

11209  
2 ej 73



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado

Secretaría de Marina  
Centro Médico Naval

**CANCER DE VESICULA BILIAR**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA**

Para obtener la Especialidad en  
**CIRUGIA GENERAL**

**A U T O R:**

**DR. JOSE LUIS RANGEL DE LARA**

Director de Tesis.

**DR. OTHON P. BLANCO MAINERO**

**DR. CARLOS E. GÓMEZ LLATA TAVIZON**  
Profesor del Curso de Especialización  
en Cirugía General

**DR. ADALBERTO SALAS VILLAGOMEZ**  
Coordinador de Enseñanza

México, D. F.

1985

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

## I N D I C E .

	PAG.
SECCION I.	
JUSTIFICACION Y OBJETIVO	1
SECCION II.	
ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA	2
SECCION III.	
MATERIAL Y METODO	15
SECCION IV.	
RESULTADOS	16
SECCION V.	
DISCUSION	24
SECCION VI.	
CONCLUSIONES	27
SECCION VII.	
PROBLEMAS PENDIENTES	31
RESUMEN	32
SECCION VIII.	
BIBLIOGRAFIA	33

## **I.- JUSTIFICACION Y OBJETIVOS.**

El cáncer de vesícula, 5o. lugar entre los carcinomas del tubo digestivo, rápidamente ha escalado al tercero, de etiología desconocida, se descubre generalmente cuando los pacientes son estudiados por sintomatología que sugiere proceso maligno o colelitiasis, transoperatoriamente durante colecistectomía o laparotomía exploradora, como hallazgo histopatológico en el post operatorio y raramente antes de la intervención (5%). Su mortalidad es elevada ya que menos del 15% sobreviven 5 años una vez hecho el diagnóstico.

Hemos observado en nuestro hospital, mayor incidencia del padecimiento en relación con años anteriores, por lo cual creímos conveniente realizar un estudio con la finalidad de establecer un protocolo de manejo que incluya diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, basado en la etapa clínica en que se descubre el padecimiento.

## II. ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

### HISTORIA.

La primera publicación sobre cáncer vesicular corresponde a Maximiliano Stoll de Viena, quien en 1777 informó sus observaciones en tres autopsias. (1).

Frerichs, en 1861, observó la posible relación de la enfermedad con la litiasis, y en 1888, Zencker señala la litiasis como factor precursor. (2).

En los años subsiguientes se consideró la enfermedad como rara hasta que Evarst Graham reportó en 1931 una incidencia de hasta el 10% del total de las neoplasias malignas en la mujer, esta afirmación no ha variado hasta la fecha (3).

El tratamiento quirúrgico, se limitaba a la extirpación de una lesión hallada en el curso de una colecistectomía por litiasis, o a la extirpación de la vesícula cuando el cáncer era evidente (4).

Wangesteen, en 1949 practicó con éxito la primera hepatectomía derecha total, y años después, Pack y Glenn desarrollaron la técnica de la colecistectomía radical, obteniendo -- sobrevividas de hasta 5 años.

Judd y Gray en 1932 reportaron una frecuencia de 0.94% para cáncer de vesícula en 22,365 operaciones realizadas sobre el tracto biliar en la Clínica Mayo. (5,6).

## EPIDEMIOLOGIA Y FRECUENCIA.

El carcinoma de la vesícula se considera dentro de los menos frecuentes del tubo digestivo en los Estados Unidos de Norteamérica y en los países de Europa Occidental. En EUA su frecuencia ha disminuido en los últimos años. Sin embargo en estudios hechos en varios tipos de población en ese país se han encontrado diferencias importantes principalmente entre los indios del suroeste en donde tanto la colicistitis como el carcinoma de vesícula biliar son dos o tres veces más frecuentes que en la población general.

En México actualmente ocupa el 3o. lugar de acuerdo con un estudio prospectivo que lleva a cabo la Academia Nacional de Medicina. (7).

CUADRO NO. 1.- % DE CANCER DEL APARATO DIGESTIVO EN 6 INSTITUCIONES.

	H.G. SSA	DN	H.ONCO IMSS	20 NOV ISSSTE	H ESP.	FUEHA
Estómago	58.6	32.6	62.3	21.4	28.9	26.7
Cólon y recto	15.2	26.3	11.4	42.8	36.8	25.0
Vesícula y V.B.	11.9	8.6	4.9	7.1	7.9	11.7
Páncreas	4.3	18.9	3.3	19.0	21.0	6.6
Hígado		2.1	3.3	7.1	5.3	16.6
Esófago	8.7	4.8	9.8	4.7		5.0
I. Delgado		3.1	3.3			
Ano		4.3	1.6			

Por autopsias practicadas en varias instituciones nacionales, ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias del tubo digestivo. (8).

CUADRO NO. 2.- FRECUENCIA DE NEOPLASIAS DEL APARATO DIGESTIVO EN 7,500 NECROPSIAS.			
TUMORES MALIGNOS DEL APARATO DIGESTIVO	NO. DE CASOS	PORCENTAJE TOTAL	PORCENTAJE RELATIVO
Vías Biliares	143	1.9	29.8
Estomago	114	1.5	23.8
Higado	88	1.2	18.4
Páncreas	80	1.1	16.7
Cólon	35	0.5	7.3
I. Delgado	15	0.2	3.1
Esófago	4	0.05	0.8

Dentro de las neoplasias de las vías biliares el carcinoma de la vesícula ocupa el 1er. lugar.

