

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA BILIAR EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA POR COLELITIASIS Y COLECISTITIS CRONICA LITIASICA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS.

REGISTRO CLIS: 3701 -015 -05
REGISTRO DELEGACIONAL: 2005-3701-013

TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUGIA GENERAL P R E S E N T A : DR. WILFREDO RENE CAMACHO BRAVO



IMSS

MEXICO, D.F.

ASESORES
DR. MAX TORO IBAÑEZ
DR. EDUARDO QUINTERO AGUIRRE
DRA. MA. ISABEL CEDILLO DE LA CRUZ

2005

m346870



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.



UMAE
HOSPITAL ESPECIALIDADES
C.M.N. SIGLO XXI

RECIBIDO
 02 AGO. 2005

**DIRECCION DE EDUCACION
 E INVESTIGACION EN SALUD**

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 FACULTAD DE MEDICINA

DR. EDUARDO QUINTERO AGUIRRE
JEFE DE ENSEÑANZA HGZ 1 "VENADOS" U.N.A.M.

DR. MAX TORO IBAÑEZ
CIRUJANO DE BASE DEL HGZ 1-A
ASESOR



HOSPITAL GRAL de ZONA 1-A
**JEFATURA DE ENSEÑANZA
 E INVESTIGACION**

DRA. MA ISABEL CEDILLO DE LA CRUZ
JEFE DE PATOLOGIA DEL HGZ 1-A,
ASESOR

DR. EDUARDO QUINTERO AGUIRRE
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
ASESOR

DRA. NORMA JUAREZ DIAZ GONZALEZ
DIRECTORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

René Camacho y Alicia Bravo con amor, respeto, admiración y gratitud por sus enseñanzas y apoyo incondicional y ejemplo de vida dignos de seguir. Gracias.

A MI AMADA ESPOSA:

Rossio J. Fernández, quien con paciencia, esfuerzo, humildad y mucho amor me a ayudado a lograr mis objetivos. Te amo.

A MI QUIERIDO HIJO:

Bryan W. nuestro tesoro y fortaleza, que nos inspira a superarnos. Te amamos.

A MIS HERMANAS:

Daysi, Maria Esther y Karem con amor y admiración.

A LOS PACIENTES:

Por su entrega invaluable en el ejercicio de nuestra profesión, y a los que ya partieron de esta vida , gracias por el legado de conocimiento tangible que nos dejaron.

A NUESTROS MAESTROS:

Que con sabiduría nos compartieron su conocimiento y experiencia.

A DIOS:

A quien doy gracias por la vida y la oportunidad que me dio de prepararme en este tiempo, lugar y espacio de mi vida. Eres el faro que guía mis pasos y la luz que ilumina e inspira con sabiduría en todas mis decisiones.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN..... | 1 |
| ANTECEDENTES CIENTIFICOS | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| EXPERIENCIA EMPIRICA | 8 |
| OBJETIVO | 9 |
| MATERIAL Y METODOS | 10 |
| RESULTADOS | 13 |
| DISCUSION | 16 |
| CONCLUSION | 18 |
| BIBLIOGRAFIA | 19 |
| ANEXOS | 22 |

RESUMEN

TITULO

Incidencia de cáncer de vesícula biliar en especímenes de colecistectomía por colecistitis crónica litiasica y colelitiasis.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia del cáncer de vesícula biliar en especímenes de colecistectomía en pacientes sometidos a cirugía con el diagnóstico de colecistitis crónica litiasica y colelitiasis.

Comparar los datos con la literatura mundial.

Analizar la experiencia del Hospital General de Zona N° 1 “Venados”

MATERIAL Y METODOS

Estudio Transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional. Serie de casos que se realiza en pacientes de cualquier edad y género en el servicio de cirugía general del Hospital General de Zona N° 1 “Venados” en un periodo de 5 años, comprendido del 01-01-2000 al 01-01-2005. Se reviso el reporte de patología de todos los pacientes sometidos a colecistectomía de los libros de archivo de patología, de donde se obtiene como hallazgos reportes de cáncer de vesícula biliar. Se revisa los expedientes de dichos pacientes obteniendo información para las variables del estudio, que incluyen sexo, edad, sintomatología, reportes de gabinete, diagnóstico preoperatorio, procedimiento quirúrgico, reporte histopatológico, que permita etapificar y dar un pronóstico de vida.

El análisis estadístico se llevo a cabo con el programa SPSS -110 para observar frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Se realizaron 2901 colecistectomías por colecistitis crónica litiasica, de los cuales

El reporte histopatológico de las piezas quirúrgicas en 23 (0.7%) pacientes fue de Adenocarcinoma de vesícula biliar (como hallazgo y diagnóstico definitivo). 18 (78.3%) fueron mujeres y 5 (21.7%) hombres; la edad media es de 69.83 +/- 13.82 con un rango de 32 a 87 años. Los síntomas principales que prevalecieron fue el dolor 23 (100%), náuseas y vómito en 20 (86%), ictericia 10 (43%), Pérdida de peso 5(21.5%).El ultrasonido reportó: pared engrosada y presencia de litos en 23 (100%), además de pared irregular en 6 (26.1%) de estos casos, y escleroatrófica en 2 pacientes (8.7%).

El diagnóstico preoperatorio presuntivo con el que ingresaron a cirugía fue colecistitis crónica litiásica en 23 (100%) y de estos 5 (21.7%) tenían también el diagnóstico presuntivo de cáncer de vesícula biliar. Se catalogó como tumor in situ (Tis) a 1 paciente (4.3%), T1a 1 (4.3%), T1b 3 (13.0%), T2 6 pacientes (26.1%), T3 (39.1%), y T4 3 (13%) pacientes. No se reporto presencia de ganglios linfáticos, M1 4 (17.4%) pacientes.

CONCLUSION

La incidencia de cáncer de vesícula biliar en esta unidad es de 0.7 % en especímenes de pacientes sometidos a cirugía (Colecistectomía) el cuál está por debajo de lo reportado en la bibliografía mundial.

La edad, sexo, la relación con presencia de colecistitis crónica litiasica son los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de esta patología. La experiencia del hospital vierte resultados similares a la reportada en la bibliografía internacional.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los tumores malignos de las vías biliares, que engloban a los cánceres de la vesícula biliar y los conductos biliares, son poco comunes. El carcinoma de la vesícula biliar fue descrito por primera vez por Maximilian DeStoll en 1777. ^(1,6)

La primera resección hepática por un cáncer de vesícula biliar fue realizada por Keen en 1891 (1,2) y la asociación entre cáncer de vesícula biliar y cálculos vesiculares la estableció Mayo en 1903. ⁽³⁾

La incidencia de carcinoma de vesícula biliar aumenta su frecuencia a lo largo de la vida. A medida que la población crece en edad, las tasas de cáncer de vesícula biliar aumentan con lentitud.

El carcinoma de la vesícula biliar es una neoplasia rara, en los Estados Unidos se diagnostican entre 7000 y 9000 casos nuevos cada año, lo que significa una tasa de incidencia de 2.2 a 4.4 por 100 000 habitantes ^(14,22): de éstos el 70 – 75% son de vesícula biliar, con una relación de 3:1 de mujeres a hombres.

