



11209  
135

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

*INCIDENCIA DE TUMORACIONES DE LA  
VESÍCULA BILIAR*

**TESIS DE POSTGRADO**

PRESENTA:

**Dr. Luciano Tenorio Vasconcelos**

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:  
CIRUGÍA GENERAL

ASESOR:

**Dr. Jesús Arenas Osuna**

289718



**IMSS**

MEXICO, D.F.

Agosto del 2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

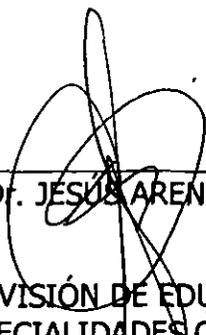
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**INCIDENCIA DE TUMORACIONES DE LA VESÍCULA BILIAR EN EL  
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA".**

  
Dr. JESÚS ARENAS OSUNA



Hospital de Especialidades

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN Y ENSEÑANZA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO "LA RAZA"  
DIVISIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

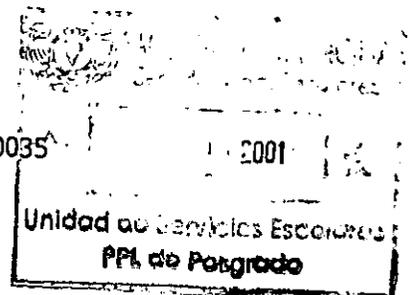
  
DR. JOSÉ FENIG RODRÍGUEZ.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO "LA RAZA".

  
DR. LUCIANO TENORIO VASCONCELOS.

RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO "LA RAZA".

PROTOCOLO No. 2000-690-0035



## **DEDICATORIA.**

A mi madre.

Por todo el apoyo que me has brindado, así como el ejemplo que das todos los días.

A mis hermanos.

Por su cariño y su afecto.

A Claudia.

Por todo el amor que me das, por la comprensión y ayuda diarias.

## RESUMEN.

Las tumoraciones de la vesícula biliar son una entidad rara, las cuales se presentan en etapas avanzadas de la vida y que por lo general cuando dan sintomatología son irreseccables. Existe una asociación ya comprobada entre la colelitiasis y el cáncer de vesícula biliar, así como de las anomalías del conducto pancreatobiliar.

*Material y Métodos.* Se revisaron los expedientes clínicos y resultados histopatológicos de todos los pacientes con tumoraciones de la vesícula biliar en un periodo de tiempo comprendido del 1o de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1999, en el Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza". Se presenta un estudio retrospectivo observacional.

*Resultados.* Se encontraron 29 pacientes con tumoraciones de la vesícula biliar, de las cuales la más frecuente fue el adenocarcinoma. La mayoría de los pacientes fueron del sexo femenino, con una relación de 4:1. La media de edad fue de 62 años con un rango comprendido entre 42 y 82 años. Todos los pacientes de la serie presentaban además de tumoraciones de la vía biliar colelitiasis. El diagnóstico fue realizado en forma preoperatoria sólo en un paciente, mientras que en el resto el diagnóstico se obtuvo hasta el reporte histopatológico final. Se presentó un descenso en el número de casos en relación a los años, únicamente exceptuando el último en el que la incidencia se incrementó.

*Discusión.* Las tumoraciones de la vesícula biliar son diagnosticadas en forma preoperatoria sólo en pocos casos, cuando sucede esto, por lo general la enfermedad se encuentra avanzada y existen pocas posibilidades de tratamiento quirúrgico curativo. Encontramos que la mayoría de los pacientes de la serie fueron diagnosticados hasta tener el resultado histopatológico final, lo cual traduce que al momento de la colecistectomía la enfermedad se encontraba en estadios tempranos.

*Conclusiones.* Debido a la relación conocida entre colelitiasis y las tumoraciones de la vesícula biliar, todos los pacientes que presenten ésta enfermedad deben de ser sometidos a colecistectomía. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica pueden ser sometidos pacientes con menor morbimortalidad. Debido a que se ha incrementado el número de colecistectomías, es de esperar que aumenten el número de casos de tumoraciones de la vesícula biliar.

Palabras Clave: Vesícula Biliar, Tumoraciones, Cáncer, Adenocarcinoma.

## **ABSTRACT.**

The tumors of the Gallbladder are a strange entity, which are presented in advanced stages of the life and that in general when they give symptoms they are irresecables. An association already exists proven between the cholelithiasis and Gallbladder's cancer, as well as with the abnormalities with pancreatobiliar conduct.

**Material and Methods.** The files clinical and histopatologic of all the patients were revised with tumors of the Gallbladder in a period of understood time of January 1 from 1995 to December 31 1999. A retrospective study is presented, observational of the Hospital of Especialidades Centro Médico La Raza.

**Results.** 29 patients met with tumors of the Gallbladder, of which the most frequent was adenocarcinoma. Most of the patients were of the feminine sex, with a relationship 4: 1. The age stocking was of 62 years, with a range understood between 42 and 82 years. All the patients of the series presented besides tumors of the Gallbladder cholelithiasis. The diagnosis was only carried out in preoperatory form in a patient, while in the rest the diagnosis was obtained until the final histopatologic report. A descent was presented in the number of cases in relation to the years, only excepting the last one in the one that the incidence was increased.

