



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



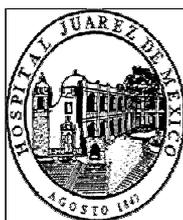
FACULTAD DE MEDICINA
*División de Estudios de Posgrado e
Investigación*

SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Juárez de México

**EL CANCER DE VESICULA BILIAR: EN
EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO:
PREVALENCIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL.
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS**

TESIS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA
DR. ISMAEL DURAN OCAMPO



DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:
DR. ROBERTO PEREZ GARCIA.

MEXICO, D.F.

15 AGOSTO 2006



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.

*SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ MÉXICO
DIRECCION DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA*

*DR. ROBERTO PEREZ GARCIA
JEFE DEL CURSO UNIVERSITARIO*

*DR LUIS DELGADO REYES
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA*

*DR ROBERTO PEREZ GARCIA
DIRECTOR DE TESIS*

FOLIO HJM-1284/06.09.06

A Dios, por ser quien guía mis pasos en la vida y permitirme lograr mis sueños.

A mis padres, por darme la oportunidad de seguir mis ideales, por su amor y por estar a mi lado siempre.

A mis hermanos, Lorena, Eduardo y Maximiliano por ser una gran compañía durante toda la vida.

A Abril y Augusto por ser la luz en mi vida, la razón de todo mi esfuerzo.

Al Dr. Roberto Pérez García, quien gracias a su ejemplo de constancia, rectitud y sabiduría me inculco el amor por el arte de la cirugía.

A mis Maestros Dr. Pablo Miranda, Dr. Juan Girón, Dr. Onesimo Saldivar, Dr. Salomón Hernández por sus enseñanzas dentro y fuera del Hospital.

A mis abuelos, que aunque no todos están ya conmigo, siempre estarán en mi corazón

A mis compañeros, los que hicieron de este viaje algo realmente especial.

CONTENIDO

<i>MARCO TEORICO.....</i>	<i>5</i>
<i>JUSTIFICACION.....</i>	<i>12</i>
<i>HIPOTESIS.....</i>	<i>12</i>
<i>OBJETIVOS.....</i>	<i>13</i>
<i>MATERIAL Y METODOS.....</i>	<i>14</i>
<i>RESULTADOS.....</i>	<i>15</i>
<i>DISCUSION Y CONCLUSIONES.....</i>	<i>19</i>
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>21.</i>

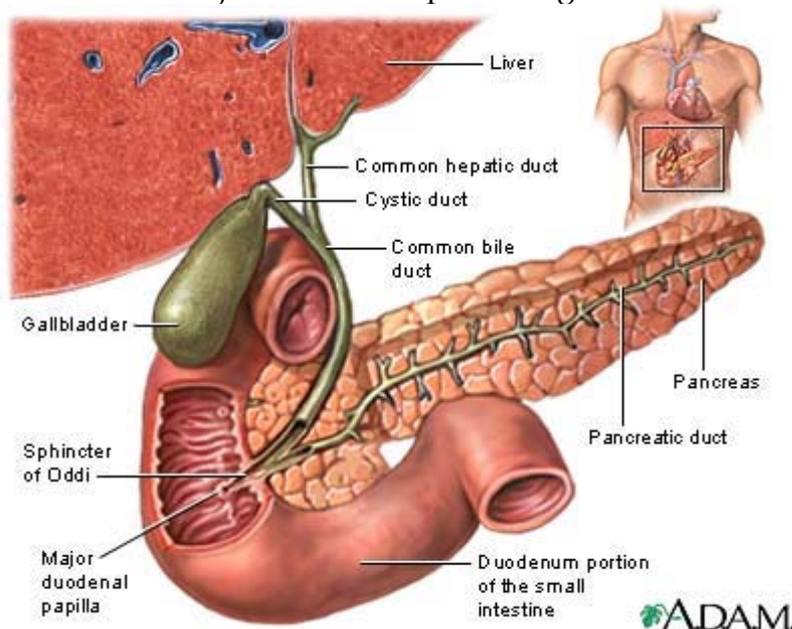
MARCO TEORICO.

CANCER DE VESICULA BILIAR.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA.

La vesícula biliar es un reservorio membranoso aplicado a la cara inferior del hígado, formando la fosa cística.^{1,2}

Es alargada, piriforme y mide de 8 a 10 cm de longitud por 3 o 4 cm. de anchura, se describen en la vesícula un fondo, un cuerpo y un cuello. La vesícula biliar comunica con el conducto colédoco a través del conducto cístico con una longitud de 3 cm. El conducto cístico se dirige oblicuamente hacia abajo, a la izquierda y hacia atrás describiendo una curva, se adosa poco después de su origen al lado derecho del conducto hepático y desciende hasta su terminación junto con el hepático. Figura 1.¹



Al unirse el conducto cístico con el hepático común, se continúan con el nombre de conducto colédoco; este mide aproximadamente 8 a 11 cm. de longitud con un diámetro de 6 a 9 mm. Para su estudio se divide en cuatro partes: supraduodenal, retroduodenal, pancreático e intraduodenal.^{1,2}

El conducto colédoco desemboca junto con el conducto de Wirsung a nivel de la segunda porción del duodeno en la papila o caruncula duodenal (ampula de Vater). La cual se encuentra localizada en la pared posterointerna, en la mitad de la segunda porción del duodeno.^{1,2}

En la función de la vesícula biliar influye hormonalmente en la etapa digestiva la colecistocinina que se libera de la mucosa del duodeno al entrar el contenido graso en el mismo; esto genera la contracción de la vesícula biliar para liberar la bilis; produciendo una fase de contracción tónica y luego contracciones físicas que alcanzan presiones de 25 y 30 mmHg hasta su vaciamiento completo.^{2,3}

EPIDEMIOLOGIA.

