

11209
236
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO

ISSSTE

HOSPITAL GENERAL "FERNANDO QUIROZ"

CIRUGÍA GENERAL

TESIS:

FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA
SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE
VESÍCULA BILIAR

AUTOR:

DR. CARLOS DAVID SILVA SERRANO
MEDICO RESIDENTE DE 4º GRADO DE CIRUGÍA GENERAL

ASESOR:

DR. IGNACIO MEJIA ESGUERRA
MEDICO ADSCRITO DE CIRUGÍA GENERAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEPTIEMBRE DEL 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

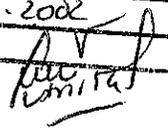
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

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

NOMBRE: CARLOS DAVID SILVA
SERRANO

FECHA: 14-X-2002

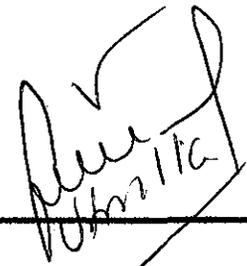
FIRMA: 

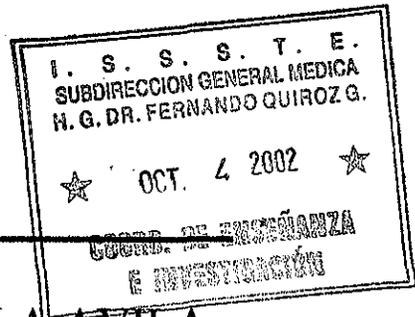
DR. IGNACIO MEJIA ESGUERRA
ASESOR



DR. JAIME SOTO AMARO
COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL







DR. MANUEL DE J. UTRILLA AVILA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
MATERIAL Y METODO.....	9
RESULTADOS.....	9
TABLA1.....	9
TABLA 2.....	10
TABLA 3.....	11
CONCLUSIÓN.....	13
GRAFICAS.....	14
BIBLIOGRAFÍA.....	22

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1950-1951

FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DÍAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA

SUMMARY

INTRODUCTION.- The lesion malignant more common of the tract biliary is the cancer of gallbladder, although rarely frequently and occupy the fifth place of the cancer of the tract digestive, to mistake inside of the diagnosis in patients with pathology biliary.

OBJECTIVE.- Know the facts clinics and paraclinics for the diagnosis suspicious of the gallbladder cancer, its incidence in H.G. Fernando Quiroz as soon management and evolution

MATERIAL AND METHOD.- request retrospectly all the patient mayor of 50 years with histopatology diagnosis of gallbladder cancer in a period of 1999 – 2002 request clinics and paraclinics facts, laboratory, USG, surgical discovery and follow.

RESULT.- 10 patient was obtenied, 80% are females and 20% males, 70% was hospitalization for cholecystitis acute and 30% for jaundice. The result of laboratory more important was the elevation of alkaline phosphatasa in a 70 % , for USG 80% have litiasis and 60% present gallbladder embed in the surgical discovery. In the follow to 6 months only 30% are life.

CONCLUSION.- All patients mayor of 50 years with fact clinics of cholecystitis acute corroborred for USG and alkaline phosphatasa elevated are suspicious of probably cancer of gallbladder and will be protocolize to offer the management suitable and no affect his quality of life.

Key words: Gallblader cancer, alkaline phosphatasa, cholecystitis acute.



FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

INTRODUCCIÓN

La lesión maligna más común de las vías biliares es el cáncer primario de la vesícula biliar, fue descrita por primera vez por DeStoll en 1777, la primera resección hepática para su tratamiento fue realizada por Keen en 1891 y la asociación entre este cáncer y los cálculos biliares la estableció Mayo en 1903. Este cáncer ocupa el 5to lugar de los cánceres de la vía digestiva. En los Estados Unidos la presentación de este es de 2.5 por cada 100 000 habitantes, y en 1936 murieron aprox. 6500 estadounidenses a causa de este cáncer. Cerca de 0.55% de todas las necropsias presentan un cáncer de vesícula. Para los cirujanos es muy importante recordar que se encontraran con un cáncer de vesícula biliar en un 1 a 2 % de todas sus cirugías de vías biliares. En cuanto al origen racial, el cáncer de VB ocurre seis veces con mayor frecuencia en los indios estadounidenses del suroeste que en la población no india, además los japoneses que radican en Estados Unidos tienen las tasas más elevadas de cáncer de VB que otras poblaciones. Este cáncer ocurre más frecuentemente en mujeres con una proporción de 3:1, y se aumenta considerablemente en frecuencia con el paso de la edad, la edad media de esta es de 65.2 años con una incidencia más elevada entre el séptimo y octavo decenios de la vida.

A pesar de aun no dilucidarse la causa de este cáncer, hay diversos factores asociados a este padecimiento por ejemplo:

Tres cuartas partes de los pacientes que tienen el diagnóstico de CA experimentan colélitiasis, lo que sugieren de forma importante que los litos son causantes de esta enfermedad sin embargo ese cuarto de pacientes sin litos no hacen concluyente esa teoría, más aún esos sujetos pueden presentar cálculos biliares asintomático durante 10 a 25 años sin desarrollar cáncer de VB. Los estudios de necropsia revelan una incidencia de cáncer de VB del 1 a 3 % en los pacientes con colelitiasis. En los sujetos mayores con cálculos biliares, el riesgo acumulativo estimado a 20 años de esta neoplasia varía entre 0.13% en los varones negros y 1.5% en las mujeres indias. Por tanto aunque queda claro que puede haber una incidencia incrementada de cálculos biliares en pacientes con cáncer de VB, no se ha podido establecer una relación causal definida entre litos y cáncer. Los pacientes que presentan vesículas calcificadas experimentan también una incidencia elevada de cáncer de VB acompañante.

Los estudios en animales sugieren que los carcinógenos como el metilcolantreno pueden producir carcinoma de vesícula biliar, así como la administración de otras sustancias como o-aminoazotolueno o nitrosaminas. La incidencia de cáncer de VB y los trabajadores de caucho sugiere un enlace entre este cáncer y factores ocupacionales.

Sigue sin aclararse la función de las neoplasias benignas de la VB en el desarrollo de cáncer de ésta. Aunque se produce carcinoma in situ en los pólipos vesiculares benignos aun es incierta la función en el desarrollo de la VB. Yamagiwa y Tomiyama estudiaron 1000 VB y encontraron metaplasia intestinal en 4% de las VB sin cálculos y en 30.6 % de las que los

FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

contenían. Además, se produjo metaplasia a tasas de 69.8 % en los casos de displasia y de 61.1% en los de carcinoma de la VB. Se encontraron entre mezclados displasia y adenoma en el tejido tumoral a una tasa de 22.2% y 8.3% en los 33 casos de carcinoma de VB. En otro estudio efectuando con 2027 VB uno de dichos investigadores encontró displasia aislada en 42 de los casos. Decidió sugerir que puede ser importante la secuencia entre metaplasia intestinal y displasia y por último carcinoma para la génesis de cáncer de la VB. Diversos autores se han preguntado si la unión ductal pancreatobiliar anómala se acompaña de desarrollo de cáncer o desempeña una función en este fenómeno. Kimura y otros estudiaron 96 pacientes de cáncer de VB en los cuales la colangiografía opaco de manera definida la unión ductal pancreatobiliar y el colédoco. Además, estudiaron 75 individuos con una unión anómala de estos 2 sistemas de conductos a una distancia mayor de 15 mm a partir de la ámpula de Vater. Esta unión ductal anómala sucedió en 16.7% de las personas de cáncer de VB en comparación con 2.8% de 641 pacientes con enfermedades hepatobiliares y pancreáticas que no presentaban dicho carcinoma. Estos investigadores observaron que ocurría carcinoma de la VB 25% de los 65 casos de unión ductal anómala en comparación con una incidencia de 1.9% de este cáncer entre 635 sujetos en los que se encontró una unión ductal normal.

