

11209



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA G.

“PREVALENCIA DEL ADENOCARCINOMA  
VESICULAR EN PACIENTES  
COLECISTECTOMIZADOS”

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
DE LA ESPECIALIDAD EN  
CIRUGIA GENERAL  
P R E S E N T A :  
DRA. ELISA MARIA SEPULVEDA GUERRERO

*ASESOR DE TESIS:*  
DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ



MÉXICO, D.F.

2005

17348353



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.

---

**DRA NORMA JUAREZ DIAZ GONZALEZ**  
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DR BERNARDO SEPULVEDA G  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

---

**DR ROBERTO BLANCO BENAVIDES**  
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA  
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DR BERNARDO SEPULVEDA G  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

---

**DR TEODORO ROMERO HERNANDEZ**  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA  
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DR BERNARDO SEPULVEDA G  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



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

IMSS HOSPITAL ESPECIALIDADES  
C.M.N. SIGLO XXI

**RECIBIDO**  
17 AGO 2005  
DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION EN SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN  
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G. "  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

04 de julio, 2005

**ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN**

A las 12:00 horas del día hoy se reunieron en sesión ordinaria en la Sala de Juntas de la Dirección de Educación e Investigación en Salud del hospital, los miembros del Comité Local de Investigación, para evaluar el Proyecto de Investigación intitulado:

**099/2005      PREVALENCIA DEL ADENOCARCINOMA VESICULAR EN  
PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS**

Se trata de una revisión retrospectiva que pretende establecer la frecuencia de adenocarcinoma en la vesícula de pacientes colecistectomizados.

Es un estudio de planteamiento simple: Sin embargo para obtener tasas razonablemente confiables, requieren de muestras grandes de alrededor de 3,000 pacientes. No se proporcionan datos acerca de los casos atendidos en el hospital, pero contar con toda la información parece complejo.

Se recomienda considerar el tamaño de muestra. En caso de no ser suficiente los datos deben presentarse con un análisis de la potencia del estudio y los intervalos de confianza de sus observaciones.

Este proyecto queda registrado con el número de registro U.M.A.E. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Centro Médico Nacional Siglo XXI 3601- 099 -2005

DICTAMEN: APROBADO



DR. JORGÉ ALBERTO CASTAÑÓN GONZÁLEZ  
PRESIDENTE DEL COMITÉ

12/11  
JACG,NJDG,RPS'1bb.



## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
**UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."**  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
SERVICIO DE GASTROCIROUGIA

"PREVENIMSS, UN CAMBIO SEGURO PARA SU SALUD"

México , D.F. 02 de agosto del 2005

Doctora

**NORMA JUAREZ DIAZ GONZALEZ**

Jefe de la División de Educación e Investigación en Salud  
Del Hospital de Especialidades  
Dr. Bernardo Sepúlveda G.  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
**PRESENTE**

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la Dra. Elisa María Sepúlveda Guerrero , inscrita al curso de Cirugía General, matrícula 99382365 en este hospital, que presentó la tesis con titulo "PREVALENCIA DEL ADENOCARCINOMA VESICULAR EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS" **COMPLICACIONES**. Dicha tesis fue revisada y aceptada por el Comité Local de Investigación Médica de este Hospital quedando registrada mediante el acta 233/ 2004. Sugiriéndose contar con una población total de 3000 pacientes, con el fin de obtener datos estadísticamente significativos, para lo cual el presente estudio se llevará acabo en dos fases, presentándose en esta tesis resultados preliminares, los cuales se completaran en una segunda fase, los que se reportaran en un segundo proyecto, seguimiento que será dado por el Dr. Francisco Andrade Zarate, residente de tercer año inscrito al curso de cirugía general.

Agradeciendo la atención que se sirva prestar a la presente, quedo de usted.