La incidencia del carcinoma de vesícula biliar es más elevada en la región sudoeste de los Estados Unidos, en particular entre los indios nativos. Así mismo es superior en países como Israel, Chile y Japón ⁽¹⁵⁾

Por lo que respecta a México los datos epidemiológicos son inciertos porque estas neoplasias se contabilizan, por lo general en los cánceres primarios de hígado. Junto con estos tumores ocupan el sexto lugar en frecuencia, con tasas de 4.1 casos por cada 100 000 habitantes. La mayor parte de los enfermos se diagnostican en etapas avanzadas del padecimiento y la supervivencia es casi siempre menor de un año.

La máxima incidencia de esta neoplasia se encuentra entre la quinta y la sexta década de la vida con una mediana de edad en el momento del diagnóstico de 65 años.

En series de autopsias, los carcinomas de vesícula biliar representan hasta el 5% de todos los tumores malignos ⁽⁴⁾.

Muchos de ellos son asintomáticos en el momento de la muerte del paciente. Los datos de autopsias provenientes de Chile sugieren que el riesgo del carcinoma de vesícula biliar es siete veces mayor en presencia de colecistitis crónica y colelitiasis ⁽⁵⁾.

El cáncer de la vesícula biliar es la quinta neoplasia más común del tracto digestivo. Y ésta se encuentra en aproximadamente 1.5 a 3 % de los especímenes de colecistectomía ^(7,8, 9)

Los factores de riesgo incluyen el sexo, edad, colelitiasis, dieta, exposición ocupacional y la irritación crónica ⁽²¹⁾

Solo entre el 10 – 20 % de los pacientes con cáncer de vesícula biliar son sospechados en forma preoperatoria ^(9,10,11), El diagnóstico en el resto es hecho al tiempo de la cirugía o en el postoperatorio por el patólogo.

El primer sistema de estadificación para cáncer de vesícula biliar fue desarrollado por Nevin en 1976 ⁽¹⁶⁾ el cual se basa en la profundidad de la invasión y en la extensión del tumoral. Actualmente el sistema del TNM es adaptado ⁽¹⁷⁾ ambos sistemas se correlacionan muy bien con el pronóstico ^(10,16,18)

Usualmente el manejo es basado en el estadio del TNM de cáncer de vesícula biliar. ^(12,13) Algunos factores tales como el grado histológico y la morfología histológica tienen relevancia pronóstica.

El adenocarcinoma acontece en el 85% de los cánceres de vesícula biliar; 6.5% son carcinomas epidermoides y 4.5% adenoacantomas. Otros tipos histológicos incluyen carcinomas de células pequeñas ⁽¹⁹⁾, tumor carcinoide, y carcinomas anaplasicos ⁽²⁰⁾.

El Dolor abdominal es una queja frecuente en la mayoría de estos pacientes; asimismo más de la mitad presenta cólicos biliares o colecistitis aguda. Una minoría se presenta con ictericia, que puede estar relacionado con la colelitiasis y la coledocolitiasis, o representar un compromiso tumoral del árbol biliar extrahepático. En algunos casos se hallan hepatomegalia, una masa palpable en la vesícula biliar o ascitis. Dos marcadores tumorales séricos se asociaron de manera debil con carcinoma de vesícula biliar.

Estos son el antígeno carcinoembrionario ACE, y la alfa-fetoproteína AFP, que son comunes a otros tumores malignos gastrointestinales. La evaluación radiológica de los pacientes con carcinoma de vesícula biliar puede incluir ultrasonido, tomografía computarizada TC. Obtención de imágenes por resonancia magnética RM, colangiografía y angiografía.

No obstante, la mayoría de los pacientes tienen cálculos vesiculares coexistentes, lo que hace más dificultosa la interpretación del ultrasonido, TC y colangiografía. El examen Ultrasonografico facilita la identificación de una masa que protruye en el interior de la vesícula biliar o llena o reemplaza la vesícula biliar en alrededor del 50% de los pacientes ⁽²³⁾

Cuando se considera la posibilidad de una resección del carcinoma de la vesícula biliar, es necesario tener en cuenta los factores relacionados tanto con el paciente como con el tumor. Los primeros se centran en la edad y la condición clínica general del paciente e incluyen una evaluación del estado cardiopulmonar, del hígado y de los riñones, el estado nutricional global y la presencia o ausencia de sepsis. Los factores relacionados con el tumor se refieren a la extensión global del compromiso tumoral, con particular atención a las estructuras vasculares del hilio hepático. En la mayoría de las situaciones, la incarceration o la oclusión de la vena porta o de la arteria hepática

principales impiden la resección curativa. Sin embargo, el compromiso de la vena porta o la arteria hepática derechas no impide la resección si se ha planeado que ésta incluya una lobectomía hepática derecha. El compromiso hepático metastático no adyacente se considera una contraindicación para la resección. Al igual que el compromiso extenso de órganos adyacentes. Como la invasión dentro del páncreas, duodeno y colon.

Las recomendaciones actuales para el tratamiento quirúrgico del carcinoma de vesícula biliar se basan en la estadificación anatomopatológica del tumor y en las tasas de supervivencia para los diferentes estadios del tumor.

En pacientes con tumores en estadio TNM 0 (carcinoma in situ), ^(ANEXO I) la colecistectomía simple sola es un tratamiento apropiado, con una tasa de supervivencia a 5 años específica para la enfermedad del 100%. De manera similar, los cánceres en estadio TNM I (I y II de Kevin) también están asociados con altas tasas de supervivencia, y son tratados sólo con una colecistectomía simple. Aunque existen algunas controversias, la colecistectomía laparoscópica parece ser adecuada en pacientes con enfermedad en estadios TNM 0, I y II, siempre que la vesícula biliar sea extirpada por completo.

En personas con enfermedad en estadios TNM II y III (según Nevin, III y IV) el tratamiento quirúrgico recomendado es una colecistectomía ampliada, que incluye una resección en cuña del lecho de la vesícula biliar y una disección de los ganglios linfáticos del hilio hepático, ligamento hepatoduodenal y ganglios linfáticos peripancreático anterior e inferior. En casos típicos se reseca al menos una porción de 2 cm del parénquima hepático para incluir la fosa de la vesícula biliar, en un esfuerzo de garantizar un margen libre de tumor, dada la posibilidad de la infiltración a lo largo de la cápsula de Glisson. Una minoría de los autores aconseja la resección de los segmentos V y IVb como parte de la colecistectomía ampliada. Los datos más convincentes que apoyan la colecistectomía ampliada en pacientes con estadios TNM II o III de carcinoma de vesícula biliar provienen del Japón ^(24, 25) donde se comunicó que

los pacientes con enfermedad T2 (tumor más allá de la musculares y en interior de la serosa) pueden alcanzar una tasa de supervivencia a los 5 años mayor que el 50% cuando se tratan con esta modalidad. (ANEXO I)

Estudios recientes Americanos y Europeos también demostraron un aumento en la supervivencia con la colecistectomía ampliada en este marco. (26, 27)

La sobrevida total de los pacientes con cáncer de vesícula biliar es pobre, con una sobrevida menor al 5% a 5 años después del diagnóstico. Esta pobre sobrevida es relacionado al estadio avanzado de la presentación de la enfermedad. De acuerdo al sistema de estadificación de Nevin, 55.5% de los pacientes tienen etapa V al momento de la presentación de la enfermedad. (18)

No existen agentes quimioterápicos que hayan demostrado utilidad importante en el tratamiento del cáncer de la vesícula biliar. Al igual que otros tumores del tubo digestivo, las fluorpiridinas son las más estudiadas, y su tasa de respuesta es menor del 20%. Otras sustancias probadas, la mayoría en estudios fase II, son mitomicina C, Gencitabina, taxanos, irinotecán y vinorelbina. Sus tasas de respuesta no son mayores del 30%, por lo general.