**Discussion.** The tumors of the Gallbladder are only diagnosed in a preoperatory form in few cases, when this happens, generally the illness is advanced and few possibilities of healing surgical treatment exist. We find that most of the patients of the series were diagnosed until having the final histopatologic diagnosis, that which translates that to the moment of the cholecystectomy the illness was in early stadiums.

**Conclusions.** Due to the well-known relationship between cholelithiasis and the tumors of the Gallbladder, all the patients that present this illness should be subjected to cholecystectomy. With the coming of the laparoscopic surgery they can be operated with smaller morbimortality. Because the cholecystectomy number has been increased, it is of waiting that they increase the number of cases of tumors of the Gallbladder.

**Key Words:** Gallbladder, Tumors, Cancer, Adenocarcinoma.

## ANTECEDENTES.

Las tumoraciones de la vesícula biliar son una entidad patológica rara, aunque cada vez se observan con mayor frecuencia. Son clasificadas de acuerdo a su comportamiento en neoplasias benignas, las cuales incluyen pólipos<sup>11</sup>, miomas, lipomas, hiperplasia adenomatosa<sup>17</sup> y adenomas principalmente; y en neoplasias malignas, dentro de las cuales se reconocen el carcinoma in situ, el adenocarcinoma, en sus variantes papilar, intestinal, mucinoso y de células claras, el carcinoma adenoescamoso, el carcinoma escamoso, el carcinoma de células pequeñas, el carcinoma indiferenciado y el carcinosarcoma<sup>1</sup>. Gibson en 1978 realiza la clasificación histológica para tumores del hígado, vía biliar y páncreas<sup>5</sup>, la cual va a ser modificada por la clasificación de la OMS por Albores Saavedra en 1991<sup>6,7</sup>.

El cáncer que surge de la vesícula biliar es poco común. En aquellos pacientes en que se descubre cáncer superficial en el examen histopatológico, posterior a colecistectomía por otras razones, no es necesario realizar otros procedimientos, ya que por lo general, esta patología se cura sin manejo adicional, Yagamuchi ha demostrado que si la invasión se encuentra limitada a las capas muscular o mucosa, y los bordes quirúrgicos se encuentran libres de tumoración, no es necesario otro tipo de tratamiento<sup>10</sup>. Incluso en los pacientes que se presentan con sintomatología sugerente de cáncer de la vesícula biliar, el diagnóstico preoperatorio se realiza en forma muy rara, aproximadamente en el 5%. En los pacientes en los que la patología se encuentra avanzada, pocas veces el tumor es resecable y por ende incurable, éstos pacientes pueden verse beneficiados con algunos procedimientos paliativos. La coledoclitiasis es una característica asociada en la mayoría de los casos<sup>14</sup>, sin embargo, menos del 1% de los pacientes con coledoclitiasis desarrollará cáncer de la vesícula biliar. Los síntomas más comunes de esta patología son ictericia, dolor y fiebre<sup>2</sup>.

El carcinoma de vesícula biliar fue descrito por primera vez por DeStoll en 1777, la primera resección hepática por un cáncer de vesícula biliar fue realizada por Keen en 1891 y la asociación entre cáncer y litiasis vesicular la estableció Mayo en 1903<sup>3</sup>. La incidencia del carcinoma de vesícula biliar aumenta su frecuencia a lo largo de la vida. En Estados Unidos se diagnostican entre 6000 y 7000 nuevos casos de cáncer por año<sup>12</sup>. Se presenta mas frecuentemente en las mujeres con una relación de 3:1. Existen algunos países en donde la incidencia es mas alta como en Israel, Chile<sup>16</sup>, Japón<sup>3,13</sup> y Alemania<sup>19</sup>.

Existen algunos factores asociados con el carcinoma de la vesícula biliar, los cuales incluyen: litos mayores de 3cm, pared vesicular calcificada, pólipos adenomatosos mayores de 12mm y una confluencia anormal del colédoco con el conducto pancreático<sup>15</sup>, proximal al esfínter<sup>1</sup>. Dutta y Garg han demostrado que los portadores crónicos de Salmonella Typhi, tienen un riesgo mayor de desarrollar carcinoma de la vesícula biliar<sup>20</sup>. Los pacientes con quistes coledocianos pueden tener un carcinoma que se desarrolle en cualquier parte del árbol biliar, aunque cierto porcentaje de éstos tumores se origina en la vesícula biliar<sup>3</sup>.

La mayoría de las neoplasias malignas de la vesícula biliar, son adenocarcinomas, aunque se reportan casos de carcinoma escamoso y carcinoma anaplásico. Los adenocarcinomas pueden presentarse en cualquiera de sus tres tipos: intestinal (65%), el cual es infiltrativo y desmoplásico. Oblitera la cavidad de la vesícula e invade el hígado. El adenocarcinoma papilar (15%) es una masa polipoide que protruye hacia la luz de la vesícula. Esta forma de tumoración presenta un crecimiento lento y da metástasis tardías. El carcinoma mucinoso o coloide (10%) es un tumor blando y gelatinoso que llena la cavidad de la vesícula biliar. El 10% restante son tumores raros que incluyen las formas indiferenciadas y los carcinomas<sup>3</sup>. Los tumores de la vesícula biliar pueden identificarse a simple vista durante la intervención quirúrgica en dos formas distintas: la primera y la más común, es un órgano engrosado, duro y adherido densamente al hígado. De manera característica estas lesiones son avanzadas y no es factible resecarlas. La segunda forma ocurre con lesiones polipoides, pequeñas, que se palpan como proyecciones hacia la luz de la vesícula biliar. Los carcinomas de éste órgano tienden a diseminarse a través de linfáticos regionales y hasta en 25% de los pacientes habrá pruebas de metástasis ganglionares durante la colecistectomía. Es común observar la invasión directa del parénquima hepático y estructuras contiguas, como estómago, duodeno y páncreas, en particular en los casos más avanzados<sup>4</sup>. Shirai y colaboradores proponen en este tipo de pacientes, especialmente en aquellos que tienen actividad nodular, resecciones quirúrgicas amplias por medio de cirugía radical, lo cual mejora la supervivencia a 5 años<sup>9</sup>. Con el advenimiento de nuevas técnicas de diagnóstico y de manejo, la mortalidad y la supervivencia de los pacientes con carcinoma de vesícula biliar ha mejorado en forma muy significativa<sup>8</sup>.