Atentamente

"Seguridad y Solidaridad Social"

Doctor  
Teodoro Romero Hernández  
Asesor de Tesis  
Médico adscrito al Serv. Gastrocirugía  
UMAE HE CMN SXXI

Doctor  
Francisco Andrade Zarate  
Residente de tercer año  
Inscrito al Curso de Cirugía General  
UMAE HE CMN SXXI

## **AGRADECIMIENTOS**

**A MIS PADRES**  
POR SU AMOR Y GUIA CONSTANTE,

**A MIS HERMANOS**  
POR SU ALEGRIA,

**EN MEMORIA**  
DE **MIGUEL** EJEMPLO DE LUCHA, MI INSPIRACION

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

## INDICE

I.	TITULO	5
II.	ANTECEDENTES	6
II.	JUSTIFICACION	11
III.	HIPOTESIS	11
IV.	OBJETIVOS	12
V.	PROCEDIMIENTOS	14
VI.	RESULTADOS	14
VII.	CONCLUSIONES	17
VIII.	ANEXOS	19
XX.	BIBLIOGRAFIA	20

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI  
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR BERNANRDO SEPULVEDA G”  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

**I. TITULO:**

**“PREVALENCIA DEL ADENOCARCINOMA VESICULAR EN  
PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS”**

**II. AUTORES:**

**DR. TEODORO ROMERO HERNANDEZ**

Médico adscrito al servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional Siglo XXI

**DRA. ELISA MARIA SEPULVEDA GUERRERO**

Residente del cuarto año de Cirugía General del Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional Siglo XXI

**III. SERVICIO:**

El presente estudio se llevará acabo en el servicio de Gastrocirugía en  
colaboración con el servicio de anatomía patológica del Hospital de  
Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

#### IV. ANTECEDENTES:

La vesícula biliar se localiza en el lecho hepático, siguiendo la línea que divide anatómicamente este órgano en lóbulos. Es un órgano piriforme con capacidad promedio de 50ml dividido anatómicamente en cuatro porciones: fondo, cuerpo infundíbulo y cuello.

Un adulto normal, produce un promedio de 250 a 1000 ml diarios de bilis en el hígado. Los principales constituyentes de la bilis son agua, electrolitos, sales biliares, proteínas, lípidos y pigmentos biliares. La vesícula biliar almacena y concentra la bilis. La absorción selectiva de sodio, cloro y agua da como resultado una concentración 10 veces mayor de sales biliares, pigmentos biliares y colesterol en comparación con la bilis hepática.

Los principales elementos implicados en la formación de cálculos biliares son el colesterol, pigmentos biliares y calcio. Otros constituyentes incluyen hierro, fósforo, carbonato, proteínas, carbohidratos, moco y residuos celulares.

Los cálculos biliares se forman como resultado de la sedimentación de sólidos que escapan de la solución. La solubilidad del colesterol depende de la concentración de sales biliares conjugadas, fosfolípidos y colesterol en la bilis. (1). La formación de cálculos biliares ocurre en tres etapas: saturación de colesterol, nucleación y crecimiento de los cálculos.

Las excavaciones arqueológicas que demostraron la presencia de cálculos biliares en mujeres egipcias jóvenes han confirmado que la colelitiasis ha sido una plaga para la humanidad por más de 2000 años.

Durante la Edad Media los alquimistas con frecuencia recomendaban que los pacientes que sufrían un cólico biliar ingirieran aguas ricas en sulfato de magnesio. No obstante, el tratamiento de los cálculos biliares siguió siendo relativamente primitivo e ineficaz hasta fines del siglo XIX. Cuando las técnicas quirúrgicas comenzaron a evolucionar, en 1882, Karl Langenbuch, cirujano alemán, realizó la primera colecistectomía exitosa. Este suceso marcó el comienzo del manejo satisfactorio de una enfermedad que sigue siendo un trastorno sanitario nacional e internacional (2)

Actualmente la enfermedad litiasica biliar es el motivo de hospitalización y de cirugía más frecuente de todas las enfermedades del tracto digestivo. La verdadera incidencia de este padecimiento en la población general es desconocida, ya que varía ampliamente en todo el mundo, no obstante partiendo del famoso estudio prospectivo de Framminghan (Fridman, Kannel y Dawber), si la estimación es correcta aproximadamente de 16 a 20 millones de personas en los Estados Unidos, que significaría el 10% de la población actual tienen una colelitiasis documentada. Alrededor de 80,000 nuevos casos de colelitiasis

aparecen cada año. Situación similar existe en Europa donde se reportan de 20-30 millones de casos con litiasis vesicular.