El papel demostrado de la radioterapia es sólo paliativo, por lo que se utiliza principalmente para regular el dolor.

Es posible que, en un futuro cercano, el tratamiento multimodal sea los nuevos fármacos y nuevas combinaciones de quimioterapia, terapia biológica y radioterapia, y ofrezca ventajas en el tratamiento de tumores localmente avanzados y metastásicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El diagnóstico temprano de estos tumores es difícil. Por lo general, los pacientes se mantienen sintomáticos o con datos inespecíficos de enfermedad hasta que esta ya es avanzada. No existe ninguna prueba de laboratorio ni radiológica capaces de realizar con precisión el diagnóstico de carcinoma de la vesícula biliar, lo cual unido a la escasez e inespecificidad de la sintomatología hace que el diagnóstico preoperatorio de esta patología sea siempre difícil. De hecho un diagnóstico preoperatorio correcto de carcinoma de la vesícula biliar se realiza en menos del 10% de los casos, según la mayoría de las series informadas en la literatura.

Los diagnósticos incorrectos más frecuentes son colecistitis y tumor maligno del conducto biliar o del páncreas.

¿Cuál es la incidencia de cáncer de vesícula biliar en pacientes sometidos a colecistectomía por colelitiasis en el hospital general de zona 1 –A “Venados”?

EXPERIENCIA EMPIRICA:

El diagnóstico de cáncer de vesícula biliar (como hallazgo histopatológico) en especímenes de colecistectomía por colelitiasis es la forma más frecuente de diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en etapa temprana.

OBJETIVOS:

Investigar la incidencia de cáncer de vesícula biliar en especímenes de colecistectomía en pacientes sometidos a cirugía por colecistitis crónica litiasica y colelitiasis, en el servicio de cirugía general en el Hospital General de Zona N° 1 “Venados”

Comparar resultados con la literatura mundial reportada

Analizar la experiencia de los últimos 5 años, del hospital general de zona 1 – A “Venados”.

MATERIAL Y METODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Población blanco: Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del seguro social (IMSS) del hospital general de Zona 1 – A “Venados”, en el servicio de cirugía general, sometidos a colecistectomía por coleditiasis en el periodo comprendido del 1° de enero del 2000, al 30 de diciembre del 2004

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:

- Edad
- Sexo
- Sintomatología
- Factores pronósticos
- Estudios de laboratorio y gabinete
- Diagnostico a su ingreso
- Procedimiento quirúrgico
- Etapa clínica

No se señalara variables dependientes o independientes, ya que no se analizará la relacionen entre las variables por ser un estudio descriptivo

SELECCION DE LA MUESTRA:**TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se revisaron todos los expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados por el reporte histopatológico de cáncer de vesícula biliar sometidos a colecistectomía en el servicio de cirugía general del Hospital General de Zona 1 – A “Venados” del IMSS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Pacientes de cualquier edad, ambos géneros, con sintomatología crónica de dolor abdominal localizado en cuadrante superior derecho, náuseas, vómito, pérdida de peso e ictericia. Con diagnóstico de sospecha de coledoclitiasis, corroborada con ultrasonografía y sometidos a colecistectomía.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

Todos los pacientes con sintomatología crónica de dolor abdominal localizado en cuadrante superior derecho, náuseas, vómito, pérdida de peso e ictericia que no se sometieron a colecistectomía, y corresponder a otra patología.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de vías biliares y hepatocarcinoma.

PROCEDIMIENTOS:

Se revisó el archivo de patología para recabar informes de los reportes histopatológicos de los pacientes sometidos a colecistectomía; al igual que los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico en el reporte histopatológico de cáncer de vesícula biliar, se recabara una hoja de datos del expediente en el servicio de Archivo y estadística del Hospital general de zona 1 – A “Venados”.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos en el estudio se analizaron por medio de estadística descriptiva, dispersión y frecuencias, utilizando paquetería estadística, SPSS 10.0

RESULTADOS

En un periodo de 5 años, la experiencia del Hospital General de Zona N° 1 “Venados”, muestra que el servicio de Cirugía General realizó 2901 colecistectomías por colecistitis crónica litiásica, de los cuales los hallazgos histopatológicos reportan en 23 (0.79%) pacientes el Diagnóstico de Adenocarcinoma de vesícula biliar.

Se revisaron 23 expedientes de pacientes con diagnóstico postquirúrgico de cáncer de vesícula biliar en departamento de archivo del Hospital General de Zona N° 1 - A “Venados” del IMSS durante un periodo de 5 años, del 01-01-2000 al 01 -01– 2005

La media de edad es de 60.83 +/- 13.82 con un rango de 32 años a 87 años. La distribución por edad fue: 7 (30.4%) pacientes menores de 50 años, 10(43.5%) pacientes de 51-69 años y 6(26.1%) pacientes mayores de 70 años (fig-1, tabla 1)

De los 23 pacientes 18 (78.3%) corresponde al sexo femenino y 5 (21.7%) corresponde al sexo masculino. (tabla 1 y fig-2)

Los síntomas principales que prevalecieron fue el dolor 23 (100%), náuseas y vómito más dolor en 20 (86%) seguido por ictericia más lo anterior en 10 (43%) de los pacientes y pérdida de peso en 2(7%) pacientes (Tabla 1 y Fig-3)

El único estudio de gabinete que se realizó en forma preoperatoria fue el ultrasonido abdominal, el cual reporta: pared engrosada y datos de colelitiasis en 23 (100 %) pacientes, de estos 6 (26.1%) presentaron también irregularidad de la pared. Vesícula escleroatrófica en 2 pacientes (8.7%). (Tabla 1 y Fig-4)

El diagnóstico preoperatorio presuntivo con el que ingresaron a cirugía

fue colecistitis crónica litiasica en 23 (100%) de los pacientes, y de estos 5(21.7%) con colecistitis crónica litiasica más probable cáncer de vesícula biliar (tabla 1 y fig-5)

El tratamiento quirúrgico que se realizó fue: Colectomía simple en 23 (100%) pacientes, y de estos además se efectuó Colectomía simple más biopsia hepática en 3 pacientes (13.0%), colectomía y biopsia de epiploon en 1(4.3%). (Tabla 1 y Fig-6)

El Reporte Histopatológico de las piezas quirúrgicas y biopsias corresponde a Adenocarcinoma de vesícula biliar en 23 (0.79%) casos de los 2901 pacientes operados de colectomía en los 5 años estudiados. De los cuales 3 (13%) son Adenocarcinoma bien diferenciados, 14 (60.9%) moderadamente diferenciado y 6 (26.1%) pobremente diferenciado (Tabla 1 y Fig-7)

Solo 1 paciente (4.3%) fue reportado como variante tubular de adenocarcinoma.