El cáncer de vesícula biliar es el quinto tumor por año en los Estados Unidos.⁴ Siendo más frecuente en Chile, Bolivia, Israel y Japón; en los Estados Unidos se encuentra una mayor incidencia en nativos americanos, con una incidencia anual de 1.2 casos por 100 000 habitantes latinoamericanos.^{5,6}

En México la incidencia de cáncer de vesícula biliar es desconocida, en un estudio realizado en un hospital regional de México se encontró que la frecuencia de cáncer de vesícula biliar fue de 9.4% con respecto al total de procedimientos quirúrgicos realizados en el periodo de un año.⁷

El cáncer de la vesícula biliar es la novena causa de muerte por cáncer en México en la población femenina con una frecuencia de 1.6% de los tumores malignos diagnosticados.⁸

En los Estados Unidos de Norteamérica ocupa el quinto lugar entre los tumores de tubo digestivo con una frecuencia de 8.8% de los tumores malignos diagnosticados en este país.⁹ Los bancos de datos mundiales muestran que el cáncer de vesícula biliar es una entidad rara con una incidencia global de 0.2 al 5%, sin embargo existen países con tasas de incidencia mayores debido a una mayor frecuencia de aparición de este problema.^{4,6}

Las poblaciones con un muy alto riesgo de presentar cáncer de vesícula biliar se encuentran los países andinos particularmente Chile y Bolivia, y entre la población hispana e indígena de Norteamérica.^{5,6,9}

Las poblaciones de bajo riesgo (países de la Comunidad Europea, países de Norteamérica) reportan tasas de incidencia alrededor de 0.8 a 1.3 casos por 100 000 habitantes, mientras que los países o poblaciones de alto riesgo (países andinos, población hispana e indígena de Norteamérica), reportan tasas entre 3.5 y 15 casos por 100 000 habitantes.⁵

La mortalidad por cáncer de la vesícula biliar entre los años 1999 y 2000 fue entre 0.7 y 1.6 muertes por 100 000 habitantes en los Estados Unidos y la comunidad europea y de 3.5 a 16 muertes por 100 000 habitantes en países de alto riesgo.⁹

Así mismo la supervivencia y mortalidad se relacionan con la etapa clínica al momento del diagnóstico, basándose en el sistema de clasificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC).

La supervivencia se relaciona con la etapa del tumor con una supervivencia a 5 años aproximada del 60% en pacientes con etapa 0, de aproximadamente 39% para pacientes con etapa I, de 15% para pacientes con etapa II, de 5% para pacientes con etapa III y de 1% o menor para pacientes con etapa IV.^{6,9,10}

FACTORES DE RIESGO.

Se asocia fuertemente con la presencia de procesos inflamatorios crónicos de la vesícula biliar como colelitiasis, infecciones por *Salmonella Typhi*, anomalías de la unión pancreatobiliar, quistes de colédoco y se mencionan alteraciones genéticas.^{4,5,6,11,12}

PATOLOGIA.

En los reportes escritos los tumores de la vesícula biliar se originan de células epiteliales, la mayoría de estos son adenocarcinomas (85%) (Cuadro 1).^{4, 6, 13,14.}

Cuadro 1.

Tipos Histológicos de cáncer de vesícula biliar.	
Carcinomas.	Otros tumores primarios.
Carcinoma in situ	Carcinoide
Adenocarcinoma	Sarcoma
Carcinoma papilar	Melanoma
Adenocarcinoma de tipo intestinal	Linfoma
Carcinoma de células claras	
Carcinoma mucinoso	
Carcinoma de células en anillo	
Carcinoma de células escamosas	
Carcinoma de células adenoescamosas	
Carcinoma de células pequeñas	
Carcinoma indiferenciado	
Carcinoma de células gigantes	
Carcinoma no especificado	
Carcinosarcoma	

Los carcinomas también pueden clasificarse de acuerdo al grado de diferenciación histológica (Cuadro 2).^{4, 6, 14.}

Cuadro 2: Grados histológicos para el cáncer de vesícula biliar.

Gx	No puede ser determinado el grado
G1	Bien diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado
G3	Mal diferenciado
G4	Indiferenciado

La estadificación para cáncer de vesícula biliar es de importancia para la selección de los pacientes quienes se benefician de una cirugía. Existen diversos sistemas de estadificación para el cáncer de vesícula biliar que incluyen la clasificación de Nevin (Cuadro 3), el Sistema de la sociedad japonesa de cirugía biliar y el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC). (Tabla 1).^{4, 6, 10,14.}

Cuadro 3. Clasificación de Nevin.

Etapa I	Invasión a mucosa
Etapa II	Invasión a mucosa y muscular
Etapa III	Invasión transmural (mucosa, muscular y serosa)
Etapa IV	Invasión transmural y del ganglio cístico
Etapa V	Invasión a hígado o enfermedad metastásica

Tabla 1. Etapas del cáncer de vesícula biliar; sexta edición (2003).