Existen condiciones de importancia que crean en la vesícula un medio favorable para la formación de cálculos. Los tipos de cálculo así constituidos parecen presentar una relación con ciertos factores etiológicos como: herencia, obesidad, edades medianas y tardías de la vida asociación con procesos inflamatorios o estasis de la vesícula biliar, alteraciones metabólicas y endocrinas. (3)

En general se piensa que al menos en los Estados Unidos, hasta el 50% de todos los pacientes con cálculos biliares se encuentran asintomáticos. Los pacientes restantes suelen presentar sintomatología cuando los cálculos provocan inflamación u obstrucción al emigrar al conducto cístico o colédoco. El síntoma más específico y característico es el cólico biliar, se caracteriza por ser un dolor intenso y progresivo, localizado en el epigastrio o hipocondrio derecho (Murphy positivo), irradiado con frecuencia a la zona interescapular, escápula derecha o el hombro del mismo lado. Si se presentan con fiebre, ictericia, coluria o acolia debe de considerarse complicación coledosiana.

Las colelitiasis complicada se presentan con más frecuencia en quienes presentan dolor recurrente y serán una colecistitis, litiasis coledosiana o una pancreatitis.

Las complicaciones crónicas asociadas son la pancreatitis crónica, la colecistitis crónica y el carcinoma de vesícula, el cual ha sido reconocido durante mucho tiempo como una complicación potencial de los pacientes con litiasis biliar. En particular esta complicación parecería desarrollarse en pacientes con cálculos grandes únicos de larga data. Del 70 al 90% de todos los pacientes con cáncer de vesícula tiene cálculos biliares y alrededor del 0.4% de todos los pacientes con cálculos biliares finalmente desarrollarán un carcinoma de vesícula. El riesgo es particularmente alto en los pacientes con cálculos únicos mayores de 3 cm de diámetro. (2)

El carcinoma de vesícula biliar fue descrito por primera vez por De Stoll en 1777. la primera resección hepática por un cáncer de vesícula biliar fue realizada por Keen en 1891 y la asociación entre cáncer de vesícula biliar y cálculos vesiculares la estableció Mayo en 1903, asociación que se observa en 48-90% de los casos.

Se ha demostrado que el tamaño de los litos se correlaciona con la probabilidad de carcinoma de vesícula. (4) Se considera una neoplasia de gran malignidad, la incidencia de carcinoma de vesícula biliar aumenta su frecuencia a lo largo de la vida.

A medida que la población de Estados Unidos crece en edad, las tasas de cáncer de vesícula aumentan. Actualmente en ese país se diagnostican entre 6000 y 7000 nuevos casos de cáncer de vesícula biliar por año. Es mayor en las mujeres, con una relación de 3:1 de mujeres a hombres, su incidencia es más elevada en la región sudoeste de los Estados Unidos, en particular entre los indios nativos.(6)

Así mismo es superior en países como Israel, Chile y Japón. Actualmente ocupa el quinto lugar en frecuencia de las neoplasias de tubo digestivo en series internacionales y el segundo en algunas poblaciones de nuestro país, como en la del Hospital Juárez de México y en la de León, Guanajuato (5); en series de autopsia, los carcinomas de vesícula biliar representan hasta el 5% y de todos los tumores malignos, muchos de ellos son asintomático en el momento de la muerte del paciente.

