

1120919

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

**CANCER VESICULAR: INCIDENCIA EN PACIENTES  
COLESCISTECTOMIZADOS EN UN AÑO EN EL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA  
RAZA**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE  
**CIRUJANO GENERAL**  
P R E S E N T A:  
**DR. ENRIQUE ARANDA REYES**

ASESOR:  
**DR. PABLO RAMÍREZ MENDOZA**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ARANDA REYES ENRIQUE

FECHA: 28 AGOSTO 09

MÉXICO, DF.

FIRMA: [Firma]

FEBRERO DEL 2009

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.



DR. JESUS ARENAS OSUNA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

*[Handwritten signature]*

DR. JOSE FENIX RODRÍGUEZ  
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

*[Handwritten signature]*

ASESOR  
DR. PABLO RAMÍREZ MENDOZA  
MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

*[Handwritten signature]*

DR. ENRIQUE ARANDA REYES  
RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

*[Handwritten signature]*

No. DE PROTOCOLO: 2002-69050037



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme terminar esta fase de mi vida y mi carrera.

A mi abuelo Alberto Aranda de la Parra, que en paz descanse, por todo su esfuerzo e iniciar una familia de médicos cirujanos.

A mi padre Alberto Aranda González quien siempre ha sido un ejemplo a seguir y por todo la paciencia y sabiduría que me ha inculcado.

A mi madre Julia Reyes Padilla por todo su apoyo incondicional en las buenas y en las malas.

A mis hermanos Ivette (QPD), Julia, Alberto y Estefania que siempre me han brindado alegrías y esperanza.

A todos mis tíos y tías que han pasado conmigo momentos inolvidables.

A mis entrañables amigos Manolo, Hector, Pablo, Guillermo, Jesus, Edgar y Vicente por compartir su tiempo conmigo.

Al Dr. Jesus Arenas Osuna agradecerle todas sus enseñanzas y su paciencia hacia mi.

A todos mis maestros en el HECMNR gracias.

-2-a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

	Pagina
TITULO	1.
INDICE	3.
RESUMEN	4.
INTRODUCCIÓN	6.
MATERIAL Y METODOS	11.
RESULTADOS	12.
DISCUSIÓN	16.
CONCLUSIONES	17.
BIBLIOGRAFÍA	18.

## RESUMEN

Cáncer Vesicular: Incidencia en pacientes, colescistectomizados en un año, en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza (H.E.C.M.R).

*Objetivo.* Conocer la incidencia de cáncer vesicular en pacientes colescistectomizados en el H.E.C.M.R, independientemente de su diagnóstico preoperatorio.

*Material y métodos.* Se revisaron los expedientes y resultado de estudio histopatológico de todas las vesículas biliares de pacientes colescistectomizados en el año 2000 en el H.E.C.M.R. Se anotaron los casos totales y la incidencia del reporte neoplásico para la pieza estudiada en cualquier variante histológica.

*Resultados.* Se revisaron en total los expedientes de 521 pacientes intervenidos de colescistectomía, 453 mujeres y 68 hombres; encontrándose una incidencia de cáncer vesicular en 5 de ellos. La variante predominante fue adenocarcinoma papilar en 4 de ellos y 1 tubular; el sexo más afectado fue el femenino protagonizando la incidencia total de los casos en este estudio, dichas piezas se reportaron afectadas además de litiasis, la edad promedio de afectación fue de 60 años, con extremos de 51 a 69 años, 4 de las pacientes afectadas eran diabéticas y 3 hipertensas. La colescistectomía en todos los casos fue realizada con diagnóstico preoperatorio de colecistitis crónica litiasica.

*Conclusiones.* La incidencia de cáncer se registró en 5 pacientes de 521 generando un 0.95% de la muestra total; coincidiendo con la estadística nacional, encontrándose por debajo de cifras reportadas en Estados Unidos del 2% y en Chile del 3%. El grupo etáreo más afectado coincidió con el publicado en otros estudios, así como su asociación a litiasis vesicular.

