

11209
118
2ej

U N A M

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
ESTUDIOS SUPERIORES



T E S I S
CANCER DE VESICULA
DEL DR. JOEL SANCHEZ PARRA
PARA TITULO DE
CIRUJANO GENERAL

Y. Guerrero



SUB-DIRECCION MEDICA
CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ



[Signature]
IMSS
Centro Médico Nacional Veracruz
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIONES
VERACRUZ, VER.

MEXICO 1985



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.

DEDICADO AL:

DR. ALFONSO PEREZ MORALES

**A MIS PADRES
GILBERTO Y SIRENIA**

**POR LA DEDICACION Y ESFUERZO QUE HICIERON
PARA CULMINAR MI ESPECIALIDAD PARA
TERMINAR ESTE TRABAJO.**

INDICE

INDICE

- 1.- Introducción
- 2.- Anatomía.
- 3.- Material y Métodos
- 4.- Discusión y Resultados
- 5.- Conclusiones
- 6.- Bibliografía

INTRODUCCION

INTRODUCCION

El carcinoma de vesícula biliar fue descrito por primera vez por Stoll, en el año de 1777.

El carcinoma de vesícula biliar ocupa el quinto lugar en incidencia de los tumores malignos que afectan los órganos accesorios de la digestión (5, 6, 10 y 11).

Su frecuencia en series de autopsias efectuadas al azar promedia aproximadamente el 0.4 por ciento (5), mientras que en términos generales uno de cada cien pacientes operados de colecistitis aguda presenta carcinoma (36); y con la presencia de cálculos la incidencia del carcinoma aumenta al 5 por ciento (3). El primero en notar la relación entre carcinoma y litiasis fue Frerichs en el año de 1861. Evarts Graham en 1931, señaló que la mejor forma de prevenir el carcinoma de vesícula es practicar colecistectomía a todos los pacientes con cálculos. Aproximadamente el 90 por ciento de los pacientes con carcinoma tienen coledocistitis concomitante(5).

El presente trabajo se refiere a una revisión hecha en el Hospital General del Centro Médico Nacional, de 10,173 autopsias, de 1963 a 1979, donde se encontraron 151 casos de carcinoma de vesícula biliar, para valorar las características de este padecimiento en nuestro medio y poder establecer una comparación con lo descrito en la literatura.

ANATOMIA

ANATOMIA

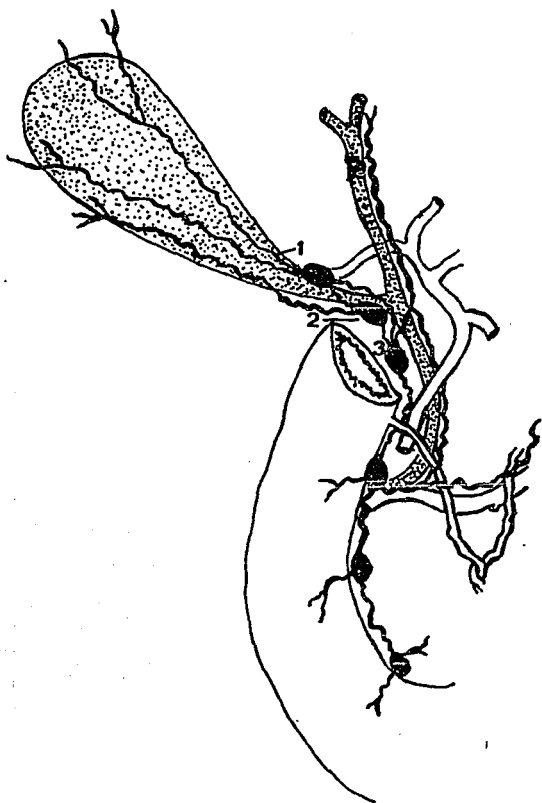
La vesícula biliar se encuentra normalmente adherida a la superficie inferior del lóbulo derecho del hígado por medio de tejido areolar. La vesícula tiene un cuello de situación profunda, dirigido en forma medial, un cuerpo y una parte distal libre que es el fundus.

Su irrigación está dada directamente de la arteria cística, que se encuentra entre la vesícula y la superficie inferior del hígado.

El drenaje venoso se origina en la adventicia, conecta con las venas del lecho vesicular o las que rodean los conductos biliares, y termina en el lecho capilar que rodea al lóbulo cuadrado; las venas drenan a la vena hepática y rara vez a la vena porta.

Los linfáticos de la vesícula, emergen de la mucosa, pasan a través de la capa muscular para drenar a los plexos linfáticos subserosos. Los troncos drenan a los ganglios linfáticos del borde anterior del hiato de Winslow, los ganglios linfáticos del cuello de la vesícula y los ganglios linfáticos hepáticos. Estos linfáticos tienen abundantes anastomosis con los linfáticos del hígado (Figura 1).