Etapa 0	Tis	N0	M0	Carcinoma in situ
Etapa IB	T2	N0	M0	T2: Invasión a tejido conectivo perimuscular
Etapa IIA	T3	N0	M0	T3: Perforación de la serosa y/o invasión directa del hígado y/o un órgano adyacente
Etapa IIB	T1-T3	N1	M0	N1: Metástasis a ganglios linfáticos regionales (cístico, pericoledocianos, hiliares, peri pancreáticos, periportales, celiacos y/o ganglios mesentéricos superiores)
Etapa III	T4	Cualquier N	M0	T4: Invasión a vena porta, arteria hepática común o múltiples órganos extrahepáticos
Etapa IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	M1: Metástasis a distancia, incluye ganglios linfáticos del cuerpo y cola de páncreas

DIAGNOSTICO.

Presentación clínica.

Los pacientes con cáncer de vesícula biliar presentan con mayor frecuencia dolor en cuadrante superior derecho, así como anorexia, náuseas, vómito, los pacientes con enfermedad avanzada se pueden presentar con fatiga, pérdida de peso e ictericia. ^{4, 5, 6, 13.}

Una masa palpable en cuadrante superior derecho o síntomas de obstrucción duodenal significan enfermedad avanzada no resecable. ^{4.}

Para la evaluación los estudios complementarios de laboratorio generalmente son irrelevantes o inespecíficos, pudiéndose encontrar elevación de fosfatasa alcalina, gama glutamil transferasa, alteraciones de la concentración de niveles de bilirrubinas, elevación de antígeno carcinoembrionario y el marcador tumoral Ca 19-9. ^{4, 6.}

Los estudios de imagen suelen ser fundamentales para establecer el diagnóstico y clasificar el estadio clínico cuando se sospecha de cáncer de vesícula biliar. En tumores en etapas tempranas o aquellos infiltrantes son indistinguibles de patología de origen biliar benigno. ^{4, 6, 15.}

El ultrasonido es el primer estudio de imagen que se realiza para evaluar a un cuando se encuentra una pared vesicular calcificada, una pared vesicular discontinua o pérdida de la interfase entre la pared de la vesícula biliar y el hígado.

La tomografía computada de abdomen proporciona con mayor frecuencia información valiosa para evaluar la extensión y la afectación de órganos vecinos, así como para detectar linfadenopatía.^{4, 6,16.}

El ultrasonido endoscópico es más preciso que el ultrasonido transabdominal para establecer el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar; aunque debido a su elevado costo su uso se ha mantenido limitado. Su utilidad también se observa en la evaluación de ganglios linfáticos regionales envueltos por esta patología. Se puede realizar toma de biopsia de ganglios linfáticos o bilis para estudio citológico rutinario cuando se requiere confirmar el diagnóstico.^{4, 6.}

El uso rutinario de la CPRE y la col angiografía percutánea para establecer el diagnóstico y la estadificación del cáncer de vesícula biliar es poco frecuente. La realización de CPRE o col angiografía percutánea es de utilidad para determinar la anatomía del árbol biliar y planear el tratamiento quirúrgico.^{4, 6.}

TRATAMIENTO.

El tratamiento quirúrgico ofrece la única cura potencial para el cáncer de vesícula biliar, a pesar de los avances en el diagnóstico y estadificación del cáncer de vesícula biliar, la exploración quirúrgica continua siendo la herramienta más adecuada para determinar la resecabilidad.^{4, 6, 9, 17,18.}

Los avances en el diagnóstico, técnicas quirúrgicas y manejo peri operatorio en la última década han modificado dramáticamente la morbilidad y mortalidad de la cirugía radical para el cáncer de la vesícula biliar.^{4.}

La realización sistematizada de la exploración quirúrgica con atención particular en la evaluación de enfermedad que involucre los nódulos linfáticos debe realizarse si es requerida. Ante la sospecha de cáncer de vesícula biliar se realiza la exploración quirúrgica, a través de una incisión subcostal derecha.

A pesar de los avances en el diagnóstico y estadificación de cáncer de vesícula biliar se ha encontrado que hasta un 50% de los pacientes sometidos a exploración quirúrgica se han encontrado con enfermedad avanzada irresecable.^{4, 9, 17,19.}

MANEJO QUIRURGICO.

Etapas 0 y I.

Las etapas 0 (carcinoma in situ) y etapa IA (carcinoma confinado a la mucosa o pared muscular) son tratadas con colecistectomía únicamente.^{4, 6,18} Frecuentemente estas etapas son diagnosticadas erróneamente como enfermedad vesicular benigna antes de la cirugía.

Se debe de revisar la ausencia de afectación ganglionar y que los márgenes se encuentren libres de tumor, así mismo la vía biliar.

Cuando se sospeche de cáncer de vesícula biliar preoperatoriamente al momento de la colecistectomía, se debe evaluar en corte frío por el patólogo la pieza confirmándose la presencia de tumor in situ o T1 con márgenes libres, la no se requiere de un procedimiento complementario. La supervivencia a 5 años en etapas 0 y IA es de aproximadamente de 90 al 100%.^{4,19}

El tratamiento quirúrgico de la etapa IB o T2 (carcinoma invadido tejido conectivo peri muscular) requiere de una colecistectomía radical, este procedimiento requiere de la resección en bloque de la vesícula biliar y el tejido hepático adyacente a la misma a una profundidad de 2 cm., una linfadenectomía regional del ligamento hepatoduodenal y los ganglios linfáticos pancreáticos superiores debe realizarse.

También puede realizarse la resección de los segmentos 4 y 5 del hígado, la resección adecuada de los nódulos linfáticos requiere de la movilización completa del duodeno y la cabeza del páncreas. El colédoco, la vena porta y la arteria hepática deben ser esqueletizadas, ocasionalmente cuando se realiza la disección el colédoco puede ser desvascularizado por lo que se requiere de su escisión y de realizar una hepaticoyeyunostomía. La supervivencia a 5 años es de 80 al 90%.^{4, 18, 19, 22.}

Etapa II.