#### ETIOPATOGENIA.

Se ha considerado a la colelitiasis como factor predisponente al carcinoma de vesícula. Sin embargo hay que tomar en cuenta los siguientes hechos:

- 1.- La existencia de litiasis en el cáncer de vesícula biliar y
- 2.- El desarrollo de carcinoma de vesícula en pacientes con litiasis vesicular.

En relación con el primer punto señalaremos que coexiste -- con colelitiasis en una proporción de 73.9%, de acuerdo con el estudio de Fiehler y Crischlow (9).

Puede cursar en el 25% de los casos, sin litiasis vesicular. En Uganda se encontró que la presencia de neoplasia sin cálculos es lo habitual. Otro hecho interesante es que se ha encontrado en pacientes que han sido colecistectomizados, -- generalmente por litiasis previa.

En relación al segundo punto su incidencia es de hasta el 3%.

Se ha mencionado también al fenómeno inflamatorio crónico -- como causante de neoplasia, hasta en un 50% de los pacientes con historia de colecistitis crónica en vesículas extirpadas por carcinoma. También es frecuente su asociación con vesículas calcificadas o en "porcelana" en una proporción -- que varía del 12.5 al 61% según varios autores (10, 11).

Se ha asociado también con colitis ulcerosa crónica inespecífica, la hipótesis señala que puede haber formación de -- ciertas sustancias carcinogénicas en el cólon que al pasar a la circulación porta pueden favorecer el desarrollo -- de neoplasias en la vesícula.



Se ha mencionado a los tumores benignos del órgano como --  
precursores; sin embargo no se han encontrado pruebas defi-  
nitivas al respecto.

Su relación con el embarazo es otro dato interesante, muje-  
res con uno o dos embarazos, tienen una frecuencia del 5%,  
mientras que con dos o más embarazos se encontraron dentro  
del 95% de enfermos con cáncer de la vesícula biliar.

Se ha encontrado en trabajadores de la industria del hule,  
una mayor frecuencia (12).

En relación con la carcinogénesis experimental, se ha lo--  
grado el desarrollo de carcinoma de vesícula biliar en el'  
68% de hamsters en los cuales se les implantó concentrados  
de colesterol en la pared vesicular y se les administró di-  
metilnitrosamina por vía oral e implantación de metilcolan-  
treno en la vesícula biliar.

#### ANATOMIA PATOLOGICA.

El adenocarcinoma es el más frecuente. Pierhler y Crischlow  
(9) analizado 30 series en que sumaron 2,091 pacientes en-  
contraron, la siguiente incidencia: adenocarcinoma 82.3%,  
indiferenciado 3.9%, células escamosas 3.3% y "carcinoma in-  
situ" 0.07%

Otras lesiones malignas fueron el carcinoide y el melanoma' en el 1% y neoplasias no especificadas en el 1.4%.

El adenocarcinoma se divide según su morfología en: glandular, medular, escirroso, papilar y coloide.

Su diseminación y extensión es por medio de los conductos - linfáticos, del plexo sub epitelial pasan a la capa muscu-- lar y de ahí al plexo seroso que se vacía en los linfáticos que siguen el trayecto de la vía cística, el ganglio cístico y de ahí al hilio hepático. (13).

También a través de los plexos intramurales pasan al grupo' cístico, al colédoco y por la cadena de ganglios pancreato-- duodenales a la cadena aórtica. Fig. 1.

Las metástasis por contigüidad a estos ganglios pueden dar' lugar a obstrucción extrahepática del árbol biliar.

Nervin y colaboradores han descrito una clasificación prác-- tica y útil tomando en cuenta el grado histológico del tu-- mor.

Estadio I = Cáncer intramucosa

Estadio II = Invasión a mucosa y submucosa

Estadio III = Invasión a submucosa y serosa

Estadio IV = III + Invasión a ganglio cístico

Estadio V = Invasión directa a hígado o metastasis.

Los sitios más frecuentes de metastasis intraperitoneal son: hígado 73%, ganglios regionales 61%, páncreas 15%, epíplon - 3.8% pared abdominal 3.8%, ovarios 3.3%. Los órganos más frecuentemente afectados a distancia son: pulmón y cerebro.

#### GANGLIO CISTICO.

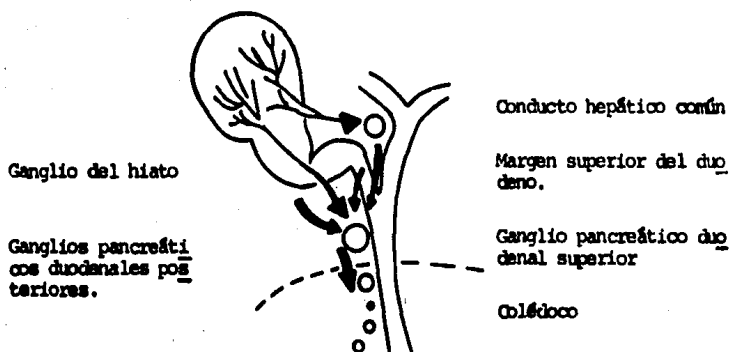


Fig. No. 1 Drenaje linfático de la vesícula biliar.

## CUADRO CLINICO.

El carcinoma de la vesícula biliar se encuentra con mayor frecuencia en la mujer en una proporción de 4 a 1, en relación con la edad predomina entre la cuarta y sexta década de la vida.