*Palabras clave.* Cáncer vesicular, litiasis vesicular, colescistectomía.

## ABSTRACT.

Gallbladder Cancer. Cholecystectomized patients incidence in one year. "La Raza" Medical Speciality Center Experience. (H.E.C.M.R)

*Objective.* To Know the gallbladder cancer incidence in cholecystectomy patients in H.E.C.M.R, no mattering preoperative diagnosis.

*Material and methods.* Files patients were checked and histopatology results from every gallbladders patients who were exposed to cholecystectomy in 2000 year. Every cases were account; either cancer incidence in the pieces.

*Results.* 521 patients files were checked out, 453 women and 68 men, founding a real incidence of gallbladder cancer in 5 cases. The histologic variant founded was the papilar adenocarcinoma and one tubular case. The most affected sex were women; caughing all the cases in these trial. Gallbladder litiasis also were founded, 60's years old was the age group most affected. There were 4 diabetic patients and 3 with hipertension illness. Cholecystectomy was done in all cases because of cronic litiasic gallbladder preoperative diagnosis.

*Conclusions.* The cancer incidence was registred in 5 patients of 521 (0.95%); according to the national stadystic with less cases than U.S.A (2%) and Chile Republic (3%). The principal age affected was similar than the one published in the literature: 60 years old; and also was patent the gallbladder litiasis association.

*Word clave:* gallbladder cancer, gallbladder litiasis, cholecystectomy.

## INTRODUCCIÓN.

La incidencia de carcinoma de vesícula biliar aumenta su frecuencia a lo largo de la vida. Actualmente en los Estados Unidos se diagnostican entre 6000 y 7000 nuevos casos de cáncer de vesícula biliar por año. Es mayor en las mujeres con una relación de 3:1 con respecto a los hombres, y la edad promedio es alrededor de los 70 años.<sup>1</sup>

La incidencia del carcinoma de vesícula biliar es más elevada en la región suroeste de los Estados Unidos así como en otros países como Israel, Chile y Japón.

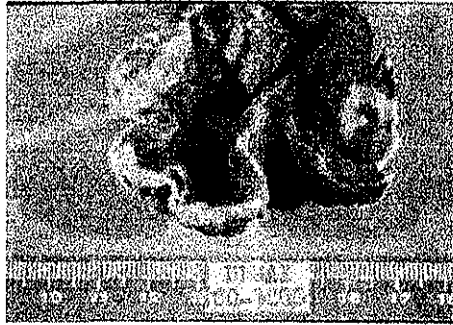
En series de autopsias, los carcinomas de vesícula biliar representan hasta el 5% de todos los tumores malignos; muchos de ellos son asintomáticos en el momento de la muerte del paciente. Los datos de autopsias provenientes de Chile sugieren un riesgo del carcinoma de la vesícula biliar es siete veces mayor en presencia de colecistitis crónica y colelitiasis.<sup>(1)</sup>

Más del 85% de los cánceres de vesícula biliar son adenocarcinomas; las variantes más frecuentes en la evaluación histológica son la papilar, nodular o tubular.<sup>(2)</sup> Otros tipos de cánceres de vesícula biliar incluyen los tumores indiferenciados de células escamosas y los adenoescamosos, así como las variedades raras de tumores de células claras, neuroendócrinos, de células pequeñas y tumores de células gigantes. El grado histológico del carcinoma parece tener implicaciones pronósticas, dado que los tumores que son bien diferenciados están asociados con un mejor pronóstico que los clasificados como poco diferenciados o indiferenciados. Las variantes histológicas de patrones papilar, tubular o nodular también tienen algunas implicaciones en lo que respecta al pronóstico. En general es menos probable que los tumores papilares invadan el hígado en forma directa y tienen una incidencia menor de metástasis a ganglios linfáticos. Las formas nodulares es más probable que infiltren de manera temprana, que invadan el hígado y provoquen metástasis en los ganglios linfáticos. Los tumores tubulares parecen ser intermedios con respecto a estas características invasoras.<sup>(3)</sup>



La estadificación del carcinoma de vesícula biliar, según el American Joint Committee on Cancer (AJCC), es mediante la TNM. La supervivencia está relacionada con los estadios tanto en este sistema TNM como en el de clasificación, algo diferente descrito por Nevin y se basa en la profundidad alcanzada por la invasión tumoral. (4).