La etapa II del cáncer de vesícula biliar incluye las etapas IIA (tumores localmente avanzados sin metástasis ganglionares) y la etapa IIB (tumores T1-T3 con metástasis ganglionares regionales). Los tumores T3 perforan la serosa o hay invasión local al hígado y/o órganos adyacentes. Tradicionalmente una cirugía extensa para tumores localmente avanzados no se considera justificada debido a que no mejora la supervivencia a largo plazo. Durante la última década se han reportado de un 25% a un 50% en el aumento de la supervivencia a largo plazo posterior al tratamiento quirúrgico agresivo para enfermedad localmente avanzada.^{4, 18, 22.}

Dependiendo de la profundidad de la invasión al hígado y la afectación de estructuras adyacentes; la resección extensa para etapas II de cáncer de vesícula biliar puede tomar diversas maneras de realizarse.^{4.}

Etapas III y IV.

La etapa III (invasión a vena porta, arteria hepática o invasión a órganos adyacentes) y la etapa IV (presencia de metástasis a distancia) son generalmente consideradas irresecables, si se determina al momento de la laparotomía exploradora que se trata de una enfermedad avanzada irresecable se puede colocar clips en los márgenes del tumor para facilitar la planeación de tratamiento paliativo con radioterapia.^{4, 18, 19.}

Algunos autores argumentan que las lesiones metastásicas de hígado pueden beneficiarse de una resección extensa de hígado y pueden ser considerados para tratamiento quirúrgico. Pancreatoduodectomía con o sin resección extensa de hígado ha sido recomendada para tratar enfermedad metastásica ganglionar o invasión duodenal. A pesar que se ha reportado supervivencia a 5 años en pacientes que se han sometido a procedimientos extensos; no justifica la asociada morbilidad y mortalidad del procedimiento.^{4, 20.}

Manejo paliativo.

Los pacientes con cáncer de vesícula biliar avanzado tienen una supervivencia de semanas a meses. El manejo paliativo del cáncer de vesícula biliar está enfocado en aliviar el dolor, mejorar el drenaje biliar y la sepsis. Se puede realizar el drenaje de la vía biliar ya sea en forma endoscópica o percutánea para aliviar el prurito, la ictericia y la sepsis de la vía biliar.⁴

En general los resultados con quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer de la vesícula biliar son pobres. Se han realizado algunos estudios retrospectivos los cuales no han mostrado resultados alentadores.^{4, 6, 12.}

Los regímenes de quimioterapia más utilizados son administrando 5-Fluorouracilo (5-FU) solo o combinado con otros agentes.^{4, 6.} Más recientemente se encuentra el uso de gemcitabina con cisplatino o 5-FU. La quimioterapia regional aplicando mitomicina C a través de la arteria hepática ha demostrado una mejor respuesta con un incremento de la supervivencia de 5 a 14 meses.^{4.}

A pesar de los malos resultados de la radioterapia, esta generalmente es bien tolerada; y comúnmente empleada para paliación.^{4, 17, 19, 21.}

JUSTIFICACION.

Debido a que el cáncer de vesícula biliar es una entidad poco frecuente y generalmente poco valorada debido a que no se realiza el diagnóstico en forma preoperatorio, generalmente el cirujano general se enfrenta a ella al momento de la intervención quirúrgica; o bien, en forma posterior al conocer el reporte del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

El paciente debe ser sometido a estudios de extensión como son pruebas de laboratorio, marcadores tumorales, tomografía axial computarizada de abdomen, resonancia magnética nuclear de abdomen, ultrasonido endoscópico, colangiografía percutánea o endoscópica para etapificación del paciente y determinar su tratamiento.

Esto genera en el paciente angustia e incertidumbre, así mismo afecta a los hospitales por la gran cantidad de recursos necesarios para llevar a cabo la etapificación y en su momento el tratamiento requerido a que debe ser sometido el paciente.

Se desconoce en la actualidad la frecuencia de presentación de cáncer de vesícula biliar en los hospitales de la Ciudad de México; así mismo el tipo histológico, su grado de diferenciación celular y la etapa clínica.

La finalidad de este estudio es determinar la frecuencia de presentación del cáncer de vesícula biliar, la prevalencia y su morbi-mortalidad asociadas.

HIPOTESIS.

Hipótesis alternativa:

Si el cáncer de vesícula biliar se presenta entre un 1% y 5% de los pacientes sometidos a colecistectomía por enfermedad biliar; entonces al conocer el nivel de invasión del tumor y su diseminación en los pacientes del Hospital Juárez de México esperamos determinar si de acuerdo al grado de invasión al realizar la colecistectomía simple requieren de realizar un procedimiento radical al mismo tiempo quirúrgico.

Hipótesis nula:

Si el cáncer de vesícula biliar se presenta con una frecuencia menor del 1% al 5% de los pacientes sometidos a colecistectomía debemos abandonar el estudio rutinario histopatológico de las piezas quirúrgicas.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia de presentación de cáncer de vesícula biliar en el Hospital Juárez de México.

Determinar la tasa de incidencia y prevalencia de cáncer de vesícula biliar en el Hospital Juárez de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Conocer el tipo histológico mas frecuente de cáncer de vesícula biliar en el Hospital Juárez de México.

Conocer el grado de diferenciación celular del cáncer de vesícula biliar en el Hospital Juárez de México.