No hay propiamente un cuadro clínico en sus etapas tempranas. Los síntomas que se encuentran corresponden más bien a los de vesículas con litiasis que han sido operadas por este motivo y en las cuales el carcinoma ha sido un hallazgo.

El análisis de la sintomatología en los grupos más amplios de carcinoma revelan que el dolor es el síntoma más frecuente. 70 a 80% de los casos. La ictericia se presenta entre el 38 y 48%, la pérdida de peso y la anorexia en un 40%, -- las náuseas y vómitos entre el 30 y 40% y la intolerancia a las grasas en una proporción semejante.

A la exploración física se puede encontrar hipersensibilidad o dolor en el cuadrante superior derecho hasta en un 80%, hepatomegalia entre el 40 y 50%, la vesícula es palpable en la quinta parte de los casos, aunque sabemos que puede haber vesículas crecidas no accesibles a la palpación. La ascitis es un hallazgo raro, se encuentra entre el 15% y sólo se presenta cuando hay metástasis peritoneales.

#### DIAGNOSTICO.

Además de los datos clínicos, serán exámenes complementarios de laboratorio y gabinete los que vengán a corroborar el diagnóstico.

#### DATOS CLINICOS.

- 1.- Dolor persistente en CSD
- 2.- Ictericia ascendente
- 3.- Hígado duro y nodular
- 4.- Vesícula palpable
- 5.- Fiebre variable

#### DATOS DE LABORATORIO.

- 1.- Bilirrubinas elevadas
- 2.- Fosfatasa alcalina elevada
- 3.- Transaminasas normales o discretamente elevadas
- 4.- Proteínas totales y relación A/G disminuidas

#### DATOS RADIOLOGICOS.

- 1.- Colecistografía es negativa en el 85% de los casos. En forma excepcional puede visualizarse el tumor cuando la vesícula concentra adecuadamente.
- 2.- SEGD puede revelar compresión extrínseca del tumor lo que hace sospechar invasión a órganos vecinos.
- 3.- Angiografía selectiva, es uno de los procedimientos -- que da más alto grado de seguridad diagnóstica. Los hallazgos más frecuentes son el alargamiento de la arteria cística y el desarrollo de vasos anormales en la pared de la vesícula.

4.- La ultrasonografía y la tomografía computada permiten establecer el sitio y la extensión de la tumoración -- así como la dilatación de las vías biliares cuando hay obstrucción.

#### TRATAMIENTO.

El único tratamiento curativo en la actualidad es la cirugía. Sin embargo la baja sobrevida hace considerar que es necesario revalorar el problema para tratar de establecer el diagnóstico oportunamente y así salvar un mayor número de pacientes.

Para fines prácticos hablaremos de: 1) Carcinoma inaparente y 2) Carcinoma manifiesto.

Carcinoma inaparente: Insospechado por el cirujano y diagnosticado por el patólogo, usualmente cuando el enfermo está por ser dado de alta del hospital, corresponde seguramente a un carcinoma que no ha infiltrado más allá de la pared vesicular y por lo tanto la reintervención quirúrgica no estará justificada.

Sin embargo, cuando existe la sospecha transoperatoria o su confirmación histológica, la intervención recomendada deberá ser colecistectomía más resección en cuña del lecho hepático, así como la disección y extirpación de los ganglios linfáticos del conducto cístico, cadena del conducto común y peripancreáticos. La hemipatectomía de ninguna ma-

nera se justifica ya que estadísticamente no da mejores resultados que la colecistectomía simple o "ampliada".

Es recomendable marcar el sitio de la resección con clips metálicos para facilitar otros medios de tratamiento como la radioterapia.

**Carcinoma manifiesto:** Las técnicas quirúrgicas que podrán ofrecerse en este caso irán encaminadas básicamente a la -- descompresión o prevención de manifestaciones obstructivas' del árbol biliar, y en algunos casos tal vez solamente pueda efectuarse biopsia para confirmación histológica. Dado su mal pronóstico, la cirugía radical está fuera de consideración, pues en términos generales la supervivencia para este tipo de manifestación no es mayor a un año. (14).

#### **RADIOTERAPIA.**

Cada vez más autores defienden el importante papel que desempeña como tratamiento paliativo de las neoplasias primarias y metastásicas localizada en el hilio hepático. (15,16)

Puede ser utilizada con finalidad curativa incluso cuando las lesiones primarias recidivan o no pueden ser extirpadas. Los fallos en los métodos quirúrgicos ponen de manifiesto el valor de una irradiación complementaria.

Green y cols. (16) reportaron una de las primeras series de radioterapia externa para tratar tumores de la vía biliar. Obteniendo resultados paliativos en 8 pacientes, utilizando

dosis bajas de irradiación. Consiguió desaparecer la ictericia, normalizar las pruebas de laboratorio y mejorar la calidad de vida. La remisión de la ictericia fué de 4 a 9 meses y la supervivencia tras la intervención fué de 7 a 17 meses. Smoran observó resultados semejantes en tres pacientes tratados con dosis entre 1,500 y 6,000 rads.

#### RADIOTERAPIA PRE OPERATORIA Y POST OPERATORIA COMPLEMENTARIA)

Vaitinen estudió 31 casos de cáncer de vesícula tratados quirúrgicamente, la mayoría mediante colecistectomía simple (17).

La supervivencia media de 24 pacientes tratados sólo con cirugía fué de 29 meses, los 7 restantes que recibieron radioterapia post operatoria alcanzaron una supervivencia de 63' meses.