La presencia de litos en la pieza quirúrgica se reporta en 23 (100 %) de los pacientes. (Tabla 1 y Fig-8)

Según el reporte histopatológico se cataloga a 1 paciente (4.3%) como tumor en situ (Tis), a 1 paciente (4.3%) como T1a, a 3 pacientes (13.0%) como T1b, a 6 pacientes (26.1%) como T2, a 9 pacientes (39.1%) como T3, y a 3 pacientes (13%) como T4. (Tabla 1 y Fig- 9)

No se reporto presencia de ganglios linfáticos en las piezas quirúrgicas, ya que no se reseccionaron ninguno y no hay informe sobre el respecto. Quedando la mayoría catalogado como NX. (Tabla 1)

Se catalogo como MX (No se puede valorar presencia de metástasis) a 5 pacientes (21.7%) por que no cuentan con estudios de extensión en presencia de tumor locorregionalmente avanzado. M0 14 (60.9%) pacientes , y M1 4 (17.4%) pacientes, de los cuales 3 fueron metástasis hepática y 1 en omento mayor. (Tabla 1y Fig-10)

La etapificación reporta en Etapa 0 a 1 paciente (4.3%), Etapa I a 4 pacientes (17.4%) , Etapa II a 6 pacientes (26 %), Etapa III a 7 pacientes (30.4%) y Etapa IV a 2 pacientes (21.7%). (Tabla 1 y Fig-11)

DISCUSIÓN

En nuestra serie podemos observar que durante éste periodo de 5 años se realizaron 2901 colecistectomias por colecistitis crónica litiasica. De los cuales 23 (0.79%) pacientes, presentaron como hallazgo en las piezas quirúrgicas, el reporte histopatologico definitivo de Adenocarcinoma de vesícula biliar. El cuál está ligeramente por debajo de lo comparado con los registros de la literatura (1.5 - 3%) en la bibliografía mundial ^(7,8,9).

El análisis descriptivo muestra que, la edad media fue 60.83 +/- 13.82 y con predominio en el sexo femenino 3 a 1 respecto al masculino similar a lo reportado en la literatura. ^(14,22)

El síntoma principal fue el dolor en el 100 % seguida de nauseas y vómitos en 86%, y en el estudio ultrasonográfico lo que prevaleció fue el engrosamiento de la pared en el 100%, seguida de irregularidad de la misma en el 26.1% y la presencia de lítos como factor importante relacionado con la patología en el 100 % de las piezas quirúrgicas.

Entre los factores de riesgo que se observo en el estudio, prevalecieron: el sexo, la edad, la relación con la colelitiasis y la irritación crónica. ⁽²¹⁾

El 100% de los reportes histopatológicos corresponden a adenocarcinoma, de los cuales el 60.9% corresponde a moderadamente diferenciado, seguido de adenocarcinoma pobremente diferenciado en 26.1% y bien diferenciado 13%.

El cáncer confinado a la vesícula biliar (Etapas 0, I y II) corresponde al 47.8%, lo cual correlaciona un pronóstico del 83% de supervivencia a 5 años, y el resto se encuentran locoregionalmente avanzados (Etapa III 30.4%) que disminuye notoriamente la supervivencia a 33%, y en etapa IV se reporta a 5 pacientes (21.7%) que tienen un pronóstico de solo 0 a 15%.

CONCLUSION

Se comprueba que la incidencia de cáncer de vesícula biliar en especímenes de colecistectomía en pacientes sometidos a cirugía por colecistitis crónica litiasica en el servicio de cirugía general del hospital general de zona 1 – A "Venados, en un periodo de 5 años es del 0.79% .

La edad, sexo, la relación con colelitiasis y la irritación crónica son los factores de riesgo más importante para el desarrollo de este padecimiento.

La experiencia del hospital, vertidos en los resultados del estudio van de acuerdo a lo reportado en la bibliografía internacional.

BIBLIOGRAFIA

1. A. Muratore, R Polastri and L. Caussotti. Radical surgery for Gallbladder Cancer : current options. *European Journal of surgical Oncology* 2000; 26: 438 – 443.
2. Sheinfeld W. Cholecystectomy and partial hepatectomy for carcinoma of the Gallbladder with local liber extension. *Surgery* 1947; 22: 48-58
3. Adson M. A. Carcinoma of the gallbladder. *Surg Clin. North Am.* 1973; 53: 1203 – 1216.
4. Pichler JM. Crichlow RW. Primary caracinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 147: 929 – 935.
5. aretxabala X. Roa, Burgos L et al. Gallbladder cancer in Chile: e report on 54 potentially resectable tumors. *Cancer* 1992; 69: 60 – 65
6. De Stoll M. Rationis medenchi. In: Batavorum L. (ed) *Nosocomio pratico vendobonensi*, part I Honkoop. Hoak et socios et A et J. 1788.
7. Yamaguchi K. Chijiwa K, Ichimiya H, et al. Gallbladder carcinoma in the Era of laparoscopic cholecystectomy, *arch surg* 1996; 131: 981-985.
8. Wibbenmayer LA, Wade TP, Chen RC, et al. Laparoscopic cholecystectomy Can disseminate in situ carcinoma of the gallbladder, *J Am Coll Surg.* 1995; 181: 504 – 510.
9. F. Romano, C. Franciosi, R. Caprotti, S. De Fina, G. Porta G. Visintini And F. Uggeri. Laparoscopic cholecystectomy and unsuspected gallbladder Cancer. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 2001; 27: 225 – 228
10. Donohue JH, Nagorney DH, Grant CS; et al. Carcinoma of the gallbladder. Does radical resection improve outcome? *Arch surg* 1990; 125: 237- 241.
11. Wanebo HJ, Castle WN, Fechner RE, Is carcinoma of the gallbladder a Curable lesion ? *Ann Surg* 1982; 195: 624 – 631.

12. Sumiyoshi K, Nagai E, Cchijiwa Y, Nakayama F. Pathology of carcinoma Of the bladder. *World J Surg* 1991; pp. 103 – 108
13. AJCC Cancer staging Manual. American Joint Comité on cancer. 6th ed. Philadelphia: lippincott-Raven, 1997; pp. 103 – 108
14. Bassam abi-Rached, MD, and Alfred I. Neugut, MD, PhD Diagnostic and management Issues in Gallbladder carcinoma. *Oncology* vol. 9, (1): 19 - 30, 1995.
15. Sanjeev Misra, Arun Chaturvedi, Naresh C Misra, and Indra D Sharma. Carcinoma of the gallbladder *Lancet Oncol* 2003; 4: 167-176.
16. Nevin JE, Moran TH, Kay S, et al: Carcinoma of gallbladder. *Cancer* 37: 141 – 148, 1976.
17. Beahrs OH, Henson DE, et al: Handbook for Staging of Cancer, P111. Philadelphia, JB Lippincott, 1993.
18. Gagner M, Rossi RL: Radical operations for carcinoma of the gallbladder: Present status in North America. *World J surg* 15: 344 – 347, 1991.
19. Johnstone AK, Zuch RH, Anders KH: Oat cell carcinoma of the gallbladder, *Arch Pathol Lab Med* 117: 1009 – 1012, 1993.
20. Piehler JM, Crichlow RW: Primary carcinoma of the gallbladder. *Durg Gynecol Obstet* 147: 929-942, 1978
21. Strom BL, Nelson WL, Henson DE, et al: Carcinoma of the gallbladder, In Cohen S, soloway RD (eds): contemporary Issues in Gastroenterology, Gallstones, pp 275-298. New York, Churchill Livingstone, 1985.
22. Nagomey DM, McPherson GAD: Carcinoma of the gallbladder and Extrahepatic bile ducts. *Semin Oncol* 15: 106 – 115, 1988.
23. Tsuchiya Y. Early carcinoma of the gallbladder: macaroscopic features and US findings. *Radiology* 1991; 179: 171-175

24. Ogura Y, Mizumoro R, Isaji R et al, Radical operations for carcinoma of the gallbladder: present status in Japan. *World J Surg* 1991; 15: 337 – 343.
25. Nakamura S, Sakaguchi S et al, Aggressive surgery for carcinoma of the gallbladder. *Surgery* 1989; 106: 467 – 472.
26. Gagner M, Rossi RL Radical operations for carcinomas of the gallbladder: present status in North America. *World J. Surg* 1991; 15: 344-347
27. Gall FP, Kockerling F, Scheel J et al. Radical operation for carcinoma of The gallbladder: present status in Germany. *World J Surg* 1991; 15: 328 – 336.

