

11209

203



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
"MANUEL AVILA CAMACHO"**

**INCIDENCIA DE CARCINOMA VESICULAR  
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"MANUEL AVILA CAMACHO"  
REVISION DE 5 AÑOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
CIRUGIA GENERAL**

**P R E S E N T A :**  
**DRA. MARIA DE LA LUZ REYES ASTORGA**

**PUEBLA, PUE.**

2002

**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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL PUEBLA  
CENTRO MEDICO NACIONAL "MANUEL AVILA CAMACHO"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
SERVICIO GASTROCIROLOGIA**

**TITULO DEL PROTOCOLO:**

**INCIDENCIA DE CARCINOMA VESICULAR  
EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"MANUEL AVILA CAMACHO" REVISION DE  
5 AÑOS**

**NOMBRE DEL INVESTIGADOR:**

**MARIA DE LA LUZ REYES ASTORGA  
MATRICULA: 7265492  
Residente de cuarto año de la Especialidad  
de Cirugía General con sede en el Hospital  
de Especialidades del Centro Médico  
Nacional General de División "MANUEL  
AVILA CAMACHO" del Instituto Mexicano del  
Seguro Social.**

**DOMICILIO DEL INVESTIGADOR:**

**35 Norte No. 3205  
Unidad Aquiles Serdán  
Puebla, Pue.  
Teléfono: 48 41 62**

**ASESOR:**

**DR. ALVARO ABASCAL ARIAS  
MATRICULA: 7114761  
Gastrocirujano adscrito al Departamento de  
Gastrocirugía del Hospital de Especialidades  
del Centro Médico Nacional General de  
División "MANUEL AVILA CAMACHO" del  
Instituto Mexicano del Seguro Social.**

**DOMICILIO DEL ASESOR:**

**16 Sur 1314-104  
Puebla Pue.  
Teléfono: 40 29 74**

**LOCALIDAD DE LA INVESTIGACION:**

**DEPARTAMENTO DE GASTROCIROLOGIA  
Hospital de Especialidades del Centro  
Médico Nacional "MANUEL AVILA  
CAMACHO"  
Calle 2 Norte 2005, Centro  
Puebla, Pue.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS por haberme dado la vida y ser siempre mi guía.

A LOS ENFERMOS quienes siempre fueron un libro abierto.

A la memoria de mi Padre por su confianza que siempre depositó en mí.  
Con Amor.

A mi Madre con Amor, por ser uno de los motivos más grandes de mi existencia.

A mis hermanos Alejandra y Pepe con cariño inmenso.

A José Luis con cariño por formar parte de nuestra familia y por su apoyo enorme.

A mis sobrinos Gisela, José Luis, José Omar, Cinthya y Mariana porque es una forma de decirles que los quiero.

Al Dr. Alvaro Abascal Arias Asesor de esta Tesis.

A Tí José Manuel con cariño por estar siempre presente.

Al Dr. Celso Ramírez con mi mayor admiración y respeto.

A todos mis maestros por sus enseñanzas.

A todos mis amigos del Hospital de Especialidades gracias por los momentos que compartimos juntos.

A mis familiares presentes y ausentes con cariño.

## INDICE

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
JUSTIFICACION .....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
HIPOTESIS.....	13
ANATOMIA Y FISIOLOGIA.....	14
TUMORES DE VESICULA BILIAR.....	23
PROGRAMA DE TRABAJO .....	30
MATERIAL Y METODOS.....	30
GRAFICAS.....	34
CONCLUSIONES .....	52
BIBLIOGRAFIA .....	53

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Aspectos Históricos. Es realmente poco lo que se ha escrito en relación a la historia del carcinoma de vesícula biliar. La primera mención del carcinoma de la vesícula biliar en la literatura médica se encontrará en la Reteo Medendí de Maximilian Stoll, publicada en 1777 (según cita Illinworth, 1935). El autor describía tres casos fatales y los signos detectados en la autopsia. Sin embargo, poco fué lo interesante o útil que se publicó hasta finales del siglo XIX, cuando Frerichs (1861) analizó el cáncer de la vesícula biliar en su Clinical Tratsise in Diseases of the Liver, autor que quizá fué el primero en sugerir una relación causal entre los cálculos biliares y el cáncer, Courvoisier (a890) y Ames (1894) publicaron otros informes tempranos.(1)

Illinworth (1935) registro que su incidencia equivalía al 2.8% de los tumores malignos estudiados en el Fdinburgh Royal Infirmary durante 16 años. El estudio sugiere que alrededor del 2% de los pacientes son operados por carcinoma de la vesícula biliar o de los conductos biliares extrahepáticos (sin incluir el carcinoma periam pollar); por tanto Illinworth situó la incidencia entres el 1 y el 2.5%. En la serie de Brossart, Patterson y Zintel (1962) el 0.82% de colecistectomías se practicaron por carcinoma. En un amplio estudio sobre 22,365 operaciones de las vías biliares, Judd y Gray (1932) descubrieron 212 casos de carcinoma colecístico.(1)

En 1963, Fahim y asociados reportaron un estudio clinicopatológico en 150 pacientes quienes fueron sometidos a evaluación quirúrgica y tratamiento en la Clínica Mayo de 1909 hasta el fin de 1950.(2)

Veintiséis casos de carcinoma de la vesícula biliar fueron encontrados en los registros de The Tumor Clinic de The Memorias Hospital Daville, Virginia de 1959 hasta fines de 1973 y 40 casos fueron encontrados en los registros de The tumor clinic Medical College de Virginia de 1951 hasta fines de 1973.(3)

1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El cáncer primario de la vesícula biliar es una enfermedad rápidamente progresiva y de pronóstico funesto, que cuando se presenta en etapa avanzada no es resecable; muchas veces se descubre durante una intervención quirúrgica de la vesícula biliar por otra causa.

El carcinoma primario es la lesión maligna más común de las vías biliares y ocupa el quinto lugar de las lesiones del aparato gastrointestinal en cuanto a frecuencia.(4) El 5% de los cánceres de vesícula son descubiertos en las necropsias. La más alta incidencia de cáncer de la vesícula biliar ocurre en indios de América del Norte, estadounidenses origen mexicano, nativos de Alaska, europeos del nuroeste, israelíes y japoneses emigrantes a Estados Unidos.(5) La frecuencia de este cáncer en los nativos de Alaska es más o menos la misma que en indicios de Nuevo México, las mujeres indias de Norteamérica tienen el doble de posibilidades de presentar cáncer que las mujeres hispanoamericanas. Es una de las neoplasias más frecuentes en Chile donde esta es la causa más frecuente de muertes por cáncer en femeninos; de tal manera el carcinoma de la vesícula biliar ha sido asociado con factores de riesgo genético y del medio ambiente, hay formación limitada acerca de los cambios moleculares involucrados en esta patogénesis. (5) (6)

Existe una asociación bien establecida entre el cáncer de la vesícula biliar y los cálculos, y se encuentra por lo menos una relación del 70% en estos pacientes. En una serie realizada por JJ Resaet al demostraron que el 76.6% de pacientes les fueron encontrados cálculos en la vesícula biliar.(7)

Además de los cálculos otras tres enfermedades de la vesícula biliar están posiblemente relacionadas con la aparición de cáncer: fístula colecistoentérica, vesícula en porcelana y colitis ulcerosa. Se estima un 15% la incidencia del carcinoma de la vesícula biliar en pacientes que tienen o han tenido una fístula colecistoentérica. Se ha informado que la incidencia de carcinoma en una vesícula en porcelana

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

varía del 12.5% al 61%. De igual forma el autor Aretxabala et. al. de mostraron que la tasa de supervivencia en pacientes jóvenes fue menor y con mal pronóstico en comparación con individuos viejos.(8)

Por otra parte se han descrito tumores carcinoides de la vesícula biliar los cuales son neoplasia poco comunes con menos de 30 casos reportados en la literatura. Los carcinoides combinados con adenocarcinomas de la vesícula biliar son extremadamente raros con solo 11 casos reportados en la literatura: Murray et. al. reportaron un caso de adenocarcinoma multifocal in situ con tumor carcinóide adyacente a la vesícula biliar y que este fuera de un componente invasivo es asociado con un buen pronóstico. (9) En otra serie Moreover, exhibió ambas composiciones de tumores adenocarcinoma y diferenciación carcinóide fueron descritas en el tracto gastrointestinal; cinco de los cuales han sido reportados en la vesícula biliar. Recientemente Tahhara et al. propusieron el término "endocrine cell carcinoma". De acuerdo a ello los tumores de células endocrinas no pueden ser clasificados dentro del carcinóide clásico mucocarcinóide y carcinóide de células endocrinas. (10)

Con menos frecuencia se presentan los tumores de tipo histológicos que incluyen carcinoma de células grandes, carcinomas anaplásicos linfomas, sarcomas y carcinoma de células pequeñas; de los cuales se han reportado 22 casos bien definidos.(11)

En un estudio realizado por Kazuyoshi et. al. reportaron un carcinoma de células pequeñas combinado con adenocarcinoma; en donde el tumor demostró una divergencia en la diferenciación funcional y este carácter distintivo surgió una fase inicial de carcinoma de células pequeñas y adenocarcinoma de la vesícula biliar. (12)

De igual manera raramente frecuentes son los carcinosarcomas tumores raros compuestos de epitelio maligno y mesénquima maligno elementos que se producen y son mezclados dentro de cada uno. Ellos han ocurrido y han sido reportados en útero, pierna, riñón, y ovario, sin embargo solamente contados casos de carcinosarcoma de la vesícula

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

biliar han sido reportados en la literatura inglesa. En un estudio realizado por López et. al. reportaron el caso de un carcinosarcoma de la vesícula biliar en una mujer de 78 años. (13)

En otra serie realizada por Donald Farl H. et. al. reportaron los tipos histológicos más comunes de carcinoma de la vesícula biliar registrados en The Surveillance, Epidemiology, and End Results Program; los cuales fueron carcinoma (no especificado de otra manera) 200 pacientes, adenocarcinoma 1970 pacientes, papadenocarcinoma 151 pacientes, mucinoso 125 pacientes adenoescamoso 95 pacientes, escamosos 45 pacientes, de células claras 13 pacientes. (14)

Por otra parte el autor Nevin clasificó los cánceres de la vesícula biliar de acuerdo a la siguiente estadificación: Estadio I: tumor que invade solamente la mucosa, Estadio II que involucra la muscular y mucosa, Estadio III: que involucra toda la pared de la vesícula biliar, Estadio IV: que involucra toda la pared de la vesícula conducto cístico, nódulos linfáticos, Estadio V: que involucra el hígado por extensión directa o metástasis a distancia. (3)