FIGURA 1



LINFATICOS DE LA VESICULA QUE DRENAN AL GANGLIO CISTICO. 1: G. DEL BORDE ANTERIOR DEL HIATO DE WINSLOW. 2: G. PANCREATODUDENAL SUPERIOR. 3: (6).

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

De la revisión de 10,173 autopsias realizadas en el Hospital General -- del Centro Médico Nacional, en el período de tiempo de 1963 a 1979 se encontraron 151 casos de carcinoma de vesícula biliar, correspondiendo ésto al 1.4 por ciento.

De estos casos 125 correspondieron al sexo femenino y 26 al masculino; estableciéndose así un predominio franco de la mujer sobre el hombre -- de 5:1.

La edad fue en el 88 por ciento de los casos por arriba de los cincuenta años de edad, variando desde 39 a 95 años. El predominio fué durante -- la sexta década de la vida con un 37 por ciento de los casos, seguido -- por la séptima con 25 por ciento y después por la quinta década con el -- 16.5 por ciento (Cuadro No. 1).

Unicamente 3.3 por ciento de todos los pacientes presentaron antecedentes familiares de neoplasia y 3.9 por ciento de Diabetes Mellitus. Dentro de los antecedentes personales, el alcoholismo crónico se encontró -- en el 19.2 por ciento y tabaquismo en el 7.9 por ciento, multiparidad en el 9.9 por ciento, y 29 pacientes presentaron dolor tipo vesicular antes de su ingreso (y del inicio o agudización de la sintomatología), variando desde un año hasta 25 años (Cuadro No. 2).

Los padecimientos concomitantes con el carcinoma vesicular por su frecuencia fueron: Diabetes Mellitus 23 casos, Hipertensión Arterial 14, -- Cirrosis 6, Úlcera Gástrica 3, Adenoma Papilar de Tiroides 2, Linfoma Gástrico 1, Litiasis Renal Bilateral 1 y Carcinoma Cérvicouterino 1 -- (Cuadro No. 3).

CUADRO No. 1

Distribución por edades del carcinoma de vesícula biliar, en orden de frecuencia.

| Edad (Años) | No. Casos | Porcentaje |
|-------------|-----------|------------|
| 61 - 70 | 56 | 37 |
| 71 - 80 | 38 | 25 |
| 51 - 60 | 25 | 16.5 |
| 41 - 50 | 15 | 9.9 |
| 81 - 90 | 13 | 8.6 |
| 91 ó más | 3 | 1.9 |

CUADRO No. 2

Antecedentes heredofamiliares y personales en relación con carcinoma de vesícula.

| Antecedentes | No. Casos | Porcentaje |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Familiares | | |
| Neoplasia | 5 | 3.3 |
| Diabetes M. | 6 | 3.9 |
| Antecedentes Personales | | |
| Alcoholismo C. | 29 | 19.2 |
| Dolor tipo vesicular previo | 29 | 19.2 |
| Multiparidad | 15 | 9.9 |
| Tabaquismo | 12 | 7.9 |

CUADRO No. 3

Padecimientos concomitantes con carcinoma de vesícula biliar. En orden de frecuencia

| Padecimiento | No. Casos | Porcentaje |
|--------------------------|-----------|------------|
| Diabetes M. | 23 | 15.2 |
| Hipertensión A. | 14 | 9.2 |
| Cirrosis | 6 | 3.9 |
| Úlcera Gástrica | 3 | 1.9 |
| Adenoma Papilar Tiroides | 2 | 1.3 |
| Linfoma Gástrico | 1 | 0.6 |
| Litiasis Renal | 1 | 0.6 |
| Carcinoma Cervicouterino | 1 | 0.6 |

El tiempo de evolución de la sintomatología entre el inicio de ésta y el momento de ingresar al hospital, varió desde un año hasta 5, pero en el 71 por ciento fue menor de 3 meses (Cuadro No. 4).

En 108 pacientes, el tiempo de estancia hospitalaria desde el ingreso -- hasta la defunción fué menor de quince días.

La relación con litiasis vesicular y carcinoma, en el presente estudio, -- fué de 82 por ciento. De éstos 106 correspondieron al sexo femenino y -- 18 al sexo masculino.

Los signos y síntomas más frecuentes en orden fueron: Dolor en hipo- -- condrio derecho y/o epigastrio con y sin irradiación a región lumbar del mismo lado y a escápula, Ictericia, Ataqué al Estado General, Pérdida- -- de Peso, Coluria, Acolia, Vómito, Fiebre, Náuseas, Diarrea y Prurito (Cuadro No. 5).