ANEXOS

ANEXO 1

Sistema de estadificación para cáncer de vesícula biliar (FIGO)

Tumor Primario (T)

TNM

| | |
|-----|---|
| TX | No se puede evaluar el tumor primario |
| T0 | No hay evidencia de tumor primario |
| Tis | Carcinoma in situ |
| T1 | El tumor invade la lámina propia o capa muscular |
| T1a | El tumor invade la lámina propia |
| T2b | El tumor invade la capa muscular |
| T2 | El tumor invade el tejido conjuntivo perimuscular, no hay Extensión a la serosa o al hígado |
| T3 | El tumor perfora la serosa (peritoneo visceral) o invade Directamente un órgano adyacente, o ambos (extensión de 2 cm o menos en el hígado) |
| T4 | El Tumor se extiende + de 2 cm en el hígado, o a dos o más órganos adyacentes (estomago, duodeno, colon, páncreas, omento vías biliares extrahepáticas, cualquier complicación del hígado) o ambas situaciones. |

Ganglios linfáticos regionales (N)

| | |
|----|---|
| NX | No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales |
| N0 | No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales |
| N1 | Metástasis en el conducto cístico, ganglios linfáticos Pericoledocianos, o en los hiliares (ligamento hepatoduodenal) o en ambos ganglios. |
| N2 | Metástasis en los ganglios linfáticos peripancreáticos (solo cabeza), periduodenales, periportales, celiacos, mesentéricos superiore, o en estos dos últimos. |

Metastasis distantes (M)

| | |
|----|--|
| MX | No se puede evaluar la presencia de metástasis distantes |
| M0 | No hay metástasis distantes |
| M1 | Metástasis distantes |

Grupos de etapas del AJCC y UICC

| | | | |
|-----------|-----|------|----|
| Etapa 0 | Tis | N0 | M0 |
| Etapa I | T1 | N0 | M0 |
| Etapa II | T2 | N0 | M0 |
| Etapa III | T1 | N1 | M0 |
| | T2 | N1 | M0 |
| | T3 | N0 | M0 |
| Etapa IVA | T3 | N1 | M0 |
| | T4 | N0 | M0 |
| | T4 | N1 | M0 |
| Etapa IVB | cT* | N2 | M0 |
| | cT* | cN** | M1 |

* Cualquier T

** Cualquier N

**Instituto Mexicano del seguro Social
Hospital General de Zona 1 – A “VENADOS”**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____

Afiliación: _____

Fecha de recolección: _____ (dd/mm/aa)

Número de caso: _____

Edad: _____ (dd/mm/aa)

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) indeterminado

Síntomas:

| | | | |
|-----------|---|-----------------|----|
| Dolor | 1 | Pérdida de peso | 16 |
| Nauseas | 2 | Ascitis | 32 |
| Vómitos | 4 | Caquexia | 64 |
| Ictericia | 8 | | |

Hallazgos de Ultrasonografía:

- 1 Pared engrosada
- 2 Irregular
- 4 Pólipo
- 8 Escleroatrófica
- 16 En porcelana
- 32 Tumor con extensión hepática

Diagnostico preoperatorio:

1. Colelitiasis
2. Colecistitis cronica litiasica
3. Ca de vesicula biliar

Procedimiento quirúrgico realizado:

1. Colectectomia simple
2. Colectectomia ampliada
3. Colectectomia simple más toma de biopsia

Diagnostico histopatológico definitivo:

1. Adenocarcinoma (bien , moderada y pobremente diferenciada)
2. Ca indiferenciado de células escamosas
3. Adenoescamoso.

Variante histopatológico de adenocarcinoma:

1. Papilar
2. Nodular
3. Tubular

Etapificacion : T _____ N _____ M _____

- | | |
|----|-----------|
| 1 | Etapa 0 |
| 2 | Etapa I |
| 4 | Etapa II |
| 8 | Etapa III |
| 16 | Etapa IV |

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

| Actividad | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio |
|-------------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Recopilación bibliográfica | xxxx | xxxx | xxxx | xxxx | |
| Elaboración de protocolo | | xxxx | xxxx | xxxx | |
| Revisión por enseñanza HGZ 1 - A | | | | xxxx | |
| Recolección de datos | | | | xxxx | |
| Codificación | | | | xxxx | Xxxx |
| Procesamiento de datos | | | | | Xxxx |
| Análisis | | | | | Xxxx |
| Elaboración final y publicación | | | | | Xxxx |

TABLA 1

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CANCER DE VESICULA BILIAR

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

| VARIABLES | N° | % |
|------------------|-----------|----------|
| Edad | | |
| < 50 años | 7 | 30.4 |
| 50 a 69 años | 10 | 43.5 |
| > 70 años | 6 | 26.1 |
| Sexo | | |
| Femenino | 18 | 78.3 |
| Masculino | 5 | 21.7 |

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Síntomas | | |
| Dolor | 23 | 100 |
| Nauseas | 20 | 86 |
| Vomito | 20 | 86 |
| Ictericia | 10 | 43 |
| Perdida de peso | 5 | 21.5 |
| Ultrasonografía | | |
| Pared engrosada | 23 | 100 |
| Escleroatrófica | 2 | 8.7 |
| Litos | 23 | 100 |
| Irregularidad de la pared | 6 | 26.1 |
| Diagnostico preoperatorio | | |
| Colecistitis cronica litiasica | 23 | 100 |
| Colecistitis + Pble ca | 5 | 21.7 |

| | | |
|--------------------------------|----|------|
| Tratamiento quirúrgico | | |
| Colecistectomia simple | 23 | 100 |
| Colecistectomia + Biopsia | 4 | 17.4 |
| Reporte histopatologico | | |
| Adenocarcinoma | 23 | 100 |
| Aden.ca. Bien diferenciado | 3 | 13 |
| Adenoca. Mod. Diferencia. | 14 | 60.9 |
| Adenoca. Pobrem. Dif. | 6 | 26.1 |
| Litiasis vesicular | | |
| si | 23 | 100 |
| no | 0 | 0 |

TABLA 1

| Etapificación | Nº | % |
|-------------------------|-----------|----------|
| Etapa 0 | 1 | 4.3 |
| Etapa I | 4 | 17.4 |
| Etapa II | 6 | 26.1 |
| Etapa III | 7 | 30.4 |
| Etapa IV | 5 | 21.7 |
| Tumor | | |
| Tis | 1 | 4.3 |
| T1a | 1 | 4.3 |
| T1b | 3 | 13.0 |
| T2 | 6 | 26.1 |
| T3 | 9 | 39.1 |
| T4 | 3 | 13.0 |
| Nodulo linfatico | | |
| Nx | 16 | 69.6 |
| N0 | 7 | 30.4 |
| Metastasis | | |
| MX | 5 | 21.7 |
| M0 | 14 | 60.9 |
| M1 | 4 | 17.4 |