Existe otro sistema de clasificación y estadificación del carcinoma de la vesícula biliar de la UICC (International Union Against Cancer) de acuerdo a la clasificación TNM/pTNM siguiente: T: Tumor Primario, TX: No se puede evaluar el tumor primario, TO: no existen signos de tumor primario, TIS: carcinoma in situ, TI: tumor que invade la mucosa o la casa muscular, T1a: tumor que invade la mucosa, T1a: tumor que invade la mucosa y la capa muscular, T2: tumor que invade el tejido fibroso conjuntivo perimuscular, sin extensión más allá de la serosa o el hígado, T3: tumor que perfora la serosa (peritoneo visceral) o invade directamente un órgano adyacente o ambos (extensión en el hígado menor o igual a 2 cm), T4: tumor que se extiende más de 2 cm en el hígado y/o en dos o más órganos adyacentes (estómago, duodeno, colon, páncreas, epiplones, conductos biliares extrahepáticos, cualquier afectación hepática.) N: GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES Mx: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales, NO: no se

demuestran metástasis ganglionares regionales, N1: metástasis en los ganglios del conducto cístico, pericolédocos, y/o hiliares (en el ligamento hepatoduodenal), N2: metástasis en los ganglios peripancréaticos (solo de la cabeza), periduodenales, periportales, celiacos y/o mesentéricos superiores.(15)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CIRUGÍA ACTUAL DEL CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR.**

El carcinoma de vesícula biliar es una enfermedad altamente letal aunque algunos investigadores han reportado sobrevivientes a largo plazo del carcinoma avanzado después de la cirugía, la mayoría de los pacientes, han recibido solamente colecistectomía para carcinoma temprano hay pocos reportes de sobrevivientes a largo plazo de carcinoma avanzado de la vesícula biliar. En la literatura anglosajona revisada se encontraron solamente 13 sobrevivientes a 5 años con carcinoma avanzado de vesícula quienes presentaron metástasis de nódulos. Algunos autores defienden al cirugía radical para carcinoma de la vesícula; en un estudio realizado por Y. Shirai et. al. reportaron resultados a largo plazo de cirugía radical para carcinoma de vesícula, documentando sobrevivientes a 5 años; quienes presentaron matástais nodular y sus características clinicopatológicas, teniendo como objetivo evaluar la efectividad de la cirugía radical para carcinoma de vesícula biliar con resección de nódulos linfáticos regionales (linfadenectomía). Los resultados de este estudio fueron muy positivos en cuanto ala sobrevida de los pacientes ya que 17 de 19 pacientes tratados con resección completa locorregional del tumor tuvieron sobrevida a 5 años del 85% y en el grupo de pacientes con nódulos linfáticos positivos 9 de 13 pacientes tratados con resección completa locorregional sobrevivieron más de 5 años teniendo una tasa de sobrevida a 5 años del 45%, concluyendo que sus resultados fueron favorables a largo plazo con cirugía radical para carcinoma de vesícula biliary y que la resección completa locorregional es prerequisite para sobrevida a largo plazo y que estos resultados justifican el uso del procedimiento radical para carcinoma de vesícula biliar. (16)

La French Surgical Association evaluó el beneficio de un abordaje radical para carcinoma de vesícula biliar, estudiaron pacientes diagnosticados con cáncer de vesícula biliar quienes fueron tratados entres 1980 y 1989 en diversas instituciones francesas y europeas; el

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

objetivo de este estudio fue evaluar el beneficio de un abordaje radical para carcinoma de vesícula biliar con sobrevida a largo plazo. La sobrevida a largo plazo se correlacionó con el estadio del cáncer Tis (carcinoma in situ) fué mayor a 60 meses; T1 a T2 mayor a 22 meses y T3 a T4 de 2 a 18 meses.(17)

En 1978 en Japón el autor Takasaki y cols. realizaron pancreatoduodenectomía combinada con lobectomía extensa derecha (hepatopancreatoduodenectomía) en cinco pacientes con carcinoma avanzado de vesícula biliar desde entonces la hepatopancreatoduodenectomía ha sido realizada extensivamente en Japón para pacientes con carcinoma avanzado de vesícula.

Satoshi Nakamura et. al. realizaron un estudio en sesenta pacientes con carcinoma de vesícula entre 1978 y 1992, de los cuales 55 tuvieron carcinoma estudio V de Nevin y 21 tuvieron tumores resecables. De estos siete fueron sometidos a hepatopancreatoduodenectomía los 34 restantes tuvieron tumores no resecables; los resultados de los pacientes sometidos a hepatopancreatoduodenectomía y aquellos con tumores no resecables fueron comparados y los efectos de la calidad de vida y ellos también fue analizando. La tasa de sobrevida del 1o. y 2o. año fueron 57% y 28.5% respectivamente con una media de tiempo de sobrevida de 12 meses. En contraste la tasa de sobrevida del 1o. y 2o. año de los 34 pacientes con tumores no resecables fueron 5.8% y la mediana de tiempo de sobrevida fue de dos meses; concluyendo los autores que este procedimiento tiene el potencial para mejorar ambas, la sobrevida y calidad de vida para pacientes cuidadosamente escogidos con carcinoma avanzado de la vesícula biliar.(18)

En otro estudio de 45 pacientes con carcinoma avanzado de la vesícula biliar realizado por K. Ouchi, et. al. comparan la sobrevida a corto plazo y a largo plazo en pacientes con carcinoma de la vesícula biliar en función de la profundidad de invasión y el tipo de cirugía realizada, colecistectomía simple, colecistectomía extensa y lobectomía

hepática derecha extensa; y demuestran que los pacientes con carcinoma de la vesícula biliar en los cuales no ha invadido la serosa subyacente y que tienen un patrón de crecimiento no infiltrativo tienen oportunidad razonable de sobrevivir a 5 años.(19)

En otra serie realizada por Yoshio Shiarai, et. al. investigaron los beneficios concernientes a "innaparent carcinoma" de la vesícula biliar y la afectividad de la segunda cirugía radical en el tratamiento del carcinoma inaparente; noventa y ocho pacientes fueron analizados de acuerdo con la clasificación y categoría TNM. Ochenta pacientes fueron sometidos a colecistectomía simple, y 14 pacientes tuvieron una tasa de cirugía radical subsecuente; después de la colecistectomía sola se entró que pacientes con cáncer PT1 tuvieron una tasa de supervivencia a 5 años del 100%, en pacientes con PT2 tuvieron una tasa de supervivencia del 40% y pacientes con PT3 demostraron que los pacientes tuvieron una tasa de supervivencia del 0%. Los resultados de la segunda cirugía radical demostraron que los pacientes con cáncer PT2 tuvieron una supervivencia a 5 años del 90% significativamente mejor que los pacientes PT2 tratados con colecistectomía simple; hubo una prolongación de supervivencia en pacientes con PT3 o PT4. (20)

El carcinoma de la vesícula biliar es el más comúnmente tumor maligno del tracto biliar. La resección curativa del tumor es raramente posible como localmente agresivo y la mayoría de los pacientes presentan enfermedad avanzada. Las opiniones terapéuticas son por lo tanto generalmente dirigidas hacia la paliación, y tratamiento quirúrgico.(21)

La efectividad del tratamiento con radiación para una enfermedad recurrente o localmente no resecable, el modo de extensión de este tumor y el alto riesgo de una recurrencia locoregional después de la cirugía la radiación postoperatoria adyuvante es a favor. En un estudio realizado por Jean Françoise Bosset, et. al. reportaron su experiencia limitada en 7 pacientes los cuales fueron involucrados en un estudio prospectivo incluyendo la radiación externa postoperatoria después de

la resección ampliada de la vesícula biliar para carcinoma; en todos los casos el tipo de tumor que se encontró fue adenocarcinoma. La radiación PO externa fué dada con una medida de 60 días PO, todos los pacientes fueron similarmente tratados sobre un volumen primario total con 4000 Cgy como dosis total, 1.8 Cgy y 5 fracciones en una semana incluyó el lecho hepático todo el tracto biliar desde el hilo hasta el ámpula, los nódulos retropancreáticos, los nódulos celiacos y mesentéricos. Sobre un segundo volumen limitado incluyendo el lecho vesicular un aumento total de dosis de 900 Cgy fue dado en 5 fracciones consecutivas en 5 días, después de la colecistectomía o cirugía radical la sobrevida a 5 años fue de 19 a 30%.(22)

Hay muy pocos reportes de la radiación adyuvante del carcinoma de vesícula biliar. Vattinen reportó en 24 pacientes tratados con cirugía solamente y 7 pacientes tratados con cirugía y radiación externa postoperatoria. El promedio de sobrevivencia es respectivamente 29 y 62 meses.

Fields y cols, trataron tres pacientes después de cirugía con una dosis extrema de 45 Cgy. Dos pacientes vivieron con no evidencia de enfermedad entre los 22 y 27 meses respectivamente. Un paciente murió de recurrencia local después de 5.5 meses. Smoron observó un paciente con una larga sobrevida a 6 años después de la radiación externa postoperatoria y QT con 5 (Fu). Este es el primer estudio prospectivo combinado cirugía y radiación externa postoperatoria para carcinoma de vesícula biliar siendo bien tolerado.(22)

## **JUSTIFICACION.**

En nuestro hospital, actualmente no contamos con datos estadísticos que nos muestren incidencia de carcinoma vesicular de los pacientes operados por el servicio de Gastrocirugía por lo que es importante conocer la tasa de morbilidad y procedimiento quirúrgico que ofrece mejores resultados en cuanto a sobrevida.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En el servicio de Gastrocirugía de nuestro Hospital de Especialidades se operan pacientes con patología vesicular, en los que existe cierta frecuencia de cáncer vesicular primario y de cuyos casos no se conocen estadísticas de la estirpe histológica, tratamiento quirúrgico y sobrevida.

## **OBJETIVOS.**

### **General:**

Conocer el diagnóstico, frecuencia, tratamiento quirúrgico y sobrevida, para la carcinoma vesicular en la unidad, por el servicio de Gastrocirugía.

### **Específico:**

1. Conocer la estirpe histológica.
2. Conocer la tasa de morbilidad y sobrevida.
3. Conocer el sistema de estadificación de acuerdo a la clasificación de Nevin.
4. Conocer el sistema de estadificación de acuerdo a la clasificación de la UICC (International Union Against Cancer).
5. Conocer el procedimiento quirúrgico que ofrece mejores resultados en cuanto a sobrevida.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **HIPOTESIS.**

Este trabajo por ser Descriptivo no requiere Hipótesis.

## **VESICULA BILIAR.**

### **Anatomía.**

Está localizada en el lecho del hígado en un plano que corresponde a la división anatómica de ése órgano en los lóbulos derecho e izquierdo tiene forma de pera; con una capacidad promedio de 50 mililitros y se divide en cuatro porciones anatómica, a saber: fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello. El fondo representa el extremo ciego redondeado que normalmente se extiende más allá del borde hepático; es la parte del órgano que contiene mayor cantidad de músculo liso, a diferencia del cuerpo, que es la zona principal al almacenamiento y contiene en su mayor parte tejido elástico. El cuello por lo general hace una curva suave, cuya convexidad puede distenderse para formar una dilatación que se conoce como infundíbulo o bolsa de Hartmann.

La vesícula biliar es irrigada por la arteria cística que, por lo común se origina en la arteria hepática derecha detrás del cístico. Tiene diámetro aproximado de 2 mm y sigue un trayecto de longitud variable por arriba del cístico, hasta que desciende a la superficie peritoenal de la vesícula biliar y se ramifica; y para su disección es necesario la disección del triángulo hepatocístico. Fig. 1 y 2.

