

11209
2 ej 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

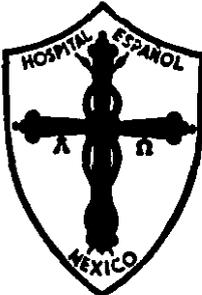
**FACULTAD DE MEDICINA
Hospital Español de México
Con Estudios Incorporados a la División
de Estudios de Postgrado de la Universidad
Autónoma de México**

CANCER DE VESICULA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de especialista en
CIRUGIA GENERAL
presenta

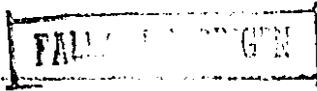
DR. SERGIO JOSE LUIS AGUILAR VELAZQUEZ



Asesor de Tesis

DR. ALBERTO VILLAZON SAHAGUN

México, D. F.



1988



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.

INDICE

- 1) INTRODUCCION
- 2) JUSTIFICACION
- 3) OBJETIVOS
- 4) METODOLOGIA
- 5) RESULTADOS
- 6) DISCUSION
- 7) CONCLUSION
- 8) BIBLIOGRAFIA

1) INTRODUCCION.

El cáncer de vesícula es uno de los que tiene peor pronóstico entre las neoplasias del aparato digestivo, con una sobrevida media de 4 meses a partir del diagnóstico y una sobrevida máxima del 1 a 6% a 5 años.^{1,6,10.} A nivel mundial ocupa el quinto lugar de todos los cánceres de aparato digestivo, en los Estados Unidos de Norteamérica ocupa el quinto lugar y es más frecuente en caucásicos que en negros y mucho más frecuente en los pobladores autóctonos del sudoeste.¹ En nuestro país ocupa el tercer lugar. 1,2,3.

Predomina en el sexo femenino, en la séptima década de la vida, el 95% son adenocarcinomas, el 90% se asocia a litiasis, el 50% presentan ictericia y dos tercios tienen masa palpable en hipocondrio derecho.^{2,4,5.}

El diagnóstico preoperatorio es raro.^{7,8,9.}

Es localmente invasor y se disemina ampliamente.¹ Y al momento de la cirugía la neoplasia es técnicamente irreseccable en el 70 a 80% de los casos.¹¹

2) JUSTIFICACION.

El motivo de esta tesis de cáncer de vesícula es por el interés que se ha despertado por el aumento en la frecuencia de este padecimiento en nuestro Hospital ocupando junto con los de vías biliares el cuarto lugar de todos los cánceres de tubo digestivo, luego del cáncer de colon 34%, estómago 24% y páncreas 16%, correspondiéndole un 10%. Y en 6 grandes Hospitales de la ciudad de México ocupó el tercer lugar de los cánceres digestivos (Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán., Hospital General de la S.S.A. CENTRO HOSPITALARIO 20 de Noviembre ISSSTE, Hospital Juárez, S.S.A.)

3) OBJETIVOS.

Los objetivos de esta revisión son establecer la frecuencia, características clínicas, métodos de diagnóstico, características anatomopatológicas, tratamiento quirúrgico y sus resultados, mortalidad y sobrevida.

El estudio es llevado a cabo en forma retrospectiva en 10 años de experiencia en nuestro Hospital, en 35 casos consecutivos.

Practicar una revisión de la literatura mundial y comparación con los datos obtenidos de este estudio en el Hospital Español de México.

4) METODOLOGIA.

Se practica la revisión retrospectiva de expedientes de pacientes, de estudios histopatológicos, de notas postoperatorias, evolución, laboratorio y gabinete. Revisión del tratamiento quirúrgico y resultados.

Reunir literatura médica de interés. Investigación bibliográfica.

C A N C E R D E V E S I C U L A

-
- 1 REVISION CLINICA RETROSPECTIVA DE 35 CASOS EN 10 AÑOS EN EL HOSPITAL ESPAÑOL Y COMPARACION CON LA LITERATURA MUNDIAL.
 - 2 ANALISIS DE SOBREVIDA
 - 3 ANALISIS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO
-

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.

5) RESULTADOS.

Se revisaron 35 casos en 10 años, de agosto de 1977 a agosto de 1987. Predominó el sexo femenino 68.5% sobre el masculino 31.4% con una relación aproximada de 3 a 1.

La edad promedio fué de 65 años con un rango de 44 a 90 años de edad. El 18% tuvieron el antecedente de que sus padres había padecido cáncer en algún otro órgano.

El 90% tuvieron cálculos en vesícula biliar y 25% también presentaron litiasis en colédoco.

El tipo histopatológico fué adenocarcinoma en el 97% y la mayoría fueron medianamente diferenciados. El 3% correspondió a carcinoma de células pequeñas. No se presentaron los otros tipos histológicos más raros como son el carcinoma epidermoide, el adenoacantoma, el rhabdiosarcoma embrionario (sarcoma botryoides), el fibrosarcoma, de el apudoma (carcinoma).

No se sospechó el diagnóstico de cáncer en 25 (71%) de casos en el preoperatorio, e incluso en 5 (14%) de estos no se sospechó en la intervención quirúrgica siendo diagnosticados histopatológicamente. R. Edward⁸ en su estudio no sospecharon el diagnóstico en el transoperatorio en el 17% de los casos sino hasta el resultado histopatológico del estudio de la vesícula biliar.

Se sospechó cáncer en 10 (28%) de los casos aunque la sospecha fué de cáncer de páncreas en 3 casos, de estómago, hígado y vías biliares respectivamente en otros 3 casos. Y sólo en 4 (11%) se sospechó cáncer de vesícula biliar. Piehler⁷ reporta 8.6% de diagnóstico preoperatorio. Los síntomas predominantes (Tabla 1) fueron dolor en hipocondrio derecho cr. 93%, anorexia 65% y pérdida de peso 53% en promedio de siete y medio kilos en dos meses.

Los hallazgos a la exploración física (Tabla 2) fueron ictericia en el 56%, signo de Murphy positivo en el 68% y masa palpable en cuadrante superior derecho 48%. El 34% presentó coluria y el 25% acolia.

TABLA 1. SINTOMAS DE INICIO. (n= 32)

SINTOMAS	NUMERO PACIENTES	PORCENTAJE
DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO	30	93
ANOREXIA	21	65
PERDIDA DE PESO	17	53%
PRURITO	2	6

TABLA 2. HALLAZGOS FISICOS. (N = 32)

HALLAZGOS	NUMERO PACIENTES	PROCENTAJE
ICTERICIA	18	56
MURPHY POSITIVO	22	68
MASA PALPABLE C.S.D.	15	48
COLURIA	11	34
ACOLIA	8	25
ASCITIS	2	6

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.

La mayoría de los pacientes (77%) fueron diagnosticados y tratados a los 2 meses o menos de iniciar su sintomatología aguda. El resto con 4 meses de evolución y sólo uno con seis meses con malestares.

Veintidós pacientes ingresaron con cuadro agudo de colecistitis (63%) y/o coledocolitiasis. Un caso con pancreatitis aguda. Cuatro de estos casos tuvieron plicolecisto y uno presentó hidrocolecisto.

El resto de los pacientes 14 (40) ingresaron con diagnóstico de colelitiasis crónica diagnosticada desde un año hasta veinte años antes de su ingreso y tratamiento al Hospital.

El único estudio radiológico que resultó útil en la sospecha de cáncer de vesícula fue la ultrasonografía en tres de los casos en que se observó una masa intravesicular fija, que no cambió con los movimientos, en dos casos en el fondo vesicular y de aprox. 2.5 X 1.5 cms.

Olken⁹ reporta un solo caso correctamente diagnosticado por ultrasonografía.

No se solicitaron Tomografías axiales computadas.

La colangiografía percutánea transhepática mostró en dos casos dilatación de vías biliares con masa sugestiva de neoplasia maligna obstruyendo.

Un gammagrama mostró metástasis hepática.

El resto de estudios mostraron litiasis vesicular, vesícula excluida en colecistografía oral y compresión extrínseca del duodeno en serie gástrica duodenal en cinco casos.

Ningún estudio mostró buena sensibilidad y especificidad diagnóstica.

Los exámenes de laboratorio no fueron útiles para el diagnóstico. Se encontró aumento en la fosfatasa alcalina y bilirrubina total en 55% y anemia en 66% de los casos.

Con respecto a la extensión de la neoplasia no existe una clasificación T.M.N. (Tumor, metástasis, nódulo).

De los casos analizados hubo uno "in situ" localizado a mucosa y submucosa 8 casos correspondieron a cánceres localizados a vesícula biliar aunque ya invadiendo su serosa, y 26 casos correspondieron a cáncer invasor, principalmente invadiendo hígado, ganglios u otras estructuras adyacentes. Tabla 3 Se identificaron metástasis en 25 casos (Tabla 4) y los órganos más afectados fueron hígado (19), ganglios regionales (19) y vías biliares (6), así

como a otros órganos vitales lo cual explica la agresividad en el comportamiento biológico de este cáncer, el cual se caracteriza por ser localmente invasor, altamente metastásico, en un área anatómica adyacente a hígado, vena porta, arteria hepática, colédoco y duodeno, sumamente irrigada y con abundantes vasos linfáticos lo cual debemos recordar para las consideraciones quirúrgicas. 2,5,12.

Se intervino quirúrgicamente a todos los pacientes. Tabla 5.

Se practicaron 30 colecistectomías, de las cuales 9 se acompañaron además de coledocotomía con colocación de sonda en "T" al colédoco, 2 coledocoyunocanastomosis, una coledocoduodenoanastomosis, una hepatoyunocanastomosis, y una resección en cuña del hígado adyacente al lecho vesicular.

Se practicó una colecistostomía, una hemihepatectomía derecha y tres laparotomías con toma de biopsia de la neoplasia sin posibilidades de practicar ningún tipo de tratamiento quirúrgico reseccional ni paliativo.

La mortalidad quirúrgica postoperatoria fué de 3 casos (8.5%) a causa de complicaciones metabólicas agregadas, diabetes, insuficiencia renal aguda insuficiencia hepática y falla multiorgánica.

Todos los pacientes han fallecido, excepto una paciente que fué operada hace 9 meses con un estudio histopatológico de cáncer in situ.

Se averiguó con certeza la fecha de fallecimiento de 23 pacientes solamente con los cuales se elaboró la curva de sobrevida, observándose que a los 3 meses del diagnóstico han muerto el 50% de los pacientes y que al año tres meses han fallecido el 85%. Y sólo un paciente sobrevivió más de 5 años habiendo a los 6 años 6 meses de causas ajenas al cáncer. Fig. 1. Al analizar la sobrevida en los dos grupos comparándolos (Fig. 2), observamos que en el cáncer localizado hay mejor sobrevida y que presenta el único caso de sobrevida mayor de 5 años lo cual representó un 12.5% para ese grupo.

En el cáncer invasor el 100% estaban muertos antes de los dos años.

El único caso de cáncer in situ operado hace 9 meses requerirá seguimiento a largo plazo ya que por ser "in situ" se pensaría que se encuentra curada, la experiencia mundial muestra que no sucede así en el 35%.

TABLA 3. EXTENSION. (N = 35)

EXTENSION	NUMERO CASOS	PORCENTAJE
" IN SITU "	1	2.8
LOCALIZADO	8	23.0
INVASOR	26	81.2

TABLA 4 METASTASIS (N = 25)

ORGANO	NUMERO CASOS	PORCENTAJE
HIGADO	19	76
GANGLIOS REGIONALES	19	76
VIAS BILIARES	6	24
PERITONEO, EPIPLON Y MESENTERIO	5	20
PANCREAS	2	8
VENA PORTA, HUESO, PULMON, GANGLIOS DISTALES, DUODENO 1 CADA UNO.		4

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO

CANCER DE VESICULA

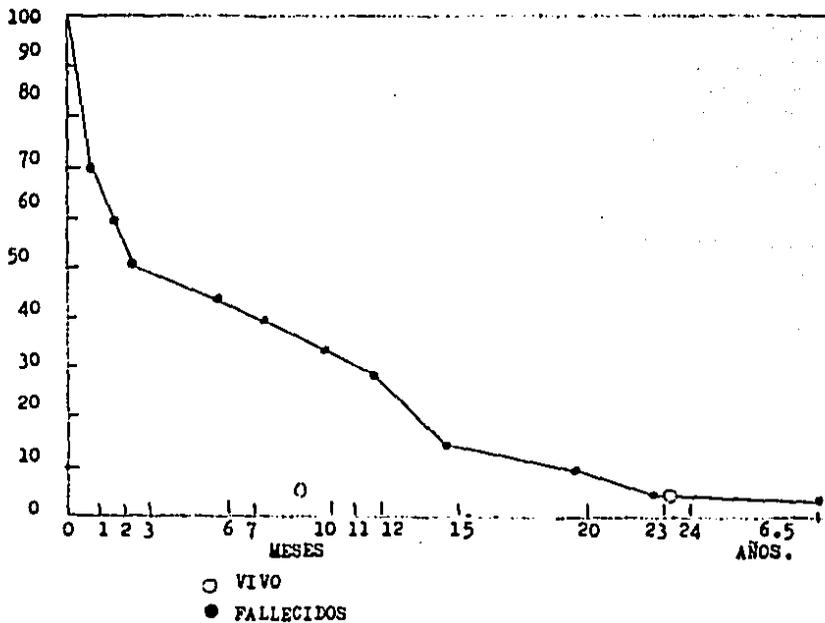


FIG. 1 PROCENTAJE DE SOBREVIDA GLOBAL EN 23 PACIENTES.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CANCER DE VESICULA

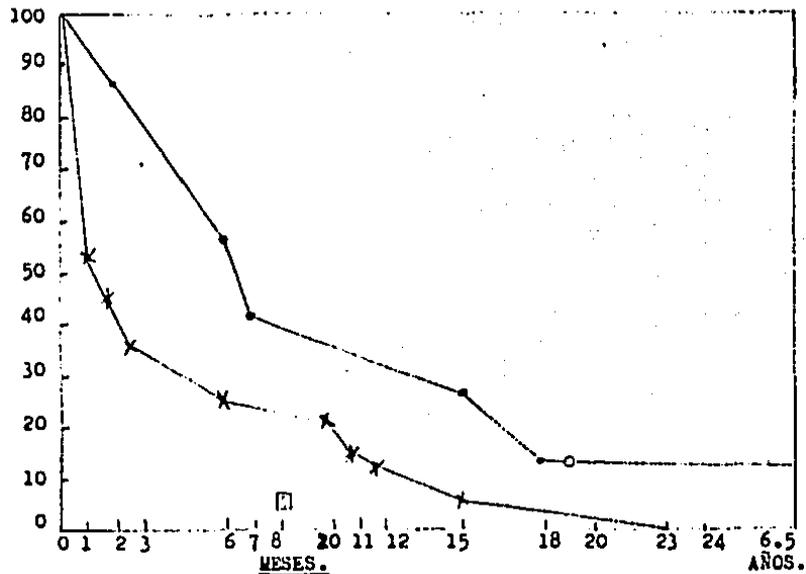


FIG. 2. PORCENTAJE DE SOBREVIVENCIA EN LOS GRUPOS DE PACIENTES.
HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.

⊠ CANCER IN SITU. (SOBREVIVE)
 ● CANCER LOCALIZADO. ● FALLECIOS ○ SOBREVIVE
 × CANCER INVASOR.

TABLA 5. TRATAMIENTO QUIRURGICO (N-35)

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	NUMERO CASOS	PROCENTAJE
1. COLECISTECTOMIAS (+ COLEDOCOTOMIA COLOCACION SONDA EN "T" 9 CASOS.) { + COLEDOCYEUANOANASTOMOSIS 2 CASOS. { + COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS 1 CASO. { + HEPATOCYEUANOANASTOMOSIS 1 CASO. { + RESECCION EN CUÑA HEPATICA 1 CASO.) (SIMPLES. SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO AGREGADO FUERON 16 CASOS.)	30	86.0
2. COLECISTOTSTOMIA	1	2.8
3. HEMIHEPATECTOMIA DERECHA	1	2.8
4. LAPAROTOMIA + BIOPSIA NEOPLASIA.	3	8.5

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.

6) DISCUSION Y 7) CONCLUSIONES.

En Conclusión todos los datos clínicos, histopatológicos, hallazgos quirúrgicos y sobrevida son prácticamente iguales a los reportados en la literatura mundial. 7,8,9,11,13,10,15,18. Tabla 6.

En nuestra serie el tipo de tratamiento quirúrgico no influyó significativamente en la sobrevida.

Un hecho interesante es que el 40% de los pacientes padecían de colecistitis crónica o asintomática desde uno hasta 20 años antes del diagnóstico de cáncer de vesícula.

La mortalidad del cáncer de vesícula prácticamente es del 100% a los dos años excepto en los casos localizados a vesícula biliar sin invasión linfática, por contigüidad o metastásica con una sobrevida de 12.5% (un caso) a 5 años en nuestra serie aunque Bergdahl (13) ha reportado 100% de mortalidad en estos pacientes.

La sobrevida ha sido mejor en cáncer in situ, localizado a mucosa y submucosa, prácticamente como hallazgos histopatológico, y es de 64% a 5 años en el estudio de Bergdahl (13). Piehler (10) colectó 5836 pacientes con una sobrevida global de 4.1% a 5 años.

Tomando en consideración la agresividad del cáncer de vesícula, que en nuestra serie a los 3 meses el 50% de los casos estaban muertos y de acuerdo con series de Pemberton, Donaldson, Beltz, Mossa, Glenn y Piehler 6,11,15,18,12,10, el tratamiento quirúrgico debe ser empleado con criterios bien racionalizados de acuerdo a estas experiencias previas en la literatura mundial. Según Beltz (11) 70 a 80% de los pacientes tienen lesiones irrecables en el momento de la cirugía.

La Colecistectomía simple es un tratamiento adecuado para los casos localizados a mucosa y submucosa con una sobrevida de 64% a 5 años. Nevin, Bergdahl 6,13,17.

La colecistectomía con disección y extirpación de ganglios linfáticos regionales, y resección en cuña de hígado es una operación adecuada para los casos localizados a vesícula pero que ha invadido su serosa. Tompkins Bergdahl 6,13,17.

Para casos de cáncer invadiendo serosa, lecho hepático y ganglios linfáticos perivesiculares se recomienda recientemente: disección de vías biliares extrahepáticas desde duodeno hasta confluencia con intrahepáticas, con limpieza de ganglios linfáticos, y resección de segmentos IV, V y VI con la vesícula adosada según los conocimientos anatómicos de Souplat y Couinaud en 1957, y con técnicas quirúrgicas recientemente descritas por Bismuth 1982, Voyles y Blumgart 1982, y Blumgart y Kelly en 1984. 16, 19,20,21., la cual podría ser una alternativa quirúrgica que aún no ha sido evaluada y requiere estudios prospectivos, pero que en un momento dado puede dar mejores resultados en cuanto a paliación más duradera que las otras operaciones practicadas para aliviar la ictericia, ya que en esta operación se anastomosa el conducto hepático izquierdo al yeyuno o duodeno.(16).

Longmire utilizó una técnica de colangioyeyunostomía intrahepática. (14) Estas dos últimas técnicas son cirugías más agresivas y se requieren más estudios para demostrar la utilidad y conveniencia de practicarlas. La mayoría de los autores no están de acuerdo con hemihepatectomía ya que no aumenta la sobrevida y si aumenta la morbilidad y mortalidad quirúrgica la cual es de 15 a 20% (5).

El consenso general es no hacer cirugías radicales y según Glenn (12) las resecciones extensas no mejoran los resultados.

En casos de lesiones muy avanzadas sólo nos queda practicar descompresión paliativa por medio de anastomosis bilioentéricas o colocación percutánea o endoscópica de tubos o sondas para descompresión.

El tratamiento quirúrgico tiene resultados limitados y la quimioterapia y radioterapia no tienen utilidad por lo que deberán buscarse alternativas en el futuro...

TABLA 6. CONCLUSIONES

- 1) LOS DATOS ANALIZADOS SON MUY SIMILARES A LOS DE LA LITERATURA MUNDIAL
 - 2) MORTALIDAD DE 50% A LOS 3 MESES Y A LOS DOS AÑOS SOLO UN PACIENTE SOBREVIVIA.
 - 3) LAS ALTERNATIVAS QUIRURGICAS:
 - A) COLECISTECTOMIA SIMPLE.
 - B) COLECISTECTOMIA ASOCIADA A DERIVACION BILIODIGESTIVA.
 - C) COLECISTECTOMIA ASOCIADA A RESECCION EN CUÑA HEPATICA Y DISECCION LINFATICA.
 - D) RESECCION SEGMENTARIA DEL HIGADO INCLUYENDO VESICULA Y ANASTOMOSIS DE CONDUCTO HEPATICO IZQUIERDO A YETUNO O DUODENO. BLUMGART Y KELLY.
 - E) OPERACION DE LONGMIRE. COLANGIOYUNOSTOMIA INTRAHEPATICA.
 - F) COLOCACION DE SONDAS PARA DRENAJE EXTERNO.
 - 4) LA RADIOTERAPIA Y LA QUIMIOTERAPIA NO SON UTILES.
-

HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Maingot, Schwartz-Ellis, Operaciones Abdominales. Octava Edición Tomo 2. págs. 1941-1950. Editorial Panamericana.
- 2) Schwartz, Shires, Spencer, Storer: Principles of Surgery Cuarta Edición. págs.1332-1333, Editorial McGraw Hill
- 3) Villalobos, Anzures, Rodríguez, Peláez: Séptimo Informe del grupo de Estudios sobre Cáncer del Aparato Digestivo. Rev. Gastroenterol Méx. Vol.51 No. 4, págs.205-212, 1986.
- 4) ROBBINS. Patología Estructural y Funcional. Primera Edición. págs.1313-1316, Editorial Interamericana.
- 5) Sabiston, Davis, Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica. págs.1037-1038. Décima Edición. Editorial Interamericana.
- 6) L.Beaty Pemberton, Willis: The Surgical significance of Carcinoma of the Gallbladder, Am J. of Surgery Vol.122 Sep.1971 págs.381-383.
- 7) Piehler JM, Crichlow R.W.: Primary carcinoma of the gallbladder. Surg Gynecol Obstet 147:929, 1978.
- 8) R.Edward Hamrick: Primary Carcinoma of the Gallbladder. Ann Surg. march, vol.195 No.3. págs. 270-273, 1982.
- 9) Olken SM, Bledsoe R, Newmark H. The ultrasonic diagnosis of primary carcinoma of the gallbladder. Radiology 1978; 129: 481-482.
- 10) Piehler JM, Crichlow RW. PPrimary Carcinoma of the gallbladder. Arch Surg. 1977; 112: 26.
- 11) Beltz WR, Condon R.E. Primary carcinoma of the gallbladder. Am Surg. 1974:180-184.
- 12) Glenn F, Hays DM. The scope of radical surgery in the treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract. Surg Gynecol Obstet 1954; 99:529.
- 13) Bergdahl, L.: Gallbladder Carcinoma First Diagnosed at Microscopic Examination of Gallbladders removed for Presumed benign Disease, Ann Surg. 191: 19, 1980.
- 14) Longmire WP Jr, Sandford M.C.: Intrahepatic Cholangiojejunostomy for biliary obstruction-further studies. Report of 4 cases. Ann Surg. 130: 455, 1949.
- 15) Donaldson L.A., Busutill A: A clinico-pathological review of 68 carcinomas of the gallbladder. Br J Surg 62: 26, 1975.
- 16) C.R. Voyles, Blungart: A technique for the construction of high biliary enteric anastomoses. Surg. Gynecol. Obstet 154: 885, 1982.
- 17) Nevin J.E. Moran TJ, et al: Carcinoma of the gallbladder. Cancer 37: 141, 1976.

- 18) Mossa A.R., Anagnost M, et al: The continuing Challenge of gallbladder cancer. Survey of thirty years experience at the University of Chicago Am J Surg. 130: 57, 1975.
- 19) Bismuth H.: Surgical anatomy and anatomical surgery of the liver. World J Surg. 6: 3, 1982.
- 20) Soupalt R, Couinaud Cl: Sur un procede nouveau de derivation biliare intra-hepatique. Les colangio-jejunostomies gauches sans sacrifice hepaticue. La Presse Medicale 65: 1157, 1957.
- 21) Blungart LH, Kelley CJ: Hepaticojejunostomy in benign and malignant high bile duct stricture: Approaches to the left hepatic ducts. Br J Surg. 71: 257, 1984.