El hallazgo clínico más frecuentemente encontrado fué la hepatomegalia -- en 59 pacientes, masa palpable en hipocondrio o epigastrio en 42 y ascitis en 3. Cabe mencionar que en ocasiones resulta realmente difícil dife- -- renciar si es crecimiento hepático lo que se palpa o la tumoración.

En 42 pacientes la sintomatología con la que iniciaron el padecimiento o -- fueron hospitalizados, fué completamente diferente al cuadro vesicular. -- Estos fueron: Sangrado de Tubo Digestivo manifestado por hematemé- -- sis o melena, Oclusión Intestinal, Pirosis y Regurgitaciones, Aumento de -- Volumen Abdominal en forma progresiva, Constipación, Sintomatología -- Urinaria, Cuadro de Abdomen Agudo, Edema de Miembros Inferiores, --

CUADRO No. 4

Tiempo de evolución desde el inicio de la sintomatología hasta el ingreso al hospital.

| No. Días | No. Casos | Porcentaje |
|-----------|-----------|------------|
| 0 - 15 | 20 | 13.6 |
| 15 - 30 | 34 | 23.2 |
| 30 - 60 | 29 | 19.8 |
| 60 - 90 | 25 | 17.1 |
| 90 - 120 | 8 | 5.4 |
| 120 - 150 | 3 | 1.9 |
| 150 - 180 | 12 | 8.2 |
| Más 180 | 15 | 9.9 |

71 ←

CUADRO No. 5

Signos y síntomas más frecuentes

| Signo y/o síntoma | No. Casos | Porcentaje |
|---|-----------|------------|
| Dolor hipocondrio- der. y/o epigastrio | 95 | 62.9 |
| Ictericia | 80 | 52.9 |
| Ataque al estado <u>ge</u> neral | 71 | 47 |
| Pérdida de peso | 64 | 42.3 |
| Coluria | 57 | 37.7 |
| Acolia | 46 | 30.4 |
| Vómito | 44 | 29.1 |
| Fiebre | 23 | 15.2 |
| Náuseas | 23 | 15.2 |
| Diarrea | 13 | 8.6 |
| Prurito | 2 | 1.3 |

Accidente Vascular Cerebral, Descompensación Hepática, Insuficiencia Respiratoria, Descompensación Diabética e Insuficiencia Arterial Aguda de Miembros Inferiores secundaria a Aneurisma de la Aorta Abdominal (Cuadro No. 6).

Los hallazgos de laboratorio reportados más importantes fueron: Elevación de las Bilirrubinas, principalmente de la directa, Elevación de la Fosfatasa Alcalina, Colesterol, Deshidrogenasa Láctica, Transaminasas y Leucocitosis.

De gabinete se realizó gamagrafia hepática en 26 pacientes, de los cuales reportaron defecto de captación principalmente del lóbulo derecho. - A 12 pacientes se les practicó serie esófagogastroduodenal en las cuales reportaron compresión extrínseca a nivel del píloro y/o duodeno.

Con respecto al tratamiento quirúrgico de todos los pacientes fueron intervenidos 58, a 23 de los cuales se les practicó colecistectomía; 9 de éstos fueron intervenidos antes de su ingreso al hospital desde dos semanas hasta 4 años antes. Al paciente que fué intervenido 4 años antes de su ingreso, se le encontró en el reporte histopatológico de la pieza quirúrgica, adenocarcinoma bien diferenciado de la vesícula biliar con metástasis a ganglio cístico, siendo el motivo de su ingreso al hospital insuficiencia arterial aguda de miembros inferiores secundario a un aneurisma de la aorta abdominal, no encontrando evidencia tumoral en el momento de la autopsia. Por lo que éste es el caso de mayor sobrevida de nuestra serie. A los 35 pacientes restantes únicamente se les practicó laparotomía exploradora con toma de biopsia, ya que en el momento de la intervención la invasión de otros órganos era importante, en algunos de

CUADRO No. 6

Sintomatología diferente presentada en 42 pacientes a su ingreso o al inicio del padecimiento.

| Sintomatología | Pacientes |
|--|-----------|
| Sangrado tubo digestivo. | 10 |
| Oclusión intestinal. | 6 |
| Pirosis y regurgitaciones. | 4 |
| Aumento de volumen abdominal progresivo. | 4 |
| Cuadro neurológico. | 3 |
| Constipación. | 3 |
| Urinarias | 2 |
| Abdomen agudo. | 3 |
| Edema miembros inferiores. | 2 |
| Accidente vascular cerebral. | 2 |
| Descompensación hepática. | 1 |
| Insuficiencia respiratoria. | 1 |
| Insuf. arterial aguda miembros inferiores. | 1 |

éstos casos fué posible realizar derivación biliar como medida paliativa. A 7 pacientes se le realizó peritoneoscopia con toma de biopsia la cual resultó positiva para carcinoma en todos los casos.