La estadificación del carcinoma de la vesícula biliar se basa principalmente en la Junta del Comité Americano para el Cáncer. (Anexo 1) La supervivencia está relacionada con los estadios, tanto en este sistema TNM, como en la clasificación de Nevin (Anexo 2)<sup>3</sup>.

Como ocurre con otros tumores malignos gastrointestinales, se propuso que es aplicable una secuencia adenoma-carcinoma al cáncer de vesícula biliar. Se acumularon evidencias que sugieren que los pólipos adenomatosos de la vesícula biliar, así como la adenomiomatosis deben considerarse lesiones precancerosas para el carcinoma de la vesícula biliar<sup>3</sup>.

Se han asociado varios factores con un riesgo aumentado de cáncer de vesícula biliar, entre ellos la presencia de cálculos vesiculares es el que se observa con mas frecuencia, debido a la prevalencia elevada de colelitiasis en la población general.

Se ha demostrado con claridad la asociación entre una unión del conducto pancreatobiliar anómala y carcinoma de vesícula biliar.

Los carcinomas de vesícula biliar se presentan con mas frecuencia en las mujeres mayores de 60 años. El dolor abdominal es una queja frecuente en la mayoría de éstos pacientes, así mismo, la mitad de éstos se presenta con cólicos biliares o colecistitis aguda. En la mayoría de los pacientes en los que se encuentra sintomatología atribuible al cáncer de la vesícula biliar, se ha observado que los tumores son irsecables en el momento de su diagnóstico inicial. Una minoría presenta ictericia, la cual puede estar relacionada a colelitiasis o coledocolitiasis, o bien puede ser secundaria a compromiso tumoral del árbol biliar, lo cual refleja una enfermedad muy avanzada. En la mayoría de éstos pacientes la indicación para colecistectomía fue la presencia de cálculos vesiculares sintomáticos, y no la sospecha de una tumoración.

La evaluación radiológica de los pacientes con tumores de la vesícula biliar puede incluir ultrasonido<sup>18</sup>, tomografía computada, resonancia magnética, colangiografía y angiografía. Sin embargo, la mayoría de los pacientes tienen cálculos biliares coexistentes, lo que dificulta la interpretación radiológica. El ultrasonido detecta hasta el 50% de los pacientes una masa que protruye en el interior de la vesícula o llena o reemplaza la vesícula biliar<sup>18</sup>. El ultrasonido Doppler a color ha demostrado ser un arma eficaz para detectar tumoraciones de la vesícula biliar en estadios tempranos<sup>21</sup>. Se utilizan otros métodos de ultrasonido, como es el endoscópico, el cual demuestra mayor definición principalmente en las lesiones pequeñas, pudiendo así diferenciarlas en forma preoperatoria<sup>22, 24</sup>. El ultrasonido transoperatorio ayuda a determinar la profundidad de invasión de la tumoración<sup>23</sup>. El estudio con tomografía computada es bastante preciso para definir una invasión hepática precoz, metástasis al hígado o dilatación del árbol biliar.

La colangiografía tiene un papel bien definido en el diagnóstico de pacientes con carcinoma de la vesícula biliar que presentan ictericia, se puede utilizar tanto la colangiografía transduodenoscópica (CPRE), como la percutánea (CTP). Cuando se considera la posibilidad de una resección del carcinoma de la vesícula biliar, es necesario tomar en cuenta los factores relacionados tanto con el paciente como con el tumor. En la mayoría de las situaciones, la oclusión de la vena porta o de la arteria hepática principales impiden la resección curativa, sin embargo, el compromiso de la vena porta o de la arteria hepática derechas no impide la resección si se ha planeado que ésta incluya una lobectomía hepática derecha. Las metástasis a distancia, incluida la diseminación peritoneal o extraabdominal, son una contraindicación estricta para intentar una resección curativa.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, abierto.

En el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", del 1o de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1999 se revisó el archivo clínico e histopatológico, y se identificaron 29 pacientes con diagnóstico de tumoraciones de la vesícula biliar.

Del expediente clínico se registró sexo, edad, diagnóstico preoperatorio, enfermedades concomitantes, métodos de diagnóstico, manifestaciones clínicas, diagnóstico histopatológico final, procedimiento quirúrgico realizado y días de estancia hospitalaria.

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva (análisis univariado).