Los datos de autopsias chilenas sugieren que el riesgo del carcinoma de la vesícula biliar es siete veces mayor en presencia de colecistitis crónica y colelitiasis (3). El dolor abdominal es una queja frecuente en la mayoría de estos pacientes; así mismo más de la mitad presenta cólicos biliares ó colecistis aguda. En la mayoría de los pacientes que se presentan con síntomas atribuibles a cáncer de vesícula biliar se encuentra que los tumores son irsecables en el momento del diagnóstico inicial (7). Una minoría se presenta con ictericia que puede estar relacionada 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 débil con carcinoma de vesícula biliar.

Estos son el antígeno carcinoembrionario (CEA) y la  $\alpha$ -feto proteína (AFP), que son comunes a otros tumores gastrointestinales.

La evaluación radiológica de los pacientes con carcinoma de vesícula biliar puede incluir ecografía, tomografía computarizada (TC), obtención de imágenes por resonancia magnética (RM), colangiografía y angiografía.

El examen ecográfico facilita la identificación de una masa que protruye en el interior de la vesícula biliar o llena o reemplaza la vesícula biliar en alrededor del 50% de los pacientes. En algunos con neoplasia de la vesícula biliar en la TC se encuentra una masa intraluminal en la vesícula biliar o una masa que se extiende desde la vesícula biliar hasta el interior del hígado. Este estudio es bastante preciso para discernir una invasión hepática precoz, metástasis hepática o dilatación de la vía biliar (8). La evaluación de la linfadenopatía portal es menos precisa mediante este estudio. En la actualidad el uso de RM no parece aumentar la facilidad de diagnóstico o estadificar el carcinoma de vesícula biliar. La colangiografía tiene un papel bien definido en el diagnóstico de pacientes con carcinoma de vesícula biliar que presentan ictericia, se utilizan tanto la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) como el colangiograma transhepático percutáneo (CTP).

Más del 85% de los cánceres de vesícula biliar son adenocarcinomas; las variantes más frecuentes en la evaluación histórica son la papilar, nodular o tubular. Otros tipos de cánceres de la vesícula biliar incluyen los tumores indiferenciados de células escamosas y los adenoescamosos, así como las variantes raras de tumores de células claras, neuroendocrinos, de células pequeñas y tumores de células gigantes.

La estadificación del carcinoma de vesícula biliar, según el American Joint Comité on Cancer (AJCC) . La supervivencia esta relacionada con los estadios, tantos en el sistema TNM (Tumor Nodos Metastases) como en la clasificación descrita por Nevin. (2)

## ESTADIFICACION TNM PARA EL CÁNCER DE LA VESICULA BILIAR

ESTADIO	TUMOR	GANGLIOS	METASTASIS	SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS(%)
ESTADIO 0	Tis	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	M0	

- Tis:** Carcinoma in situ  
**T1:** Tumor limitado a la mucosa o musculares  
**T2:** Tumor que invade la serosa  
**T3:** Tumor que invade el hígado (menor 2 cm) o un órgano adyacente  
**T4:** Tumor que se extiende más de 2 cm en el interior del hígado o a dos o mas órganos adyacentes  
**N0:** Sin compromiso ganglionar  
 Metástasis en el conducto bístico, vía biliar o ganglios linfáticos hiliares  
**N2:** Metástasis en otros ganglios linfáticos  
**M0:** Sin metástasis a distancia  
**M1:** Metástasis a distancia

## CLASIFICACION DE NEVIN

ESTADIO	PROFUNDIDAD DEL TUMOR	SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS (%)
ESTADIO I	Mucosa	70-97
ESTADIO II	Musculares	50-70
ESTADIO III	Serosa	0-25
ESTADIO IV	Invasión hepática	0-20
ESTADIO V	Metástasis a órganos adyacentes o a distancia	0-25

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.

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. Se considera una contraindicación para la resección el compromiso hepático bilobar, al igual que el que el compromiso extenso de órganos adyacentes (8).

Las recomendaciones actuales para el tratamiento quirúrgico del carcinoma de vesícula biliar se basan en la estadificación anatomopatológica del tumor y en las tasas de supervivencia históricas para los diferentes estadios del tumor.(9)

En pacientes con tumores en estadio TNM 0 (carcinoma in situ), 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 Nevin) también están asociados con altas tasas de supervivencia y son tratados con una colecistectomía simple.