Las metástasis encontradas en orden de frecuencia son: Hfgado, Ganglios Linfáticos Regionales, Pulmón, Vías Biliares Extrahepáticas, Peritoneo, Duodeno, Colon y otras en mucho menor porcentaje (Cuadro No. 7).

El tipo histológico más frecuente fué el Adenocarcinoma, en 146 casos, Epidermoide en 3 y Rbdomiosarcoma en 2.

CUADRO No. 7

Metástasis encontradas en orden de frecuencia

| Organo o Tejido | No. Casos | Porcentaje |
|------------------------------|-----------|------------|
| Hígado | 107 | 70.8 |
| Ganglios hilio hepático | 85 | 56.2 |
| Ganglios peripancreaticos | 75 | 49.6 |
| Pulmón | 46 | 30.4 |
| Vías biliares extrahepáticas | 36 | 23.8 |
| Peritoneo | 28 | 18.5 |
| Páncreas | 26 | 17.2 |
| Lecho vesicular | 24 | 15.8 |
| Duodeno | 24 | 15.8 |
| Colon | 20 | 13.2 |
| Diafragma | 19 | 12.5 |
| Ganglios de Mesenterio | 15 | 9.9 |
| Ganglios periaorticos | 13 | 8.6 |
| Epiplón | 13 | 8.6 |
| Estómago | 11 | 7.2 |
| Ovario | 10 | 6.6 |
| Riñón | 10 | 6.6 |
| Suprarrenales | 10 | 6.6 |
| Ganglios paratraqueales | 9 | 5.9 |
| Vena porta | 8 | 5.2 |
| Utero | 7 | 4.6 |
| Píloro | 6 | 3.9 |

| Organo o Tejido | No. Casos | Porcentaje |
|---------------------|-----------|------------|
| Cerebro | 5 | 3.3 |
| Vena Cava | 4 | 2.6 |
| Intestino Delgado | 4 | 2.6 |
| Ciego | 3 | 1.9 |
| Esófago | 2 | 1.3 |
| Vejiga | 2 | 1.3 |
| Ganglios cervicales | 2 | 1.3 |
| Columna | 1 | 0.6 |
| Médula | 1 | 0.6 |
| Corazón | 1 | 0.6 |

DISCUSION Y RESULTADOS

DISCUSION Y RESULTADOS

En nuestra revisión se encontró la frecuencia de carcinoma de vesícula biliar en el 1.4 por ciento de todas las autopsias realizadas (10,173), - en un período de 17 años. En el Hospital General del Centro Médico Nacional, el carcinoma de vías biliares (Vesícula 71 por ciento, conductos biliares 8.6 por ciento y ampulla de Vater 18.5 por ciento) ocupa el primer lugar en frecuencia de tumores malignos del aparato digestivo - con 29.8 por ciento, seguido por el carcinoma de estómago con el 23.8 por ciento (7).

Lam (8) concluye que en los Estados Unidos, las dos terceras partes de muertes por carcinoma del tracto biliar corresponden a carcinoma de vesícula biliar. Los resultados de un reporte de 303 casos de carcinoma de vesícula encontrados en 55,543 autopsias, demuestran una incidencia de 0.55 por ciento (11). Mientras que Arminski (9) reporta una incidencia de 0.43 por ciento.

En varios reportes el carcinoma de vesícula biliar ocupa el quinto lugar de frecuencia dentro de las neoplasias del aparato digestivo (5, 6, 10 y 11).

El predominio del sexo femenino sobre el masculino fué de 5:1 respectivamente, mientras que lo reportado dá una frecuencia de 3:1 y 4:1 (6), - llegando a reportarse hasta de 8:1 (2). De 2,998 pacientes de 51 series reportadas durante los últimos 15 años, hubo 2,292 pacientes del sexo femenino y 706 del sexo masculino, que corresponde a un 76.5 por ciento y 23.5 por ciento respectivamente (11). Steiner (12) observó que

el tercer tumor maligno más común en la mujer mexicana en el área de los Angeles, fué el carcinoma de vesícula. En un estudio de 20,707 autopsias (13), de 1948 a 1956 la frecuencia de carcinoma en la mujer mexicana comparada con la mujer caucasoides era aún mayor que la reportada por Steiner. Otros investigadores (14, 15 y 16) señalan que el carcinoma de vesícula es dos veces más frecuente en la población mexicana.