## **RESULTADOS.**

### **1. SEXO.**

De los 29 pacientes totales de la serie, 22 fueron del sexo femenino, lo cual corresponde al 75.86%, y 7 pacientes fueron del sexo masculino, correspondiente al 24.14%. La relación mujer-hombre es de 4:1 aproximadamente. Gráfico 1.

### **2. EDAD.**

El rango de edad de los pacientes estuvo comprendido entre 42 y 82 años, con una media de 62 años. La mayoría de los pacientes se presentaron entre la 6ª y 7ª décadas de la vida, donde ubicamos a 20 pacientes, lo cual corresponde al 68.96% del total de pacientes. El paciente más joven de la serie fue una mujer de 42 años la cual tenía historia de colelitiasis de larga evolución y múltiples cuadros de cólico vesicular y colecistitis. Gráfico 2.

### **3. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO.**

El diagnóstico preoperatorio de carcinoma de vesícula biliar se realizó únicamente en un paciente, lo cual corresponde al 3.44%; en el cual había datos clínicos que sugerían fuertemente el diagnóstico, como son: pérdida de peso, ictericia obstructiva y tumoración en la región vesicular en la tomografía computada.

El resto de los pacientes fueron diagnosticados en forma postoperatoria, una vez que se obtuvo el reporte histopatológico final. La mayoría de los pacientes fueron sometidos a colecistectomía con diagnósticos de colelitiasis sintomática o colecistitis aguda. 3 pacientes fueron sometidos a cirugía con diagnóstico preoperatorio de coledocolitiasis, lo cual corresponde al 10.34%.

#### **4. ENFERMEDADES CONCOMITANTES.**

En esta serie de pacientes, las enfermedades concomitantes que encontramos fueron determinadas de la siguiente forma: 11 pacientes presentaban Diabetes Mellitus de larga evolución, lo cual corresponde al 37.93%, de éstos pacientes 8 fueron mujeres (72%) y 3 hombres (28%). Encontramos 8 pacientes portadores de Hipertensión arterial sistémica, lo cual corresponde al 27.58% del total de la muestra, de los cuales 4 fueron mujeres (50%) y 4 fueron hombres (50%). En menor proporción se presentaron una paciente con insuficiencia renal crónica, 2 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (una mujer y un hombre), y un paciente con insuficiencia hepática.

Seis pacientes no presentaban ninguna otra enfermedad aparte de la patología vesicular, lo cual corresponde a un 20.68% del total de la serie.

#### **5. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.**

El estudio más utilizado para diagnóstico de patología vesicular fue el ultrasonido, el cual se realizó en todos los pacientes, sin embargo, en sólo un paciente fue útil para determinar la presencia de tumoración vesicular, en el resto de pacientes únicamente se reportó colelitiasis y en 3 pacientes dilatación del colédoco.

Se realizaron además otros estudios complementarios en forma pre y postoperatoria los cuales fueron colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) en 3 pacientes (10.34%), tomografía computada en 1 paciente (3.44%) y colangiografía postoperatoria por sonda de coledocostomía en 4 pacientes (13.79%)

## **6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.**

El síntoma predominante fue el dolor abdominal, el cual se presentó en 27 pacientes, lo cual corresponde al 93.10%. Se presentaron náuseas y vómito en 18 pacientes (62.06%), ictericia en 10 pacientes (34.48) y fiebre en 9 pacientes (31.03%). Se presentaron además tumoración abdominal en 3 pacientes (10.34%) y pérdida de peso en un paciente (3.44%).

La tríada clásica de tumoración, ictericia y dolor se presentó sólo en 2 pacientes lo cual corresponde a un 6.89% del total de la serie.

## **7. DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO.**

El diagnóstico histopatológico definitivo fue de adenocarcinoma de vesícula biliar en 28 pacientes (96.55%), con diferentes grados de diferenciación y de actividad desmoplásica. No se encontró en ninguno de los reportes histopatológicos diferenciación entre los tres diferentes tipos de adenocarcinoma.

En el paciente restante se encontró carcinoma in situ de la vesícula biliar.

No se reportó otro tipo de tumoración.

## **8. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EFECTUADOS.**

Encontramos que el tipo de cirugía con mayor frecuencia fue la colecistectomía simple, la cual se realizó en el 62.06% de los pacientes, 18 pacientes. Se realizaron además colecistectomía con drenaje de cavidad en 6 pacientes (20.68%), colecistectomía más colocación de sonda en T en 4 pacientes (13.79%) y se realizó toma de biopsias en un solo paciente (3.44%)

## **9. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.**

En nuestra serie, los días de estancia dentro del hospital de los pacientes con cáncer de vesícula biliar fueron de 1 a 19 días, con un promedio de 10 días.

## DISCUSIÓN.

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" encontramos 29 casos de pacientes con tumoraciones de la vesícula biliar, con un promedio anual de 5.8 casos. La distribución por años fue la que sigue; en 1995 se encontraron 11 casos, en 1996 2 casos, en 1997 5 casos, en 1998 3 casos y en 1999 8 casos. Gráfico 3.

La mayoría de pacientes pertenecieron al sexo femenino, con una relación aproximada de 4:1, la media de edad fue de 62 años, con un predominio entre la 6a y 7a décadas de la vida.