El carcinoma de la VB suele producir engrosamiento difuso de la pared del órgano, por lo general en el fondo y el proceso tiende a infiltrar los tejidos circundantes. En ocasiones se proyectan tumores polipoides o papilares hacia la luz.

Los tipos histológicos de cáncer de VVB son en orden decreciente por frecuencia son:

Adenocarcinoma, carcinoma indiferenciado, carcinoma escamoso, adenoacantoma y carcinoma in situ. Otras lesiones malignas que ocurren rara vez en la VB son tumores carcinoides, y melanomas malignos.

En cuanto a su diseminación se observó que era a través del sistema linfático vascular, neural, intraperitoneal, intraductal y por extensión directa. La linfa de la VB drena desde los plexos intramurales hacia los ganglios linfáticos situados a lo largo de la trayectoria del sistema de conductos biliares, hasta llegar a los ganglios pancreatoduodenales superiores y posteriores y a continuación hacia la cadena periaortica. Por tanto, la linfa que drena desde la VB pasa principalmente por una región situada a lo largo del lado derecho del colédoco. Aparecen metástasis ganglionares tempranas desde la VB en el ganglio del conducto cístico y en los ganglios pericoleductales y más tarde aparecen metástasis en los ganglios periaórticos. La incidencia de metástasis en ganglios por cáncer de VB en el momento de la valoración varían entre 25 y 75%. La sangre venosa de la VB drena en el cuarto segmento del hígado mediante venas comunicantes cortas o venas que acompañan a los conductos extrahepáticos hacia el hígado. Este drenaje explica las metástasis localizadas iniciales del cáncer de VB en el hígado junto a la vesícula, en vez de que ocurran en sitios hepáticos distantes. También se han demostrado la invasión microscópica de las venas en 13.9% de los casos. Los tumores pueden diseminarse por vía intraperitoneal y producir invasión local



FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

de hígado, estómago, duodeno, colon o pared abdominal y formación ocasional de fistulas. Sin embargo, son poco comunes las metástasis intraperitoneales diseminadas desde un carcinoma de la VB. Los cánceres de ésta pueden diseminarse por vía intraductal y su conducta es característica de las lesiones malignas papilares.

El carcinoma de la VB produce síntomas que consisten, en orden decreciente de frecuencia, en dolor, náuseas, vómitos, pérdida de peso e ictericia. Piehler organizó en su revisión 5 síndromes clínicos con los síntomas inespecíficos de VB y éstos son:

- a) Colecistitis aguda: Algunos pacientes con carcinoma de VB tienen antecedentes breves de dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen con náuseas, vomito, fiebre e hipersensibilidad, todo lo cual sugiere colecistitis aguda. Cerca del 1% de los pacientes operados por ésta tendrán carcinoma de la VB. Los individuos con este síndrome experimentan una etapa más temprana del carcinoma con mayor incidencia de resecabilidad y supervivencia más prolongada.
- b) Colecistitis crónica: Una gran cantidad de pacientes con cáncer de la VB presentan un cuadro indistinguible de la colecistitis crónica.
- c) Enfermedad biliar: Los pacientes de este grupo tienen síntomas de enfermedad maligna de las vías biliares, como ictericia, pérdida de peso, debilidad generalizada y dolor en cuadrante superior del abdomen. Estos pacientes presentan una enfermedad muy avanzada.
- d) Signos de tumor maligno fuera de las vías biliares: En los pacientes de éste grupo se encuentran síntomas inespecíficos, como anorexia, pérdida de peso, debilidad y formación interna de fistulas e invasión de los órganos adyacentes. La mayoría de estos pacientes experimentan una enfermedad que no puede tratarse ya.
- e) Manifestaciones benignas fuera de las vías biliares: En poca frecuencia hay pacientes que presentan un síndrome que sugiere otra patología, como hemorragia gastrointestinal u obstrucción de la parte alta de las vías digestivas. Muchos de estos pacientes experimenta ictericia.

La mayoría de los pacientes de carcinoma de la VB tendrá cálculos biliares no radiopacos en la colecistografía oral y en los casos de opacamiento éste será deficiente. Hace menos tiempo se recurrió a la colecistografía oral en menor grado a causa del advenimiento de la USG la cual puede ayudar mucho al diagnóstico del cáncer de la VB. Soiva y colaboradores observaron 40 cánceres de VB en un estudio de 40 000 enfermos, de los casos malignos, 30, o sea 75%, se diagnosticaron mediante estudio ultrasonográfico. Son diversos los patrones ultrasonográficos para auxiliar en el diagnóstico del cáncer de VB:

- 1.- Tumoración compleja que llena la luz vesicular (15 pacientes)
2. - Engrosamiento notable de la pared (9 pacientes)
3. - Tumor polipoide o con forma de hongo (6 pacientes).

Diez de los cánceres de VB pasaron inadvertidos al principio de la exploración ultrasónica. Mas aun, se informaron diagnósticos positivos falsos de cáncer de VB en 25 individuos,



FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

diferentes estudios en la actualidad han demostrado que la ultrasonografía ha fomentado la identificación temprana del carcinoma de VB, mejorando con esto la tasa de resecabilidad y de forma directa el pronóstico de los pacientes. Otro estudio con un mayor grado de precisión diagnóstica es la angiografía selectiva y suele revelar el encerramiento de los vasos sanguíneos o la neovascularización, fenómenos ambos que sugieren el diagnóstico. Sin embargo, la mayor parte de los cánceres de VB que se diagnostican antes de la operación mediante la angiografía han sido irreseccables. Aunque la angiografía estableció el diagnóstico, se obtuvieron arteriografías con muy poca frecuencia en sujetos con cáncer de VB.

Durante los últimos años, ha crecido el interés por la aspiración percutánea con aguja para el citodiagnóstico preoperatorio; se han informado casos en los que se estableció el diagnóstico de cáncer de VB con dicha técnica. En un estudio de cánceres identificados de manera sonográfica, fueron positivas 100% de las biopsias con aguja fina.