Conocer el nivel de invasión tumoral y su etapificación de acuerdo a la clasificación de Nevin en los pacientes con cáncer de vesícula biliar en el Hospital Juárez de México.

DISEÑO DE ESTUDIO.

Este es un estudio de tipo observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo de revisión de casos.

Población a estudiar: Todos los pacientes sometidos a colecistectomía en el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México de Enero de 2001 a Diciembre de 2005.

Criterios de inclusión:

Pacientes sometidos a colecistectomía por cualquier patología de vesícula biliar.
Pacientes con edad entre los 20 y 89 años de edad.

Criterios de exclusión:

Pacientes con expediente incompleto.
Pacientes fuera del rango de edad.
Pacientes intervenidos quirúrgicamente en otra institución.
Pacientes con diagnóstico previo de cáncer de vesícula biliar o de carcinoma de la vía biliar.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, observacional, longitudinal de los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a colecistectomía por cualquier patología de origen biliar. El método de búsqueda fue a través del archivo de Anatomía patológica del Hospital Juárez de México y del archivo clínico del Hospital Juárez de México.

Los criterios de inclusión fueron pacientes sometidos a colecistectomía por cualquier patología de vesícula biliar, pacientes con edad entre los 20 y 89 años de edad, realizado entre enero de 2001 y diciembre de 2005, encontrándose que se realizó colecistectomía en 2067 pacientes; siendo de estos pacientes 32 casos resultantes con cáncer de vesícula biliar.

Se excluyeron a 2 pacientes por no contar con expediente completo; el resto de los pacientes se incluyeron en el estudio.

De los expedientes clínicos se obtuvieron los siguientes antecedentes: edad, sexo, diagnóstico clínico previo a la intervención quirúrgica, manifestaciones clínicas. Del informe de anatomía patológica se obtuvieron los siguientes datos: Tipo histológico de cáncer, grado de diferenciación celular, grado de infiltración de la pared u órganos vecinos (etapificación Nevin).

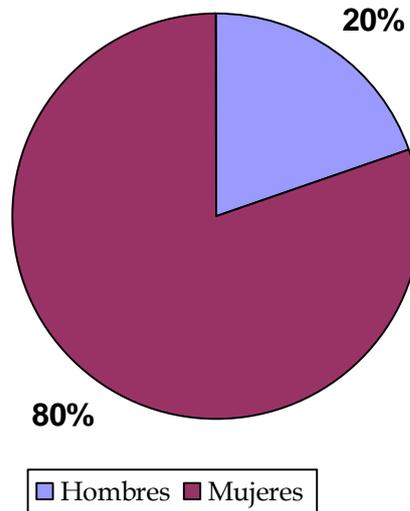
Para fines de análisis estadístico se calculó la tasa de prevalencia, la tasa de incidencia acumulada.

RESULTADOS.

Prevalencia.

Entre enero de 2001 y diciembre de 2005, se realizaron 2067 colecistectomías, 1659 fueron en mujeres (80.26%) y 408 fueron hombres (19.74%). Figura 2.

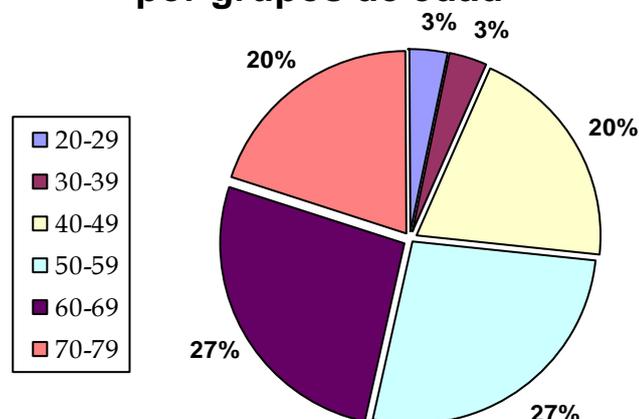
Figura 2



De las 2067 colecistectomías realizadas en este periodo se encontró que 30 pacientes (1.45%) presentaron diagnóstico de cáncer de vesícula biliar, doce pacientes (40%) fueron hombres y dieciocho (60%) fueron mujeres, lo que da una relación de 1:1.5; con un promedio de edad de 58.3 años, (rango 27-79 años).

La mayor frecuencia de presentación por grupos de edad del cáncer de vesícula biliar fue entre la 6ª y 7ª décadas de la vida. Figura 3.

Figura 3. Frecuencia de cancer de vesicula biliar por grupos de edad

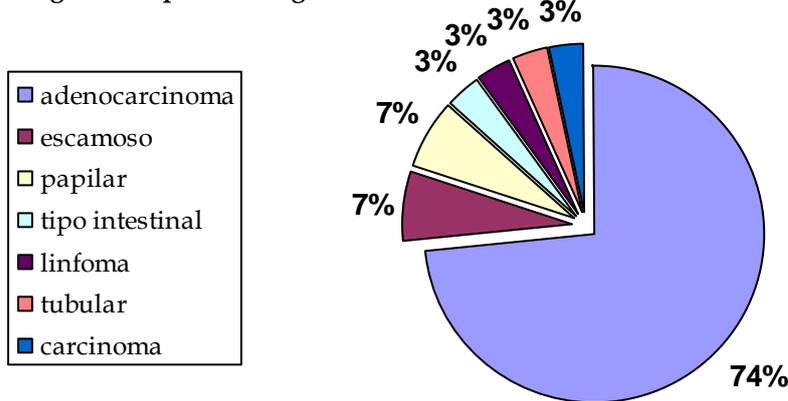


La prevalencia del cáncer de vesícula biliar fue de 1.45 casos por cada 100 pacientes sometidos a colecistectomía; mientras que la incidencia fue de 14.5 casos por cada 1000 pacientes sometidos a colecistectomía.