Se ha demostrado previamente la relación de la coleditiasis y del cáncer y las tumoraciones de la vesícula biliar. En nuestro estudio, todos los pacientes presentaban coleditiasis, sin embargo, debido a que la mayoría de pacientes fueron diagnosticados en forma postoperatoria, no se realizaron estudios complementarios para buscar anomalías de la unión pancreatobiliar.<sup>1,6,15,21</sup>

La tumoración más frecuentemente encontrada fue el adenocarcinoma de la vesícula biliar, el cual se presentó en 28 pacientes. En el paciente restante se encontró carcinoma in situ.

El diagnóstico preoperatorio de los pacientes con tumoraciones de la vesícula biliar es raro, se reporta en la literatura aproximadamente el 5%. En nuestra serie sólo uno de los pacientes fue diagnosticado en forma preoperatoria, lo cual corresponde al 3.44%, similar a lo reportado por otros autores.<sup>1,3</sup>

Cuando el diagnóstico se realiza en forma preoperatoria, por lo general los pacientes se encuentran en estadios avanzados, su sobrevida es corta y el pronóstico malo. La mayoría de los pacientes de la serie fueron diagnosticados hasta que se obtuvo el reporte histopatológico final, lo cual quiere decir que la tumoración pasó inadvertida o que el paciente se encontraba en estadios tempranos I o II de la clasificación de Nevin, por lo cual no requirieron procedimientos quirúrgicos complementarios.

No se encontró en esta serie que alguno de los pacientes fuera sometido a cirugía paliativa, a excepción del paciente que tenía el diagnóstico preoperatorio de tumoración de la Vesícula biliar, en el cual se reportó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Debido a que la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en el postoperatorio, la sintomatología y el cuadro clínico fueron similares al de la colelitiasis y colecistitis. Únicamente 4 pacientes presentaban cuadro clínico que hacía sospechar coledocolitiasis. Esto se debe a que casi todos se encontraban en fases iniciales de la enfermedad.<sup>1,2,3</sup>

El auxiliar de diagnóstico más utilizado en esta serie fue el ultrasonido hepatobiliar, el cual detectó sólo en un paciente tumoración de la vesícula biliar. En el resto de casos se describió colelitiasis y en 4 probable coledocolitiasis con discreta dilatación de la vía biliar extrahepática.<sup>8,10,18</sup>

## **CONCLUSIONES.**

La tumoración más frecuente de la vesícula biliar en esta serie fue el adenocarcinoma.

La edad de presentación es entre la 6a y 7a décadas de la vida, con una media de 62 años.

Las tumoraciones de la vesícula biliar se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino, con una relación aproximada de 4:1.

El diagnóstico preoperatorio de tumoración de la vesícula biliar se realiza en forma rara, y cuando se presenta de ésta forma, por lo general el paciente se encuentra en estadios avanzados y fuera de tratamiento quirúrgico curativo. El diagnóstico postoperatorio incidental de tumoración o cáncer de la vesícula biliar, rara vez requiere de otro procedimiento quirúrgico además de la colecistectomía.

El advenimiento de la cirugía laparoscópica y de la colecistectomía por laparoscopia ha llevado a que el diagnóstico de colelitiasis y de colecistitis se realice en forma más temprana, y ha aumentado el número de colecistectomías por año en nuestra unidad, se operan más pacientes y de menor edad. Así mismo, se intervienen pacientes con edades mayores debido a que se disminuye la estancia intrahospitalaria y la morbimortalidad. Todo esto conlleva a una disminución del número de casos de tumoraciones y cáncer de la vesícula biliar. El único año en que aumentaron los casos de tumoraciones de la vía biliar fue 1999, en el cual también encontramos un mayor número de pacientes colecistectomizados.

Todos los pacientes que presenten colelitiasis, ya sea sintomática o asintomática deben ser sometidos a colecistectomía, ya que está plenamente demostrado que mientras mayor sea el tiempo en que el paciente tiene colelitiasis, mayor es el riesgo de tumoraciones y cáncer de la vesícula biliar. En esta serie no encontramos, hasta el momento, paciente con diseminación del cáncer hacia el sitio de entrada de los trocares de la colecistectomía por laparoscopia.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## **ANEXO 1.**

### **CLASIFICACIÓN DE LA OMS DE LAS TUMORACIONES DE LA VESÍCULA BILIAR.**

#### **a. Tumores epiteliales.**

##### **1 Benignos**

- 1.1.1 Adenoma
- 1.1.2 Tubular.
- 1.1.3 Papilar
- 1.1.4 Tubulopapilar.
- 1.2 Cistadenoma
- 1.3 Papilomatosis.

##### **2 Displasias.**

##### **3. Malignos.**

- 3.1 Carcinoma in situ
- 3.2 Adenocarcinoma
- 3.3 Adenocarcinoma papilar.
- 3.4 Adenocarcinoma de tipo intestinal
- 3.5 Adenocarcinoma mucinoso.
- 3.6 Adenocarcinoma de células claras.
- 3.7 Carcinoma de células en anillo de sello.
- 3.8 Carcinoma adenoescamoso
- 3.9 Carcinoma de células escamosas.
- 3.10 Carcinoma de células pequeñas.
- 3.11 Carcinoma indiferenciado.

#### **b. Tumores endócrinos.**

- 1. Tumor carcinoide.
- 2. Carcinoide adenocarcinoma mixto.
- 3. Paraganglioma.

#### **c. Tumores no epiteliales.**

- 1. Benignos
  - 1.1 Tumor de células granulares.