En la serie de Tufts, tres pacientes recibieron radioterapia post operatoria, 4,400 a 5,000 rads durante 5 semanas y uno recibió radioterapia pre operatoria, 4,000 rads durante 5 semanas. De los 3 pacientes que recibieron irradiación post operatoria, uno experimentó remisión total de la enfermedad 17 meses más tarde; los 2 restantes murieron por diseminación de la enfermedad. Al paciente tratado pre operatoriamente que presentaba un ampuloma se le efectuó operación de Whipple 6 semanas después de finalizada la radioterapia' y a los 4 años y medio no se evidenciaba enfermedad.



La tolerancia limitada del hígado, estómago, duodeno y médula espinal junto a la falta de localización precisa de las lesiones situadas en estas estructuras con límites de dosis es el impedimento más importante para conseguir mejorar los resultados de los tratamientos con radiación.

Los resultados paliativos y curativos mejorarán al utilizar técnicas de reducción de campo que consigan salvaguardar el máximo de tejido sano posible.

#### QUIMIOTERAPIA.

La quimioterapia de los tumores vesiculares no se ha estudiado sistemáticamente por el reducido número de pacientes en las distintas instituciones, se basa en casos aislados y series reducidas.

Parece ser la mitomicina C, el fármaco que administrado sólo es más activo (18).

En Georgetown se realizó un estudio con un grupo de pacientes utilizando FAM (5 fluoruracilo, adriamicina y mitomicina C). La sobre vida fue de 8.5 meses, oscilando entre 5 y 16 meses. En pacientes con neoplasias avanzadas de la vía biliar es importante recordar que no existe aún la terapéutica adecuada.

#### PRONOSTICO.

Definitivamente el pronóstico del padecimiento está en relación a lo avanzado del mismo.

Los resultados publicados en la literatura revelan una sobrevida a 5 años para el carcinoma de la vesícula biliar del 5' al 7% con colecistectomía simple y del 7 al 13% cuando se asocia a resección en cuña.

#### **MATERIAL Y METODO.**

##### **MATERIAL**

- 1.- Se revisó el reporte anual de quirófano de las cirugías realizadas durante 1984, en el Centro Médico Naval.
- 2.- Del mismo año se incluyó el informe del total de especímenes enviados para estudio histopatológico, (biopsias, piezas operatorias y necropsias) del Departamento de Anatomopatología del Hospital.
- 3.- Se tomaron también, como material de estudio, los expedientes clínicos de los pacientes que fueron sometidos a cirugía del tracto biliar.
- 4.- Así mismo, se recabó la información bibliográfica sobre el tema a través de artículos publicados en la literatura nacional y extranjera.

##### **METODO.**

- 1.- Del reporte anual de quirófano se investigó:
  - a) No. total de cirugías sobre vesícula y vías biliares
  - b) No. de cirugías por carcinoma vesicular
- 2.- En el reporte de Histopatología se investigó:
  - a) No. de neoplasias benignas y malignas de los diferentes órganos de la economía, recabando los datos en fichas de trabajo.
  - b) No. de neoplasias encontradas sobre el tubo digestivo y de estas su incidencia y porcentaje de cáncer vesicular.
- 3.- A los expedientes clínicos de los pacientes se les inves

tigaron los siguientes datos:

- a) Ficha de identificación
- b) Historia clínica completa
- c) Cuadro clínico
- d) Estudios de laboratorio y gabinete
- e) Diagnóstico pre operatorio
- f) Tipo de procedimiento quirúrgico efectuado
- g) Hallazgos trans operatorios
- h) Diagnóstico histopatológico
- i) Evolución.

4.- Finalmente del material bibliográfico recabado, se realizó el resumen de cada uno de los artículos seleccionados a los cuales se les analizó:

- a) Si se trataban de investigación clínica o experimental
- b) Si el estudio era retro o prospectivo
- c) Si estadísticamente era valedero

### RESULTADOS

Durante 1984 se realizaron en el Centro Médico Naval, 1779 - procedimientos quirúrgicos, 168 casos del total enviado a estudio histopatológico (biopsias, piezas operatorias o necropsias) fueron neoplasias, 65 malignas y 103 benignas.

CUADRO NO. 3.- INCIDENCIA DE NEOPLASIAS ENCONTRADAS EN EL CENTRO MEDICO NAVAL DURANTE 1984.				
NEOPLASIAS	BENIGNAS	%	MALIGNAS	%
TUMORES DE SISTEMA NERVIOSO E HIPOFISIS	3	2.9	0	0
TUMORES DE CABEZA Y CUELLO	34	33	8	7.7
TUMORES DE MAMA	17	16.5	1	.5
TUMORES DE VIAS RESPIRATORIAS	0	0	3	2.9
TUMORES DE TUBO DIGESTIVO	7	6.7	9	5.4
TUMORES DE VIAS URINARIAS Y - APARATO GENITAL MASCULINO	18	17.4	11	6.5
TUMORES DE APARATO GENITAL FEMENINO	16	15.5	31	18.4
TUMORES DEL SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL	0	0	1	.5
TUMORES NO ESPECIFICADOS (SITIO DE ORIGEN)	8	7.7	1	.5
TOTAL:	103	100	65	100

De las 168 neoplasias encontradas, 9 correspondieron a carcinomas malignos del tubo digestivo, de los cuales el carcinoma de vesicula biliar, ocupó el 1er. lugar.