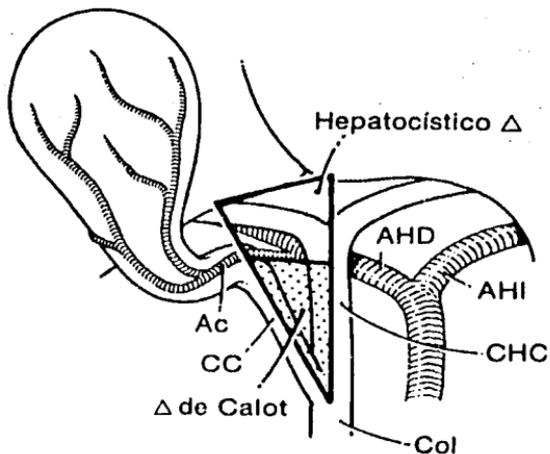
La mayor parte del drenaje venoso del sistema biliar proviene del lecho de la vesícula biliar hacia el lóbulo cuadrado del hígado. Las venas del sistema de conductos drenan hacia arriba en dirección el hígado y hacia abajo en dirección de la porta. Fig.3.

El drenaje linfático del sistema biliar está dado por el ganglio cístico y el ganglio del hiato que son relativamente constantes. El drenaje proveniente de la vesícula biliar, el conducto cístico y el lóbulo derecho del hígado llega a los ganglios pancreaticoduodenales posteriores. Fig. 4.

Los nervios de la vesícula biliar tienen su origen en el plexo celiaco y están localizados a lo largo de la arteria hepática.

La vesícula biliar entra al colédoco a través del cístico, el cual tiene una longitud variable en promedio 4 cm. está unida al conducto hepático común formando un ángulo agudo, y la rama derecha de la arteria hepática se encuentra detrás del mismo. El conducto colédoco tiene cuatro porciones: a) porción supraduodenal, b) porción retroduodenal, c) porción pancreática y d) porción intraduodenal. Fig. 5.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**Figura 1.-** Triángulo hepatocístico y triángulo de Calot. El límite superior del primero es el margen del hígado; el del segundo es la arteria cística. El triángulo de Calot está punteado. (De Gray y Skandalakis, 1972. Usada con autorización.)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

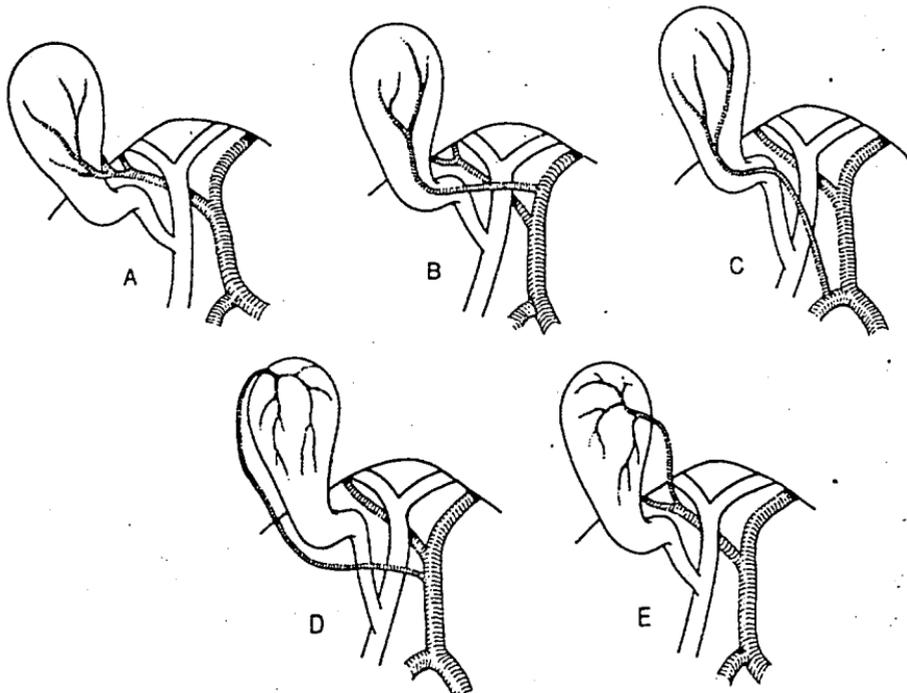
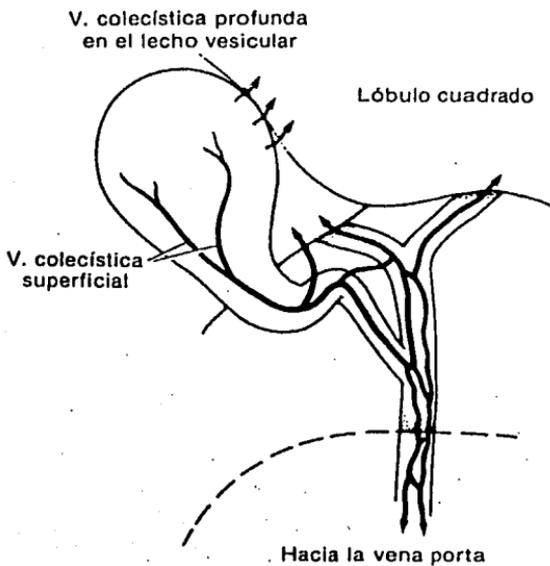


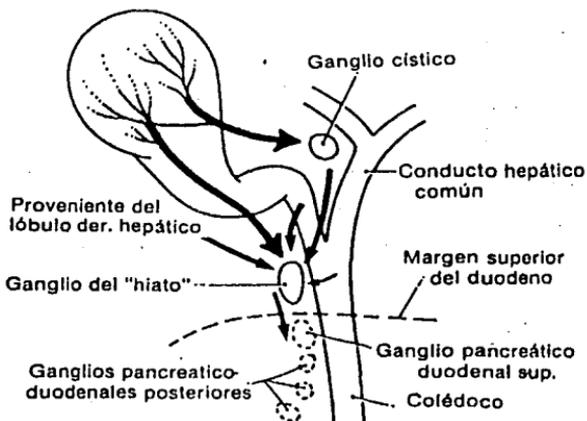
Figura 2.- Algunos orígenes posibles de la arteria cística: **A.** Patrón normal (74.7%) de la arteria derecha normal o aberrante; **B.** Origen de la arteria hepática común, sus bifurcaciones o de la arteria hepática izquierda y cruce enfrente del conducto hepático común (20.5%); **C.** Origen de la arteria

gastroduodenal (2.5%). El resto nace de diversas fuentes (veáse Anson, 1956). **(D y E)** Rara vez la arteria cística llega a la vesícula biliar por el fondeo o por el cuerpo (arteria cística "recurrente") Nikolic, 1967). (De Gray Skandalakis, 1972. Usada con autorización.)

**Figura 3.-** Drenaje venoso del sistema biliar. La mayor parte del drenaje proviene del lecho de la vesícula biliar hacia el lóbulo cuadrado del hígado. Las venas del sistema de conductos drenan hacia arriba en dirección al hígado y hacia abajo en dirección a la porta.

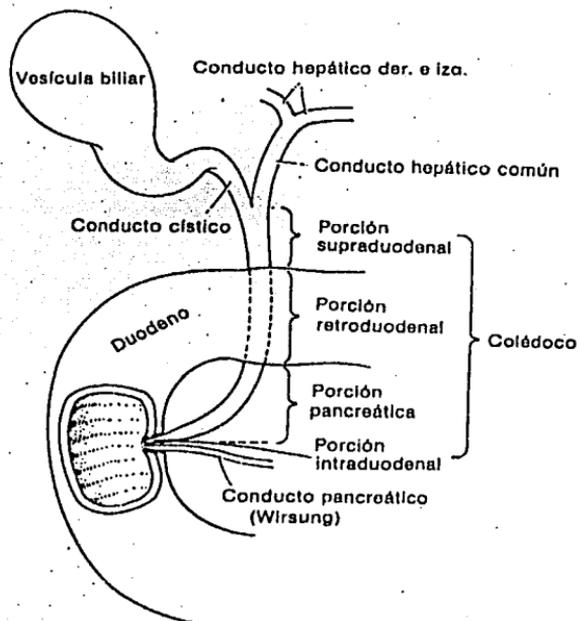


**Figura 4.-** Drenaje linfático del sistema biliar. El ganglio cístico y el ganglio del hiato son relativamente constantes. El drenaje proveniente de la vesícula biliar, el conducto cístico y el lóbulo derecho del hígado llega a los ganglios pancreaticoduodenales posteriores (*Reilustrado de Fahim y cols., 1962.*)



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Figura 5.-** El sistema biliar extrahepático y las cuatro porciones del colédoco.



## **Fisiología.**

**Secreción biliar.** El adulto normal con una circulación hepática intacta y que consume una dieta promedio, secreta 250 a 1000 ml. de bilis por día a través de las células hepáticas. La secreción de bilis responde a control neurógeno, humoral y químico. Los estímulos vágales aumentan la secreción, en tanto que los de los nervios es pláncnicos dan lugar a vasoconstricción y disminución del flujo biliar. La liberación de secretina en el duodeno tras el estímulo por ácido clorhídrico producto de degradación de las proteínas y ácidos grasos, aumenta el flujo biliar.

**Composición de la bilis.** Los principales componentes de la bilis son sales biliares, colesterol y pigmentos biliares. Hay una relación directa entre la tasa de secreción y la concentración electrolítica. A medida que aumenta la primera, se incrementa la concentración de bicarbonato, el Ph, y levemente el cloruro. El Ph de la bilis hepática oscila entre 5.7 y 8.6 varía con la dieta y un aumento en la ingestión de proteínas lo desvía hacia el lado ácido. Las sales principales, los ácidos cólico, desoxicólico y quenodesoxicólico, se conjugan con la taurina o glicina y concurren en la bilis en concentraciones de 10 a 20 mEq/L.

**Función de la vesícula biliar.** La vesícula biliar almacena y concentra bilis, en ella se absorben en forma selectiva sodio, cloruro y agua. La secreción de moco en cantidades aproximadas a 20ml/24h protege a la mucosa de la acción lítica de la bilis y facilita a el paso de ésta a través del cístico. Este moco constituye la bilis incolora que se encuentra en el hidrocisto producido por la obstrucción del cístico. La actividad motora es una función decisiva, ya que el paso de la bilis hacia el duodeno requiere de la contracción de la vesicular coordinada y de la relajación del esfínter de Oddi. La vesícula se vacía después de la estimulación humoral o nerviosa. El principal estímulo en el ser humano es la colecistoquinina la cual es liberada por la mucosa intestinal en respuesta al contacto con los alimentos sobre todo las grasas que entran en el duodeno. La colecistocinina también relaja la porción

terminal de colédoco, el esfínter de Oddi y la musculatura duodenal. La estimulación simpática esplácnica inhibe la actividad motora vesicular, en tanto que el vago estimula la contracción.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **TUMORES DE LA VESICULA.**

### **CANCER DE VESICULA.**

Durante mucho tiempo el cáncer de vesícula se ha considerado como una neoplasia maligna rara, asociada de manera uniforme con un curso rápidamente letal con independencia de cualquier forma de tratamiento. Esta reputación surge del temprano crecimiento silencioso del tumor, con la presentación tardía y la gran dificultad para escindir adecuadamente los tumores en la región del hilio hepático.