- 1.2 Ganglioneurofibromatosis.
- 1.3 Leiomioma.
- 1.4 Lipoma
- 1.5 Hemangioma.
- 1.6 Linfangioma.
- 1.7 Neurofibroma

## 2. Malignos

- 2.1 Rabdiosarcoma.
- 2.2 Sarcoma de Kaposi.
- 2.3 Histiocitoma fibroso maligno.
- 2.4 Angiosarcoma.

### **d. Tumores misceláneos.**

1. Carcinosarcoma.
2. Melanoma maligno.
3. Linfoma maligno.

### **e. Tumores no clasificables.**

### **f. Tumores secundarios.**

### **g. Lesiones de apariencia tumoral.**

1. Atipia epitelial regenerativa.
2. Hiperplasia papilar.
3. Hiperplasia adenomiomatosa.
4. Metaplasia intestinal.
5. Metaplasia de glándulas pilóricas.
6. Metaplasia escamosa.
7. Heterotropias.
8. Colecistitis xantugranulomatosa.
9. Colecistitis con hiperplasia linfoide.
10. Pólipo inflamatorio.
11. Pólipo de colesterol.
12. Malacoplaquia.
13. Quiste congénito.
14. Neuroma amputación.
15. Colangitis esclerosante primaria.

## ANEXO 2.

### CLASIFICACIÓN DE NEVIN PARA LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR.

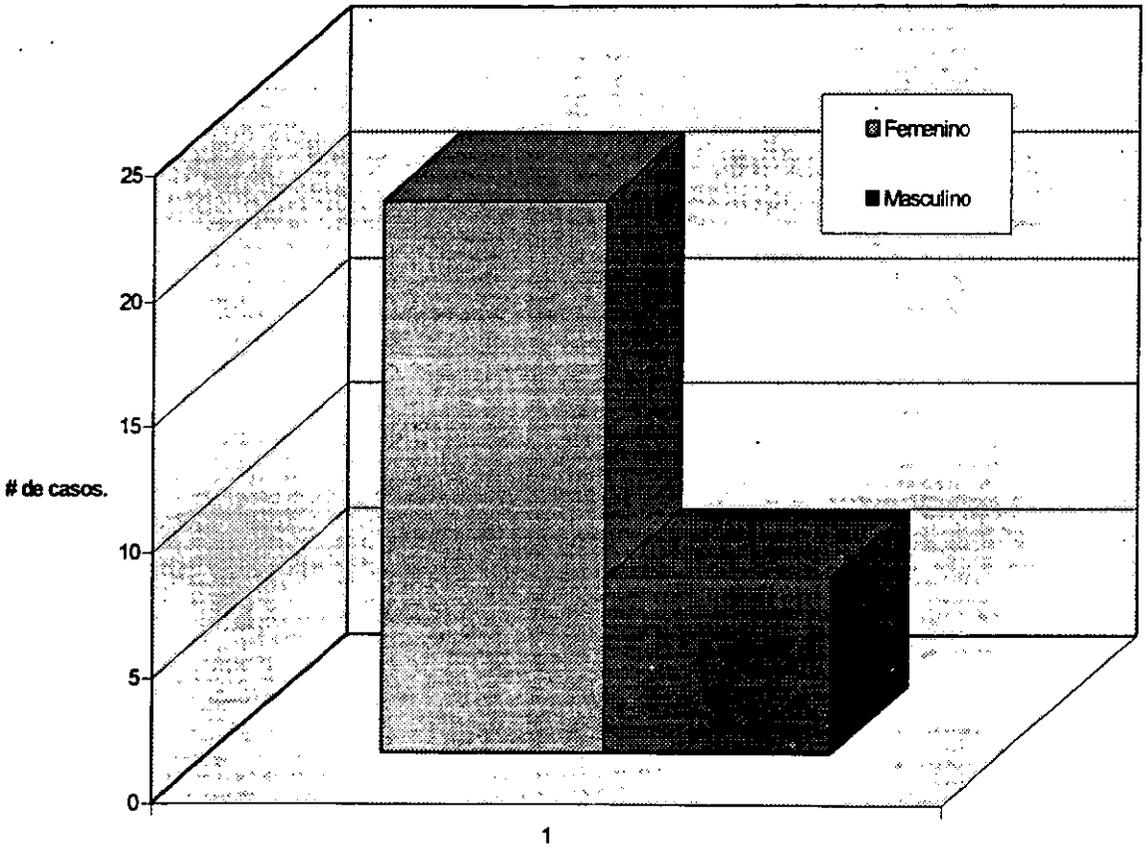
Estadio	Profundidad del tumor	Supervivencia 5 años postresección (%)
Estadio I	Mucosa	70-97%
Estadio II	Mucularis	50-70%
Estadio III	Serosa	0-25%
Estadio IV	Invasión hepática	0-20%
Estadio V	Metástasis a órganos adyacentes o a distancia	0-5%

### ESTADIFICACIÓN TNM PARA EL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR.

	Tumor	Ganglios	Metástasis	Supervivencia a 5 años postcirugía
Estadio 0	Tis	N0	M0	100 %
Estadio I	T1	N0	M0	85 %
Estadio II	T2	N0	M0	25-65 %
Estadio III	T1-2 T3	N1 N0-1	M0 M0	10%
Estadio IV	T1-4 T1-4	N2 N0-2	M0 M1	2%