Habitualmente el tumor se origina en el fundus o en el cuello, aunque la diseminación rápida puede hacer difícil identificar la localización inicial. El rico drenaje linfático y venoso de la vesícula permite una rápida diseminación de células tumorales hacia los ganglios linfáticos tributarios. (5)



Se asociaron varios factores con un riesgo aumentado de cáncer de vesícula biliar, a saber, colelitiasis, quistes coledocianos, unión anormal del conducto biliopancreático, carcinógenos (azotolueno, nitrosaminas), estrógenos, portadores tifoideos, vesícula biliar en porcelana, pólipos adenomatosos de la vesícula biliar. Entre ellos la presencia de cálculos vesiculares es el que se observan con más frecuencia debido a la frecuencia elevada de la colelitiasis de la población general.(6)

Los carcinomas de vesícula biliar se presentan con más frecuencia en las mujeres de más de 60 años. El dolor abdominal es una queja frecuente en la mayoría de estos pacientes; así mismo más de la mitad presenta cólicos biliares o colecistitis aguda. En la mayoría de los pacientes que se presentan con síntomas atribuidos a cáncer de vesícula biliar se encuentran que los tumores son irrevocables en el momento de su diagnóstico inicial. Una minoría se presenta con ictericia que puede estar relacionada con la coledocolitiasis y coledocolitiasis, o representar un compromiso tumoral de árbol biliar extrahepático. En algunos casos se hallan hepatomegalia, una masa palpable en la vesícula biliar o ascitis. Se encontraron cánceres de vesícula biliar en forma accidental en la evaluación anatomopatológica de hasta el 1% de todos las piezas de colecistectomía. En estos pacientes la indicación para la colecistectomía fue la presencia de cálculos vesiculares sintomáticos, y no la sospecha de un tumor maligno.

El examen ecográfico facilita la identificación de una masa que protruye en el interior de la vesícula biliar o llena o reemplaza la vesícula biliar en alrededor del 50% de los pacientes. En algunos con neoplasias de la vesícula biliar en la TC se encuentra una masa intraluminal en la vesícula biliar o una masa que se extiende desde la vesícula biliar hasta el interior del hígado. El estudio con TC también es bastante preciso para discernir una invasión hepática precoz, metástasis de hígado o dilatación de árbol biliar. La colangiografía tiene un papel bien definido en el diagnóstico de pacientes con carcinoma de vesícula biliar que presentan ictericia, en este sentido, se utilizan tanto La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica como el colangiograma transhepático percutáneo. En ambos estudios la coexistencia de cálculos vesiculares puede impedir que la vesícula biliar se llene de manera adecuada y perjudicar la posibilidad de discernir los detalles finos de su mucosa, lo que hace más difícil identificar la presencia de una masa intraluminal en la vesícula biliar.

Se ha llegado a recomendar la colecistectomía en todos los pacientes con colelitiasis en un esfuerzo para prevenir el desarrollo de carcinoma de la vesícula biliar. Esta actitud parece demasiado drástica, considerando la prevalencia de colelitiasis en la población general ya que conllevaría un elevado número de colecistectomías innecesarias.(7). Cuando se considera la posibilidad de una resección de un carcinoma de la vesícula biliar, es necesario tener en cuenta los factores relacionados tanto con el paciente como con el tumor. Los primeros se centran en la edad y la condición clínica del paciente; los factores relacionados con el tumor se refieren a la extensión global del compromiso tumoral, con particular atención a las estructuras vasculares del hilio hepático. En la mayoría de las situaciones, la encarcelación o la oclusión de la vena porta o de la arteria hepática principal, impiden la resección curativa, sin embargo el compromiso de la vena porta o arteria hepática derechas no impiden la resección si se ha tomado en cuenta que esta incluya una lobectomía hepática derecha.