En pacientes 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 peripancreático anterior e inferior. La tasa de mortalidad intrahospitalaria a los 30 días para la colecistectomía ampliada en la mayoría de las series ha sido aceptable, en el orden de menos del 5%.

El tratamiento del carcinoma de vesícula biliar que invadió en forma macroscópica el hígado o los órganos adyacentes (enfermedad en estadios TNM T3 o T4 o en estadio V de Nevin) es aún controvertido. Comunicaciones recientes limitadas sugirieron que puede lograrse supervivencia a largo plazo con la resección

quirúrgica agresiva en un pequeño grupo de pacientes. Según la extensión del compromiso hepático, la resección del hígado, la resección del hígado puede incluir la resección en cuña de la fosa de la vesícula biliar o de los segmentos V y IVb, hepatectomía central, lobectomía hepática derecha ampliada o incluso una trisegmententomía derecha.(2)

## **V. JUSTIFICACION:**

*“La finalidad de este estudio es conocer la prevalencia de adenocarcinoma en pacientes colecistectomizados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, durante el periodo 2002-2004, y comparar estos resultados con la información mundial reportada, así como identificar su relación con litiasis vesicular como factor predisponente”.*

## **VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

*¿Determinar la prevalencia de adenocarcinoma en pacientes colecistectomizados y su asociación con litiasis vesicular en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI?*

## **VII. HIPÓTESIS:**

La prevalencia de adenocarcinoma en nuestro medio es desconocida debido a las dificultades diagnósticas preoperatorias y a que generalmente el diagnóstico se realiza por histopatología de la pieza quirúrgica en el postoperatorio, la litiasis vesicular juega un papel predisponente en la metaplasia y posteriormente en la transformación neoplásica de la vesícula biliar.

## **VIII. OBJETIVOS:**

### **Objetivo general**

1. Conocer la prevalencia de adenocarcinoma vesicular en pacientes colecistectomizados en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

### **Objetivos específicos:**

1. Conocer la relación del adenocarcinoma de vesícula biliar con litiasis vesicular.

## **IX. MATERIAL Y METODOS:**

### **1. Diseño del estudio**

Retrospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional.

### **2. Universo de trabajo**

Utilizaremos los expedientes clínicos de pacientes colecistectomizados con reporte histopatológico de adenocarcinoma vesicular, atendidos en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades Centro Médico Siglo XXI, durante el periodo 2002-2004

### **3. Descripción de las variables**

#### **- Variable independiente:**

Son los pacientes colecistectomizados por diversas causas y con reporte histopatológico de adenocarcinoma de vesícula biliar.

#### **-Variable dependiente:**

Es la litiasis vesicular: Variable cualitativa nominal. Que tiene asociación causal con el adenocarcinoma de vesícula biliar.

#### 4. Selección de la muestra

a. **Tamaño de la muestra:** Se incluirán en el estudio todos los pacientes con antecedente de colecistectomía por cualquier causa y en cuyo reporte histopatológico se haya reportado adenocarcinoma de vesícula biliar.

#### b. Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:**

Todos los pacientes sometidos a colecistectomía por vía laparoscópica o convencional con reporte histopatológico de adenocarcinoma de vesícula biliar y que ésta haya sido realizada por cualquier causa incluyendo causas litíasicas o alitiásicas en el servicio de Gastrocirugía durante el periodo 2002-2004.

- **Criterios de no inclusión:**

- Pacientes colecistectomizados sin reporte histopatológico positivo para adenocarcinoma
- Pacientes con antecedente de adenocarcinoma de vesícula biliar que no hayan sido intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

- **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que en el reporte histopatológico transoperatorio se haya reportado adenocarcinoma de vesícula biliar y que el diagnóstico no se confirme en el reporte definitivo.
- Pacientes que no cuenten con el reporte histopatológico.
- Pacientes en los que no se tenga acceso al expediente clínico durante el periodo en el que se lleve a cabo el estudio.