### **INCIDENCIA.**

Es la forma más común de neoplasia maligna biliar y el quinto cáncer digestivo más frecuente, siendo el pancreático aproximadamente cinco veces más asiduo (Burdette, 1957; Piehler y Crochlow 1978).

La enfermedad se halla en el 1-2% de las piezas de colecistectomía. Hay evidencias de que en algunos países la incidencia de cáncer de vesícula está disminuyendo, paralelamente con el aumento de la tasa de coledistectomía (Diehl y Beral, 1981). El carcinoma de vesícula ocurre predominantemente en mujeres añosas, aumentando la incidencia con la edad. Más del 90% de los pacientes superan los 50 años y la edad pico de incidencias es de 70 a 75 años, con una relación hombre-mujer de 1.3 (Strauch, 1960).

La incidencia tiene amplias variaciones geográficas ocurriendo las tasas más altas entre los indios del sudoeste americanos, los israelíes, los europeos del nordeste y los americanos de origen mexicano (Diehl, 1980). Dentro de los países la incidencia presenta amplias variaciones raciales y étnicas. En los Estados Unidos, la tasa en los blancos es aproximadamente un 50% más alta que en los negros de ambos sexos y existe una incidencia mucho mayor en los americanos de origen hispanos, los indios y los esquimales (Diehl, 1980; Boss y cols 1982).

## **ETIOLOGIA.**

Coletitiasis. Si bien existe una asociación claramente establecida entre carcinoma de vesícula y coletitiasis, no se ha demostrado un papel causal de los cálculos en la formación de un carcinoma.

Se han hallado cálculos en un 70% a 98% de los casos de cáncer de la vesícula, un predominio mucho mayor que en la población general de edad comparables (Diehl, 1980). El vínculo hipotético entre cálculos y carcinoma se relaciona con el traumatismo y la inflamación crónicas de la mucosa vesicular, causados por los cálculos que llevan a cambios displásicos al carcinoma. Desde el punto de vista histológico la colecistitis se presenta usualmente en asociación con carcinoma y cuando una colecistitis crónica ha llevado a una calcificación vesicular, el riesgo de malignidad está muy aumentado.

El riesgo de cáncer en la vesícula en porcelana es muy alto y justifica una colecistectomía profiláctica.

Carcinógenos. Experimentos en animales sugieren un posible papel dual de cálculos y carcinógenos en la producción de cáncer. Los estudios de Kowalewski y Todd (1971) mostraron una alta incidencia de cáncer vesicular en hámster alimentos con diametilnitrosamina, pero solo cuando se había implantado pellets de colesterol en la vesícula.

Neoplasias benignas. Si bien se ha demostrado una relación directa entre el adenoma benigno, el carcinoma in situ que contiene una adenoma y el carcinoma invasor (Kosuka y col, 1982) sólo rara vez se ha informado la transformación de tumores benignos.

Otros factores. Otras asociaciones raras con carcinomas de vesícula incluyen la enfermedad intestinal inflamatoria crónica (Joffe y Antonioli, 1981) infección tifoidea crónica de la vesícula (Axel rod y col, 1971).

Patología. Ocurre una variedad de tipos histológicos de carcinoma de la vesícula, ninguno de los cuales muestran patrones de crecimiento o efectos clínicos claramente diferentes. El más común es el adenocarcinoma hallado en aproximadamente un 80% de los casos.

El carcinoma indiferenciado aparece en un 6%, el carcinoma escamosos en un 3% y el tumor mixto o acantoma en el 1% de los casos. También puede hallarse una variedad de otras lesiones raras incluyendo tumores carcinoides, sarcoma, melanoma y linfomas. Microscópicamente, el tumor habitualmente origina un engrosamiento difuso de la vesícula, con infiltración de las estructuras circundantes, aunque pueden surgir proyecciones papilares hacia la luz.

La forma de diseminación del carcinoma de vesícula ha sido estudiada por Fahim y col. (1962). El tumor se disemina primariamente por invasión local de hígado y otros órganos circundantes, como el duodeno, el colon y la pared abdominal anterior. El conducto hepático común está con frecuencia comprometido por extensión directa, en particular con los tumores originados en el cuello de la vesícula o bolsa de Hartman.

La fosa vesicular se ubica en la unión del lóbulo cuadrado (segmento IV) y el hígado derecho, a lo largo del palmo anatómico principal que divide a los hígados derecho e izquierdo. En un estadio temprano se compromete por invasión directa desde el cáncer vesicular y por permeación hematógena a lo largo de las venas colecísticas, que drenan desde la vesícula hacia el hígado. En un estadio temprano también hay diseminación hematológica a través de venas que drenan desde el cuello vesicular a lo largo del cístico y hacia el lóbulo cuadrado. La diseminación linfática sigue a los linfáticos hacia los ganglios alrededor del cístico, el colédoco y la región pancreatoduodenal. No existe diseminación hematológica a distancia y diseminación trascelómica hasta que el tumor ha avanzado localmente.

#### **CLASIFICACION EN ESTADIOS.**

En cuanto al sistema de estadificación de Nevin clasificó los cánceres de la vesícula biliar de acuerdo a la siguiente estadificación: Estadio I: tumor que involucra solamente la mucosa, Estadio II: que involucra la muscular y mucosa, Estadio III: que involucra toda la pared

de la vesícula biliar, Estadío IV: que involucra toda la pared de la vesícula, conducto cístico, nódulos linfáticos, Estadío V: que involucra el hígado por extensión directa o metástasis a distancia.

Existe otros sistemas de clasificación y estadificación del carcinoma de la vesícula biliar de la UICC (International Union Against Cáncer) de acuerdo a la clasificación TNM/pTNM siguiente: T: Tumor primario, Tx: no se puede evaluar el tumor primario, TO: no existen signos de tumor primario, Tis: carcinoma in situ, T1: tumor que invade la mucosa o la capa muscular, T1a: tumor que invade la mucosa, T1b: tumor que invade la capa muscular, T2: tumor que invade el tejido conjuntivo perimuscular, sin extensión más allá de la serosa o el hígado, T3: tumor que perfora la serosa (peritoneo visceral) o invade directamente un órgano adyacente o ambos (extensión en el hígado menor o igual a 2 cm.) T4: tumor que se extiende más de 2 cm. en el hígado y/o en dos o más adyacentes (estómago, duodeno colon, páncreas, epiplones, conductos biliares extrahepáticos, cualquier afectación hepática). N: GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES Nx: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales, NO; no se demuestran metástasis ganglionares regionales, N1: metástasis en los ganglios del conducto cístico, pericolédocos, y/o hiliares (en el ligamento hepatoduodenal), N2: metástasis en los ganglios peripandreáticos (solo de la cabeza), periduodenales, periportales, celiacos y/o mesentéricos superiores. (15).

#### **TRATAMIENTO Y RESULTADOS.**

El enfoque del tratamiento y pronóstico final del cáncer de vesícula dependen ampliamente de la forma de presentación de la enfermedad. Si bien puede haber una variedad de aspectos clínicos, en la práctica los pacientes se presentan en una de tres formas.

1.- Hallazgo incidental. El diagnóstico de carcinoma de la vesícula se hace en forma incidental aproximadamente en un tercio de los casos, en el momento de una colecistectomía. Piehler y Crichlow

(1978) hallaron que el 36% de los pacientes con carcinoma vesicular se presentó con colecistitis aguda o crónica, sin sospecha de malignidad. Si en una operación se halla un tumor vesicular no sospechado el cirujano debe apuntar a evaluar totalmente la extensión de la diseminación de la lesión y decidir si debe efectuarse una excisión curativa o sólo una biopsia. Teóricamente es más probable lograr la limpieza tumoral por medio de una linfadenectomía regional, combinada con excisión de la sustancia hepática adyacente al lecho vesicular.

Esta denominada colecistectomía ampliada, involucra la resección en bloque de la adventicia y los linfáticos contenidos que rodean al conducto biliar, la vena porta y la arteria hepática. Los límites de esta disección se extiende desde los ganglios detrás de la primera y segunda porción del duodeno y la cabeza del páncreas, a través del tronco celiaco y luego hacia arriba, hacia la base del hígado y el hilio hepático. La extensión aconsejada de la resección de la sustancia hepática ha variado, desde una resección en cuña no anatómica del lecho vesicular hasta la remoción formal de los segmentos IV y V incluyendo el lecho vesicular (Bismuth y col, 1982; Blumgart, 1984) e incluso una libectomía hepática. Moosa y Col. (1975) y Adson y Farnell (1981) han planteado fuertes argumentos a favor de una cirugía radical. En su análisis de la experiencia de la Clínica Mayo, Adson y Farnell hallaron 12 pacientes de un total de 112 con cáncer vesicular, que tenían un tumor resecable. Ocho de estos pacientes habían sido tratados con una colecistectomía simple y 7 murieron en 15 meses siguientes. Cuatro pacientes fueron sometidos a linfadenectomía radical o resección hepática y los cuatro tuvieron una sobrevida prolongada sin tumor. En 1976 Nevin y col correlacionaron la profundidad de la invasión con la sobrevida en un amplio grupo de pacientes; aunque ellos no comentaron la extensión de la cirugía emprendida, mostraron que aquellos pacientes con enfermedad en estadios 1 o 2 se curaban con al resección del tumor. En los estadios 3

y 4 hubo algunos sobrevivientes a los 5 años y aconsejaron una cirugía más radical en estos grupos para mejorar los resultados. En el estadio 5 no hubo sobrevivientes a los 2 años. Estos resultados sugieren que el hallazgo patológico de compromiso tumoral de las tres capas o compromiso ganglionar no descarta una posible resección curativa y puede estar indicada una cirugía más extensa, incluyendo linfadenectomía y cierta forma de resección hepática en algunos pacientes seleccionados.

2.- Diagnóstico preoperatorio sospechado o confirmado de cáncer biliar. La tasa media preoperatoria correcta de diagnóstico de cáncer vesicular ha sido estimado por Piehler y Crichlow (1978) en sólo un 8.6%, más de un tercio de los pacientes puede presentarse con una ictericia obstructiva, y en muchos de ellos es posible un diagnóstico correcto de obstrucción biliar maligna. La investigación preoperatoria de estos pacientes debe determinar si son candidatos a una cirugía radical. En aquellos pacientes no adecuados para una resección tumoral o con lesiones irreseccables, habitualmente es necesaria alguna forma de procedimiento paliativo con bypass bilioentérico o intubación e inserción no quirúrgica con endoprótesis aunque en pacientes ancianos conlleva una morbimortalidad elevada.

3.- Neoplasia maligna avanzada. Cuando hay evidencias clínicas de neoplasia maligna avanzada, como la presencia de una masa abdominal grande, ascitis o metástasis a distancia puede ser necesario elegir entre diversos métodos paliativos y ningún tratamiento.