CUADRO NO.4.- NEOPLASIAS MALIGNAS DEL TUBO DIGESTIVO EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.		
NEOPLASIA	NO.DE CASOS	%
CANCER DE VESICULA BILIAR	6 CASOS	66
CANCER DE ESOFAGO	1 CASO	11
ADENOCARCINOMA DE ESTOMAGO	1 CASO	11
CANCER DEL CANAL ANAL	1 CASO	11
TOTAL	9 CASOS	100

De las 1,779 cirugias practicadas, 51 se realizaron sobre el tracto biliar, en 38 pacientes se realizó únicamente colecistectomia, en otros 10 colecistectomia con exploración de vias biliares y en los tres restantes, colecistectomia con coledocotomia e inserción de tubo de drenaje, todas las piezas operatorias se estudiaron histopatológicamente. Seis pacientes tuvieron resultado positivo para cáncer de vesicula biliar.

Los resultados de los parámetros analizados del expediente de estos pacientes se describe a continuación.

CUADRO NO. 5.- DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO		
SEXO	NO.DE PACIENTES	%
MASCULINO	1	16.6
FEMENINO	5	83.3

La edad varió entre 49 y 78 años, con un promedio de 63.38

CUADRO NO.6.- DESCRIPCION DEL CUADRO CLINICO		
SINTOMAS	NO.DE PACIENTES	%
Dolor	6	100
Náuseas	6	100
Vómito	5	83.3
Ataque al edo. general	3	50
Pérdida de peso	3	50
Distensión abdominal	1	16.6
Polidipsia	1	16.6
Poliuria	1	16.6

CUADRO NO.7.- CARACTERISTICAS DEL DOLOR			
CARACTERISTICAS DEL DOLOR	NO. DE PACIENTES	%	
TIPO	FUNZANTE	3	50
	COLICO	3	33.3
	NO ESPECIFICADO	2	16.6
LOCALIZACION	CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	2	33.3
	EPIGASTRIO	3	50
	HOMBRO DERECHO	1	16.6
IRRADIACION	CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	2	33.3
	MESOGASTRIO	1	16.6
	EN HEMICINTURON	3	50
RITMO Y PERIODICIDAD.	CONTINUO	3	50
	INTERMITENTE	3	50
FENOMENOS ESCORBANTES DEL DOLOR	CON RELACION A COLECISTOQUINETICOS.	3	50.
	SIN RELACION A COLECISTOQUINETICOS.	1	16.6
	NO ESPECIFICADOS	2	33.3
TIEMPO DE EVOLUCION	OCHO DIAS	1	16.6
	DOS MESES	2	33.3
	TRES MESES	1	16.6
	DOS AÑOS	2	33.3

CUADRO NO. 9.- EXPLORACION FISICA.			
DATOS FISICOS	HALLAZGOS	NO. DE PA CIENTES	%
HABITUS EXTERIOR:	NORMAL	4	66.6
	ICTERICIA GENERALIZADA	2	33.3
SIGNOS VITALES:	NORMALES	6	100
CABEZA Y CUELLO:	NORMALES	2	66.6
	ICTERICIA DE MUCOSAS	4	33.3
	SIND.DE RAREFACCION PULMONAR	1	16.6
TORAX:	SIND.DE CONDENSAACION BASAL	1	16.6
	NORMALES	4	66.6
	PROLAPSO GENITAL GRADO III	1	16.6
GENITALES:	NORMALES	5	83.3
	NORMALES	4	66.6
DORSO Y EXTREMI- DADES:	INSUFICIENCIA VENOSA DE MEm	1	16.6
	HIPIERPIGMENTACION EN DORSO	1	16.6

CUADRO NO. 10.- EXPLORACION ABDOMINAL.		
SIGNOS	PACIENTES	%
DOLOR A LA PALPACION	6	100
SIGNO DE MURPHY (+)	4	66.6
ABDOMEN GLOBOSO POR PROB.ASCITIS	2	33.3
RESISTENCIA MUSCULAR	2	33.3
ICTERICIA	2	33.3
PLASTRON	1	16.6
TUMORACION PALPABLE	1	16.6

CUADRO NO. 11.- RESULTADOS DE LABORATORIO.		
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh	NO. DE PACIENTES	%
GRUPO O Rh +	4	66.6
GRUPO O Rh -	1	16.6
SE IGNORA	1	16.6

CUADRO NO. 12.- RESULTADOS DE LABORATORIO		
HALLAZGOS	NO. DE PACIENTES	%
ANEMIA	4	66.6
HIPOALBUMINEMIA	3	50.
LEUCOCITOSIS	2	33.3
AUMENTO DE BILIRRUBINA DIRECTA	1	16.6
AUMENTO DE FOSFATASA ALCALINA	1	16.6
TIEMPO DE PROTROMBINA ALARGADO	1	16.6
HIPERGLICEMIA	1	16.6
HIPONATREMIA	1	16.6

CUADRO NO. 13.- RESULTADOS RADIOLOGICOS.			
ESTUDIO	INTERPRETACION	PACIENTES	%
TELE DE TORAX	NORMAL	4	66.6
	SIND. DE CONDENSACION BASAL	1	16.6
	SIND. DE RAREFACCION	1	16.6
SERIE ESOFAGO	PASO DE CONTRASTE A VIAS BILIARES	1	16.6
	HERNIA HIATAL	1	16.6
GASTRODUODENAL	NORMAL	1	16.6
	NO TUVIERON	3	16.6