La introducción y el desarrollo de la ultrasonografía, la TAC y la iconografía de resonancia magnética ofrecieron esperanzas de mejorar la precisión del diagnóstico de cáncer de vesícula y, lo que quizá es más importante, de que este diagnóstico sea más oportuno. Antes de que aparecieran el ultrasonido y la TAC se establecía un diagnóstico preoperatorio preciso con una frecuencia de solo 8.6% o menos en los pacientes de carcinoma de vesícula biliar. Aunque las colangiografías transhepáticas percutáneas pueden revelar pruebas definitivas de obstrucción ductal biliar, estas pruebas no permiten un diagnóstico claro de este cáncer. De esta manera semejante, la CPRE (Colangiopancreatografía endoscópica retrograda) puede descubrir pruebas definitivas de obstrucción de los conductos biliares extrahepáticos, pero no llegar al diagnóstico definitivo.

ESTADIFICACION TNM PARA EL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

	TUMOR	GANGLIOS	METASTASIS	% SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS POSTQX
ESTADIO 0	T1S	N0	M0	100%
ESTADIO I	T1	N0	M0	85%
ESTADIO II	T2	N0	M0	25-65%
ESTADIO III	T1-2	N1	M0	10%
	T3	N0-1	M0	
ESTADIO IV	T1-4	N2	M0	2%
	T1-4	N0-2	M1	



FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

Todas las vesículas biliares resecaadas durante la colecistectomía planeada por enfermedad supuestamente benigna deben abrirse en la sala de operaciones para inspeccionar la mucosa. Se envían de inmediato para examen de corte por congelamiento cualquier nódulo o cualquier anomalía de la mucosa sospechosa, y si se establece el diagnostico de carcinoma debe valorarse la profundidad de su penetración. Si la lesión se encuentra confinada a la mucosa, será bastante buena la posibilidad de lograr curación mediante la colecistectomía simple. Sin embargo al haber penetrado la lesión en la pared de la VB, en particular en el lado hepático, será mala la probabilidad de haber erradicado el tumor con la colecistectomía simple, en estos casos, el tratamiento recomendado, además de la colecistectomía, es la resección hepática en cuña adyacente a la fosa de la VB con limites de 3 a 5 cm, además de disección de los ganglios linfáticos regionales consistente en extirpación de todos los ganglios a lo largo del colédoco en la región pancreatoduodenal. Si el examen de patología después de la colecistectomía sistemática simple descubre carcinoma de VB no reconocido durante la operación, y hay pruebas de invasión tumoral mas allá de la mucosa, se recomienda reoperar para terminar la colecistectomía extendida con disección de ganglios linfáticos, en tanto lo permita el estado general medico del paciente. Aunque se ha informado la ejecución de lobectomía hepática derecha para tratar el carcinoma de VB. No se recomienda en general este procedimiento.

Piehler y Crichlow. Después de revisar 16 series, informaron que 12 de los pacientes de carcinoma de VB se sometieron a colecistectomía por carcinoma no sospechado, 16% se sometieron a resección total completa de tumores identificados, y en 72% se efectuaron procedimientos paliativos o biopsia. Los procedimientos realizados en una serie de 87 individuos consistieron en colecistectomía o colecistectomía con resección local del hígado en cuña (34%), colecistectomía con resección regional de ganglios linfáticos (3%), colecistectomía con resección hepática y disección de ganglios linfáticos (0.2%), colecistectomía con resección de tubo digestivo(0.6%), colecistectomía con resección hepática extensa (0.5%), colecistectomía tanto con resección hepática extensa como con disección ganglionar (0.7%), acompañada de desviación gastrointestinal o de vías biliares de tipo paliativo (0.1%), biopsia nada más (13%), procedimientos paliativos no específicos o biopsia nada más (34%), y procedimientos no especificados(13%)

Los resultados del tratamiento del carcinoma de la VB son desalentadores, con una supervivencia global a cinco años de 4.1% y a un año de 11.8%. Se observó una tasa de supervivencia a 5 años de 14.9% en los pacientes cuyos tumores no se identificaron hasta la colecistectomía. Sin embargo, la supervivencia a 5 años fue de 2.9% en los que se sometieron a resección por tumor identificado. La tasa fue de 0.4% en los sometidos a procedimientos paliativos y ninguno de los que se sometió a biopsia sola mas sobrevivió. En caso de resección para lograr la curación, la tasa de supervivencia a cinco años fue de



FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

16.5%. El periodo medio de supervivencia entre los individuos no sometidos a resección varió entre dos y seis meses. Bergdahl informó de 32 individuos que tenían cáncer de VB diagnosticado mediante examen microscópico de las vesículas que se resecaron por supuesta enfermedad benigna. De los 21 sujetos en los que el cáncer afectaba todas las capas de la VB, 30% sobrevivió durante 1 año y todos fallecieron en un plazo de 2.5 años. De las 11 personas con cánceres contiguos a la mucosa, 64% vivió durante 5 años y 45% lo hizo durante 10 años.

Wanebo informó de 100 casos de pacientes tratados con diferentes procedimientos que consistieron en colecistectomías (23 pacientes), colecistectomías con drenaje biliar (17), colecistectomía con resección de lecho hepático (8), y exploración con biopsia o derivación (44). Nada más hubo tres supervivientes a largo plazo: a seis, 11 y 24 años. La supervivencia mediana fue de seis meses en los casos de colecistectomía nada más, de cinco meses en los de colecistectomía y derivación, de 14 meses en los de resección parcial del hígado y de dos meses en caso de laparotomía, derivación o biopsia.

La supervivencia a 5 años fue de 5% después de colecistectomía nada más o con derivación y de 13% después de colecistectomía y resección parcial del hígado.

Nakamura y colaboradores informaron el tratamiento en base de un acceso quirúrgico enérgico, trataron 15 pacientes por medios quirúrgicos y su material incluyó dos pacientes de carcinoma en etapa I y 13 de carcinoma en etapa V. Los dos individuos de etapa I se sometieron a colecistectomía y resección de la porción inferior del 4to y 5to segmentos del hígado, y disección de conductos biliares extrahepáticos y de los ganglios regionales. Las personas con carcinoma en etapa V se sometieron a operaciones agresivas consistentes en diversos tipos de resección del hígado con colecistectomía, resección de los conductos biliares extrahepáticos y disección ganglionar extensa en todos los casos, y reconstrucción de vena porta en tres, pancreatoduodenectomía en tres, colectomía parcial en tres, nefrectomía derecha en uno. Las tasas de mortalidad operatorias y durante la estancia del hospital fueron nulas. Los dos pacientes de enfermedad etapa I estaban vivos un año y cinco meses y cinco años y un mes, respectivamente, después de la operación en el momento de presentarse este informe. Dos de los pacientes en enfermedad fase V se encontraban vivos siete años y cinco meses y ocho años y cuatro meses después. Esta experiencia sugiere que ciertos sujetos tienen supervivencia extendida cuando se somete a tratamiento quirúrgico enérgico.

La quimioterapia no ha sido eficaz en particular en el cáncer de VB. May y sus colaboradores emplearon un régimen consistente en adriamicina, BCNU, y tegafur en un pequeño grupo de pacientes de cáncer de VB y vías biliares, y obtuvieron reacciones en 43% de ellos, aunque la supervivencia mediana de los que reaccionaron fue de solo 11 meses. En algunos informes se sugiere mejoría en los individuos por cáncer de VB después de radioterapia, caracterizada por alivio del dolor y disminución de la ictericia. En una serie de enfermos se observó paliación importante en 92% de los casos después de la radioterapia.



FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

El objetivo del siguiente trabajo es conocer los datos clínicos y paraclínicos para la sospecha diagnóstica del cáncer de vesícula biliar, la incidencia de éste en el Hospital "Fernando Quiroz" así como manejo y evolución. Debido a que la colecistectomía es la cirugía más frecuente en nuestro hospital es importante conocer y sospechar diagnósticos como el de CA de vesícula para poder brindar a los pacientes un mejor pronóstico y calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión retrospectiva en un periodo de tres años (1999-2002), tomando en cuenta a los pacientes mayores de 50 años, su cuadro clínico, laboratorios y USG, los cuales fueron intervenidos y posteriormente diagnosticados como CA de vesícula biliar por patología

RESULTADOS

Se obtuvieron 10 pacientes con diagnóstico de CA de vesícula biliar con los siguientes datos:

Nº	Sexo	Edad	Lab.	USG	Qx	Patología	Seguimiento
1	Fem	82	BT 6.1 BD 4.1 BI 2.0 AST 79 ALT 76 ALP 179	VB engrosada, hígado y colédoco normales Ascitis	VB empotrada Hígado normal	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	Fallecimiento al año
2	Fem	71	BT 8.1 BD 4.6 BI 3.5 AST 98 ALT 76 ALP 242	VB engrosada con litos, hígado normal colédoco dilatado	Piocollecisto Tumoración de VB con afección a colédoco	Adenocarcinoma diferenciado con infiltración a serosa.	Fallecimiento a los 3 meses

FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

El objetivo del siguiente trabajo es conocer los datos clínicos y paraclínicos para la sospecha diagnóstica del cáncer de vesícula biliar, la incidencia de éste en el Hospital "Fernando Quiroz" así como manejo y evolución. Debido a que la colecistectomía es la cirugía más frecuente en nuestro hospital es importante conocer y sospechar diagnósticos como el de CA de vesícula para poder brindar a los pacientes un mejor pronóstico y calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión retrospectiva en un periodo de tres años (1999-2002), tomando en cuenta a los pacientes mayores de 50 años, su cuadro clínico, laboratorios y USG, los cuales fueron intervenidos y posteriormente diagnosticados como CA de vesícula biliar por patología

RESULTADOS

Se obtuvieron 10 pacientes con diagnóstico de CA de vesícula biliar con los siguientes datos:

Nº	Sexo	Edad	Lab.	USG	Qx	Patología	Seguimiento
1	Fem	82	BT 6.1 BD 4.1 BI 2.0 AST 79 ALT 76 ALP 179	VB engrosada, hígado y colédoco normales Ascitis	VB empotrada Hígado normal	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	Fallecimiento al año
2	Fem	71	BT 8.1 BD 4.6 BI 3.5 AST 98 ALT 76 ALP 242	VB engrosada con litos, hígado normal colédoco dilatado	Piocollecisto Tumoración de VB con afección a colédoco	Adenocarcinoma diferenciado con infiltración a serosa.	Fallecimiento a los 3 meses

FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

El objetivo del siguiente trabajo es conocer los datos clínicos y paraclínicos para la sospecha diagnóstica del cáncer de vesícula biliar, la incidencia de éste en el Hospital "Fernando Quiroz" así como manejo y evolución. Debido a que la colecistectomía es la cirugía más frecuente en nuestro hospital es importante conocer y sospechar diagnósticos como el de CA de vesícula para poder brindar a los pacientes un mejor pronóstico y calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión retrospectiva en un periodo de tres años (1999-2002), tomando en cuenta a los pacientes mayores de 50 años, su cuadro clínico, laboratorios y USG, los cuales fueron intervenidos y posteriormente diagnosticados como CA de vesícula biliar por patología

RESULTADOS

Se obtuvieron 10 pacientes con diagnóstico de CA de vesícula biliar con los siguientes datos:

Nº	Sexo	Edad	Lab.	USG	Qx	Patología	Seguimiento
1	Fem	82	BT 6.1 BD 4.1 BI 2.0 AST 79 ALT 76 ALP 179	VB engrosada, hígado y colédoco normales Ascitis	VB empotrada Hígado normal	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	Fallecimiento al año
2	Fem	71	BT 8.1 BD 4.6 BI 3.5 AST 98 ALT 76 ALP 242	VB engrosada con litos, hígado normal colédoco dilatado	Piocollecisto Tumoración de VB con afección a colédoco	Adenocarcinoma diferenciado con infiltración a serosa.	Fallecimiento a los 3 meses

3	Fem	74	BT 9.9 BD 6.3 BI 3.6 AST 64 ALT 64 ALP 299	VB con litos, hígado normal, colédoco dilatado	VB a tensión, empotrada, tumoración a expensas de Hartmann, implantes hepáticos. Colédoco tomado	Adenocarcinoma indiferenciado, implantes hepáticos	Fallecimiento a los 3 meses
4	Masc	50	BT 0.8 BD 0.2 BI 0.6 AST 64 ALT 80 ALP 56	VB engrosada con litos; hígado con parénquima granular. Ascitis.	VB con tumor infiltrado a estómago e hígado. Implantes hepáticos. ascitis	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, metástasis hepáticas	Fallecimiento a las 2 semanas
5	Fem	74	BT 0.7 BD 0.3 BI 0.4 AST 104 ALT 74 ALP 387	VB engrosada, litos y lodo biliar, hígado normal	VB a tensión, fibrosa, empotrada, colédoco engrosado, ganglios presentes	CA papilar moderadamente diferenciado con infiltración a hígado	Fallecimiento a la semana
6	Fem	54	BT 1.0 BD 0.8 BI 0.2 AST 82 ALT 86 ALP 160	VB engrosada, hígado normal	VB empotrada y fibrosa	Adenocarcinoma diferenciado	Actualmente vivo

7	Masc	58	BT 0.4 BD 0.2 BI 0.2 AST 38 ALT 36 ALP 66	VB con litos, hígado normal	VB empotrada	Adenocarcinoma diferenciado	Actualmente vivo
8	Fem	67	BT 1.1 BD 0.5 BI 0.6 AST 17 ALT 22 ALP 111	VB con litos y lesión intravesicular, hígado normal	Tumoración con zonas necróticas infiltrada a hígado y estómago	Adenocarcinoma poco diferenciado	Fallecimiento a las 2 semanas
9	Fem	67	BT 0.5 BD 0.1 BI 0.4 AST 31 ALT 50 ALP 290	VB distendida con litos y lodo biliar. Nodulación hepática	Hidrocole cisto. Ganglios Paracole doscianos	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado Ganglios infiltrados	Fallecimiento a los 3 meses
10	Fem	86	BT 0.7 BD 0.2 BI 0.5 AST 22 ALT 32 ALP 90	VB engrosada con litos y colédoco dilatado	VB indurada, ganglio cístico hipertrófico	Adenocarcinoma indiferenciado, ganglio infiltrado	Actualmente vivo

FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

Como se puede observar de los 10 pacientes el 80% fueron femeninos y 20% pacientes masculinos, de los cuales la media de edad fue 68 años, de estos pacientes 70% presentaron un cuadro de colecistitis litiásica agudizada, mientras que el 30% restante presentó un síndrome icterico. En cuanto a los laboratoriales 30% presentó elevación de bilirrubinas totales a expensas de la directa, un 70% una elevación de la fosfatasa alcalina y solo 10 % alteración a nivel de las transaminasas. De los hallazgos por ultrasonografia 80% de los pacientes presento litos, 20% fueron alitiasicas y en 10% se encontró una tumoración intravesicular. Dentro de los hallazgos quirúrgicos se encontró que un 70% de los pacientes tenían una vesícula biliar empotrada, 30% con datos de inflamación aguda como hidrocolecisto, piocolecisto o necrosis y de este 100% anterior 70% ya presentaban datos de infiltrado a órganos anexos o metástasis a ganglios. Los resultados por patologia fueron los siguientes: 40% se diagnostico como un adenocarcinoma diferenciado, 30% como un adenocarcinoma indiferenciado, 20% como un moderadamente diferenciado y en 10% un cáncer papilar. El resultado del seguimiento de estos pacientes mostró que en los primeros 3 meses falleció el 60%, un paciente mas (10%) falleció al año y solo el 30% sigue vivo a tres años del estudio.

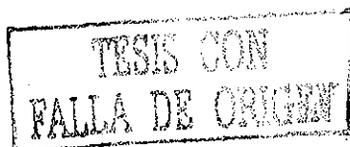
FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL CANCER DE VESÍCULA BILIAR

CONCLUSIÓN

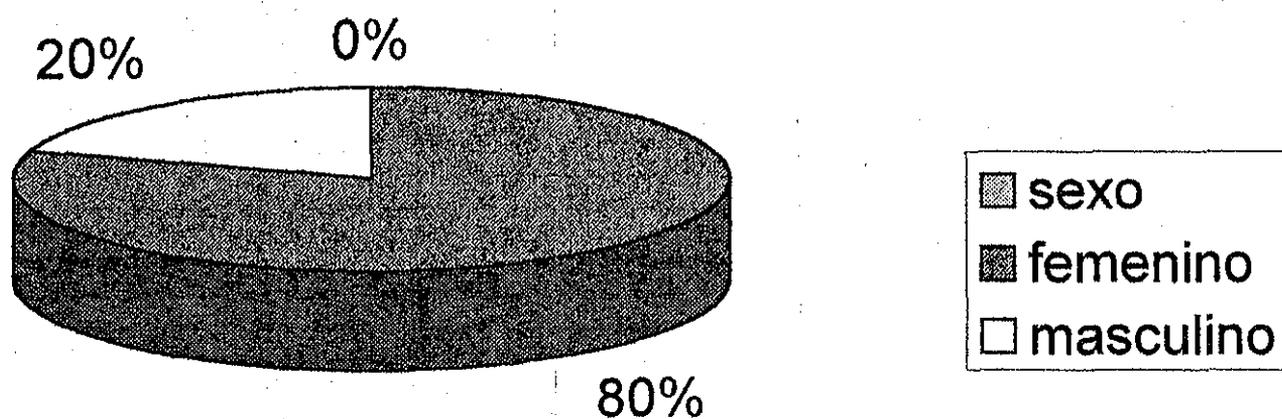
Con nuestro estudio podemos concluir que la incidencia de cáncer de vesícula biliar en el Hospital Fernando Quiroz es de aproximadamente 1%, lo cual concuerda con lo descrito en la bibliografía mundial, lo que aporta este trabajo es demostrar que hay datos clínicos y paraclínicos sugerentes de dicha patología como son: pacientes femeninos mayores de 50 años con un cuadro de colecistitis agudizada, la cual se acompaña de elevación de la fosfatasa alcalina sin algún otro dato laboratorial importante y que por USG presenta litiasis. En nuestra serie se evidenció que el único manejo quirúrgico que funciona es la colecistectomía en los pacientes con cáncer in situ, ya que en aquellos que presentaban etapas avanzadas no se les pudo ofrecer manejo alguno ya que como se ha mostrado en diversas revisiones y series a pesar de cirugías extensas y radicales el pronóstico es pésimo a corto plazo. El resultado histopatológico mas común fue el del adenocarcinoma diferenciado, seguido del indiferenciado como se comenta en otros estudios. Actualmente solo el 30% de nuestros pacientes se encuentran vivos lo que refleja una agresividad importante de este tipo de cáncer y esto debido a que cuando se llega al diagnostico se encuentra en la mayoría de las veces en etapas terminales, ya que como se observo a través de nuestro resultado el diagnostico es casi siempre por hallazgo quirúrgico.

Por lo antes mencionado sugerimos estudiar a los pacientes con las características previamente mencionadas con sumo cuidado, para poder ofrecer el tratamiento mas adecuado y brindar un mejor pronóstico y calidad de vida.

Dejamos abierta esta investigación para que otros interesados en el tema contribuyan a su ampliación y mejoría.