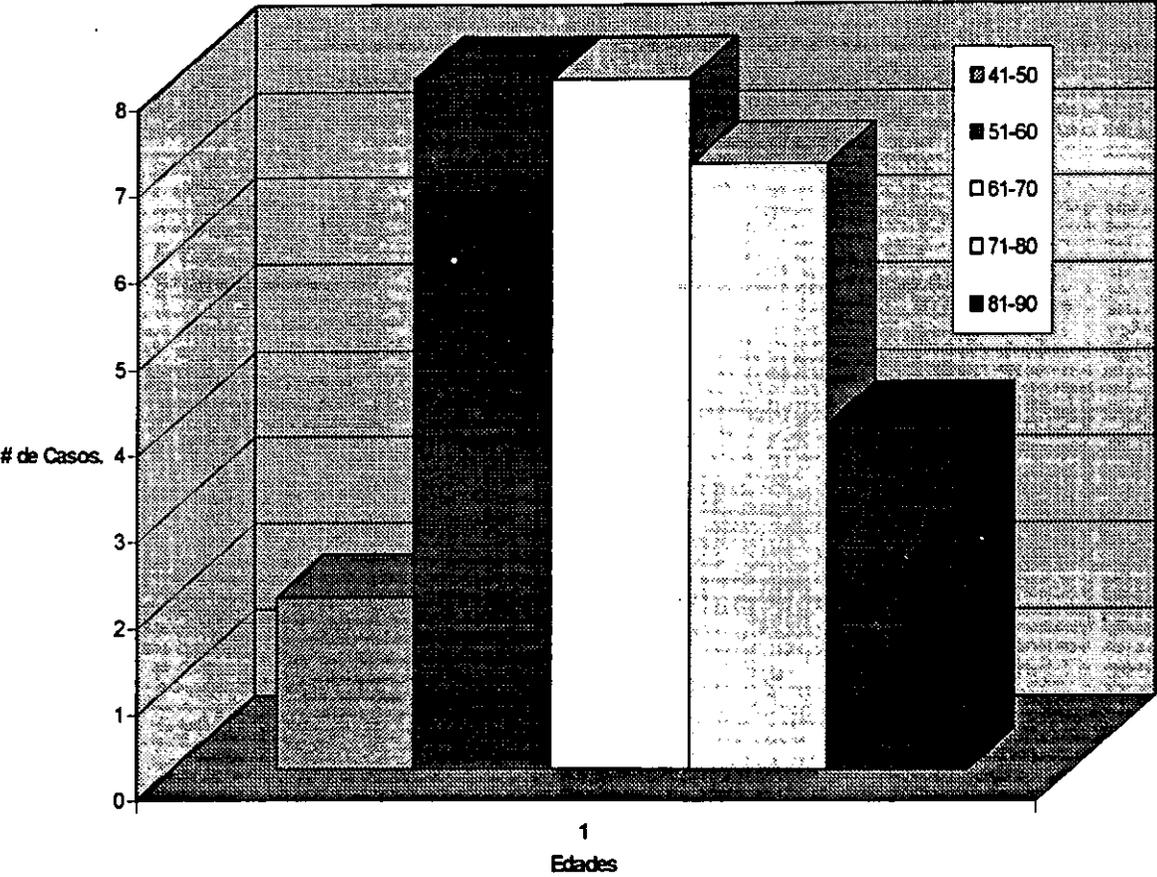
# GRÁFICO 1.

Distribución por sexo.