El compromiso hepático matemático bilobar no adyacente se considera una contraindicación para la resección, al igual que el compromiso extenso de órganos adyacentes, como la invasión dentro del páncreas, duodeno y colon. En circunstancias seleccionadas con cuidado, el compromiso local limitado de estructuras como la pared del duodeno y del colon, en ausencia de compromiso extenso de los ganglios portales puede ser tratado con una resección en bloque. Las metástasis a distancia, incluida la diseminación peritoneal o extraabdominal, son una contraindicación estricta para intentar una resección curativa.

En los pacientes candidatos a exploración, en los que se cree que sus tumores son resecables, pero que la laparotomía revela que tienen una enfermedad no resecable, los objetivos de las medidas paliativas operatorias incluyen la confirmación de un diagnóstico tisular, la extirpación de la vesícula biliar ( si esto es posible) para prevenir la colecistitis aguda, medidas paliativas para la ictericia por medio de una de las diversas formas de anastomosis biliodigestivas, la mejoría o prevención del dolor abdominal y el tratamiento o prevención de la obstrucción de la evacuación gástrica. En pacientes con metástasis

diseminadas hepáticas o peritoneales, en general se dejan colocados los Stens transhepáticos percutáneos o las endoprótesis preoperatorias, para proporcionar un alivio continuo de la ictericia durante la supervivencia limitada que se espera. Si el hilio hepático está invadido por el tumor, puede practicarse un Bypass del segmento III al conducto del segmento III; luego se realiza una anastomosis biliodigestiva entre el conducto del segmento III y una rama yeyunal en Y de Roux.

En pacientes con cánceres de la vesícula biliar de gran volumen que invaden en el interior del hilio hepático, con adenopatía extensa asociada, periaórtica y celiaca, deben considerarse el bloqueo intraoperatorio del nervio celiaco con alcohol. Los que presentan tumores que invaden el interior o se dirigen hacia el estómago distal, el píloro, o el duodeno, tienen riesgo de obstrucción de la evacuación gástrica y deben ser sometidos a una gastroyeyunoanastomosis como el método paliativo.

Las recomendaciones actuales para el tratamiento quirúrgico del carcinoma de vesícula biliar se basan en la estadificación anatomopatológica del tumor y en las tasas de supervivencia históricas para los diferentes estadios del tumor. No obstante se carece de datos provenientes de ensayos prospectivos controlados, por lo tanto, las recomendaciones son en gran medida empíricas.

El pronóstico es pésimo porque la mayoría de los pacientes se encuentran en estadio inoperable al momento del diagnóstico. Ya hay metástasis a distancia en el 50% de los casos.

## MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional y abierto, se revisaron expediente y estudio histopatológico de los pacientes colescistectomizados, hombre o mujer de cualquier edad; en un periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del año 2000 en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza.

En los criterios de inclusión se tomaron en cuenta a los pacientes que contaran con resultado de estudio histopatológico de piezas quirúrgicas de pacientes colescistectomizados y expedientes clínicos, no incluyéndose en el estudio a aquellos pacientes que registraran su diagnóstico de cáncer vesicular por algún estudio diferente al histopatológico y excluyéndose a aquellos que no contaran con el reporte de patología o cuyo expediente se encontrara incompleto.

Se identificó el número total de pacientes con las características descritas, la incidencia del cáncer vesicular según el estudio histopatológico y la asociación con la presencia de litiasis, predominancia de sexo, grupo étnico mayormente afectado y los padecimientos crónico degenerativos concomitantes.