Con respecto a la edad, observamos que el 88 por ciento fué por arriba de los 50 años, con predominio de la sexta década de la vida con el 37 por ciento. En una clasificación por edades en los hospitales de Nueva York, los pacientes operados del tracto biliar presentaron carcinoma de la vesícula el 0.3 por ciento de pacientes de menos de 50 años, por arriba de 50 años el 3.8 por ciento y 8.8 por ciento de más de 65 años (17, 18 y 19).

Unicamente 5 pacientes presentaron antecedentes de neoplasia y ninguno a nivel vesicular. En un reporte de 75 pacientes, 33 por ciento presentó antecedentes de neoplasia a otro nivel y 9 de éstos con antecedentes de neoplasia a nivel vesicular (20). Los antecedentes de diabetes son muy bajos y en la literatura revisada no se encontró nada reportado al respecto. Existe en nuestro medio una incidencia muy alta de alcoholismo crónico, seguidos por la multiparidad y el tabaquismo, en relación con el carcinoma vesicular.

En 29 pacientes existía dolor de tipo vesicular previo desde un año hasta de 5 años antes de su ingreso. De 1,219 pacientes en 17 series, 43 por ciento presentaron historia y diagnóstico de colecistitis crónica (11). Varios investigadores (21, 22 y 23) han reportado que entre el 20 y 60 por

ciento de los pacientes sintomáticos presentan un cambio reciente en los síntomas refiriendo aumento en la intensidad y frecuencia del dolor y - - ocasionalmente la presencia de nuevos síntomas como ictericia, anorexia y pérdida de peso. El carcinoma de vesícula puede encontrarse en pacientes con la apariencia clínica de una exacerbación de colecistitis crónica. En el 94 por ciento de 75 pacientes hubo evidencia histológica de colecistitis crónica (20).

Los pacientes con carcinoma de vesícula que presentan en síndrome clínico de colecistitis aguda, tienen un carcinoma poco avanzado con un alto índice de resecabilidad y una mayor sobrevida (11).

Es importante mencionar que de los padecimientos concomitantes, fué la diabetes la que ocupó el primer lugar con el 15 por ciento sin poder explicar esta relación.

La duración de la sintomatología desde el inicio hasta su ingreso al hospital fué en el 71 por ciento menor de 3 meses, lo reportado es del 60 - - por ciento en el mismo lapso de tiempo (10).

El mismo número de pacientes (108), murieron en las primeras dos semanas de hospitalización, tanto los operados como los no operados.

El porcentaje de mujeres con cálculos fue mucho mayor en relación al - - hombre, 70.1 por ciento contra 11.9 por ciento respectivamente.

En una revisión de 2,067 carcinomas primarios de vesícula, la asociación con litiasis fue en el 73.2 por ciento (9). Mientras que otros reportan 76.8 por ciento (13) de 203 casos de carcinoma.

Se demostró el 98 por ciento en una serie de 75 pacientes con carcinoma

la presencia de litiasis (20).

El síntoma principal fue el dolor en el hipocondrio derecho y/o epigástrico seguido por la ictericia, adinamia, anorexia y pérdida de peso. Variando de 1,487 a 2,680 pacientes, el 76 por ciento presentaron dolor, ictericia el 38 por ciento, náuseas y vómitos 32 por ciento y pérdida de peso 39 por ciento (11).

A la exploración el hallazgo más importante fue la hepatomegalia y/o masa palpable en cuadrante superior derecho. En otras series se menciona masa palpable en el cuadrante superior derecho debido a la neoplasia o crecimiento vesicular en 42 por ciento de 2,173 pacientes, hepatomegalia en 41 por ciento de 1,379 pacientes, hipersensibilidad en hemiabdómen superior en 38 por ciento de 1,144 pacientes (11).

El ingreso al hospital por sintomatología diferente no relacionada con problema vesicular, fue en la mayoría de los casos por la invasión tumoral a otros órganos, con la sintomatología propia del órgano afectado por el tumor, y el diagnóstico de carcinoma invasor de vesícula fue hecho posteriormente. A estos pacientes se les encontró que el problema estaba demasiado avanzado para poder ofrecer algún tratamiento.

Los resultados de laboratorio orientan en el diagnóstico, pero de ninguna forma lo confirman, sobre todo en sus etapas tempranas.