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

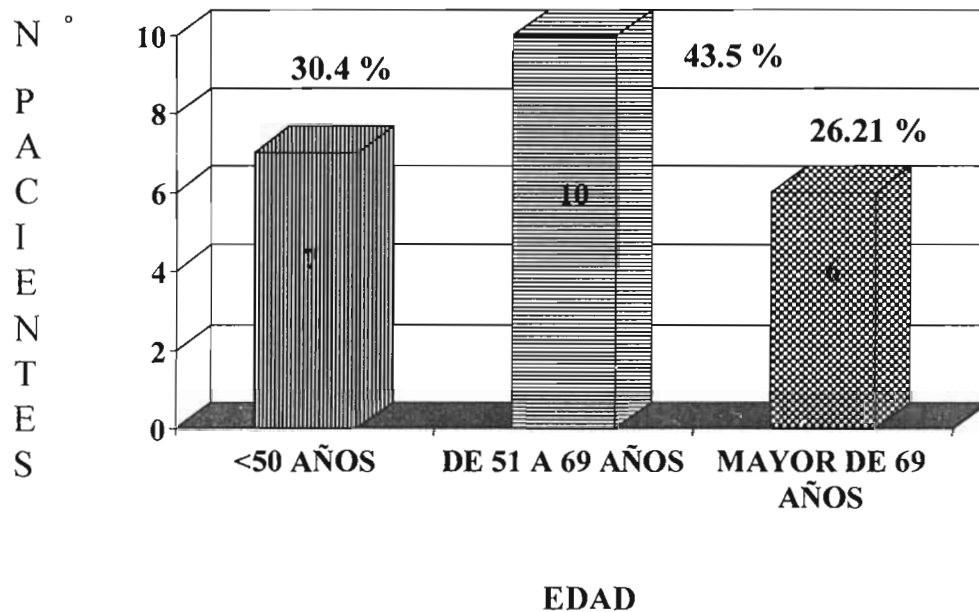


FIGURA - 1

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

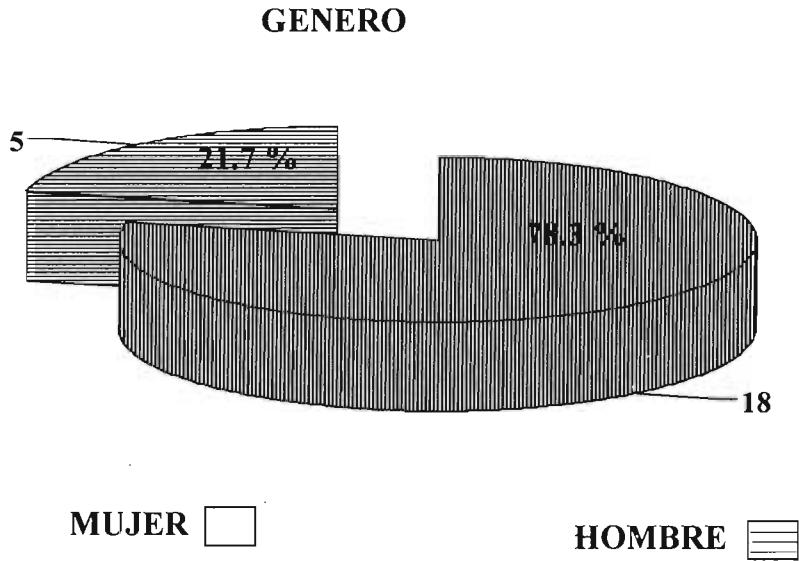


FIGURA - 2

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

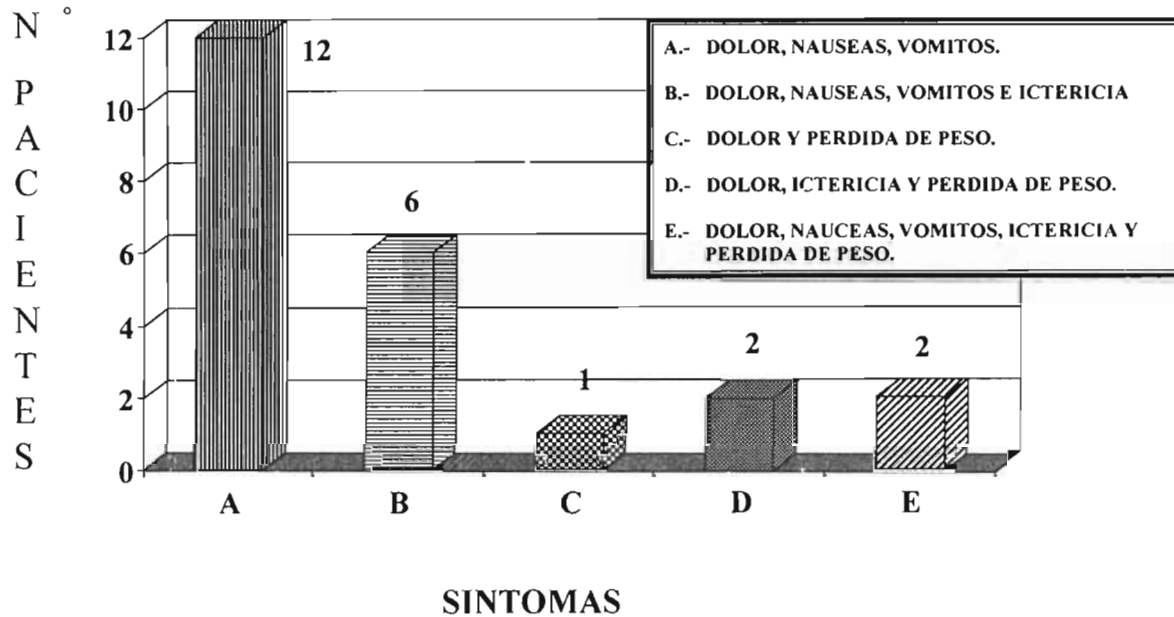
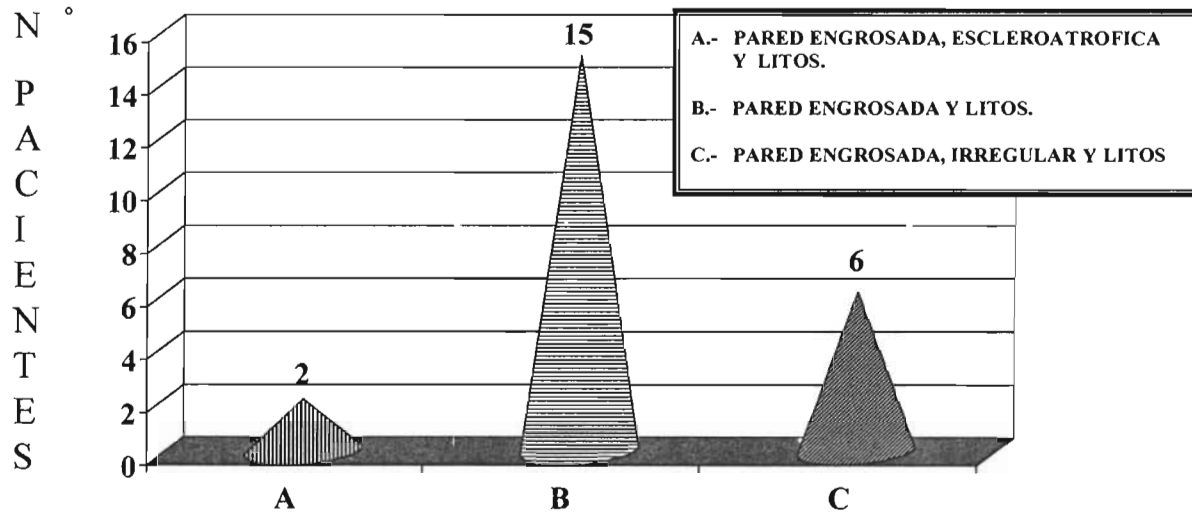