CUADRO NO. 14.- RESULTADOS RADIOLOGICOS DE VIAS BILIARES.			
ESTUDIO	INTERPRETACION	PACIENTES	%
COLECISTOGRAFIA COLANGIOGRAFIA IV Y PERCUTANEA	VESICULA EXCLUIDA	3	50.0
	DIFUSION IRREGULAR POR PROBABLE TUMORACION -- ABSCEDADA	1	16.6
	NO SE REALIZARON LOS - ESTUDIOS.	2	33.3

CUADRO NO. 13.- RESULTADOS RADIOLOGICOS.			
ESTUDIO	INTERPRETACION	PACIENTES	%
USGH y VB.	COLECISTITIS CRONICA AGUDIZADA	2	33.3
	LITIASIS VESICULAR Y TUMORACION	1	16.6
	MASA INTRAHEPATICA	1	16.6
	COLELITIASIS	1	16.6
	NO CONCLUYENTE		

CUADRO NO. 14.- DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO			
DIAGNOSTICO		PACIENTES	%
SIND. ICTERICO PROB. CA. DE ORIGEN A DETERMINAR		1	16.6
COLECISTITIS AGUDA Y PROB. PICOLECISTO		1	16.6
LITIASIS VESICULAR Y PROB. MASA HEPATICA		1	16.6
HIDROCOLECISTO Y COLELITIASIS		1	16.6
COLECISTITIS CRONICA		1	16.6
PROB. TUMORACION VESICULAR		1	16.6



CUADRO NO. 15.-HALLAZGOS TRANS OPERATORIOS		
HALLAZGOS	PACIENTES	%
TUMOR VESICULAR CON INVASION A HIGADO, VIAS BILIARES Y GANGLIOS.	5	83.3
VESICULA CON GRAN PROCESO INFLAMATORIO, CON PUS Y LITIASIS EN SU INTERIOR.	1	16.6

CUADRO NO. 16.- CIRUGIA REALIZADA		
PROCEDIMIENTO EMPLEADO	PACIENTES	%
COLECISTECTOMIA, RESECCION PARCIAL DE LA TUMORACION Y EXPLORACION QUIRURGICA DE VIAS BILIARES CON COLEDOCOTOMIA.	1	16.6
COLECISTOSTOMIA Y BIOPSIA HEPATICA	1	16.6
LAPAROTOMIA Y TOMA DE BIOPSIA		
LAPAROTOMIA EXPLORADORA Y TOMA DE BIOPSIA	1	16.6
COLECISTECTOMIA Y COLEDOCOTOMIA	1	16.6
COLECISTECTOMIA, RESECCION DE TUMORACION, BIOPSIA DE GANGLIO SUPRAPANCREATICO Y COLEDOCOTOMIA.	1	16.6

CUADRO NO. 17.- DIAGNOSTICO POST OPERATORIO.		
DIAGNOSTICO	PACIENTES	%
CARCINOMA DE VESICULA CON METASTASIS HEPATICAS.	4	66.6
COLECISTITIS AGUDA Y PIOColecisto	1	16.6
COLELITIASIS CON TUMORACION INTRA HEPATICA.	1	16.6

CUADRO NO. 18.- DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO		
DIAGNOSTICO	PACIENTES	%
ADENOCARCINOMA DE VESICULA CON METASTASIS A HIGADO	5	83.3
ADENOCARCINOMA DE VESICULA BILIAR CON LEUCISTITIS CRONICA INTENSA Y LETANIS BILIAR	1	16.6

CUADRO NO. 19.- EVOLUCION POST OPERATORIA		
SOBREVIDA	PACIENTES	
0- 3 MESES	0	Dos pacientes murieron en el post operatorio inmediato.
3- 6 MESES	1	Un paciente murió al mes de haber sido intervenido.
6- 9 MESES	1	Otro se ignora.

## DISCUSION.

El cáncer de la vesícula biliar que en México ocupa el 3er. lugar entre los tumores malignos del tubo digestivo, en - - nuestro hospital lo encontramos ocupando el primer sitio de las neoplasias del aparato digestivo, lo anterior está de - acuerdo a los resultados encontrados en el C. La Raza IMSS' que en un estudio de 237 necropsias, el carcinoma de la vesícula fué el más frecuente.

En nuestros pacientes estudiados, existió predominio del se xo femenino en proporción de 5:1, con respecto a la edad se encontraron entre la cuarta y séptima década de la vida, se mejante a lo publicado en la literatura por diferentes auto res. (9).

Parece existir una relación estrecha con la litiasis, en - nuestros pacientes la encontramos en el 16.6%.

Los síntomas frecuentemente encontrados son dolor en cua- - drante superior derecho y epigástrico, náuseas y vómito; to dos ellos estuvieron presentes en nuestros enfermos.

La exploración revela ictericia, hepatomegalia y caquexia, ' la ictericia fué presentada por 2 pacientes.

El hallazgo de laboratorio más frecuente fué la anemia, ha- llada en 4 pacientes, el aumento de bilirrubina se encontró en 2 pacientes y el resto de resultados no fué significati- vo.

Como métodos diagnósticos la SEGD tiene poco valor salvo -- por datos indirectos como la compresión extrínseca que produce la dilatación vesicular progresiva, en nuestros pacientes no obtuvimos ningún valor diagnóstico.

La colangiografía IV o percutánea y la ultrasonografía de hígado y vías biliares permitieron un mejor diagnóstico de esta entidad.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, en ningún paciente se practicó procedimiento radical, siendo la intervención recomendada: colecistectomía más resección del lecho hepático, así como la extirpación de los nódulos linfáticos del cístico, de la cadena del conducto común y peripancreáticos.