Lo mismo sucede con la gamagrafia y el estudio radiológico realizado, el primero únicamente ayudó a determinar un estado avanzado del padecimiento y los rayos-X, por un lado ayudan a descartar patología gástrica o duodenal y sirven en una forma más inespecífica a determinar etapas tardías. El diagnóstico radiológico ha fallado en permitir un diag - -

nóstico temprano en el carcinoma vesicular debido a la inespecificidad de sus hallazgos (11). La anormalidad más frecuentemente encontrada en la serie esófagogastroduodenal es la compresión extrínseca del bulbo y primera porción duodenal por el tumor (24, 25 y 26). La angiografía selectiva y altamente selectiva, tiene el más alto grado de certeza diagnóstica que cualquier otro procedimiento radiológico (27). Ha sido posible reseca 5 tumores después del diagnóstico angiográfico preoperatorio (28 y 29), la mayoría de los carcinomas de vesícula biliar diagnosticados en esta forma son irresecables.

La gran variabilidad clínica en la presentación de la enfermedad, combinada con los datos poco específicos que se encuentran a la exploración, del laboratorio y gabinete, permiten un diagnóstico preoperatorio correcto de únicamente el 8.6 por ciento (11).

Tanto los pacientes operados, como los que no recibieron tratamiento quirúrgico, tuvieron la misma sobrevida, ya que la mayor parte de los operados el tumor fue prácticamente irresecable, permitiendo únicamente toma de biopsia, y en los que se realizó colecistectomía había ya invasión de otros órganos. Por lo que se concluye, que una vez iniciada la sintomatología el carcinoma de vesícula biliar se encuentra en etapas muy avanzadas que impiden cualquier tipo de tratamiento. Se reporta una sobrevida mayor en aquellos pacientes, en los que se les diagnosticó el carcinoma en el estudio de la pieza quirúrgica, que han sido operados por un problema vesicular benigno, con aparente localización in situ (11). En una revisión donde se encontró el carcinoma al estudio microscópico en 32 pacientes; 21 tenían invasión de todas las capas de la pared vesicular y 11 con tumor localizado a la mucosa y submucosa. En el pri-

mer grupo la sobrevida mayor fue de 2.5 años, mientras que en el segundo grupo 64 por ciento presentaron una sobrevida de 5 años y 45 por ciento a 10 años (30). Todos los pacientes con invasión hepática o metástasis a cualquier otro órgano tienen un mal pronóstico y mueren en menos de un año (31). Los resultados de una revisión de 16 series de 993 pacientes a 12 por ciento se les practicó colecistectomía por carcinoma sin sospecha del mismo, el 16.1 por ciento fueron sometidos a resección completa del tumor identificado y al 71.9 por ciento se le realizó únicamente procedimientos paliativos o toma de biopsia (11).

Algunos autores considerando la diseminación del tumor al hígado y los ganglios linfáticos regionales (32, 33 y 34) han propuesto la extirpación en bloque de la vesícula con resección amplia del tejido hepático adyacente y linfadenectomía radical del ligamento hepatoduodenal. En un análisis de 15 pacientes tratados con colecistectomía radical, Glenn y Hays opinan que no se altera en forma significativa la sobrevida (34). Otro autor (35), reporta la sobrevida de 3 pacientes después de colecistectomía radical de 1 y medio, 3 y 12 años.

La peritoneoscopia puede ser utilizada en casos en los que existen sospecha clínica de carcinoma de vesícula para toma de biopsia y confirmar o descartar el diagnóstico.

La invasión de otros órganos fue principalmente hígado y ganglios linfáticos regionales.

Frecuentemente el factor limitante para la resección quirúrgica del carcinoma de vesícula es la extensión de la invasión hepática por el tumor. En 69 por ciento de 984 pacientes, de nueve series presentaron invasión hepática (11). De mayor significado para el cirujano es el reporte de --

Fahim y colaboradores (33) de 85 por ciento de pacientes con invasión del hígado tienen metástasis localizadas en el área del tumor primario. El 15 por ciento restante, tenía invasión del hígado en forma localizada, con múltiples metástasis discretas alrededor, o difusas, con múltiples metástasis solamente. 45 por ciento de los 984 pacientes presentaron invasión a ganglios linfáticos regionales (11).

La variedad histológica predominante fue el adenocarcinoma. Lo reportado en una revisión de 2,091 pacientes de 30 series desde 1960, el adenocarcinoma se encontró en el 82.3 por ciento, carcinoma indiferenciado en 6.9 por ciento, carcinoma de células escamosas en 3.3 por ciento, adenoacantoma 1.4 por ciento, carcinoma in situ 0.7 por ciento, carcinoide y melanoma en 1 por ciento y tumores malignos inespecíficos en 4.4 por ciento (11).

La sobrevida de nuestros pacientes, la más larga fue de 4 años, que representa el 0.6 por ciento de los 151 casos encontrados.

La sobrevida a 5 años de 5,836 pacientes con carcinoma de vesícula biliar fue de 4.1 por ciento y la sobrevida a un año fue de 11.8 por ciento (11).