Hallazgos anatomopatológicos.

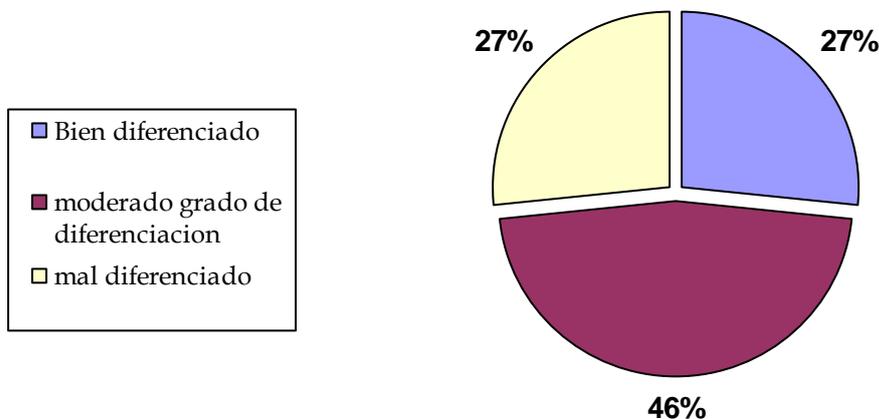
De los 30 pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar, se encontró el adenocarcinoma en 22 pacientes (74%), adenoescamoso en 2 pacientes (7%), carcinoma papilar en 2 pacientes (7%), adenotubular un paciente (3%), tipo intestinal un paciente (3%), linfomatoso un paciente (3%), adenotubular un paciente (3%) y carcinoma un paciente (3%). Figura 4.

Figura 4. Tipos histológicos de cáncer de vesícula biliar



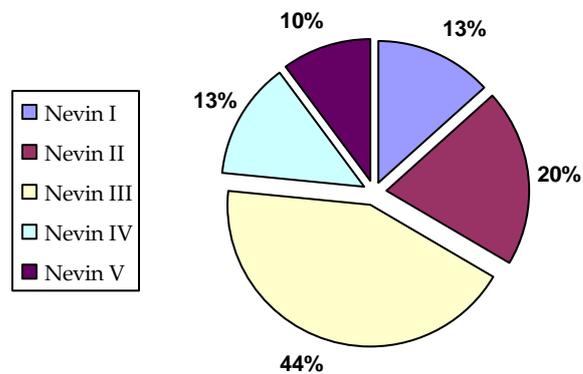
De acuerdo al grado de diferenciación celular se encontró que 8 pacientes tenían buen grado de diferenciación celular, 14 pacientes presentaban moderado grado de diferenciación celular, 8 pacientes presentaban pobre grado de diferenciación celular. Figura 5.

Figura 5. Grado de diferenciación celular



De los 30 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer, se encontró que de acuerdo al grado de invasión tumoral; en cuatro pacientes el tumor infiltraba la mucosa (Nevin I), en seis pacientes el tumor infiltraba la pared hasta la capa muscular (Nevin II), en trece pacientes el tumor infiltraba en forma transmural la pared (Nevin III), en cuatro pacientes el tumor infiltraba en forma transmural la pared con afectación del ganglio cístico (Nevin IV) y en tres pacientes el tumor infiltraba el lecho hepático y/o afectación metastásica a distancia (Nevin V). Figura 6.

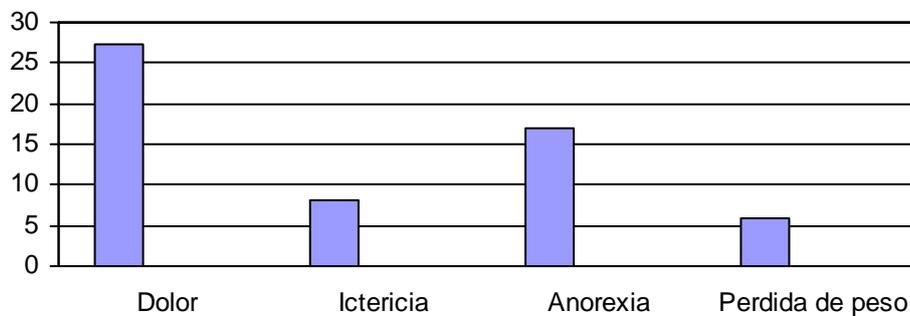
Figura 6. Grado de infiltración tumoral



Hallazgos clínicos:

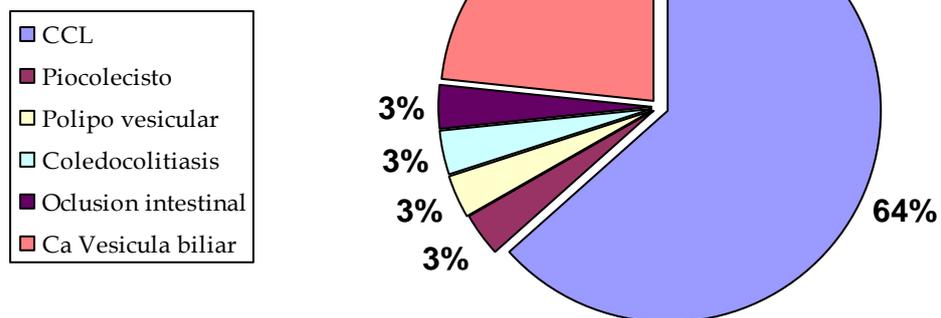
De los 30 pacientes con cáncer de vesícula biliar se encontró que 27 pacientes (90%) presentaban dolor abdominal en cuadrante superior derecho, 8 pacientes (26%) presentaban ictericia, 17 pacientes (56%) presentaban anorexia y 6 pacientes (20%) presentaron pérdida de peso. Figura 7.