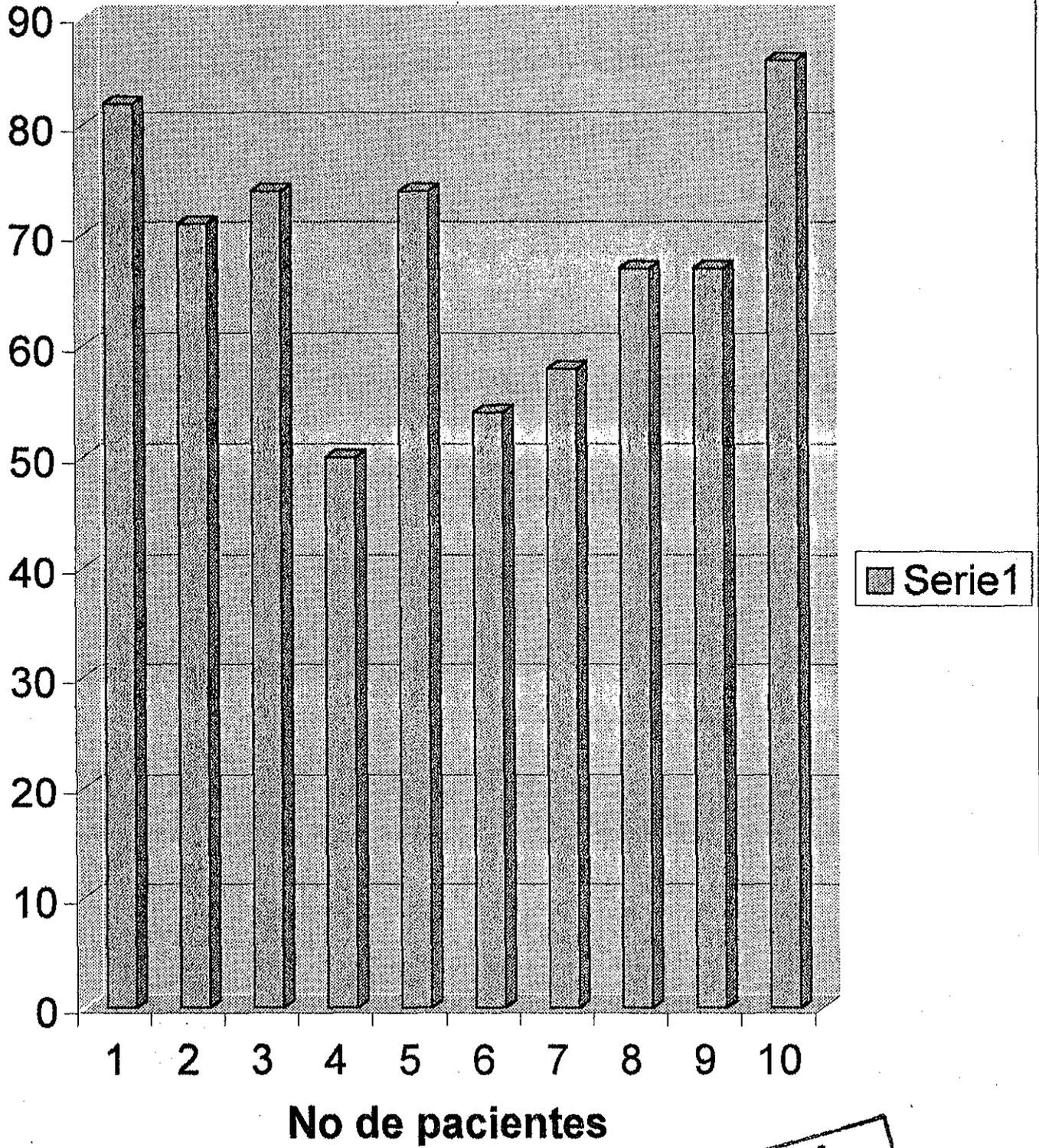


Porcentaje por sexo



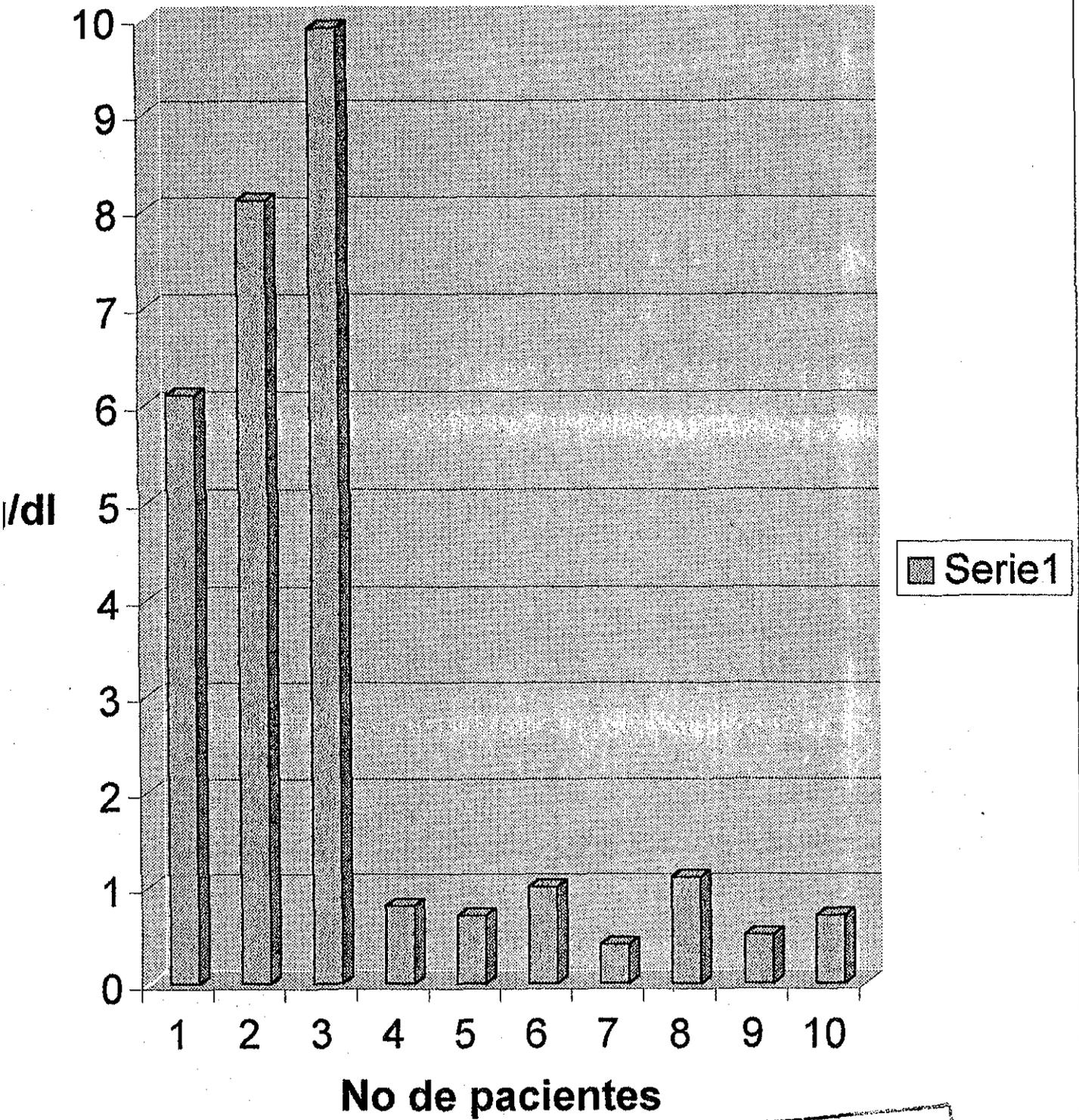
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Distribución por edad