La quimioterapia parece tener poco que ofrecer al paciente con enfermedad avanzada o como adyuvante de la cirugía. El uso de tratamiento adyuvante después de la resección quirúrgica no ha sido cabalmente evaluado, pero el trabajo de Treadwell y Hardin no comprobó aumento de la supervivencia en 5 años con quimioterapia, radioterapia o una combinación de ambas. En general, los resultados son desalentadores, probablemente porque muchos pacientes sometidos a estas formas de tratamiento

tienen una enfermedad muy avanzada.

La esperanza para el futuro reside en métodos más exactos de diagnóstico preoperatorio, usando nuevas técnicas de diagnóstico, y utilizando una linfadenectomía radical combinada con la resección hepática parece ofrecer la mejor posibilidad de sobrevida en el largo plazo.

TESIS CON  
CALLE DE ORIGEN

## **PROGRAMA DE TRABAJO. (material y métodos).**

Este estudio se llevará a cabo mediante la revisión de los expedientes de pacientes operados con diagnósticos de cáncer vesicular en nuestro hospital del período comprendido del 1o. de Enero de 1991 al 31 de Diciembre de 1995; con una duración del estudio del 1o. de Mayo de 1996 al 30 de Septiembre de 1996.

**MATERIAL:** Se revisarán los expedientes de cada uno de los pacientes operados captando los datos en una forma diseñada por el investigador.

**CRITERIOS DE INCLUSION:** Todos los pacientes que hayan sido operados en el Hospital de Especialidades con el diagnóstico de cáncer vesicular y/o otra patología vesicular.

**CRITERIOS DE NO INCLUSION:** Pacientes con diagnósticos de cáncer vesicular que no hayan sido operados en el hospital de Especialidades y pacientes que no llevan seguimiento por la consulta externa.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:** Pacientes en lo que se haya demostrado metástasis a distancia.

**MÉTODOS:** Se captarán los datos del expediente los cuales serán vaciados a una hoja diseñada en forma específica en donde se anotarán edad, sexo, número de afiliación, fecha de la cirugía, métodos diagnósticos de laboratorio y gabinete, diagnóstico preoperatorio, operación proyectada, operación realizada, hallazgos transoperatorios, complicaciones postoperatorias, reporte histopatológico, tratamiento adyuvante (QT, RT) con ciclos y dosis respectivamente, tratamiento paliativo, número de citas a la consulta externa con fecha de la última.

**TIPO DE ESTUDIO:** Retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo.

Se encontraron los nombres de 54 pacientes en la forma 4 30 27 y en la libreta de programación de cirugía con diagnóstico de cáncer vesicular, de los cuales solo se localizaron 21 expedientes en el archivo clínico, de estos se excluyeron 4 por no corresponder a diagnóstico obteniendo un total de 17 pacientes para su análisis, de los cuales 5 fueron del sexo masculino (29.41%) y 12 del sexo femenino (70.58%), con un rango de edad promedio de 57.6 años, relación hombre mujer de 1:2.4.

De acuerdo a la distribución por grupos etarios se encontró una mayor incidencia en el grupo de edad de 71 a 75 años correspondiendo al 23.52%.

Los datos clínicos que se encontraron fueron dolor en 17 pacientes (100%), pérdida de peso en 15 pacientes (88.22%), ictericia en 13 pacientes (76.47) y fiebre en 1 paciente (5.8%). El dolor en cuanto a tiempo de evolución se encontró en dos pacientes fue mayor de 2 años, en 2 pacientes se encontró entre 1 y dos años, en 1 paciente de 1 año, en 12 pacientes el dolor tuvo una duración entre 1 y 4 meses; y en dos pacientes fué menor a 30 días.

En cuanto a estudios de gabinete se realizó USG en los 17 pacientes encontrando litiasis en 9 pacientes (52.94%), en 2 pacientes encontrando litiasis en 9 pacientes (52.94%), en 2 pacientes vesícula escleroatrófica (11.6%), 6 pacientes con tumor (35.29%), 2 pacientes con coledocolitiasis (11.76%) y 2 pacientes con dilatación de la vía biliar (11.76%).

Igualmente se realizó TAC en 5 pacientes con los siguientes hallazgos: tumor en 4 pacientes (23.52%), metástasis hepáticas en 4 pacientes (23.52%) y adenopatía retroperitoneal en 1 paciente (5.8%).

Se realizó Colangiografía percutánea en 1 paciente (5.8%) encontrando como hallazgo dilatación de la vía biliar extrahepática y neoplasia de la vesícula biliar. También se realizó Colangioáncreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) en 3 pacientes (17.64%) en 1 de ellos se encontró disfunción del esfínter de

Oddi, en otro estenosis de la unión hepático-colédoco y en otro se reportó como probable Cade hilio hepático.

En 1 paciente se realizó Endoscopia encontrando estenosis duodenal.

En cuanto al diagnóstico preoperatorio 9 pacientes se metieron con diagnóstico preoperatorio 9 pacientes se metieron con diagnóstico de Ca de Vesícula (52.94%, 5 (29.41%) con Ca de vías biliares, 1 (5.8%) con Colecistitis crónica litiásica, 1 con Coledocolitiasis y 1 (otros).

En 12 pacientes (70.58%) hubo diagnóstico postoperatorio de Cade vesícula, en 2 (11.76%) Ca de vesícula + mets hepáticas y en 3 (17.64%) se encontró Ca vesícula más invasión a otros órganos.

Las operaciones efectuadas fueron las siguientes: Laparotomía exploradora biopsia y derivación externa en 5 pacientes (29.41%), laparotomía exploradora y biopsia hepática en 5 pacientes (29.41%) colecistectomía + resección en cuña y derivación interna en 1 paciente (5.8%), colecistectomía + resección de los segmentos IV y V con hemicolectomía derecha y gastrectomía subtotal en 1 paciente, colecistectomía + biopsia hepática en 1 paciente, laparotomía exploradora y biopsia de ganglio cístico en 1 paciente, laparotomía exploradora biopsia de vesícula esplenectomía y fenolización del plexo celiaco en 1 pacientes (5.8%), laparotomía exploradora en 1 paciente y procedimiento de Whipple en 1 paciente.

Los hallazgos transoperatorios fueron tumor infiltrado la vesícula biliar en 4 pacientes (23.52%), vesícula con infiltración duodenal en 1 paciente (5.8%), tumor vesicular con infiltración e invasión a duodeno y colon en 1 paciente (5.8%), tumor vesicular con metástasis hepáticas en 8 pacientes (47.05%), vesícula escleroatrófica más metástasis hepáticas en 1 paciente, picolecisto en 1 paciente, tumor infiltrado la vía biliar más metástasis hepáticas, en 1 paciente y tumor infiltrando duodeno + vía biliar en otro paciente.

Las complicaciones postoperatorias fueron fístula biliar en 1 paciente, en otro paciente fístula enterocutánea, dos pacientes con falla respiratoria, 1 paciente con sepsis, otro paciente con encefalopatía, 1 paciente con sangrado de tubo digestivo alto y acidosis metabólica en otro paciente.

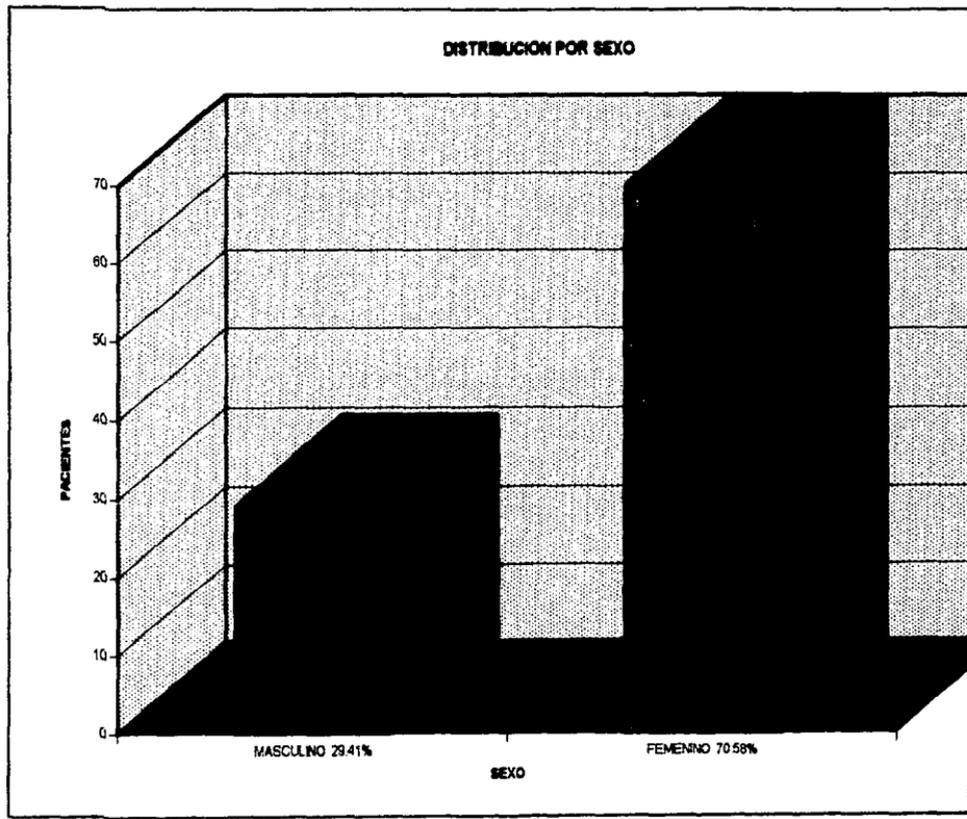
De acuerdo a la clasificación de Nevin encontramos 1 paciente en estadio I de Nevin, 2 pacientes en estadio III, 1 paciente en estadio IV y 13 pacientes en estadio V de Nevin.