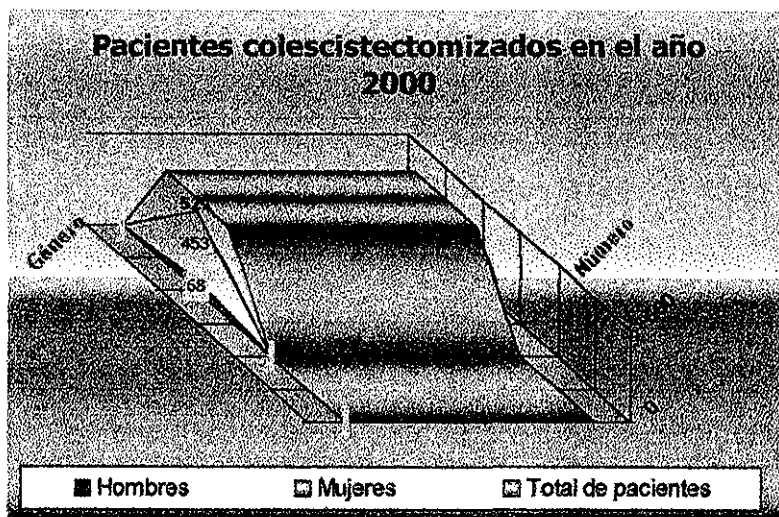
Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los resultados.

## RESULTADOS.

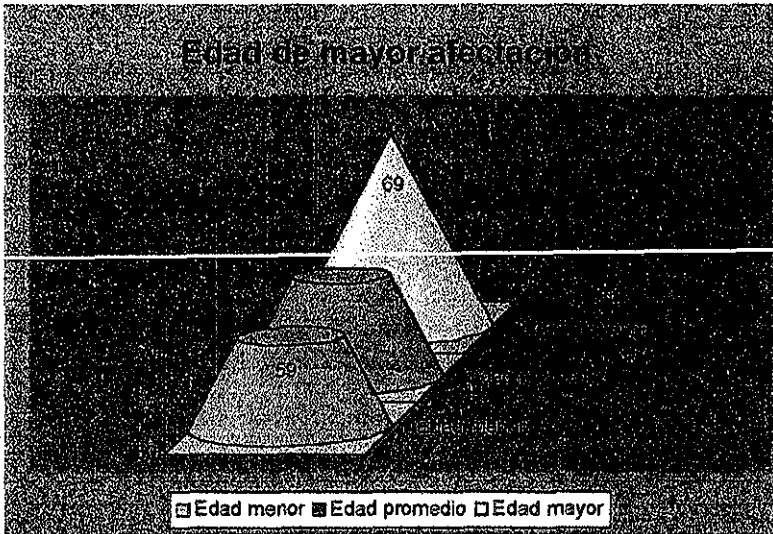
Durante un año se realizaron en el departamento de cirugía general del HECMR 521 colecistectomías. De ellos, 453 fueron mujeres y 68 hombres. (*Gráfica 1*). Por lo que se refiere a la edad el promedio fue de 60 años, con rangos de 51 a 69 años (*Gráfica 2*). El motivo del ingreso fue la presencia de cuadro de colecistopatía litiásica documentada por clínica, USG y exámenes de laboratorio.

La programación quirúrgica en todos los casos fue electiva y no se registraron incidentes transoperatorios.