De 690 pacientes tratados con cirugía curativa 16.5 por ciento sobrevivieron a 5 años, mientras que 1 de 2,115 pacientes tratados sin resección sobrevivió este tiempo (11).

CONCLUSIONES

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar el impacto de la implementación de un sistema de gestión de calidad en una empresa manufacturera.

Los resultados obtenidos demuestran que la implementación de un sistema de gestión de calidad puede mejorar significativamente la eficiencia y la calidad de los productos.

Además, se observó que la implementación de un sistema de gestión de calidad puede reducir los costos operativos y mejorar la satisfacción del cliente.

En conclusión, la implementación de un sistema de gestión de calidad es una estrategia efectiva para mejorar la competitividad de una empresa en el mercado.

Los resultados obtenidos demuestran que la implementación de un sistema de gestión de calidad puede mejorar significativamente la eficiencia y la calidad de los productos.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar el impacto de la implementación de un sistema de gestión de calidad en una empresa manufacturera.

Los resultados obtenidos demuestran que la implementación de un sistema de gestión de calidad puede mejorar significativamente la eficiencia y la calidad de los productos.

Además, se observó que la implementación de un sistema de gestión de calidad puede reducir los costos operativos y mejorar la satisfacción del cliente.

En conclusión, la implementación de un sistema de gestión de calidad es una estrategia efectiva para mejorar la competitividad de una empresa en el mercado.

Los resultados obtenidos demuestran que la implementación de un sistema de gestión de calidad puede mejorar significativamente la eficiencia y la calidad de los productos.

Además, se observó que la implementación de un sistema de gestión de calidad puede reducir los costos operativos y mejorar la satisfacción del cliente.

CONCLUSIONES

- 1) Existe una mayor frecuencia en nuestro medio con respecto a lo publicado en otros países.
- 2) Tiene un predominio en la mujer adulta con colecistitis crónica y mayor aún con colecistitis litiasica concomitante.
- 3) No existen antecedentes heredofamiliares en relación con el carcinoma vesicular.
- 4) No hay datos clínicos específicos y cuando se presenta la sintomatología biliar (ictericia obstructiva) el padecimiento es incurable.
- 5) La diabetes tiene una relación importante con el carcinoma, por lo que deberá operarse todo enfermo diabético con patología vesicular -- demostrada.
- 6) El único tratamiento que existe es quirúrgico, pero en etapas tempranas, y dado a la baja mortalidad en la colecistectomía en forma electiva deberá realizarse ésta en forma profiláctica en pacientes jóvenes con colelitiasis.
- 7) Debido a lo avanzado del padecimiento cuando se diagnostica, el tratamiento radical no modifica la sobrevida.
- 8) Los datos de laboratorio y gabinete orientan o confirman el diagnóstico clínico de una enfermedad incurable; pero no ayuda a determinar a aquellos pacientes con lesión temprana potencialmente curable.
- 9) El pronóstico desafortunadamente es muy malo, pues cuando se hace el diagnóstico la enfermedad es incurable.

BIBLIOGRAFIA

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

- 1.- Shani, M., Hart, J., and Modan, B.: Cancer of the biliary sistem: a study of 445 cases, Br. J. Surg. 61:98-100, 1974.
- 2.- Vaittinen, E.: Carcinoma of the gallbladder; a study of 390 cases - diagnosed in Finland 1953-1967 Ann Chir. Gynaecol. Fenn 59 - - - (Suppl. 68): 7-81, 1970.
- 3.- Jan Nelson, I.R.: Clinical aspects of primary carcinoma of the - - gallbladder, N.Engl. J. Med. 217:85-88, 1937.
- 4.- Edmonson Hugh. A. Tumors of the gallbladder and extrahepatic bile Ducts. Section VII: F 26-30.
- 5.- Schwartz, I. Seymour and et al. Patología Quirúrgica México Prensa Mexicana. Primera reimpresión 1976. 1108-1109.
- 6.- Ackerman, V. Lauren and Regato, A. Juan. Cancer diagnosis, - - treatment and prognosis. Fifth Edition 1977. The C.V. Mosby Company. 1977, 598-603.
- 7.- Lamda A. Godfnez C. Velasco F. Carcinoma de vías biliares. Cancer del aparato digestivo. Gaceta Médica de México. 113-6; 283, - 1977.
- 8.- Lam, C.R. Present status of carcinoma of gallbladder; study of 34 - cases. Ann Surg., 1940, 111:403.
- 9.- Arminski, T.C. Primary carcinoma of the gallbladder; a collective-

reviews with the addition of twenty-five cases. From the Grace Hospital, Detroit, Michigan. *Cancer*, 1949, 2:379.