FIGURA - 3

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS



ULTRASONOGRAFIA

FIGURA - 4

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

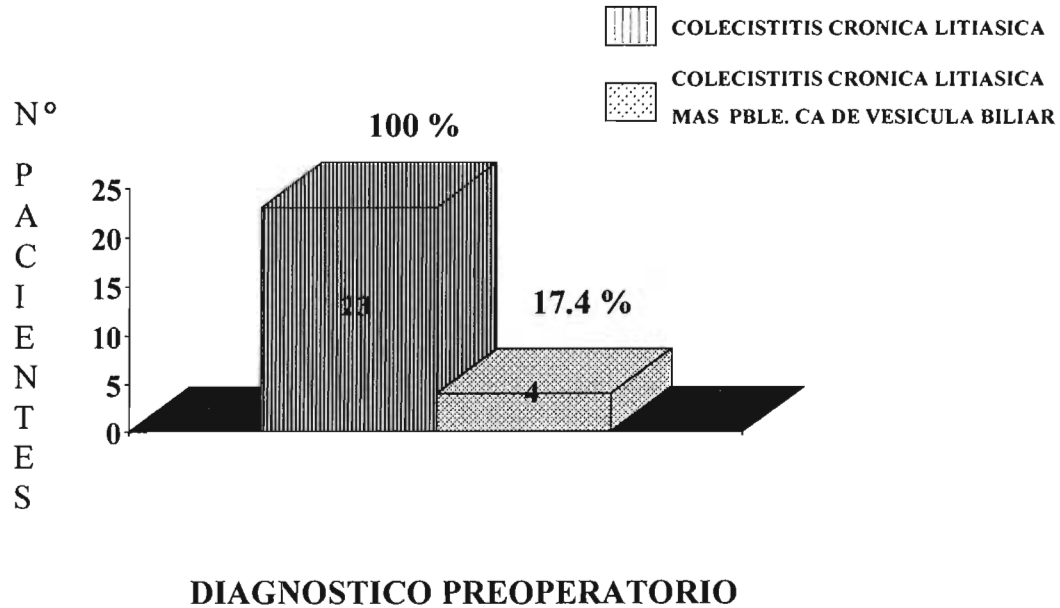
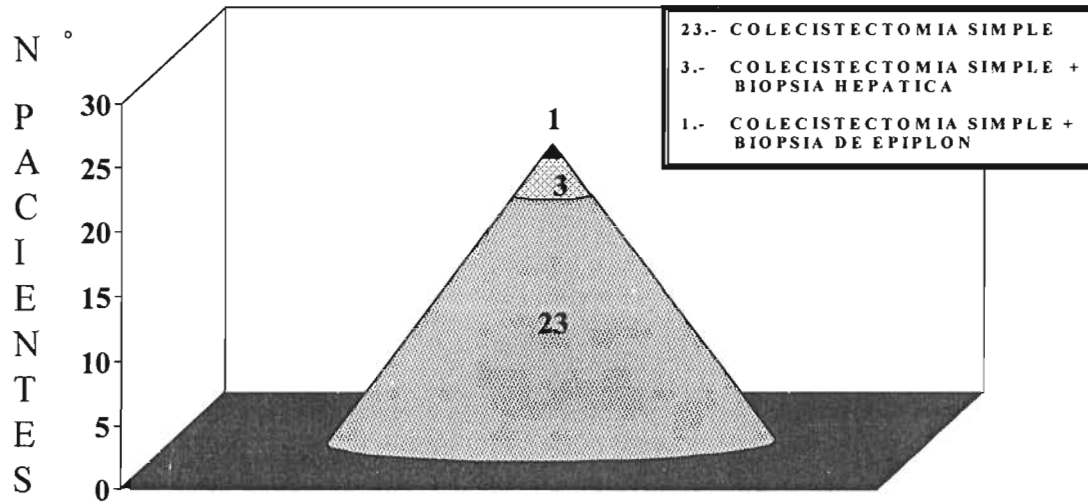