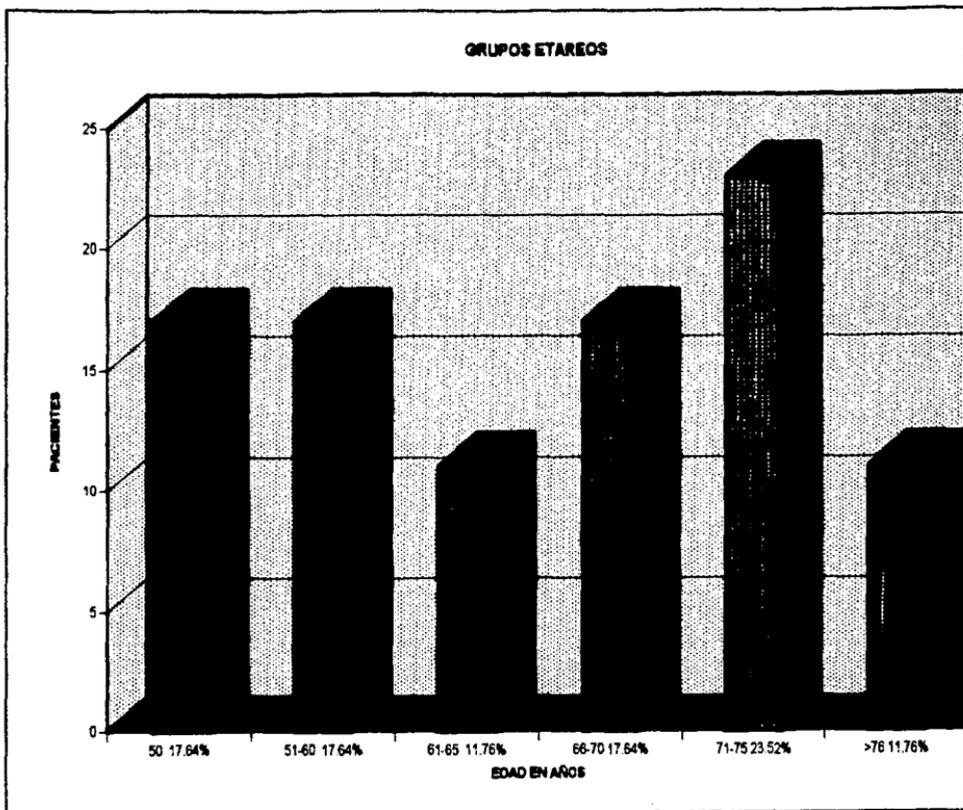
Con respecto a la clasificación de la UICC (International Union Against Cancer) se encontraron 2 pacientes con estadio T2, 1 en estadio T3, 14 en T4, y 2 pacientes en N1.

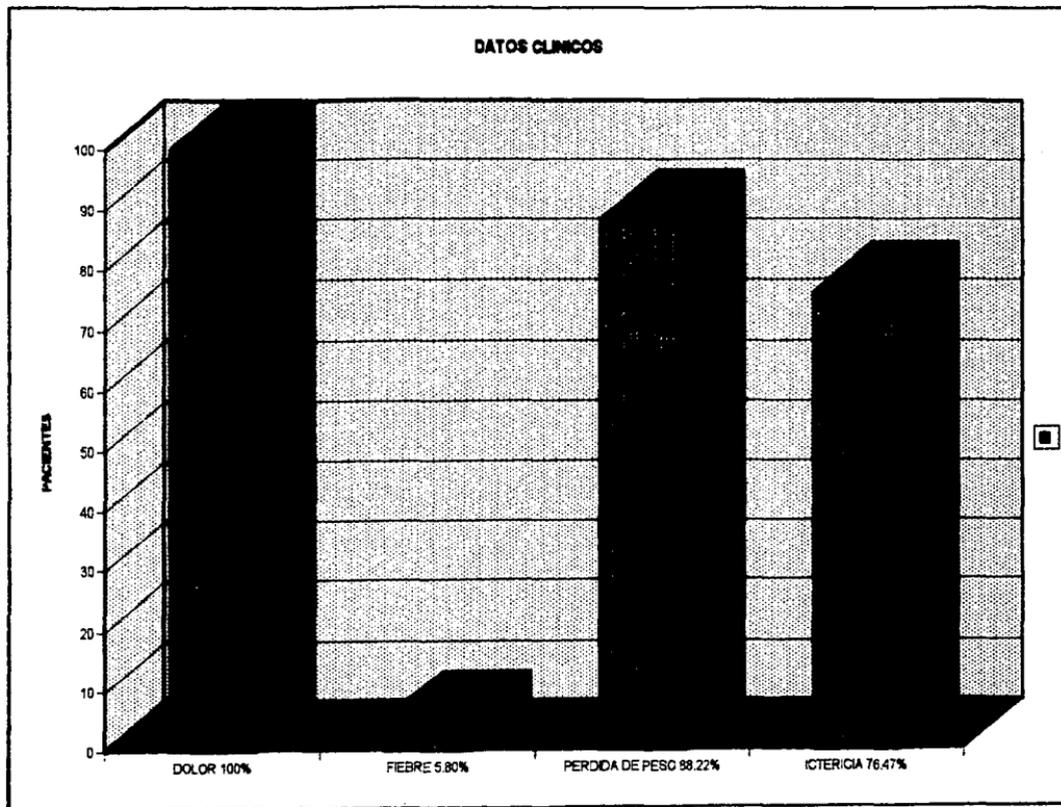
Desde el punto de vista histológico 5 se trataron de Adenocarcinomas bien diferenciados (29.41%), 6 de adenocarcinomas moderadamente diferenciados (35.29%) y 6 de Adenocarcinomas indiferenciados (35.39%). Seis pacientes recibieron QT adyuvante, 3 de ellos recibieron 1 ciclo, un paciente 1 ciclo y 2 paciente 3 ciclos con 5 (fu).

En cuanto a la sobrevida los tratamiento quirúrgicos que ofrecieron mejores resultados fueron el Whipple con una sobrevida de 10 meses en 1 paciente y la colecistectomía con resección en cuña + derivación interna con una sobrevida de 7 meses en otro paciente; siendo los otros procedimientos quirúrgicos únicamente paliativos.

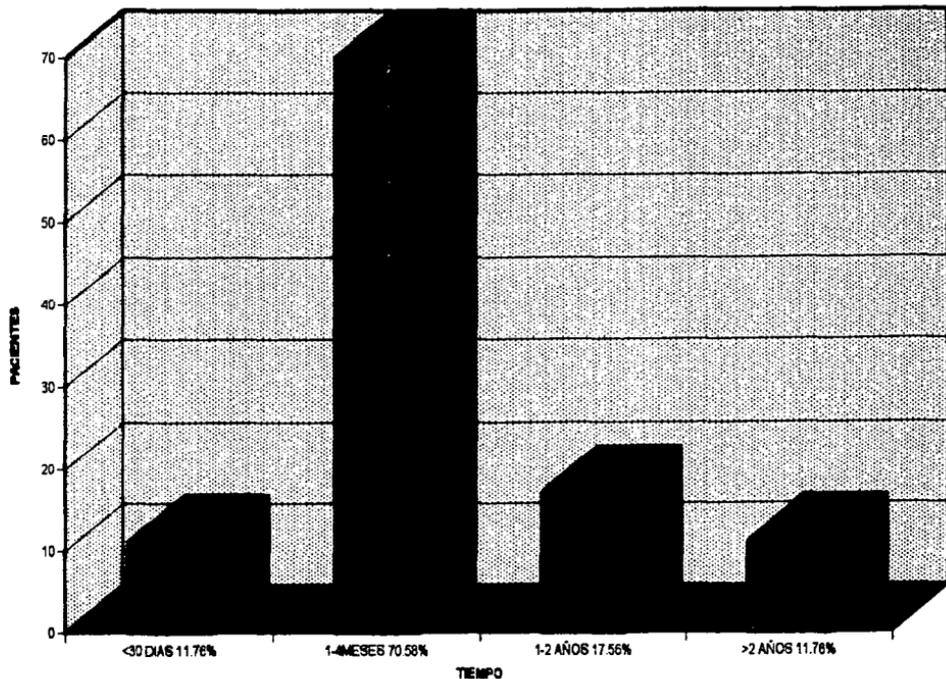
De tal manera podemos concluir que el cáncer de vesícula biliar es una enfermedad altamente letal con invasión rápidamente progresiva tal y como se demuestra en nuestro estudio cuyos resultados del mismo se apegan a lo descrito en la literatura mundial, observando que si realizamos un tratamiento quirúrgico agresivo ofrece mejores resultados en cuanto a sobrevida. Por lo anterior es necesario realizar detecciones de enfermedad temprana con el objeto de poder ofrecer tratamiento con intención curativa, ya que técnicamente tenemos el recurso, lo necesario solo es el paciente ideal.