- 10.- Arnaud, J. P. et al Primary carcinoma of the gallbladder. Strabourg France. *Am. J. Surg.* 138:403, 1979.
- 11.- Jeffrey, M. P. and Crichlow, W.R. Primary carcinoma of the - - - gallbladder. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1978, 147:929.
- 12.- Steiner, P.E. *Cancer: Race and geography. Some Enviromental, - Ethnological, Epidemiological and Statistical Aspects in caucasoids, mongoloids, negroids and mexicans.* Baltimore: Williams & Williams Co., 1954.
- 13.- Edmondson. A.H. Tumors of the gallbladder and extrahepatic Bile - Ducts. *Atlas of tumor pathology. Armed forces Institute of Pathology.* 1967, 26:30.
- 14.- Andrews, E.C., Bennett, D.E., and Arhelger R.B. Carcinoma of - the gallbladder; report of 45 cases. *South Med. J.*, 1969, 62:573.
- 15.- Bornstein, F.P. Gallbladder carcinoma in the Southwestern United- States *Pathol. Microbiol.*, 1970, 35:189.
- 16.- Klein, J.B., and Finck, F.M. Primary carcinoma of the gallbladder; Review of 28 cases. *Arch. Surg.*, 1972, 104:769.
- 17.- Glenn, F., and Hays, D.M. The scope of radical surgery in the - -

- treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract. - -
Surg. Gynecol. Obstet., 1954, 99:529.
- 18.- Thorbjarnarson, B., and Glenn, F. Cancer of the gallbladder and -
acute cholecystitis. Ann. Surg., 1960, 151:241.
- 19.- Thorbjarnarson, B., and Glenn, F. Carcinoma of the gallbladder -
Cancer 1959, 12:1009.
- 20.- Do Carmo M.O. Perpetuo M.V. et al Natural history of gallbladder
cancer. Cancer 42:330, 1978.
- 21.- Chandler, J.J., and Fletcher, W.S. A clinical study of primary car
cinoma of the gallbladder. Surg. Gynecol. Obstet., 1963, 117:297.
- 22.- Hendricky, J., Beckers, J., Franssen, G. And tanghe W. primary -
carcinoma of the gallbladder. Tiudschr. Gastroenterol., 1970 - - -
13:11.
- 23.- Warren, K.W., and et. al. primary neoplasia of the gallbladder. --
Surg. Gynecol. Obstet., 1968, 126:1036.
- 24.- Khilnami, M.T., Wolf, B.S., and Finkel, M. Roentgen features of
carcinoma of the gallbladder on barium meal examination. Radiology,
1962, 79:264.
- 25.- Mooring, S.L. Radiologic findings in primary carcinoma of the ---
gallbladder. N.C. Med. J., 1961, 22:592.

- 26.- Pettersson, H. Carcinoma of the gallbladder; a review of 158 cases. Acta Radiol., Diag., 1974, 15:225.
- 27.- Abrams, R.M. Meng, C., Firooznia, H., y otros. Angiographic -- demonstration of carcinoma of the gallbladder. Radiology, 1970, - - 94:277.
- 28.- Deutsch, V. Cholecysto-Angiography; visualization of the gallbla- - dder by selective celiac and mesenteric angiography. Am. J. - - - - Roetgenol., 1967, 101:608.
- 29.- Sato, T., and Matsushiro, T. Surgical indications in patients with silent gallstones. Am. J. Surg., 1974, 128:368.
- 30.- Leif., B. Gallbladder carcinoma first diagnosed at microscopic - - examination of gallbladders removed for presumed benign disease. - Ann. Surg., 191:19, 1980.
- 31.- James E.N., and et. al. Carcinoma of the gallbladder. Staging, - - treatment, and prognosis. Cancer 37:141, 1976.
- 32.- Fahim, R.B., Ferris, D.O., and Mc Donald, J.R. Carcinoma of -- the gallbladder; an appraisal of its surgical treatment. Arch. Surg, 1963, 86:334.
- 33.- Fahim, R.B. Mc. Donald, J.D. and et. al. Carcinoma of the gall- - bladder; a study of its modes of spread. Ann. Surg., 1962, - - - 136:114.

- 34.- Glenn, F., and Hays, D.M. the scope of radical surgery in the - -
treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract. - -
Surg. Gynecol. Obstet., 1954, 99:529.
- 35.- Aojon, M.A. Carcinoma of the gallbladder. Surg. Clin. North. - -
An., 1973, 53:1203.
- 36.- Thorbjarnarson, B. Carcinoma of the gallbladder and acute cholecyst
titis. Ann. Surg., 1960, 151:241.