El adenocarcinoma fué la variedad histológica encontrada en el 100% de nuestros pacientes.

El porcentaje de supervivencia a 5 años es muy bajo, máximo si existen manifestaciones clínicas francas, mejorando cuando el proceso se localiza a la mucosa y muscularis.

Definitivamente el pronóstico del padecimiento estará en relación al grado en que se detecta.

**CUADRO NO. 20.- RELACION ENCONTRADA EN LA LITERATURA DE -  
HALLAZGOS EN CANCER DE VESICULA Y LOS EN-  
CONTRADOS EN EL CENTRO MEDICO NAVAL.**

HALLAZGOS	LITERATURA	CENTRO MEDICO NAVAL
TUMORES DEL TUBO DIGESTIVO	4.1%	6.7%
LITIASIS CONCOMITANTE	7%	16.6%
PREDOMINIO SEXO FEMENINO	4:1	5:1
NAUSEAS Y VOMITO	53%	91%
PERDIDA DE PESO	51%	50%
ICTERICIA	35%	33%
DOLOR CSD Y EPIGASTRIO	57%	83.3%
HEPATOMEGALIA	37%	-
CAQUEXIA	59%	50%

## **CONCLUSIONES.**

El carcinoma de vesícula biliar es un padecimiento con elevada mortalidad, su diagnóstico se establece tardíamente.

Es más frecuente en mujeres entre el 40. y 60. decenios de la vida.

El cuadro clínico generalmente corresponde a padecimiento de la vesícula biliar.

Los carcinomas avanzados dan la sintomatología correspondiente a la invasión del hígado y obstrucción de las vías biliares.

Cuando se ha confirmado la presencia de tumoración por estudio histopatológico, la intervención recomendada deberá ser: Colectectomía más resección en cuña del lecho hepático, así como la extirpación de nódulos linfáticos del cístico, cadena del conducto común y peripancreáticos.

La hemipatectomía de ninguna manera se justifica ya que estadísticamente no da mejores resultados que la colectectomía simple o "ampliada".

Es recomendable marcar el sitio de la resección con clips metálicos para facilitar otros medios de tratamiento como la radioterapia.

Los resultados publicados revelan una supervivencia a cinco años para el carcinoma de la vesícula biliar del 5 al 7% con colecistectomía simple y del 7 al 13% cuando se asocia resección en cuña. (19).

La radioterapia puede ser utilizada con finalidad curativa, cuando las lesiones primarias recidivan o no pueden ser extirpadas.

Las fallas de la cirugía ponen de manifiesto el valor de la irradiación complementaria.

El tratamiento quimioterápico de los tumores vesiculares no se ha estudiado sistemáticamente, sin embargo al parecer la combinación FAM sea la elección más adecuada por el momento.

Finalmente queremos proponer nuestro protocolo de manejo, como conclusión al objetivo del trabajo.

1.- Todo paciente con sintomatología vesicular como primer estudio deberá realizarse USGH y VB.:

- a) Si resulta positiva a litiasis, realizar colecistectomía con biopsia trans operatoria.
- b) Si se encuentra proceso inflamatorio agudo o crónico deberá indicarse colecistografía oral y/o colangiografía IV. Si se detectan alteraciones anatómicas o funcionales practicar colecistectomía con biopsia trans operatoria.

Si el estudio es negativo, llevar a cabo sondeo duodenal con cristalografía y citología, si ésta es positiva, se indicara cirugía, de lo contrario únicamente observación.

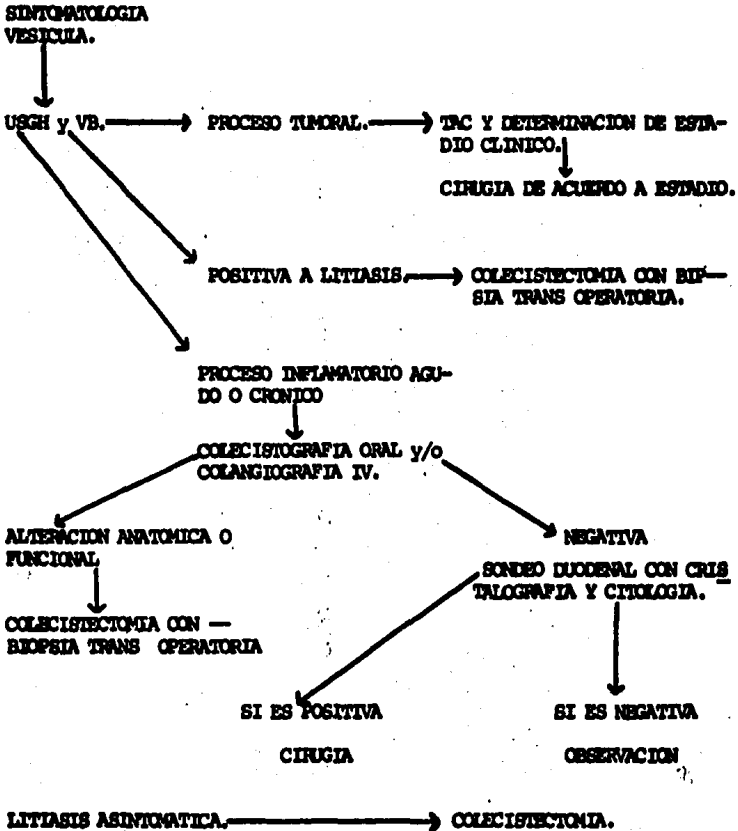
- c) Si es positivo a proceso tumoral, realizar TAC y estudios para determinar estadio clínico ( urografía, c6lon por enema, SEGD, colangiografia percut6nea o retr6grada) y llevar al paciente a ciru6gia y/o radio o quimioterapia.
- d) USGH y VB. negativa descartar otros padecimientos - y observaci6n.

2.- Pacientes con litiasis vesicular asintom6tica, ciru6gia con biopsia trans operatoria en casos de sospecha.

(Ver anexo 1.)



PROTOCOLO DE MANEJO



## **PROBLEMAS PENDIENTES.**

Hay grandes variaciones de tipo geográfico en cuanto a la frecuencia del carcinoma de vesícula y vías biliares que sugieren que el medio ambiente puede tener relación con su etiología.

Es conveniente llevar a cabo estudios epidemiológicos valorando los factores que se han mencionado como favorecedores en el desarrollo del carcinoma es decir:

- a) Litiasis vesicular
- b) Alimentación
- c) Contenido en nitrozaminas u otras sustancias carcinogénicas.
- d) Medios industriales

Tenemos la determinación de iniciar un estudio en estos aspectos y en estos medios, comparativamente con otros en los cuales la frecuencia es menor.

Así mismo llevar a cabo un estudio prospectivo, basado en el protocolo de manejo sugerido en este trabajo, a fin de corroborar su utilidad en la detección temprana de pacientes con carcinoma vesicular y observar si en nuestro medio está aumentando su frecuencia.

## RESUMEN .

El carcinoma de la vesícula biliar es considerada en nuestro medio la tercera enfermedad neoplásica más frecuente del aparato digestivo, se caracteriza por su alta mortalidad, con resultados de tratamiento mediocres.

Su asociación con cálculos va del 60 al 85%, cuya participación en la génesis del carcinoma ha sido ampliamente discutido.

La principal dificultad para llegar al diagnóstico clínico - o preoperatorio es la ausencia de síntomas específicos, por lo que el diagnóstico es dado por el patólogo al examinar la vesícula extirpada, o bien, el tumor es macroscópicamente -- evidente y es entonces diagnosticado por el cirujano.

Su índice global de supervivencia a cinco años no excede al 7%, y su pronóstico está en relación a lo avanzado del padecimiento.

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.- STOLL, M.: Citado por WALTERS Y SNELL.  
"Enfermedades de la vesícula biliar y de los conductos biliares".
- 2.- FRERICHS, F.T.: Citado por WALTERS Y SNELL (referencia No. 1)
- 3.- ZENCKER, H.: Citado por RIVERA y cols. "Algunas consideraciones --  
clínico patológicas sobre el cáncer de la vesícula biliar"  
Prensa Médica Mexicana. XX: 193,1955.
- 4.- GRAHAM, FA.: "The prevention of carcinoma of the Gallblader"  
Ann. Surg., 93: 371. 1931.
- 5.- WANGENSTEEN, O.H.: "Cancer of the esophagus and stomach".  
N.Y. Amer. Cancer Soc. 92. 1951.
- 6.- PACK, G.T. and BARKER, H.: "Total right hepatic lobectomy".  
Ann. Surg. 138: 253, 1955.
- 7.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección de Bioestadística,  
Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos México 1975,  
pág. 12.
- 8.- MARQUES M.H., ALBORES S.J. Principales padecimientos encontrados en  
necropsias en Hospitales de la Ciudad de México. Gac. Méd. Méx. --  
102: 191, 1971.
- 9.- PIENHLER J.M. & CRISCHLOW R.W. Primary carcinoma of the gallblader.  
Surg. Gynec.& Obst. 147: 929 - 942, 1978.
- 10.- BERK, R.N. AMBUSTERS, T.G.: Carcinoma of the porcelain gallblader.  
Radiology 106: 29. 1973.
- 11.- POLK H.C.: Carcinoma and the calcified gallblader. Gastroentero-  
logy 50: 582, 1966.
- 12.- MANCISO, T.F. & BRENNAN.: Epidemiological considerations of the --  
gallblader, bile ducts and salivary glands in the rubber industry.  
J. Ocup. Med. 12: 333, 1970.

- 13.- VAHEIM, J.L.: Primary carcinoma of the Gallblader. Thesis, University of Minnesota Graduate School, 1941.
- 14.- GLENN, F. and HAYS, D.: "The scope of radical surgery in the -- treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract." Surg. Gynec & Obst. 99: 529, 1954.
- 15.- KOPELSON G, HARISIADIS: The role of radiation therapy in cancer' of the extra hepatic biliary system: an analysis of thir teen pa-  
tientes and review of the literature of the effectiveness of sur-  
gery, chemotherapy, and radiotherapy. Int J. Radiat Oncol Biol --  
Phys 2: 883, 1977.
- 16.- STRAUCH GO: Primary carcinoma of the gallblader. Surgery 47: --  
368, 1960.
- 17.- VAITTINEN E: Carcinoma of the gallblader: a study of 390 cases -  
diagnosed in Finland 1953 - 1967. Ann Chir Gynaecol Fenn 29, --  
Suppl 168: 7, 1970.
- 18.- HASKELL CM: Cancer of the liver. Cancer Treatment, pp. 319 357, -  
Philadelphia, WB Saunders 1980.
- 19.- HAROLD J.W.. et al. Is carcinoma of the gallblader a curable di-  
sease? Ann. Surg. 195: 624. 630; 1982.