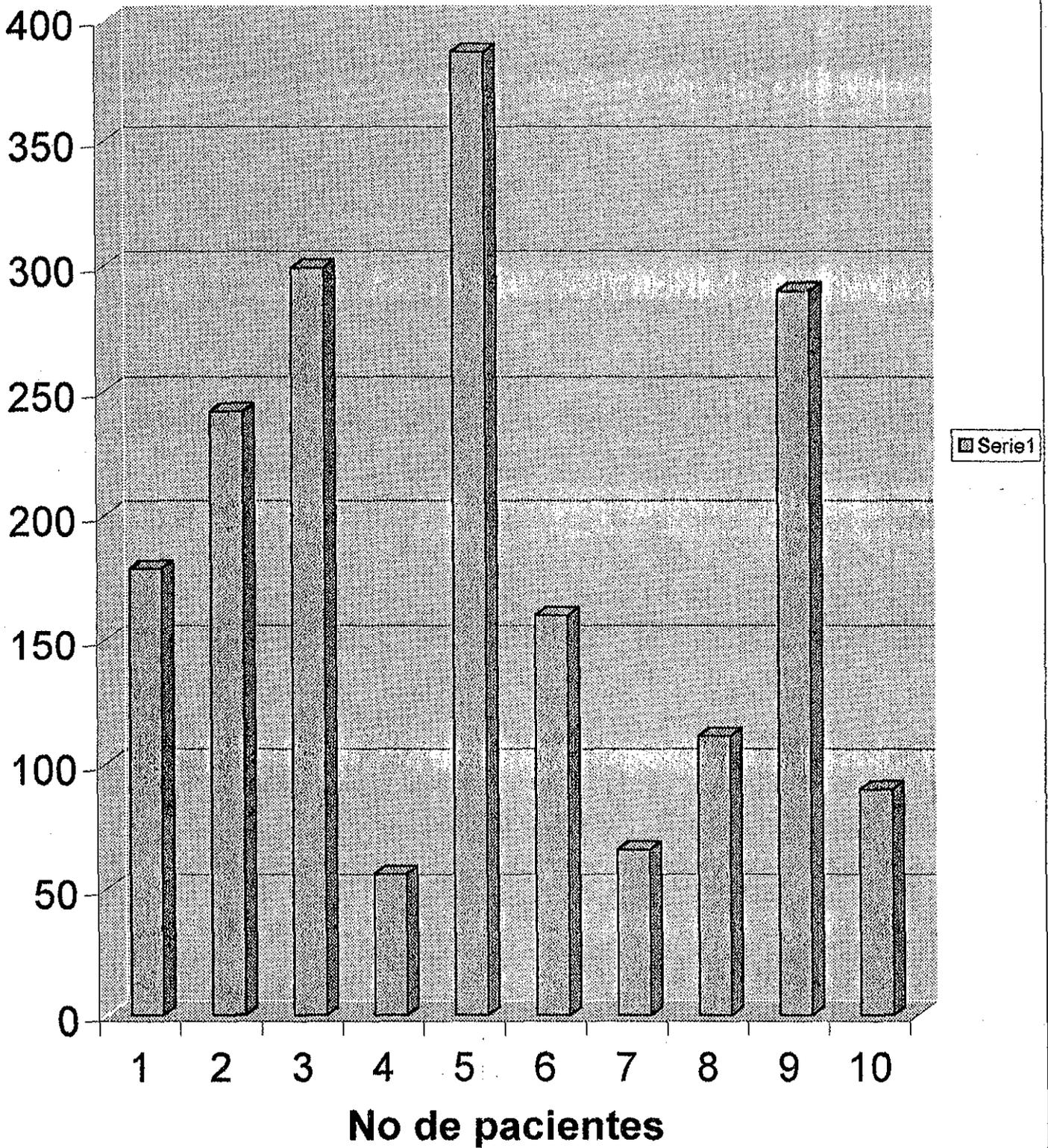


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Bilirrubina total



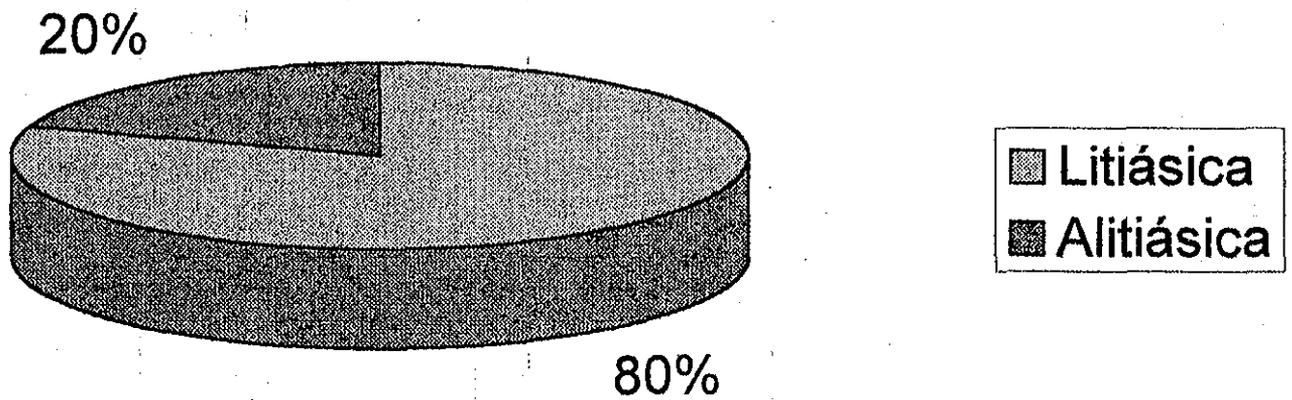
Fosfatasa alcalina



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hallazgos por USG

Dentro del 80% un 10% presentó una tumoración intravesicular

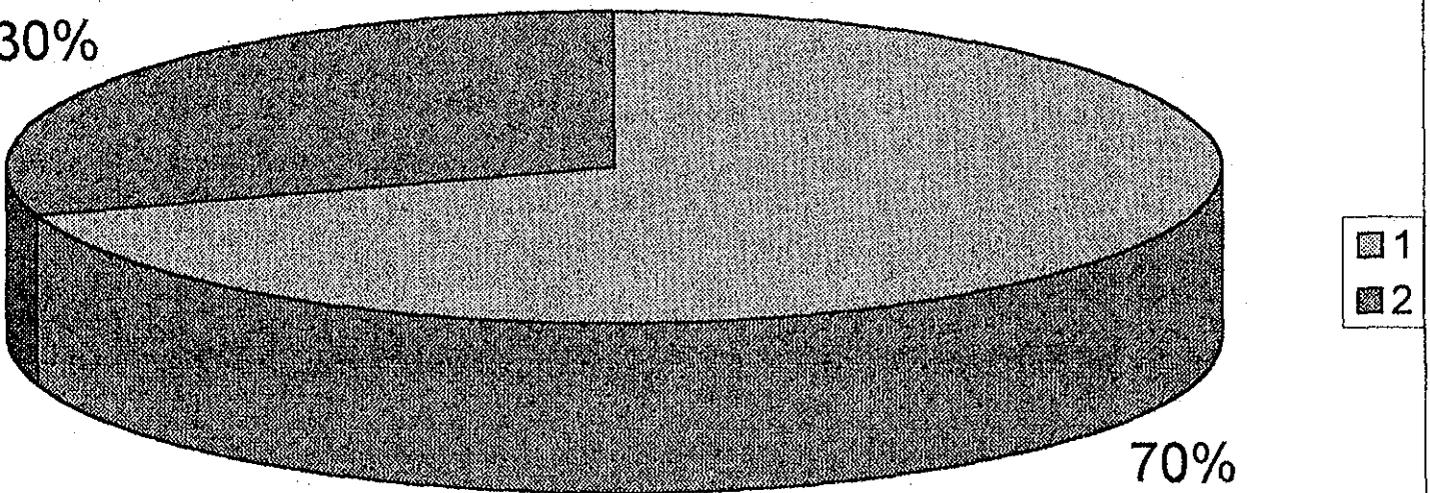


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hallazgos por cirugía

Vesícula biliar empotrada 70%

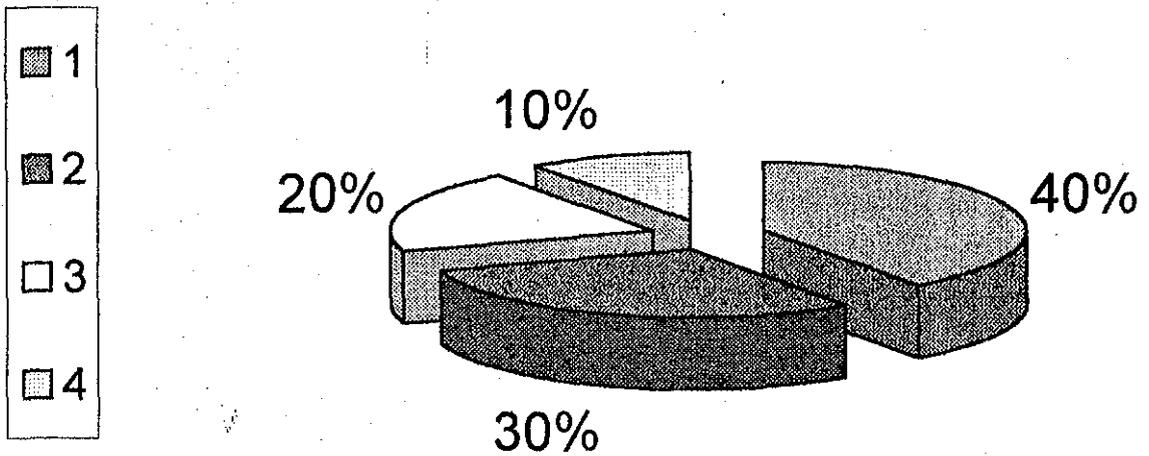
Datos inflamatorios 30%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

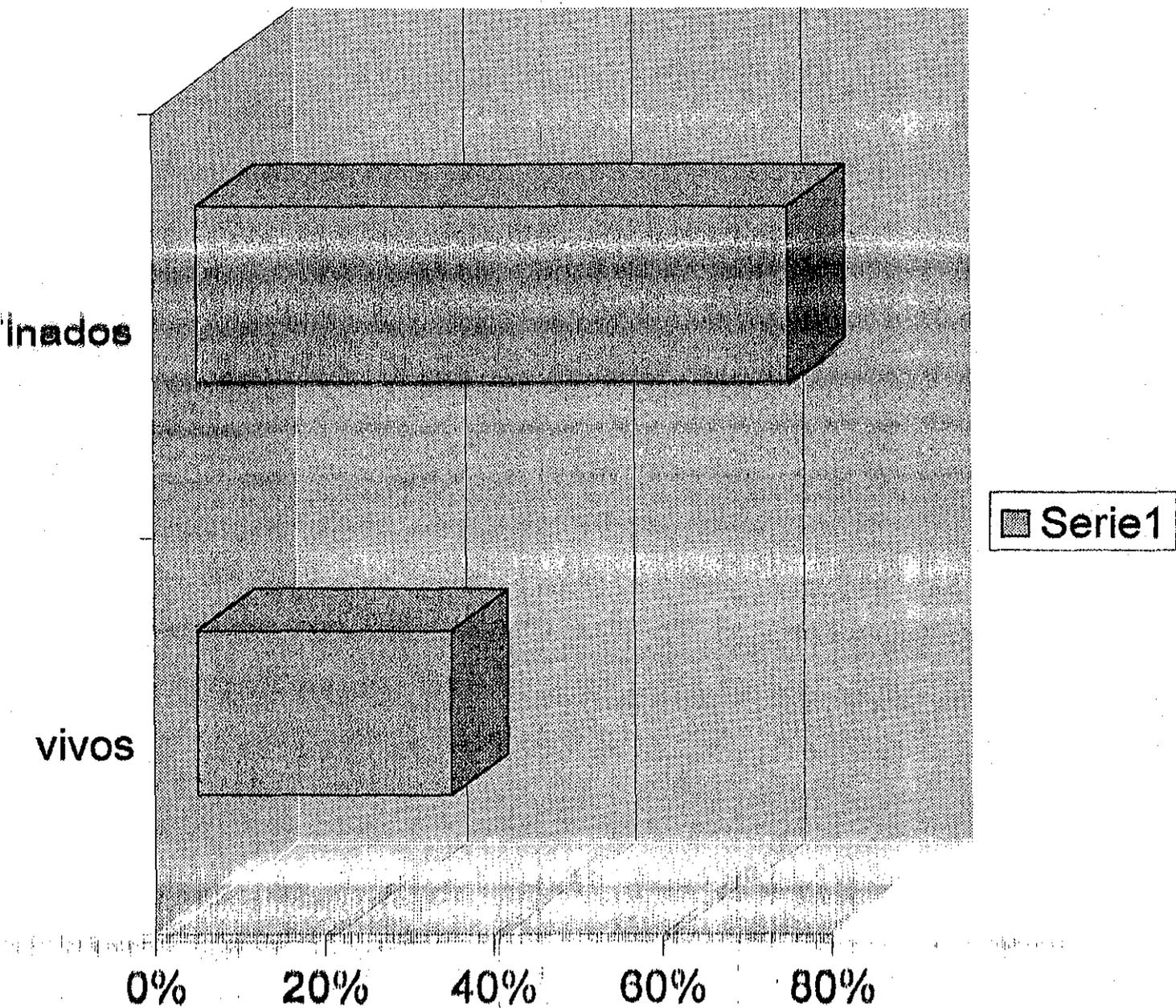
Diagnóstico patológico

- 1 Adenocarcinoma diferenciado
- 2 Adenocarcinoma mod dif
- 3 adenocarcinoma indiferenciado
- 4 cáncer papilar



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultado de seguimiento en el 1er año



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES CLINICOS Y PARACLINICOS EN LA SOSPECHA DIAGNOSTICA DEL
CANCER DE VESÍCULA BILIAR

BIBLIOGRAFÍA

Kahng KU, Roslyn JJ. Surgical issues for elderly patient with hepatobiliary disease. Surg Clin North Am 1994;74:345-73.

Tsukada K, kurosake I. Outcome of radical surgery for carcinoma of the gallbladder according to the TNM stage. Surgery 1996;120:816-22

Ouchi K, Suzuki M. Do recent advances in diagnosis and operative management improve the outcome of gallbladder carcinoma? Surgery 1993;113:324-29

Thorbjanarson R. Carcinoma of the gallbladder and acute cholecystitis. Ann Surg 1960;151:241-44

Gagner m, Rossi RL. Radicakl operations for carcinoma of the gallbladder: present status in North America. World J surg 1991;15:344-47

Furuta K. laparoscopic cholecystectomy for unsuspected case of gallbladder carcinoma. Am J gastroenterology 1991;86:1851

Bosset, JF. Prynari carcinoma of the gallbladder: adjuvant postoperative external radiation. Cancer 1989;64:1843-47.

Adson, MA. Carcinoma of the gallbladder. Surg Clin North Am 53: 1203. 1973.

Betz, WR. Primary carcinoma of the gallbladder. Ann Surg 180:180, 1974

Yamaguchi, K. Carcinoma of the gallbladder: a clinicopathology of 103 patients and newly proposed staging. Cancer 62:1425, 1988.