## 5. PROCEDIMIENTOS:

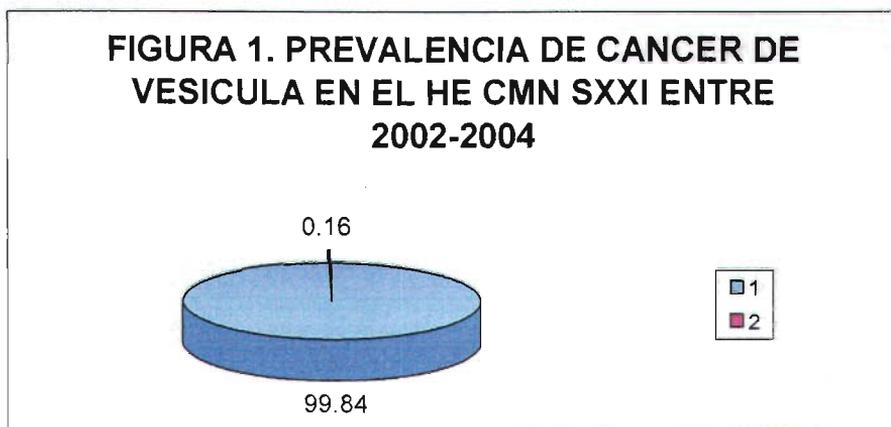
Los candidatos a participar en el estudio se tomaron del registro de cirugías de pacientes colecistectomizados del servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI durante el periodo 2002-2004, posteriormente se buscará en el registro del servicio de Anatomía patológica todos los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de vesícula biliar, para obtener así la incidencia y prevalencia de adenocarcinoma en el hospital.

Posteriormente se analizará los expedientes clínicos de los pacientes del estudio en busca del reporte de ultrasonografía con el fin de obtener datos en relación a litiasis vesicular.

## X. RESULTADOS:

Se analizaron los reportes histopatológicos de 1772 colecistectomías realizadas entre enero del 2002 y marzo del 2004.

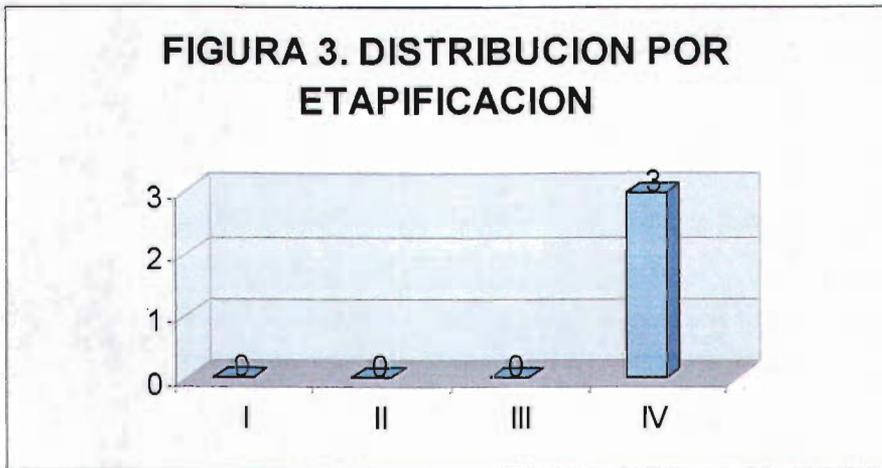
De las cuales 1002 fueron colecistectomías laparoscópicas y 770 fueron colecistectomía abiertas. Reportándose en el estudio histopatológico 3 casos de adenocarcinoma de vesícula biliar con una prevalencia del 0.16% (figura 1).



1. COLECISTECTOMIZADOS
2. CA DE VESICULA

## HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Se reportó adenocarcinoma en tres pacientes los cuales fueron etapificados en estadio IV, dos se clasificaron como T3 N0 M0 y uno como T4 N0 M0, según la Clasificación TNM de la AJCC (American Joint Committee on Cancer) ( figura 2).