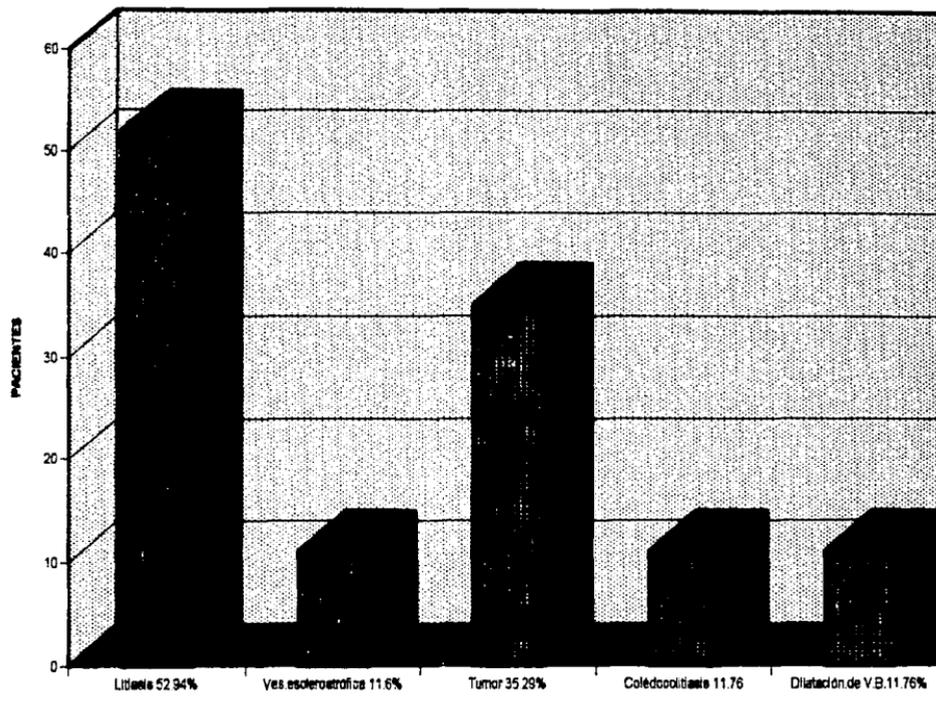




### DOLOR TIEMPO DE EVOLUCION



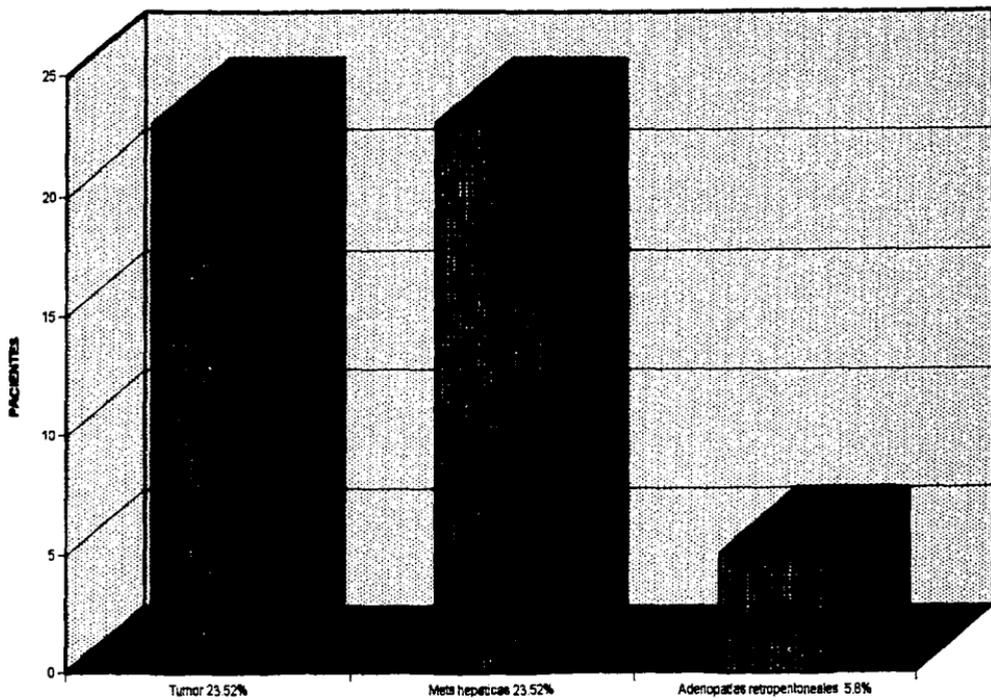
### ULTRASONIDO HALLAZGOS



38

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### TAC HALLAZGOS



## **COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA**

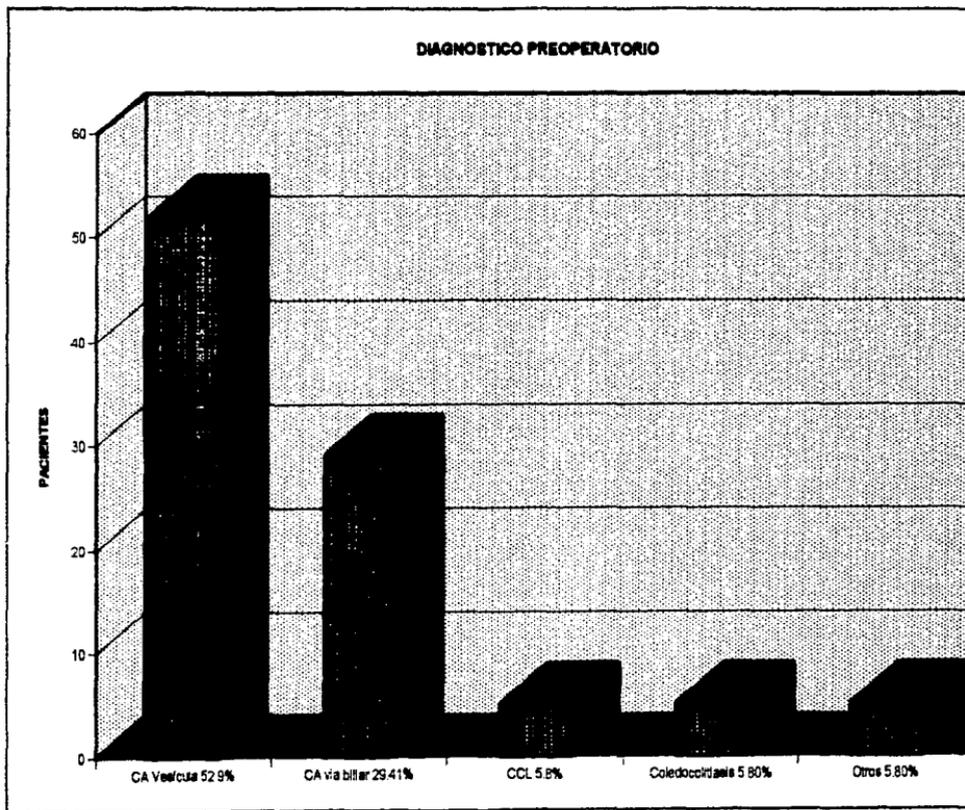
### **HALLAZGOS:**

- \*\* DILATACION DE LA VIA BILIAR  
EXTRAHEPATICA**
  
- \*\* NEOPLASIA DE VESICULA  
BILIAR**

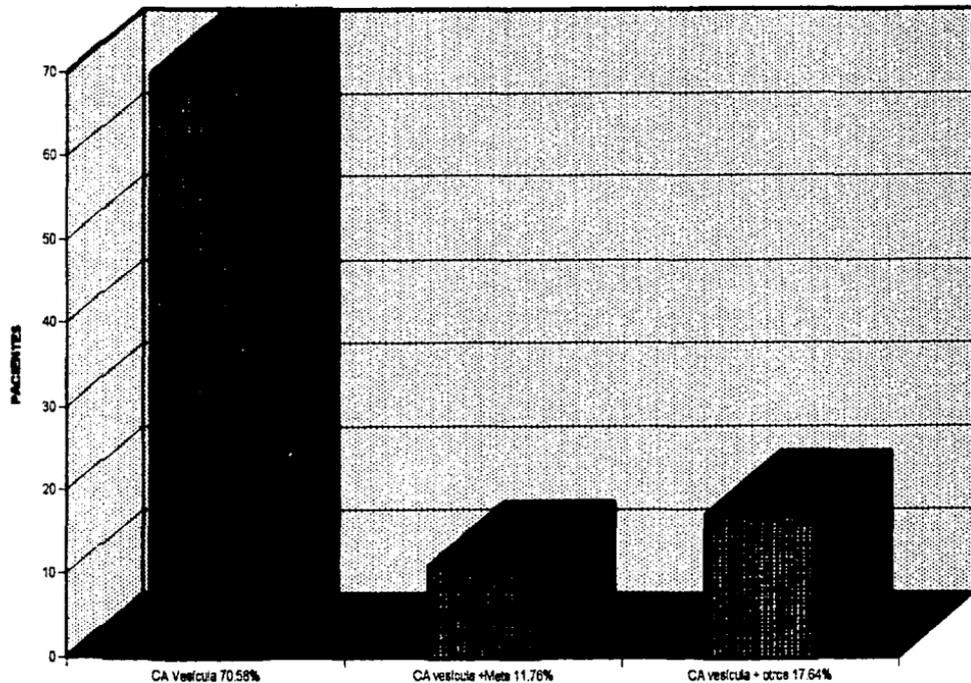
**COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETRO-  
GRADA ENDOSCOPICA  
( CPRE )**

**HALLAZGOS.**

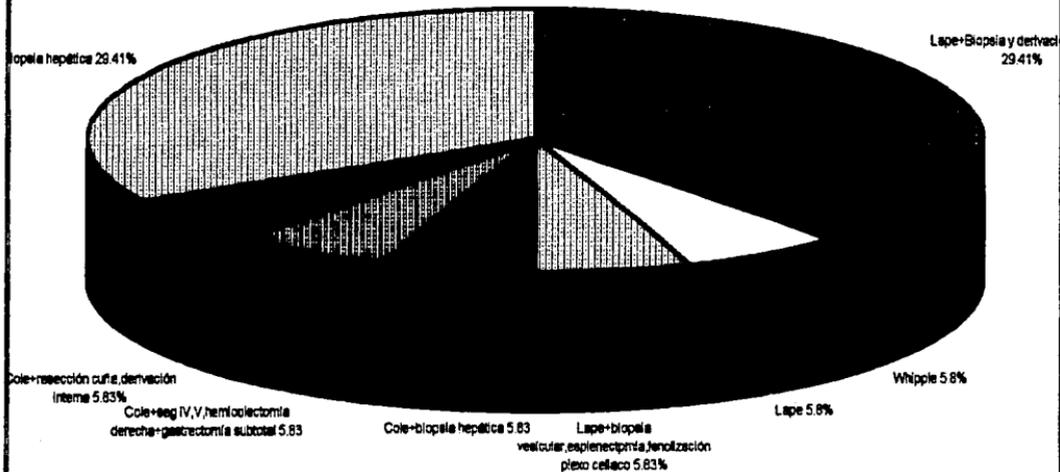
- \* Disfunción del esfínter de ODDI**
- \* Estenosis de la unión hepática colédoco**
- \* Probable CA del Hilio Hepático**



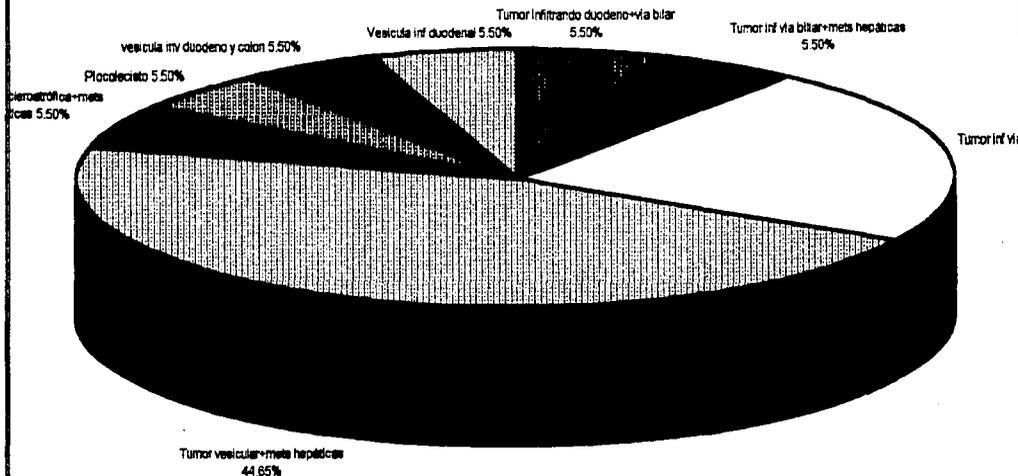
### DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO



### OPERACION EFECTUADA



### HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS



45

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

<b>COMPLICACION</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Fistula biliar</b>	<b>5.80 %</b>
<b>Falla respiratoria</b>	<b>11.76 %</b>
<b>Sépsis</b>	<b>5.80 %</b>
<b>Encefalopatía</b>	<b>5.80 %</b>
<b>S.T.D.A.</b>	<b>5.80%</b>

## CLASIFICACION DE NEVIN .

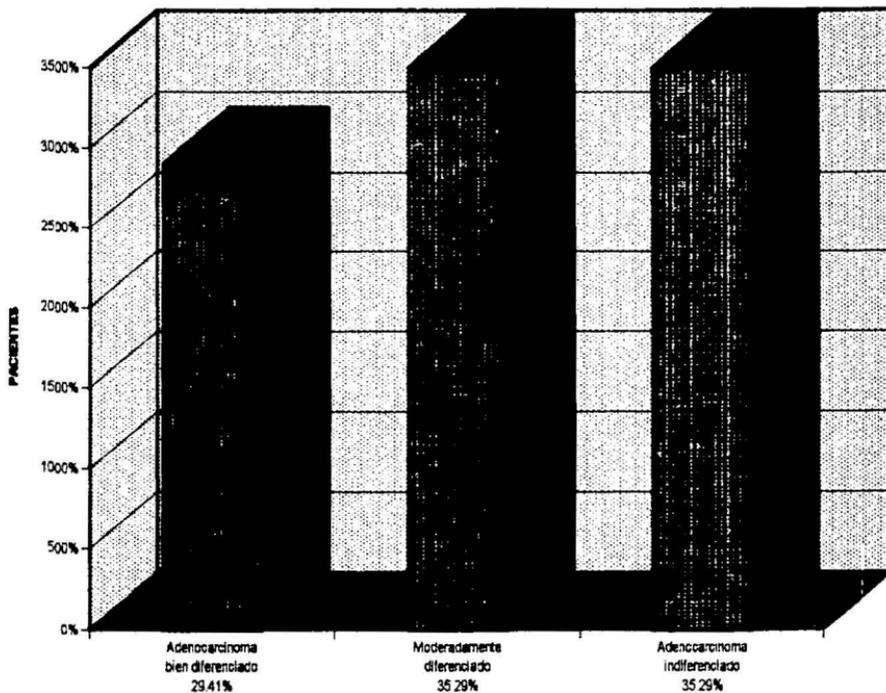
ESTADIO	PACIENTES	PORCENTAJE
I	1	5.8 %
II	2	11.76 %
III	1	5.8 %
IV	13	76.47 %

