyendo las metástasis tempranas⁽³⁾. En un intento por conocer la sobrevida en nuestro estudio, se revisaron 7 expedientes de los últimos 5 años, y se encontró que 5 de los siete pacientes fallecieron, en un lapso no mayor de 27 días después de la cirugía, 6 de los 7 casos correspondieron a adenocarcinoma bien diferenciado y uno in situ. El cuadro clínico fué inespecífico, caracterizado por náusea, vómito, dolor abdominal y ataque al estado general e ictericia en 3 casos de presentación súbita, con evolución no mayor de 5 meses y promedio de 4.2 meses, solo una de las pacientes refirió pérdida de peso de 6 kg. en un lapso de 2 meses. Los métodos auxiliares de diagnóstico no fueron concluyentes. A una de las pacientes se le practicó TAC la cual reveló imagen redondeada en hígado con dilatación de vías biliares con probable carcinoma de cabeza de páncreas. Al resto se le practicó USG y colangiografía percutánea a una de los 7 casos.

El grado de infiltración es importante en el pronóstico del cáncer de vesícula biliar, Ackerman y diversos au

tores mencionan que el carcinoma confinado a la mucosa y muscular, tienen el mejor pronóstico a 5 años, con sobrevivencia del 57% de los casos con colecistitis simple, y del 100% con colecistectomía extensa⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾, en los casos con estadios III al V de Nevin, el pronóstico es malo, en una serie de 20 pacientes, en los que intenté la radioterapia como medio paliativo en la cual la sobrevivencia fue de 8.2 meses, el 70% (14 de 20 casos) se encontraban en estadios III y V de Nevin y asociados en el 100% con litiasis⁽¹⁸⁾.

En nuestra revisión 28 casos de 37, se encontraban con invasión a todas las capas y metástasis a peritoneo 3 casos y uno de los 28 con invasión a serosa y muscular de estómago, 7 casos en estadio II y solo uno confinado a la mucosa 2.70% en un caso no se reportó. Por tanto, es importante hacer notar que, todos los pacientes que cursan con cuadro de colecistopatía crónica, mayores de 50 años y predominantemente del sexo femenino, es conveniente sospechar en cáncer de vesícula biliar, intentar con todos los medios auxiliares de diagnóstico disponibles la detección oportuna en estadios tempranos, considerando los factores de riesgo predisponentes como son: edad, sexo, obesidad y litiasis.

En todos nuestros casos el diagnóstico definitivo se realizó en la pieza quirúrgica y en solo 11 casos se sospeché clínicamente carcinoma de vesícula biliar no siendo concluyentes los métodos auxiliares de diagnóstico.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO VI

CONCLUSIONES.

- 1.- Los procesos inflamatorios y neoplásicos de la vesícula biliar, predominan en el sexo femenino en relación 4.6:1 y 8.2:1, al sexo masculino.
- 2.- La asociación colecistitis crónica litiasica y cáncer correspondió al 54.05% con una relación de 69:1.
- 3.- El cáncer de vesícula biliar correspondió al 0.08%, de la patología general del hospital, ya que de 42587 in-
formes en 37 se reportó cáncer 1.39%.
- 4.- La colecistitis crónica y litiasis es poco frecuente en personas menores de 20 años, encontrando en nuestra revisión solo un caso de una niña de 13 años, similar a los reportes de la literatura.
- 5.- Los medios auxiliares de diagnóstico no son eficaces en la detección del cáncer de vesícula.
- 6.- El pronóstico es malo, debido a las manifestaciones -- inespecíficas, diagnóstico tardío, ineficacia de los medios auxiliares de diagnóstico y metástasis tempranas.
- 7.- El diagnóstico definitivo se realizó en todos nuestros casos en la pieza quirúrgica.
- 8.- Deben intentarse todos los medios posibles para la detección oportuna del cáncer de vesícula biliar para -
brindarles un mejor pronóstico a los pacientes.

9.- En los procesos inflamatorios estuvo presente la calcificaci3n en el 13.71%.

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

- 1.- Ballesta Vicente, Castellanes G. Celina F. Experiencia de 16 años en cáncer de vesícula biliar. Revisión de 120 casos. Revista Española de Enfermedades digestivas. Madrid, mayo 1991; 79(5) p. 324-30.
- 2.- Iván Roa y cols. Cáncer de la vesícula biliar en la IX región de Chile. Revista de Patología, Méx. 1990 Vol. 28 pag. 97-101.
- 3.- Ackerman's, Juan Rosai, M.D. A carcinoma of gallbladder Surgical pathology, Vol. one; 7a. edicion. The C. V. Mosby Co. Washington D. G. 1989, p. 748-51.
- 4.- Ouchi et al. Prognosis factor in the surgical treatment of gallbladder carcinoma. Surgery 1987 p. 731-37.
- 5.- Patrick V. Bailey et al. Changing spectrum of cholelithiasis and cholecystitis in infant and children. The American Journal of surgery. Vol. 158 Dic. 1989 p.585-86.
- 6.- S.L. Robins; R. S. Cotran. El sistema biliar. Patología estructural y funcional. 3a. edición Interamericana Mex. 1987.p. 927-43.
- 7.- J.O. Sullivan y Cols. Congenital absence of the Gallbladder and Cystic duct. Nonoperative Diagnosis. The American Journal of Gastroenterology. Vol.82 No. II - 1987. U.S.A. p. 1190-91.

- 8.- García Torres B. García Belmont C. Colectistitis aguda y hemepiecolecisto per el helminde intravesicular. - Rev. Mexicana gastroenterología. Vol. 52 No. 1987 pag. 47-49.
- 9.- Sáenz Felix N., y Cola. Cultivo de bilis vesicular en pacientes sometidos a colecistectomía. Rev. Mexicana gastroenterología. Vol. 52 No.1 1987. pag. 161-69.
- 10.- Yechil Ziv. M. D. y Cola. Acute Chelecystitis Complicating Urelated Disease. Etiological considerations. The American Journal of Gastroenterology. Vol. 82 No.II 1987 U.S.A. pag. 1165-67.
- 11.- Gibncy Ej. Asyaptomatic gallstones. British Journal of Surgey 1990 Apr. 77(4) pag. 368-72.
- 12.- Tsutemu Mizuno, Akira Masaoka et al. Intramural Giant Gallstone; Report of a rare case. Am. Jour. of Gastroenterol. Vol. 82 No. 5 1987. pag. 454-56.
- 13.- Chen A. Huminer B. The role of strogen receptors in - the development of gallstones and gallbladder cancer. Med-Hypotheses 1991 Nov. 36(3) pag. 259-60
- 14.- Matsumete y et al. Surgical treatment of primary carcinoma of the gallbladder based on the histologic anlysis of 48 surgical specimens. Am. journ. surg. 1992 febr; 163 (2); pag. 239-45

- 15.- Nodler LH, Meschery CK. Carcinoma of. gallbladder. Review of the literature and report on 56 cases at the Beth Israel Medical Center. Sinai Journal Med. 1992 - Jan. 39 (1) pag. 47-52.
- 16.- Yamamoto M. Nakajo S. Tahara E. Gallstones in gallbladder disease. Acta pathol. Japan. sep.1989 39 (9). - pag. 582-5.
- 17.- Palaciano G. et al. Gallstone prevalence and gallbladder volume in children and adolescents en epidemiological ultrasonographic survey relationship to body mass index an. jour. of gastroenterol. 1989 nov. 84 - (1) pag. 1378-82.
- 18.- S.Houry. y cols. Carcinoma de vesícula biliar; el papel de la radioterapia. Br. J. surgery. 1989. Vol. 76 may pag. 448-450.