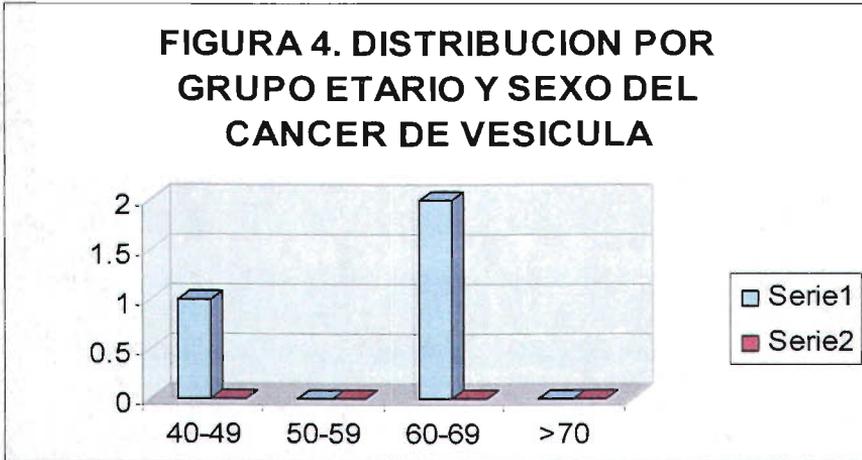


## LITIASIS VESICULAR

De los 1772 colecistectomías realizadas se reportó litiasis vesicular en 1628 y en 122 causas no litiasicas, se encontró que los tres casos reportados de cáncer se encontraban dentro del primer grupo.

## EDAD Y SEXO

El promedio de edad de 58.3 años con una frecuencia mayor a partir de la sexta década de la vida, se encontró que el 100% de los casos fueron mujeres, estableciéndose una relación con el sexo masculino de 4:0 según datos de este estudio (figura 3).



Serie1= mujeres  
Serie2= hombres

## **XI. CONCLUSIONES:**

Aquellas enfermedades de causa desconocida cuya frecuencia varía cuando se comparan diversas poblaciones, como sucede con el adenocarcinoma vesicular, representa un reto epidemiológico.

En el presente estudio, el cual cabe mencionar, corresponde solo a resultados preliminares por tratarse de la primera fase, ya que se cuenta con una población de 1772, cifra que resulta aún insuficiente para obtener valores estadísticamente significativos, sin embargo consideramos importante emitir los resultados iniciales de este estudio, en el cual se establece una prevalencia del 0.16%, en pacientes colecistectomizados durante el periodo 2002-2004 en el HE CMN SXXI, siendo este resultado equiparable a resultados ya conocidos reportados en la literatura.

Se establece que la frecuencia de presentación es mayor en la sexta década de la vida, con un promedio de edad de 58.3 años.

Comprobamos también la estrecha relación con el sexo femenino, en este estudio el 100% de los pacientes con adenocarcinoma fueron mujeres, con una relación con el sexo masculino de 4:0, siendo esta mayor a la reportada en la literatura mundial siendo esta de 3:1.

Se encontró presente la litiasis en el 100% de los pacientes con reporte histopatológico positivo para malignidad, cabe mencionar que no se determino la naturaleza de los mismos en el reporte histopatológico.

Se reportaron tres casos de carcinoma vesicular, de los cuales se constato por histopatológica que se trataba de adenocarcinoma, encontrándose en los tres casos invasión hepática clasificándose mediante TNM y Nevin como estadio IV, en el cual el procedimiento quirúrgico es insuficiente para su tratamiento.

Considero que a pesar de que se trata de resultados preliminares, correspondientes a la primera fase del estudio, estos deben ser tomados en cuenta como base de futuros estudios epidemiológicos respecto al tema tratado, ya que aunque se visualiza la baja prevalencia del adenocarcinoma vesicular en nuestro medio, los escasos casos detectados, fueron en etapas avanzadas de la enfermedad cuya resolución quirúrgica no es suficiente ni terapéutica ensombreciendo el pronóstico de sobrevida de los pacientes.