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

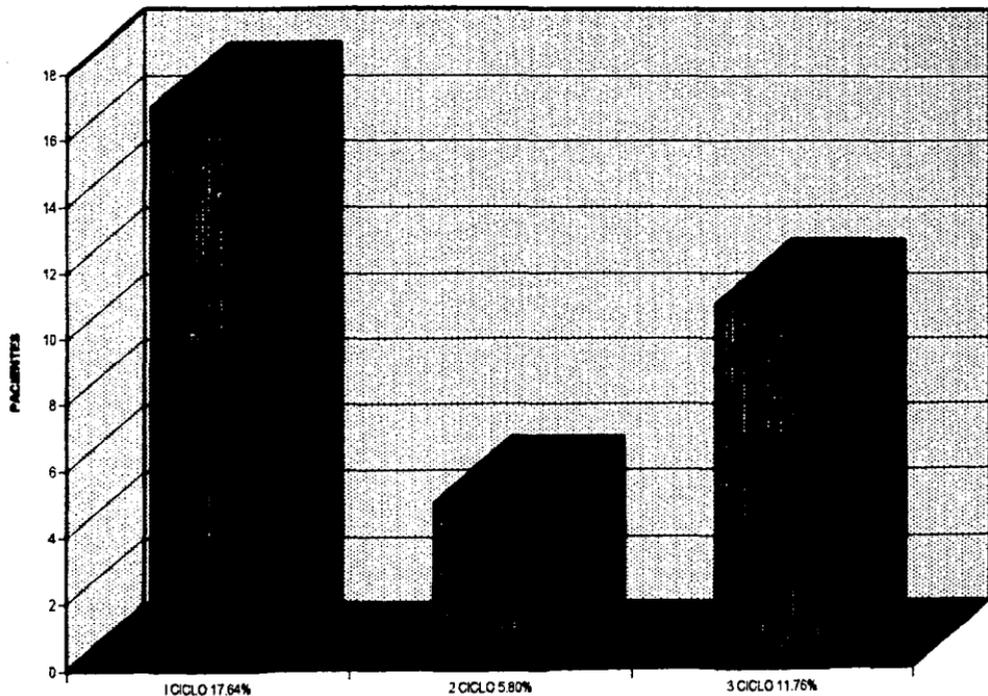
## **CLASIFICACION DE LA U.I.C.C.**

<b>ESTADIO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>T2</b>	<b>2</b>	<b>11.76 %</b>
<b>T3</b>	<b>1</b>	<b>5.8 %</b>
<b>T4</b>	<b>14</b>	<b>82.3 %</b>
<b>N1</b>	<b>2</b>	<b>11.76 %</b>

REPORTE HISTOPATOLOGICO



TRATAMIENTO ADYUVANTE "QUIMOTERAPIA"

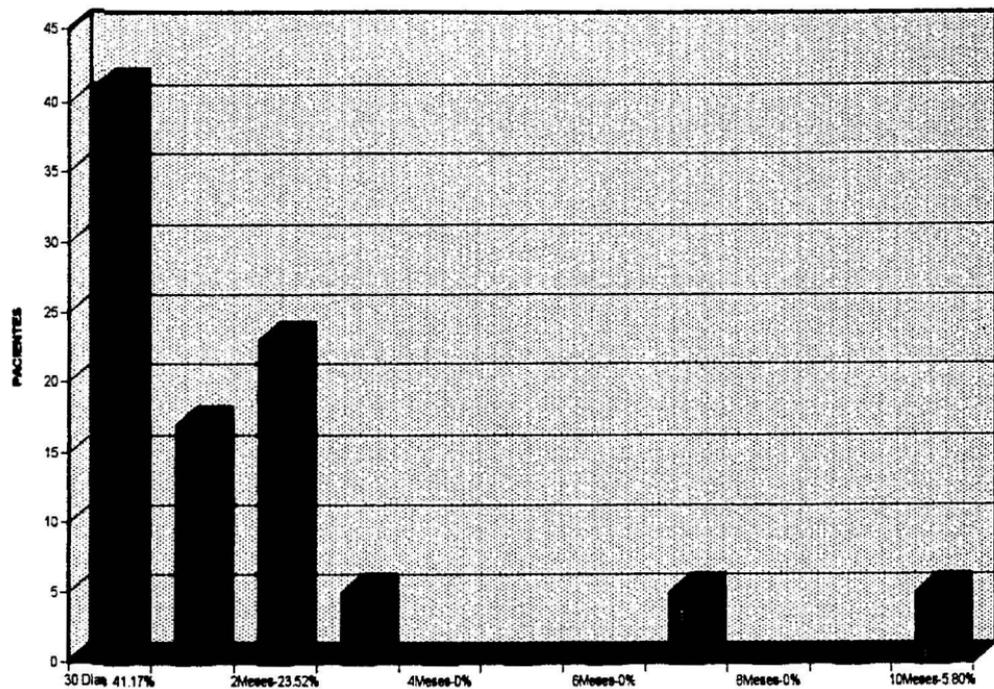


50

PACIENTES

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# SOBREVIDA



51

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CONCLUSIONES.**

1. El cáncer vesicular ocupa el quinto lugar de las neoplasias del tubo digestivo.
2. Detección de enfermedad temprana.
3. Carcinoma de vesícula biliar invasivo y letal.
4. El tratamiento quirúrgico agresivo eleva la sobrevida.
5. Técnicamente contamos con el recurso.
6. Paciente ideal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Lord Smith Of Marlow, Dame Sheila Sherlock CIRUGÍA DE LA VESICULA BILIAR Y VÍAS BILIARES. Edit. SALVAT 1985 Pp. 401-443
- 2.- Adson Martín, Surg. Clin. North America Oct. 1973 53 (5) pp 1203-15.
- 3.- Nevin, Et. Al. CARCINOMA OF THE GALLBLANDDER. Stating. Treatment And Prognosis Cancer Jan. 1976 Vol. 37, Pp. 141-148
- 4.- John W. Roberts, Sthephen F. Daugherty CANCER PRIMARIO VESICULAR. Clínicas Quirúrgicas De Norteamérica Vol. 4, 1986 Pp. 763-69
- 5.- Diehl A.K. CANCER EPIDEMIOLOGY OF GALLBLANDDER. Cancer Inst. Vol. 65 Pp. 1209-1280
- 6.- Ignacio W. Witsuba Et. Al. ALLELE - SPECIFIC MUTATION IN THE PATHOGENESIS OF ENDEMIC GALLBLADDER CARCINOMA IN CHILE. Cancer Res Jun. 1995 15:55 (12) Pp. 2511-15
- 7.- Resa Et. Al. PRIMARY CARCINOMA OF THE GALLBLADDER Br. J. Surg. 1994 Vol. 81 (1) Pp. 111
- 8.- De Aretxabala Et. Al. GALLBLANDDER CANCER IN PATIENTS LESS THAT 40 YEARS OLD Br. J. Surg. Jan 1994, Vol. 81 (1) Pp. 111
- 9.- Murray B. Resnick, Et. Al. MULTIFOCAL ADENOGARCINOMA IN SITU WITH UNDERLYING TUMOR OF THE GALLBLADDER. Arch. Pathol. Lab. Med. Sep. 1994, Vol. 118 (9) Pp. 933-4

- 10.- Masami Yamamoto Et. Al. ENDOCRINE CELL CARCINOMA (CARCINOID) OF THE GALLBLANDDER. Am. J. Surg. Pathol. Apr. 1989, Vol. 13 (4) Pp. 292-302
- 11.- Ann K Johnstone, Robert H. Zuch, And Anders Karl OAT CEL CARCINOMA OF THE GALLBLADDER. Arch. Pathol. Lab. Med. Oct. 1993, Vol (117) Pp. 1009-12
- 12.- Kazuyoshi, Nishihara Et. Al. SMALL-CELL CARCIOMA COMBINED WITH ADENOCARCINOMA OF THE CALLBLADDER. Arch. Pathol. Lab. Med. Feb. 1994, Vol 118 (2) Pp. 177-81
- 13.- Lopez E. Gloria Et. Al. GARCINOSARCOMA OF THE GALLBLADDER. REPORT OF A CASE J. Surg. Oncol. Aug. 1985, Vol. 29 (4) 224-26
- 14.- Donald. Earl Henson Et. Al. CARCINOSARCOMA OF THE GALLBLADDER HISTOLOGIC TYPES STAGE OF DISEASE, GRADE, AND SURVIVAL RATES Sep. 15, 1993 Vol. 70 (6) Pp. 1493-97
- 15.- Springer-Verlag ATLAS TNM Guía Ilustrada De La Clasificación TNM (pTNM) De Los Tumores Malignos De La Uicc, 3a. Edic. 1992 Pp. 112-118
- 16.- Shirai, Et. Al. RADICAL SURGERY FOR GALLBLADDER CARCINOMA. Longs Term Results Ann. Surg. Nov. 1992 Vol. 216 (5) Pp. 565-9
- 17.- Pierre Cubertafond, Et. Al. SURGICAL TREATMENT OF 724 CARCINOMAS OF THE GALLBLANDDER. Ann. Surg. March.1994 Vol. 219 (3) Pp. 275-80

18.- Satushi Nakamura Et. Al.  
HEPATOPANCREATODUODENECTOMY FOR ADVANCED  
GALLBLANDDER GARCINOMA Arch. Surg. Jun. 1994 Vol. 129 (6) Pp.  
625-29

19.- Ouchi Et. Al. SURVIVAL AFETER SURGERY FOR CANCER OF  
THE GALLBLADDER Br. J. Surg. Apr. 1994 Vol. 8 1 1655-57

20.- Yoshio Shiral Et. Al. INAPAPRENT GARCIONA OF THE  
GALLBLADDER. An Apraisal Of A Radical Second Operation After  
Simple Colectectomy Ann. Surg. Apr. 1992 Pp. 329-31

21.- Saxena Et. Al. A TRIPLE BYPASS PROCEDURE FOR  
ADVANCED GARCINOMA OF THE GALLBLADDER NEXK Br. J. Surg  
March 1995, Vol. 82 (3) Pp. 394-5

22.- Jean Francoise Bosset Et. Al. PRIMARY CARCINOMA OF THE  
GALLBLADDER ADJUVANT POSTOPERATIVE EXTERNAL  
IRRADIATION Cancer Nov. 1989 Vol. 64 Pp. 1843-47

TESIS CON  
TITULO DE ORIGEN