FIGURA - 5

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS



TRATAMIENTO QUIRURGICO

FIGURA - 6

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

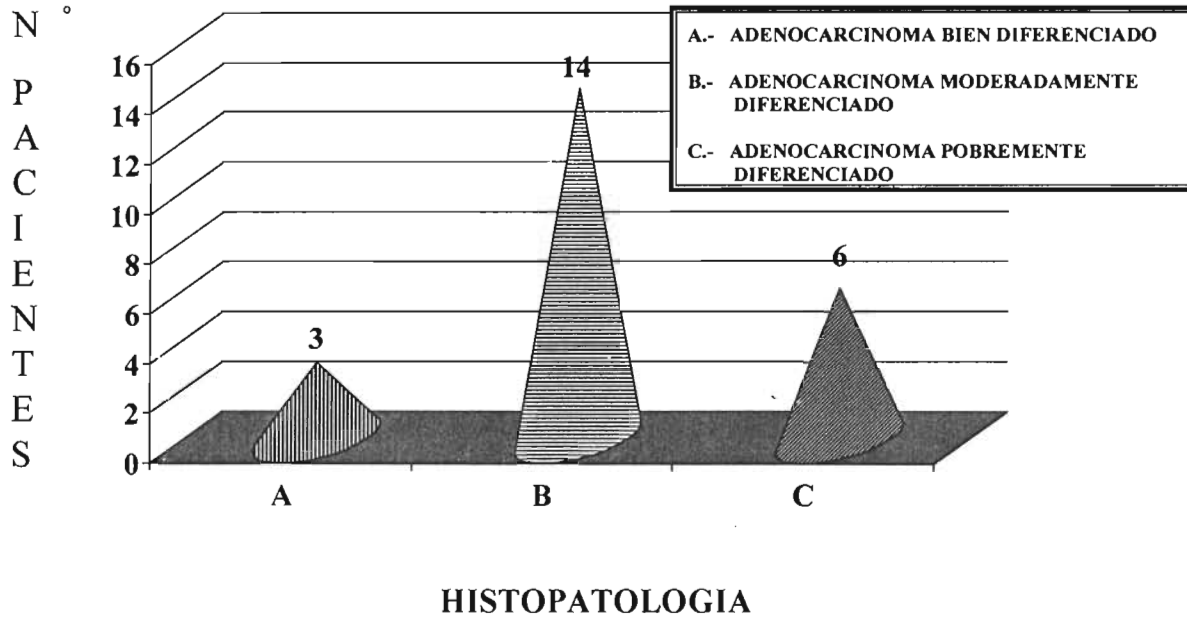


FIGURA - 7

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

LITOS EN LA VESICULA

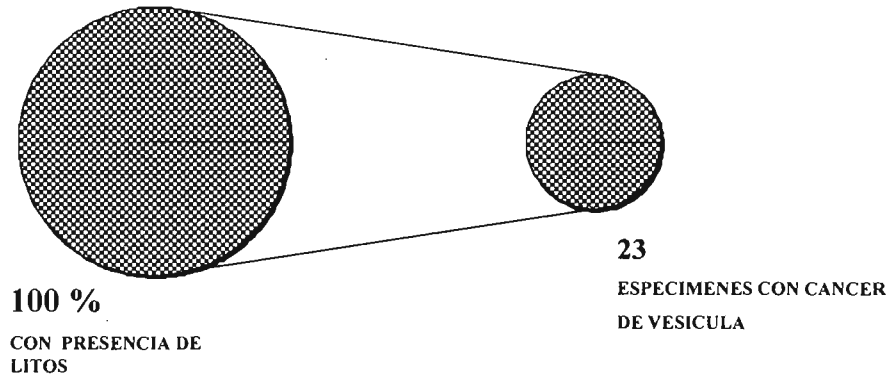


FIGURA - 8

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

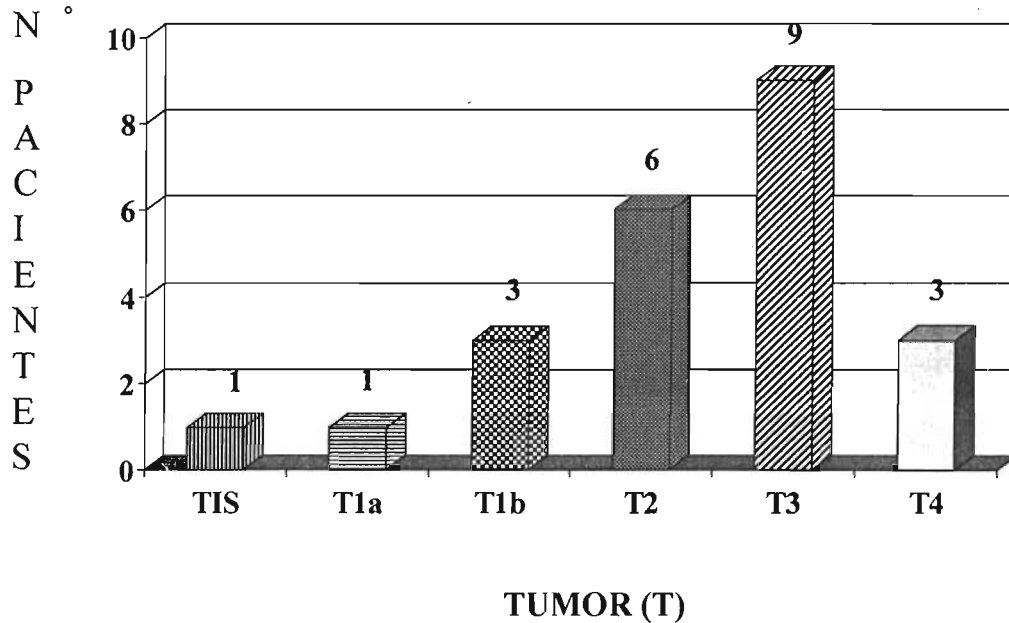


FIGURA - 9

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

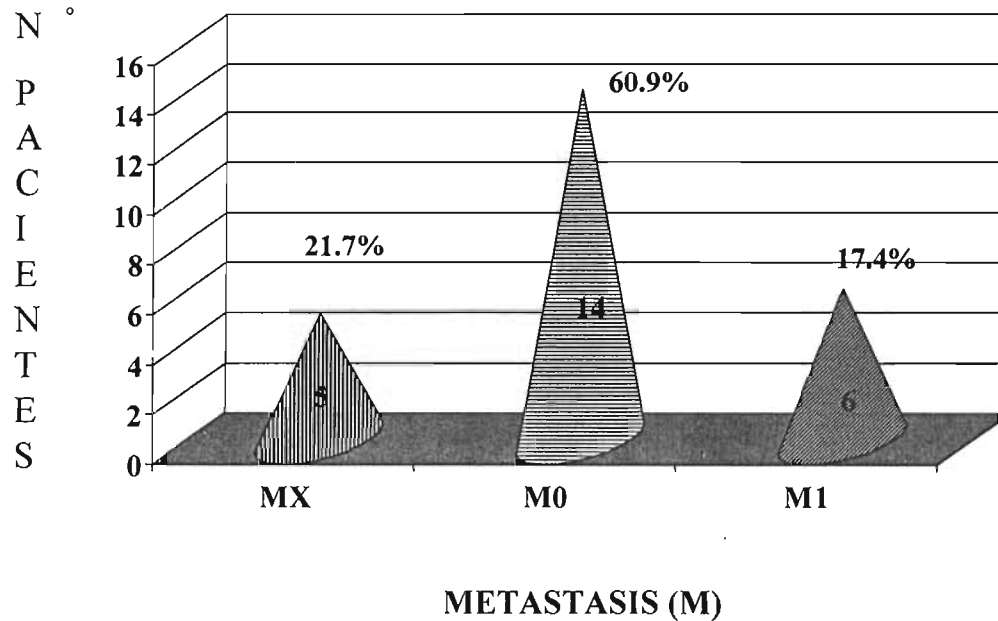


FIGURA - 10

INCIDENCIA DE CANCER DE VESICULA EN ESPECIMENES DE COLESISTECTOMIA POR COLELITIASIS

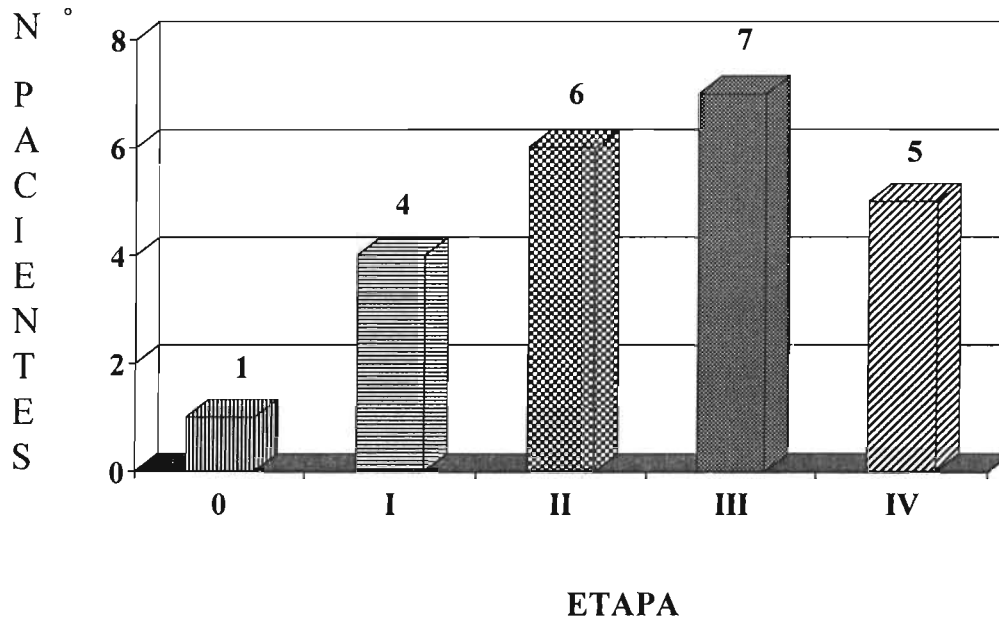


FIGURA - 11