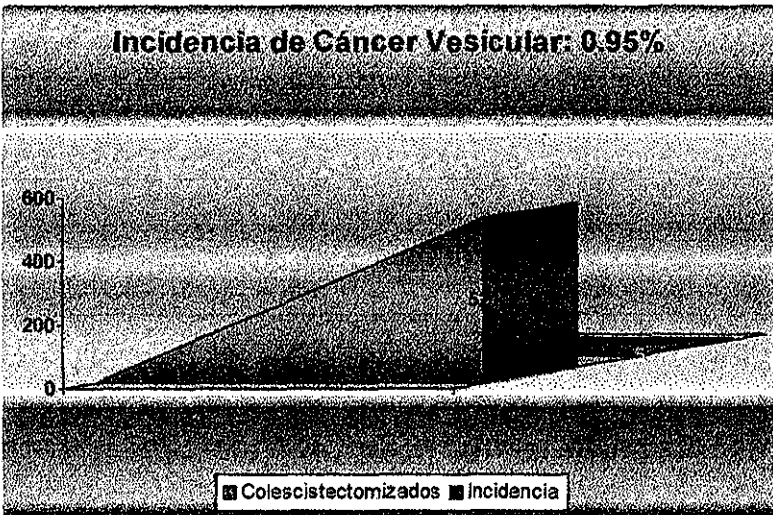
El reporte del estudio histopatológico definitivo en 5 sujetos fue compatible con adenocarcinoma de vesícula biliar (*Incidencia, gráfica 3*), con variante papilar (*fig. 1 y 2*) en cuatro y tubular en uno (*Gráfica 4*). Se registro enfermedad concomitante en los 5 casos: 3 con diabetes mellitus tipo II y dos con Hipertensión arterial sistémica (*Gráfica 5*).