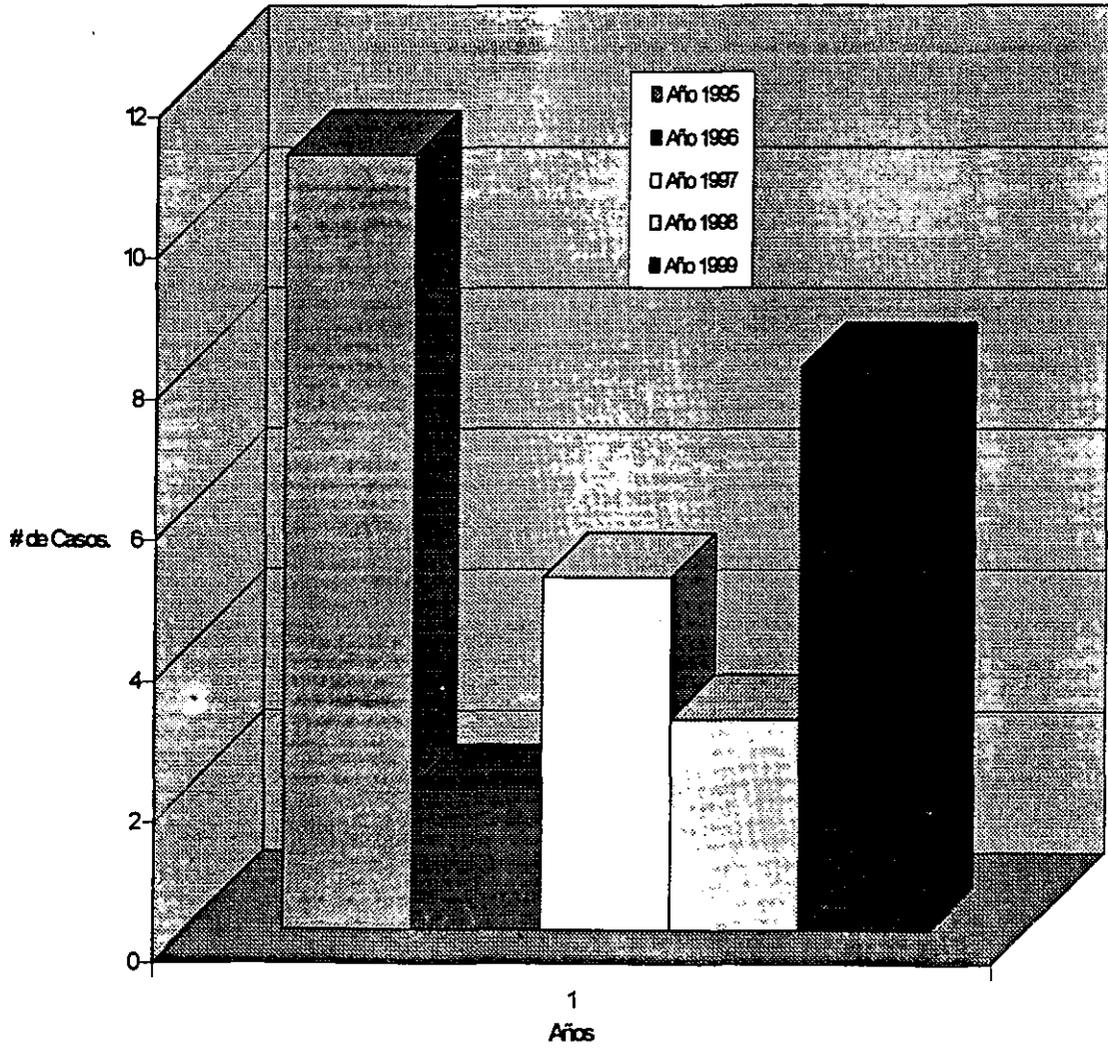
**GRÁFICO 2.**

Distribución por edad.



### GRÁFICO 3.

Casos por Año.



## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Ziudema G. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. 5a Edición. Philadelphia: Saunders, 1998: 3: 1254-63.
3. National Cancer Institute. Gallbladder Cancer. Cancer Center. Universidad de Pennsylvania 2000.
4. Schwartz S. Maingot. Operaciones Abdominales. 10a edición. México D.F. Panamericana, 1998: 2: 1723-1740.
5. Schwartz S, Shires T, Spencer F. Principios de Cirugía. 6a Edición. México D.F. Interamericana, 1995: 2: 1409-42.
6. Albores J., Henson D., Sobin L.: The WHO histological Classification of Tumors of the Gallbladder and Extrahepatic Bile Ducts. Cancer 1992; 70(2): 410-4.
7. Albores J., Henson D., Sobin L.: Tumors of the Gallbladder. Cancer 1992; 70(2): 415-8.
8. Henson D., Albores J., Corle D.: Carcinoma of the Gallbladder. Cancer 1992; 70(6): 1493-7.
9. Ouchi K., Suzuki M., Saijo S.: Do recent advances in diagnosis and operative management improve the outcome of gallbladder carcinoma?. Surgery 1993; 113(3): 324-9.
10. Shirai Y., Yoshida K., Tsukada k.: Radical surgery for gallbladder carcinoma. Ann. Surg. 1992; 216(5): 565-8.
11. Yagamuchi K., Tsuneyoshi M.: Subclinical Gallbladder Carcinoma. Am J Surg. 1992; 163: 382-6.
12. Yang L., Sung Y., Wang Z.: Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. Br J Surg 1992; 79: 227-9.
13. Gagner M., Rossi R.: Radical operations for Carcinoma of the Gallbladder: Present Status in North America. World J Surg. 1991; 15: 344-7.
14. Ogura Y., Mizumoto R., Isaji S.: Radical operations for Carcinoma of the Gallbladder: Present status in Japan. World J Surg. 1991; 15: 337-43.

15. Sumiyoshi K., Nagai E., Chijiwa K.: Pathology of carcinoma of the Gallbladder. *World J Surg.* 1991; 15: 315-21.
16. Kimura K., Ohto M., Saisho H.: Association of Gallbladder Carcinoma and Anomalous Pancreatobiliary Ductal Union. *Gastroenterology* 1985; 89(6): 1258-65.
17. Aretxabala X., Roa I., Burgos L.: Gallbladder Cancer in Chile. *Cancer* 1992; 69(1): 60-5.
18. Ootani T., Shirai Y., Tsukada K.: Relationship between Gallbladder Carcinoma and the Segmental Type of Adenomyomatosis of the Gallbladder. *Cancer* 1992; 69(1): 2647-52.
19. Tsuchiya Y.: Early Carcinoma of the Gallbladder: Macroscopic Features And US Findings. *Radiology* 1991; 179(1): 171-75.
20. Gall F., Köckerling F., Scheele J.: Radical Operations for Carcinoma of the Gallbladder: Present Status in Germany. *World J Surg.* 1991; 15: 328-36.
21. Fondrinier P., Rotman N., Guy L.: Parietal Seeding of carcinoma of the Gallbladder after Laparoscopic Cholecystectomy. *Br J Surg.* 1992; 79: 230.
22. Devita V, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 5a edición. Philadelphia, JB Lippincott, 1993: 953-75.