## XII. CONSIDERACIONES ETICAS:

Dado que el presente estudio es de tipo Retrospectivo, Transversal, Descriptivo y Observacional, no pretende modificar la evolución y el pronóstico de la enfermedad, se obtendrán datos con fines estadísticos apegados a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica. Será presentado como tesis de postgrado por la investigadora adjunta con el fin de obtención de diploma de especialidad.

## XIII. RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

Recursos Humanos: Investigador titular e investigador adjunto.

Recursos Materiales: Expediente clínico de los pacientes  
Expediente radiológico de los pacientes  
un computador personal  
Papel Bond

Recursos financieros: No se requiere.

## XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
ELABORACION DEL PROTOCOLO	X	X			
AUTORIZACION DEL COMITE LOCAL		X	X		
OBTENCION DE DATOS		X	X	X	
ANALISIS DE DATOS			X	X	
ELABORACION DE LA INFORMACION				X	X
PUBLICACION					X

**XV. ANEXOS:**

Se anexa hoja de registro de datos:

**HOJA DE REGISTRO DE DATOS**

- 1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ num. de registro: \_\_\_\_\_
- 2. num. de afiliación: \_\_\_\_\_
- 3. Sexo: ( F ) ( M )
- 4. Edad: \_\_\_\_\_
- 5. Ecografía vesicular :  
No ( ) ( ) Si, hallazgos:  
Tamaño: \_\_\_\_\_  
Pared: \_\_\_\_\_  
Zona ecogénica: \_\_\_\_\_  
Murphy: \_\_\_\_\_

6. Otros estudios de imagen preoperatorios:

	SI	NO
Rx PSA _	_____	_____
Colangiografía oral	_____	_____
TC abdomen	_____	_____
CPRE	_____	_____
RM	_____	_____

7. Tipo de cirugía:

	SI	NO
URGENCIA	_____	_____
ELECTIVA	_____	_____
ABIERTA	_____	_____
LAPAROSCOPICA	_____	_____

8. FECHA DE CIRUGIA: \_\_\_\_\_

9. HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS: \_\_\_\_\_

10. REPORTE HISTOPATOLOGICO: \_\_\_\_\_

**ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA**

## XVI. BIBLIOGRAFIA:

1. Schawrtz S, Shires G, Spencer F y col. Principios de cirugía. Séptima edición. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999: vol2: 1531-1561
2. Zinner M, Schwartz S, Ellis H. Maingot. Operaciones abdominales. Décima edición. México: Editorial médica panamericana,1998: vol2: 1723-1740
3. Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Buenos Aires, Argentina: Editorial médica panamericana,2001:125-127
4. Cornelio M, Suárez M, Franco M, Domínguez M, Santana F. Epidemiología y manifestaciones clínicas de la litiasis vesicular centro de gastroenterología del hospital Luis E. Aviar: Junio 1997-septiembre 1998. Rev Med Dom 2000;61: 29-32
5. Uribe M, Méndez N, Morán S. Litiasis biliar: actualización para el estudio y tratamiento. México: Editorial médica panamericana, 1996: 177-180
6. Silk Y., Douglas H., Nava H., et al. Carcinoma of the Gallbladder. The Roswel Park Experience. Ann Surg, 1999; 210:751-757.
7. Earl D., Albores J., Corel D., Carcinoma of the Gallbladder. Cancer, 2002; 70:1493-7.
8. Naranjo A., Palazuelos M., Casado M. Cáncer de vesícula biliar. Rev Esp Ap Enf Ap, 2002; Dig 76:9-12.
9. Jessurn J., Méndez N., López M., et al. Epidemiología y algunas consideraciones etiológicas en relación al carcinoma de la vesícula biliar. Rev Gastroenterology Mex, 2004 56:197-200.