***Gráfica 1***

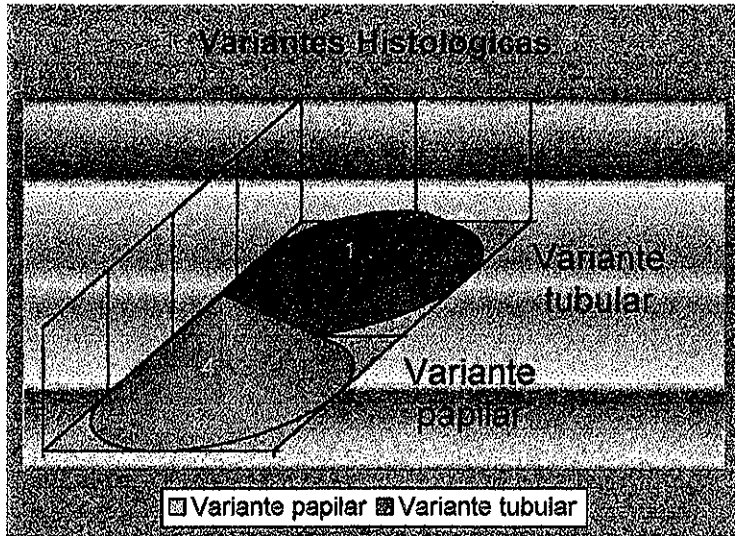


**Gráfica 2**

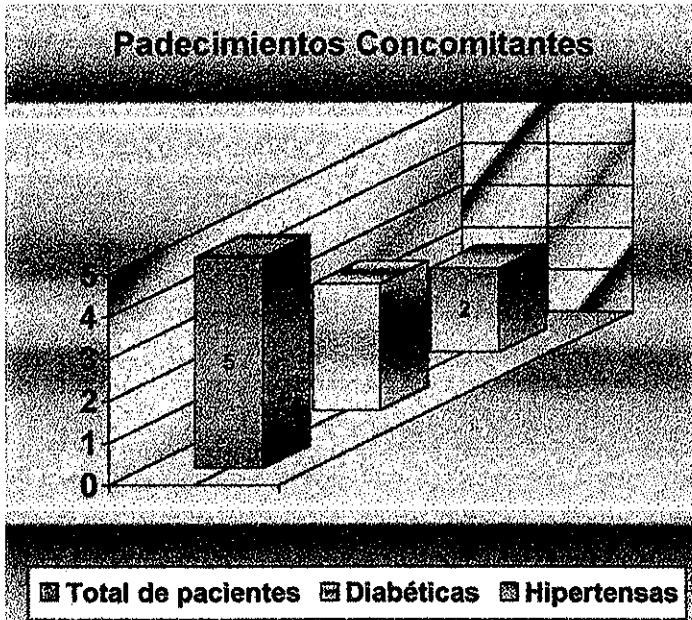


**Gráfica 3**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



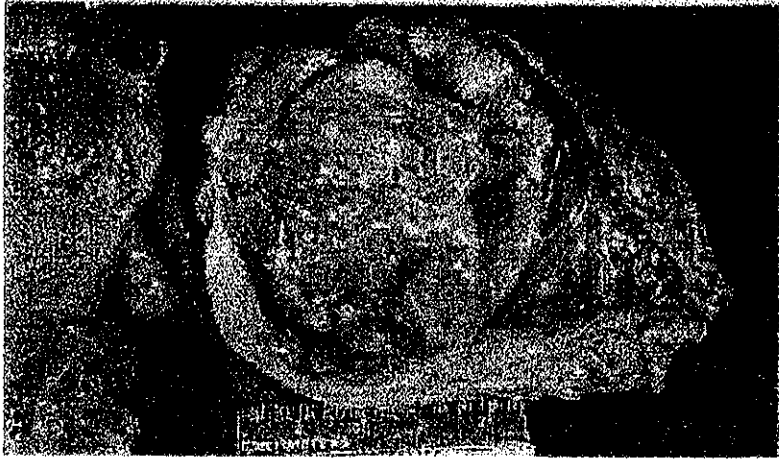
**Gráfica 4**



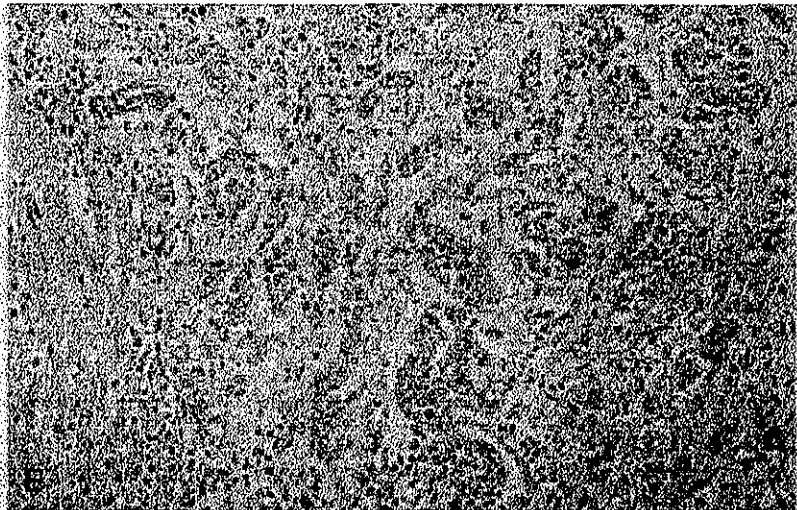
**Gráfica 5**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**





***Fig.1. Cáncer vesicular, (macroscópico).***



***Fig.2. Cáncer vesicular, variedad papilar (microscópico).***

## DISCUSIÓN.

Abi-Rached y cols. mencionan una incidencia del 1% del total de pacientes colescistectomizados en un año, aunado a una estadística de relación hombre:mujer de 3 a 1, con más afectación etárea de 70 años, resultando similar el presente estudio con la salvedad de que los afectados por adenocarcinoma vesicular fueron sólo mujeres y con 60 años como edad más afectada y una incidencia global del 0.95%.(1).

Bartlett y cols. encontraron adenocarcinoma en 85% de todos los cánceres de vesiculares estudiados, y la variante papilar como la más frecuente. En el presente estudio todos los casos fueron adenocarcinoma con presencia de variante papilar en 4 y tubular en 1.(2).

De Aretxabala y cols. en Chile describen muy bien la asociación de litiasis vesicular y cáncer, sin encontrarse etiopatogenia clara. En este estudio se presentó esta asociación en los 5 casos.(6).

Donohue y cols. consideran drástica una colescistectomía por el simple hecho de que un paciente tenga colelitiasis; en este estudio no concordamos con tal aseveración, pues siempre está la sugerencia implícita de riesgo para múltiple morbilidad, incluyéndose la pancreatitis, picrolescistitis o bien cáncer si se contemplan las características mencionadas en el estudio.(7).