Figura 7. Presentación clínica



De los 30 pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar el diagnóstico preoperatorio se realizó de acuerdo a las manifestaciones clínicas y estudio ultrasonográfico; encontrando que diecinueve pacientes (64%) se realizó el diagnóstico de colecistitis crónica litiasica, en un paciente (3%) se realizó el diagnóstico de polipo vesicular, coledocolitiasis, piocolecisto y oclusión intestinal. En siete pacientes (24%) se realizó el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar de manera preoperatoria. Figura 8.

Figura 8. Diagnóstico preoperatorio



Discusión.

El cáncer de vesícula biliar es una patología que por su presentación clínica se confunde con enfermedades benignas de la vesícula biliar, esto debido a que el síntoma más frecuentemente asociado a cáncer de la vesícula biliar es el dolor en cuadrante superior derecho, ictericia, anorexia y pérdida de peso.^{2, 4, 6, 7, 19.}

En nuestra experiencia los resultados mostraron que el síntoma con mayor frecuencia de presentación es el dolor abdominal (27 pacientes, 90%).

De acuerdo a nuestros resultados de todos los pacientes sometidos a colecistectomía por enfermedad de la vesícula biliar a la mayoría se les realizó el diagnóstico preoperatorio de colecistitis crónica litiasica, de los pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar el 64% (19 pacientes) se les realizó el diagnóstico de colecistitis crónica litiasica.

En comparación con otros estudios el diagnóstico preoperatorio de cáncer de vesícula biliar se realizó con mayor frecuencia en nuestro hospital con una mayor cantidad de pacientes (7 pacientes, 24%), el diagnóstico clínico preoperatorio de cáncer de vesícula biliar se realizó en base a la sospecha clínica, manifestaciones clínicas como dolor abdominal en cuadrante superior derecho, ictericia y pérdida de peso, se realizó ultrasonograma transabdominal el cual solo reporta engrosamiento de pared, no se realizó tomografía de abdomen para etapificación preoperatoria en ninguno de los pacientes.

Debido a que el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar es difícil de realizar en forma preoperatoria, debemos extremar precauciones y los intentos por sospechar el diagnóstico en los pacientes con mayor riesgo: mujeres entre la 6ª y 7ª década de la vida, larga evolución con enfermedad vesicular.^{4, 6, 14.}

Encontramos que la prevalencia de cáncer de vesícula biliar (1.45%) en comparación con otros países es similar a la reportada en las estadísticas mundiales oscilando entre un 2.1 y 8.8 %.^{2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14.}

De los pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar encontramos que el tipo histológico que con mayor frecuencia se presentó es el adenocarcinoma en un 76%, lo que es similar a la reportada por la literatura.^{2, 4, 6, 9, 13.}

De acuerdo al grado de diferenciación celular encontramos que en mayor número de casos (14 pacientes, 46%) se reportó cáncer moderadamente diferenciado, esto junto con el grado de infiltración tumoral son factores que influyen en la supervivencia a 5 años en los pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar.

Se encontró que 4 pacientes (13%) presentaban tumor in situ o solo había invasión a la mucosa de la pared vesicular y que 6 pacientes (20%) presentaban tumor que infiltraba hasta la capa muscular de la pared (estadios 0, IA); lo que de acuerdo a la literatura son susceptibles de curación con la colecistectomía simple; con una supervivencia a 5 años de 90 al 100%.^{4, 6, 10, 18.}

Por otra parte los pacientes con infiltración tumoral de la pared con o sin invasión a lecho hepático y/o afectación de ganglios linfáticos regionales (Nevin III, IV). Etapas clínicas IB (T2N0M0), IIA (T3N0M0) y IIB (T1-3,N1M0) deben ser tratados con colecistectomía radical, con una supervivencia a 5 años de 45-60%.^{4, 6, 17, 18, 19, 20.}

Encontramos que 13 pacientes (44%) presentaban invasión de la pared; en 4 pacientes (13%) además de haber invasión a la pared se encontró infiltración tumoral en el lecho y/o afectación ganglionar regional (Ganglio cístico); etapas clínicas IB, IIA y IIB.

Las etapas clínicas III y IV no se benefician de un procedimiento quirúrgico radical ya que se caracterizan por haber invasión a hígado, órganos adyacentes y/o metástasis a distancia, con una sobrevida a un año menor del 5% (sobrevida de 2 a 4 meses).^{4, 6, 18, 19, 20,21.}

Durante la revisión encontramos que 3 pacientes (10%) presentaban infiltración a hígado, órganos adyacentes y metástasis a distancia.

CONCLUSIONES

El cáncer de la vesícula biliar es una enfermedad con baja prevalencia en nuestro medio en comparación a la reportada por otros autores, estos hallazgos por debajo de lo esperado en las tasas de prevalencia e incidencia del cáncer de vesícula biliar nos orientan a pensar que solo en casos selectos ante la sospecha clínica de cáncer de vesícula biliar debemos realizar estudio histopatológico transoperatorio para determinar el grado de diferenciación celular, el grado de invasión tumoral y su etapificación clínica.

Debido a que encontramos que un numero significativo de los pacientes con diagnostico de cáncer de vesícula biliar en nuestro estudio presentan etapas clínicas avanzadas con invasión tumoral de la pared con afectación ganglionar (Etapas clínicas IB, IIA y IIB) que requerían de un procedimiento quirúrgico radical para la posible resección completa del tumor y su curación; no se realizo dicho procedimiento quirúrgico.

Estos hallazgos demuestran la dificultad de que se logre realizar el diagnostico preoperatorio adecuado en estos casos, por lo que debemos siempre tener la sospecha clínica de la enfermedad en aquellos grupos de personas con mayor riesgo de presentarlo.

Así como debemos estar preparados como cirujanos para que cuando se presente un caso ante nosotros llevemos a cabo el procedimiento quirúrgico adecuado para la etapa clínica.

BIBLIOGRAFIA.

1. Rouviere H, Delmas A: ANATOMIA HUMANA. 9ª edición. Barcelona, España. Masson, 1991; 454-463.
2. Asociación Mexicana de Cirugía General, Consejo Mexicano de Cirugía General: TRATADO DE CIRUGIA GENERAL. 1ª edición. México, D.F. Manual Moderno, 2003; 965-1003.
3. Gayton: Tratado de Fisiología medica. 9ª Edición. Mexico, D.F. 1996.
4. Cameron JL: CURRENT SURGICAL THERAPY. 8ª Edición. Baltimore, Maryland. Elsevier Mosby, 2004; 439-444.
5. Andia KM, Gederlini A, Ferreccio C: CANCER DE VESICULA BILIAR: TENDENCIA Y DISTRIBUCION DEL RIESGO EN CHILE. Rev med Chile 2006; 134: 565-574.
6. Denshaw MB, Kennedy A, Van Echo D: GALLBLADDER CANCER. J Clin Oncol 2005 Apr 1; 23 (10): 2332-2344.
7. Sanchez VEA, Aguirre GH: CANCER DE VESICULA BILIAR DURANTE COLECISTECTOMIAS EN EL HOSPITAL REGIONAL "RIO BLANCO" DE VERACRUZ. Rev Inst Nal Cancerol 1994; 40 (1): 18-20.
8. EL CANCER EN MEXICO. Registro histopatológico de neoplasias malignas en México (RHNNM). 1995.
9. Donohue JH, Stewart AK, Menck H: THE NATIONAL CANCER DATA BASE REPORT ON CARCINOMA OF THE GALLBLADDER, 1989-1995. Cancer 1998; 83 (12): 2618-2627.
10. Nevin JE, Moran TJ, Kay S, King R: CARCINOMA OF THE GALLBLADDER: STAGING, TREATMENT AND PROGNOSIS. Cancer 1976; 37: 141-148.
11. Wistuba II: MOLECULAR PATHOGENESIS OF GALLBLADDER CANCER. Gastr Latinoam 2003; Vol 14, No.3: 214-217.
12. Mager DL: BACTERIA AND CANCER: CAUSE OR COINCIDENCE. Journal of translational medicine 2006; 4: 14 - 46.
13. Chao TC, Greager JA: PRIMARY CARCINOMA OF THE GALLBLADDER. J Surg Oncol 1991 Apr; 46 (4): 215-221.
14. Talbot E, Klaassen R, Mucientes F, Diaz M, Leiva R: SOBREVIDA EN CANCER DE VESICULA BILIAR ESTADIOS I. Rev Chilena de Cirugía 2003; 55 (1): 65-69.
15. Abi Rached B, Neugut AI: DIAGNOSTIC AND MANAGEMENT ISSUES IN GALLBLADDER CANCER. Oncology 1998; 9: 19-30.
16. Araki T, Nihara T, Karikomi M, Kachi K, Uchiyama G: INTRALUMINAL PAPPILLARY CARCINOMA OF THE GALLBLADDER: PROGNOSIC VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY AND SONOGRAPHY. Gastrointest radiol 1988; 13: 261-65.
17. Shirai Y, Yoshida K, Tsukada K, Muto T, Watanabe H: RADICAL SURGERY FOR GALLBLADDER CARCINOMA. Ann Surg 1992; 216 (5): 565-568.
18. Shoup M, Fong Y: SURGICAL INDICATIONS AND EXTENT OF RESECTION IN GALLBLADDER CANCER. Surg Oncol Clin N Am 2002 Oct; 11 (4): 985-994.

19. Bartlett DL, Fong Y, Fotner JG, Brennan MF, Blumgart LH: LONG-TERM RESULT AFTER RESECTION FOR GALLBLADDER CANCER, IMPLICATIONS FOR STAGING AND MANAGEMENT. *Ann Surg* 1996; 234 (5): 639-646.
20. Vauthey JN, Baer HU, Guastella T, Blumgart LH: COMPARISON OF OUTCOME BETWEEN EXTENDED AND NONEXTENDED LIVER RESECTION FOR NEOPLASM. *Surgery* 1993; 114 (5): 968-975.
21. Sasson AR, Hoffman JP, Ross E, Meropol NJ, Szarka CE, Freedman G, Pinover W, Pingpank JF, Eisenberg BL: TRIMODALITY THERAPY FOR ADVANCED GALLBLADDER CANCER. *Am Surg* 2001 Mar; 67 (3): 277-283.
22. Tsukada K, Hatakeyama K, Kurosaki I, Uchida K, Shirai Y, Muto T, et al. OUTCOME OF RADICAL SURGERY FOR CARCINOMA OF THE GALLBLADDER ACCORDING TO THE TNM STAGE. *Surgery* 1996; 120: 816-821.