## CONCLUSIONES.

El cáncer vesicular se ha convertido en una patología temible ante la tardanza para su diagnóstico temprano, pues la mayor parte de los casos, cuando se tornan evidentemente clínicos, se encuentran fuera de tratamiento que entrañe buen pronóstico.

La incidencia de cáncer vesicular en nuestro medio fue levemente menor a la registrada en otros estudios o centros hospitalarios; no obstante no es grande la diferencia (0.95% vs 1,2 y 3%). Se comprueba la prevalencia de actividad litiásica vesicular como uno de los factores presumiblemente etiopatogénicos para el cáncer vesicular.

Por otro lado las cronicopatías acompañan al grupo etáreo de los 60 años muy frecuentemente, probablemente por tal motivo se describen asociadas a padecimiento neoplásicos como el del presente estudio. Ante el riesgo de presentación de cáncer vesicular, la interacción de distintos factores de riesgo que incluyen la colelitiasis, hace patente la sugerencia de reseca la vesícula biliar en cuanto se identifique la patología litiásica y no correr el riesgo diagnóstico tardío de cáncer vesicular, cuando la adyacencia hepatobiliar ya no sea tratable. En el H.E.C.M.R. no nos alejamos de la incidencia de cáncer vesicular internacional.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## BIBLIOGRAFIA

1. Abi-Rached B., Neugut A. I., et al. Diagnostic and Management e issues in gallbladder carcinoma. *Oncology*, 1995, 9:19-30.
2. Bartlett D.L., Fong Y. et al. Long term results after resection for gallbladder cancer: implications for staging and management. *Ann Surg.* 1996, 224:639-646.
3. Chao, T.C., Greager J.A. Primary carcinoma of the gallbladder. *J. Surg Oncol.* 1991,46:215.
4. Charles J. Yeo, John L. Cameron. Cáncer de vesícula biliar y de vías biliares. Operaciones abdominales Maingot, 10ª edición 1996, pag.1723-1727.
5. Cotran, Kumar, Robbins. Sistema biliar. Patología estructural y funcional, 4ª edición, pag. 1019-1027.
6. De Aretxabala X., Roa I. Et al. Gallbladder cancer in Chile. *Cancer* 1992,69:60.
7. Donohue, et al. The National Cancer Data Base Report on Carcinoma of the Gallbladder, 1989-1995. *Cancer*, dic, 15,1998,83,12:2618-2628.
8. Gallardo Jorge MD, et al. Efficacy of Gemcitabine in the treatment of patients with gallbladder carcinoma. *Cancer*, dic. 1,1998,83,11:2419-2421.
9. Lillemore KD, Cameron JL, et al. Chemical Splanchnicectomy in patients with unresectable pancreatic cancer: a prospective randomized trial. *Ann Surg.* 1993,447-457.
10. Nagorney D.M. and Mcpherson G.A.D. Carcinoma de la vesícula, Cirugía del aparato digestivo Shackelford, 3ª edición 1993, pag. 290.

11. Sato Y., Tanaka J. et al. Tumor DNA content in the gallbladder carcinoma. *Hepatogastroenterology* 1993,40:375-379.
12. Suto T. Sasaki K. et al. Heterogeneity in the nuclear DNA content of cells in carcinoma of the biliary tract and pancreas. *Cancer*, 1993,72, 2920-2928.
13. Tsukada K., Hatakeyama K. et al. Outcome of radical surgery for carcinoma of the gallbladder according to the TNM stage. *Surgery* 1996,120:816-822.
14. Wibbenmeyer L., Sharafuddin M. et al. Sonographic diagnosis in gallbladder cancer: Imaging findings in comparisons. *Am Journal of Roentgenol* .1995; 165: 1169-74
15. Zigragen, et al. Incidence of port site recurrency after laparoscopic cholecystectomy for preoperatively unsuspected gallbladder carcinoma. *Surgery*. Nov 1998, 174 ; 5: 831-38

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN