

11209

11
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
DR. BERNARDO SEPULVEDA G.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 SUROESTE D. F.

**CARCINOMA PRIMARIO DE
VESICULA BILIAR**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A

DR. AGUSTIN ARTURO BECERRIL PAZARAN



IMSS

MEXICO, D. F.

ENERO, 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
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 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.

Wacher

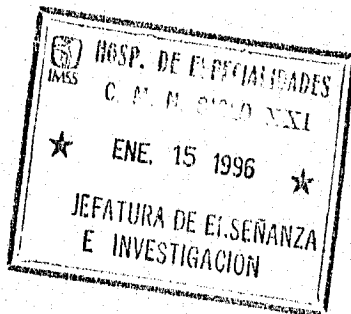
DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

Blanco

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROGIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI

Garcia

DR. GABRIEL ADRIAN GARCIA CORREA
ASESOR DE TESIS
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE
APOYO NUTRICIO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI



INDICE

ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACION	6
OBJETIVOS GENERALES	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
CUADROS Y GRAFICAS	9
DISCUSION Y CONCLUSIONES	18
ANEXO	20
BIBLIOGRAFIA	21

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

El cáncer primario de vesícula biliar fue descrito por primera vez por Maximilian de Stoll en 1777⁽¹⁾. Ocupa el quinto lugar de los padecimientos malignos del tracto digestivo⁽²⁾, se presenta aproximadamente en el 1% de los pacientes sometidos a colecistectomía⁽³⁾. En México la frecuencia reportada es de 8.5 por cada 100 000 mujeres, contrastando con la informada en los Estados Unidos, donde la incidencia es de 2 por cada 100 000 mujeres⁽⁴⁾.

La incidencia del carcinoma de vesícula varía en las diferentes partes del mundo y en los diferentes grupos étnicos de un mismo país, en Estados Unidos se ha observado que es muy frecuente en amerindios y raro en negros y blancos sajones. En los países de América Latina la más alta incidencia se encuentra en Chile, México y Bolivia⁽⁵⁾. En general este padecimiento es más frecuente en el sexo femenino con una relación hombre:mujer de 1:3⁽⁶⁾. Su incidencia incrementa con la edad, con una media de 65.2 años, siendo más frecuente entre la séptima y octava décadas de la vida⁽⁷⁾. En México se ha reportado una edad promedio de 57 años⁽⁸⁾.

No se ha establecido con certeza su etiología, se mencionan diferentes teorías dentro de las cuales las más aceptadas son: la presencia de un carcinógeno endógeno resultado de la degradación bacteriana de las sales biliares, lo anterior se basa en el análisis comparativo de la composición química de la bilis en distintas poblaciones; así por ejemplo, en Bolivia, donde la frecuencia es 5 veces mayor que en los Estados Unidos, se ha demostrado que la bilis de los bolivianos con litiasis, con o sin carcinoma, presenta menos sales biliares, fosfolípidos y colesterol y la saturación de colesterol es menor que en los estadounidenses, pero los conjugados biliares de ácido litocólico con taurina y glicina son mayores. Estos datos sugieren que en Bolivia otros factores, aparte de la saturación de colesterol, son importantes para la formación del líto que más se asocia con el tumor y que la concentración de un carcinógeno conocido, el ácido litocólico, y probablemente del metilcolantreno derivado de este, está aumentado⁽⁹⁾. También se ha reportado la asociación de carcinoma de vesícula con el estado de portador crónico de *Salmonella typhi*. Es probable que algunas sustancias carcinógenas se formen por asociación de la bacteria sobre las sales biliares^(10, 11).

Otra teoría sugiere la relación del carcinoma vesicular con polipos vesiculares y con anomalías anatómicas siendo las más frecuentemente descritas la unión anómala del conducto biliar y pancreático y la dilatación quística del conducto biliar común^(10, 11, 12).

Otra de las teorías más aceptadas es la asociación de litos vesiculares con este tumor. Diversos estudios clínico-epidemiológicos apoyan dicha relación con los siguientes argumentos: el cáncer vesicular es más frecuente en las poblaciones con alta prevalencia de colelitiasis como en los amerindios, mexicano-americanos, mexicanos, chilenos y bolivianos y es rara en los pacientes asiáticos, africanos y en los negros americanos donde la frecuencia de colelitiasis es baja⁽¹⁰⁾. Además, el carcinoma vesicular como la colelitiasis es más frecuente en las mujeres. Y por último los cálculos biliares coexisten con los tumores en un 80 a 100% de los casos^(10, 13, 14).

Se ha demostrado que la neoplasia se desarrolla principalmente en aquellas partes de la mucosa más afectadas por los cálculos. Probablemente por la irritación mecánica de los propios litos que desencadenan la secuencia hiperplasia epitelial-hiperplasia atípica o displasia-carcinoma in situ-carcinoma infiltrante, o inflamación crónica que origina una metaplasia del epitelio con un cáncer infiltrante posterior^(10, 15).

En mexicanos y amerindios la litiasis además de ser frecuente se presenta a temprana edad, y en estas poblaciones la frecuencia de neoplasia intraepitelial en especímenes de colecistectomía litiásica varía de 3 a 5% en contraste con el 0.5 a 1.5% encontrado en poblaciones caucásicas⁽¹⁶⁾.

El carcinoma vesicular ha sido considerado como una de las enfermedades más altamente letales y cuyo diagnóstico temprano es casi imposible ya que carece de signos y síntomas específicos que permitan diferenciarlo de una patología biliar benigna.

Piehler y Crichlow han organizado estos síntomas inespecíficos en 5 síndromes⁽¹⁷⁾:

1. COLECISTITIS AGUDA: historia de dolor en cuadrante superior derecho, náusea; vómito y fiebre. Pacientes con carcinoma en etapas iniciales.

2. COLECISTITIS CRÓNICA: cuyos signos y síntomas son indistinguibles de esta patología.

3. ENFERMEDAD BILIAR: síntomas de enfermedad maligna del tracto biliar como ictericia pérdida de peso, ataque al estado general y dolor en cuadrante superior derecho. Son pacientes con enfermedad extensa.

4. SIGNOS DE TUMOR MALIGNO FUERA DEL TRACTO BILIAR: síntomas inespecíficos como anorexia, pérdida de peso, debilidad y formación de fístula interna o invasión a órganos vecinos. Pacientes con enfermedad intratable.

5. MANIFESTACIONES BENIGNAS FUERA DEL TRACTO BILIAR: en la minoría de los casos el síndrome sugiere otra enfermedad, como sangrado u obstrucción gastrointestinal alta, muchos presentan ictericia.

La principal vía de diseminación de este carcinoma es la linfática, en la vecindad del conducto cístico y de ahí al colédoco o bien directamente al lecho hepático. Esta doble vía linfática de diseminación es importante porque determina el pobre pronóstico de los pacientes al momento del diagnóstico. Otras vías de diseminación son la hematogena, neural, intraperitoneal, intraductal y por extensión directa (13).

El diagnóstico preoperatorio es difícil de establecer ya que además de una presentación clínica inespecífica se cuenta con pocos métodos de diagnóstico verdaderamente útiles. Los exámenes de laboratorio son inespecíficos ya que sólo pueden distinguir un patrón obstructivo, si es que este se presenta. Se han utilizado diferentes técnicas de gabinete desde placa simple de abdomen hasta CPRE y el único método que ha demostrado ser más eficaz es el ultrasonido, ya que en la mayoría de las series reportan un diagnóstico preoperatorio, por este método, del 30 a 40% (14, 15).

En la actualidad la mayoría de las veces el diagnóstico se realiza como un hallazgo incidental durante la cirugía o por examen de patología después de una colecistectomía simple, a estos últimos casos se les ha llamado carcinoma inaparente de la vesícula biliar (17).

Histológicamente aproximadamente el 84% corresponde a adenocarcinoma, el 16% restante corresponde a carcinoma adenoescamoso y otras variedades raras como carcinoma indiferenciado, adenoacantoma, carcinoma in situ, lesiones malignas mixtas de origen epitelial (carcinoides y melanoma) y lesiones mesodérmicas (rabdiosarcoma, fibrosarcoma, leiomioma y linfoma) (12, 16, 18, 19, 20).

El tratamiento depende de la localización y extensión de la masa tumoral; por lo cual se han propuesto diferentes clasificaciones para etapificar y de esta manera seleccionar el tratamiento quirúrgico con el cual se intenta ofrecer una mayor sobrevida.

La clasificación más utilizada es la de Nevin (21):

ESTADIO	DESCRIPCION
1	Carcinoma in situ.
2	Invasión a la mucosa o muscular.
3	Invasión transmural, invasión hepática directa.
4	Metástasis ganglionares.
5	Metástasis a distancia.

Otro sistema de clasificación es el TNM⁽¹⁷⁾:

ESTADIO	DESCRIPCION
T _{is}	Carcinoma in situ.
T ₁	Invasión de la mucosa (T _{1a}), o Invasión de la capa muscular (T _{1b}).
T ₂	Invasión de tejido conectivo perimuscular.
T ₃	Invasión más allá de la serosa o a un órgano adyacente (extensión < 6 = a 2cm).
T ₄	Extensión >2cm, dentro del hígado y/o 2 o más órganos adyacentes.
N _x	Ganglios linfáticos regionales que no pueden ser clasificados.
N ₁	Metastasis ganglionares regionales.
N _{1a}	Conducto cístico, pericoledocianos, hiliares.
N _{1b}	Peripancreático, periduodenal, periportal, celiaco o mesentérico superior.
M ₀	Sin metástasis a distancia.
M ₁	Metástasis a distancia.

En los casos de carcinoma inaparente, en los cuales el diagnóstico se realiza por estudio patológico después de una colecistectomía simple, el sistema TNM no es útil ya que como no se tiene sospecha del diagnóstico al momento de la primera intervención no puede valorarse las categorías N y M, siendo sólo posible valorar la profundidad del tumor lo que corresponde a la categoría T; dado lo cual algunos autores han propuesto la categoría patológica T (pT) para describir sólo la extensión del cáncer inaparente de la vesícula biliar. El sistema pT es el siguiente⁽¹⁷⁾:

ESTADIO	DESCRIPCION
pT1	Invasión de la mucosa o capa muscular.
pT2	Invasión de tejido conectivo perimuscular sin extensión más allá de la serosa o al hígado.
pT3	Invasión más allá de la serosa o a un órgano adyacente, o invasión hepática < 6 = 2cm.
pT4	Invasión hepática >2cm o a 2 o más órganos adyacentes.

Debido al diagnóstico tardío y a la edad de estos pacientes la resección curativa es rara; dado lo cual y al pobre pronóstico de la enfermedad en la mayoría de los casos el tratamiento de este tumor es paliativo⁽¹⁸⁾.

Si se utiliza la clasificación de Nevin en el estadio I la cirugía curativa consistirá en la colecistectomía simple, en el estadio II algunos sugieren el mismo tratamiento, reportando sobrevida a 5 años de 79%, para otros autores es necesario agregar la linfadenectomía hepatoceliaca y resección del lecho vesicular hepático. En el estadio III o IV es donde la cirugía más agresiva ha dado mejores resultados, dicho procedimiento incluye hepatectomía derecha, resección del segmento medial del lóbulo izquierdo, linfadenectomía y colecistectomía. Esta técnica no puede

realizarse en pacientes con grave deterioro físico, y sólo ofrece una sobrevida del 10% a 5 años. En el estadio V la laparotomía con toma de biopsia y la derivación paliativa, si procede, sería la norma a seguir (15, 23, 24).

En los pacientes con carcinoma inaparente en estadio pT1 la colecistectomía simple es suficiente, por lo que no es necesario una nueva intervención quirúrgica ni ningún otro tipo de tratamiento médico. A partir del estadio pT2 es necesario una segunda operación radical, después de la colecistectomía simple por medio de la cual se hizo el diagnóstico, ya que de esta manera se incrementa de manera significativa el rango de sobrevida de estos pacientes. La operación radical estándar cuando se tiene el diagnóstico preoperatorio consiste en colecistectomía, resección en cuña del lecho vesicular (incluyendo 2cm de parénquima hepático), resección del segmento supraduodenal del conducto biliar extrahepático y una disección en bloque de los nódulos linfáticos regionales. Cuando se hace el diagnóstico de cáncer inaparente la segunda operación radical estándar consiste en resección del conducto biliar, resección en cuña del lecho vesicular y una disección en bloque de los ganglios linfáticos regionales (17).

Se considera que el carcinoma vesicular es radiosensible y quimiorresistente (9, 14), pero existen varios reportes donde se ha observado una mayor sobrevida en pacientes con enfermedad avanzada a quienes se les administró químico y radioterapia en conjunto con procedimientos quirúrgicos (1, 2, 13).

La sobrevida a uno y cinco años depende del estadio en el que se encuentre el carcinoma, así como al procedimiento quirúrgico realizado. La sobrevida para las etapas de la clasificación TNM es la siguiente (22):

	ETAPA TNM			
	I	II	III	IV
A UN AÑO	83%	71%	27%	6%
A CINCO AÑOS	67%	24%	0%	0%

La sobrevida a cinco años de acuerdo a la clasificación pT y según la cirugía realizada es la siguiente (17):

	OPERACION REALIZADA	
	COLECISTECTOMIA SIMPLE	SEGUNDA OPERACION RADICAL
pT1	95.0%	--
pT2	40.5%	90.0%
pT3	0 %	0 %
pT4	0 %	0 %

La sobrevida a cinco años según el estadio anatómico-patológico es para el estadio I de 67 a 100%, para el II de 22 a 24%, para el III de 0 a 10%, para el IV una vida media de 1 año y para el V de 3 meses (22).

realizarse en pacientes con grave deterioro físico, y sólo ofrece una sobrevida del 10% a 5 años. En el estadio V la laparotomía con toma de biopsia y la derivación paliativa, si procede, sería la norma a seguir (15, 23, 24).

En los pacientes con carcinoma inaparente en estadio pT1 la colecistectomía simple es suficiente, por lo que no es necesario una nueva intervención quirúrgica ni ningún otro tipo de tratamiento médico. A partir del estadio pT2 es necesario una segunda operación radical, después de la colecistectomía simple por medio de la cual se hizo el diagnóstico, ya que de esta manera se incrementa de manera significativa el rango de sobrevida de estos pacientes. La operación radical estándar cuando se tiene el diagnóstico preoperatorio consiste en colecistectomía, resección en cuña del lecho vesicular (incluyendo 2cm de parénquima hepático), resección del segmento supraduodenal del conducto biliar extrahepático y una disección en bloque de los nódulos linfáticos regionales. Cuando se hace el diagnóstico de cáncer inaparente la segunda operación radical estándar consiste en resección del conducto biliar, resección en cuña del lecho vesicular y una disección en bloque de los ganglios linfáticos regionales (17).

Se considera que el carcinoma vesicular es radiosensible y quimioresistente (9, 14), pero existen varios reportes donde se ha observado una mayor sobrevida en pacientes con enfermedad avanzada a quienes se les administró químico y radioterapia en conjunto con procedimientos quirúrgicos (1, 2, 15).

La sobrevida a uno y cinco años depende del estadio en el que se encuentre el carcinoma, así como al procedimiento quirúrgico realizado. La sobrevida para las etapas de la clasificación TNM es la siguiente (22):

	ETAPA TNM			
	I	II	III	IV
A UN AÑO	83%	71%	27%	6%
A CINCO AÑOS	67%	24%	0%	0%

La sobrevida a cinco años de acuerdo a la clasificación pT y según la cirugía realizada es la siguiente (17):

	OPERACION REALIZADA	
	COLECISTECTOMIA	SEGUNDA OPERACION
	SIMPLE	RADICAL
pT1	95.0%	---
pT2	40.5%	90.0%
pT3	0 %	0 %
pT4	0 %	0 %

La sobrevida a cinco años según el estadio anatómico-patológico es para el estadio I de 67 a 100%, para el II de 22 a 24%, para el III de 0 a 10%, para el IV una vida media de 1 año y para el V de 3 meses (22).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con carcinoma primario de vesícula biliar?

¿Cuáles son los datos clínicos para el diagnóstico de carcinoma primario de vesícula biliar?

¿Cuáles son los estudios de gabinete más útiles para el diagnóstico de carcinoma primario de vesícula biliar?

¿Cómo responderen los pacientes al tratamiento realizado?

¿Cuál es la sobrevida posterior al tratamiento quirúrgico realizado?

JUSTIFICACION

Dado que el carcinoma primario de la vesícula biliar es la 5ª neoplasias más frecuente del aparato digestivo y al mismo tiempo una de las de más difícil diagnóstico y mayor mortalidad es de suma importancia conocer las características epidemiológicas de estos pacientes para así poder identificar grupos de alto riesgo que, de ser posible, sean sometidos a valoraciones periódicas con el fin de instaurar la terapéutica adecuada, en etapas tempranas, que permitan obtener la mayor sobrevida para los pacientes. Para lo anterior también es importante conocer los métodos diagnósticos que permitan, junto con la clínica, el diagnóstico temprano de esta patología.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con carcinoma primario de vesícula biliar.

2. Identificar el cuadro clínico, datos de laboratorio y gabinete más frecuentes en el carcinoma primario de vesícula biliar.

3. Conocer los tratamientos médicos y quirúrgicos más utilizados en este carcinoma y la efectividad de los mismos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer en que sexo es más frecuente el carcinoma primario de la vesícula.

2. Conocer el grupo etareo en el que es más frecuente el carcinoma primario de vesícula.

3. Identificar la asociación del carcinoma primario de vesícula con litiasis vesicular.

4. Conocer el cuadro clínico más frecuente del carcinoma primario de vesícula.

5. Identificar el estudio de gabinete más útil para el diagnóstico de carcinoma de vesícula.

6. Identificar la cirugía que se realiza con más frecuencia en el tratamiento del carcinoma vesicular.

7. Conocer la sobrevida de los pacientes a los 6, 12 y 24 meses posterior al diagnóstico de carcinoma vesicular.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de 31 pacientes con el diagnóstico de carcinoma primario de vesícula biliar, quienes fueron atendidos en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1990 al 30 de junio de 1995, de los cuales se tomaron los siguientes datos: edad, sexo, presentación clínica, asociación con litiasis vesicular, métodos de gabinete empleados para el diagnóstico preoperatorio, tratamiento quirúrgico recibido, estadificación según Nevin y sobrevida del paciente. Se definió como carcinoma primario de vesícula a aquellos casos en los que se presentó alguna de las siguientes situaciones:

1. reporte de estudio histopatológico de biopsia o pieza quirúrgica que determinaron el diagnóstico de carcinoma de vesícula;

2. hallazgos macroscópicos durante la cirugía que concluyeron en diagnóstico postoperatorio de carcinoma de vesícula, aún sin la toma de biopsia pero que su presentación, hallazgos transoperatorios y evolución clínica fueran compatibles con la enfermedad.

RESULTADOS

Se obtuvieron 31 casos de los cuales se eliminaron 5 por no ser posible localizarlos. De los 26 pacientes restantes 20 (77%) eran mujeres y 6 (23%) hombres, se encontró un rango de edad de 39 a 87 años, con una media de 63.9 años, predominando la 6a y 7a décadas de la vida. En 22 (84.6%) de los pacientes se corroboró la presencia de litos vesiculares.

En estos pacientes el cuadro clínico preponderante fue el dolor en hipocondrio derecho y los síntomas de patología obstructiva, tales como ictericia, coluria, acolia y prurito. Otra sintomatología presente fue la pérdida de peso, astenia, adinamia, anorexia, náusea y vómito. Signos relativamente frecuentes fueron la presencia de masa palpable en cuadrante superior derecho, 11 casos, y la ascitis, 4 casos, datos que demuestran lo tardío del diagnóstico.

Dada la complejidad de realizar el diagnóstico preoperatorio la gran mayoría de los pacientes son diagnosticados en el transoperatorio y/o por medio de estudios histopatológicos postoperatorios, en este caso sólo en 9 (34.6%) pacientes se contaba con la sospecha diagnóstica preoperatoria, en los 17 (65.5%) restantes el diagnóstico se realizó como hallazgo.

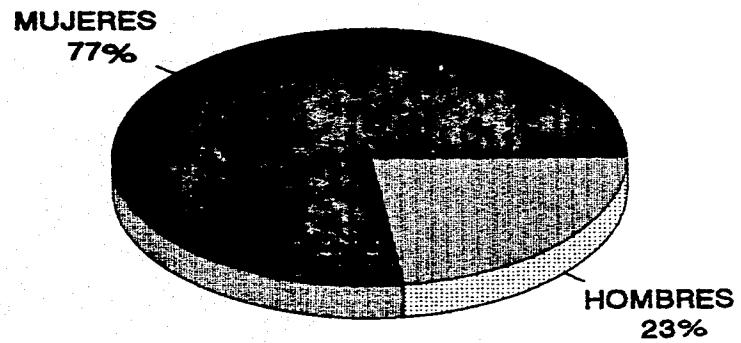
En 20 pacientes, con y sin sospecha diagnóstica, se realizaron estudios de gabinete como USG, TAC, CPRE. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 17 pacientes fueron estudiados por USG de los cuales sólo en 7 (41.2%) se obtuvieron datos compatibles con carcinoma de vesícula biliar; por medio de TAC sólo se estudiaron dos pacientes en uno de los cuales se diagnosticó el padecimiento, dado el reducido número de los casos estudiados por este método no es posible considerar real el 50% de eficiencia; por CPRE se estudió a un paciente en el cual sólo se reportó la presencia de litos.

La cirugía realizada varió considerablemente, en aquellos casos en los que se tenía la sospecha diagnóstica preoperatoria se realizaron tratamientos quirúrgicos más radicales con la realización de métodos paliativos adicionales (Página 15).

Se clasificó a los pacientes según Nevin. En el estadio III se encontraron 3 pacientes los cuales tuvieron una sobrevida promedio de 16 meses (rango de 15-18 meses); 4 se clasificaron en el estadio IV con una sobrevida promedio de 10 meses (rango de 8-12 meses), se encontraron 19 pacientes en el estadio V con una sobrevida promedio de 3 meses (rango 1 día a 9 meses).

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

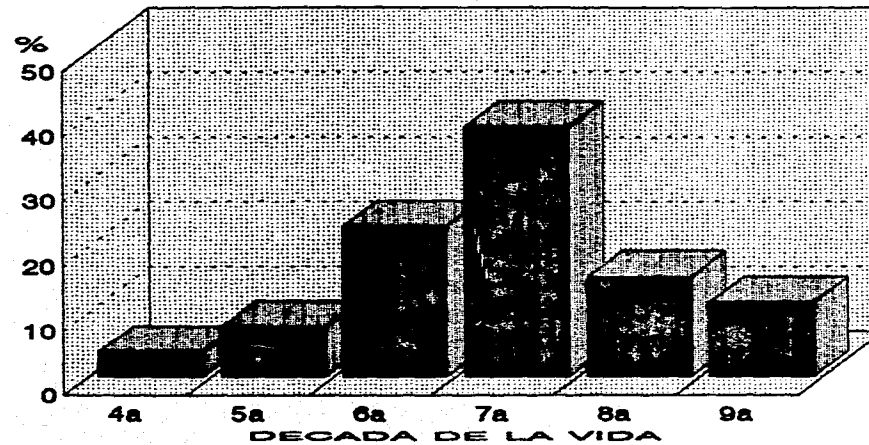
SEXO



FUENTE: 26 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995.

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

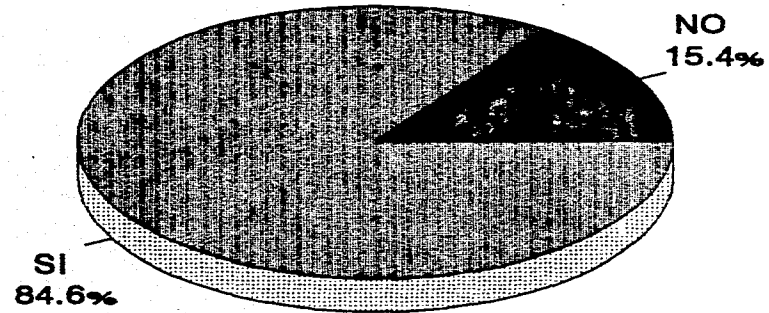
FRECUENCIA POR EDAD



FUENTE: 26 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995.

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

ASOCIACION CON LITIASIS



FUENTE: 26 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995.

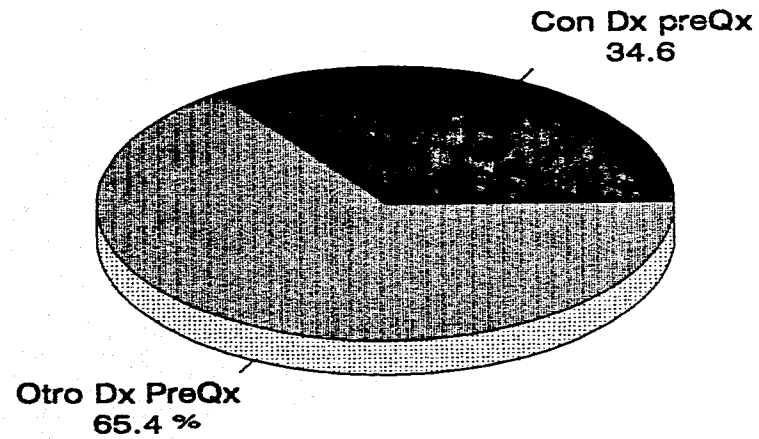
CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

CUADRO CLINICO	
SIGNO O SINTOMA	FRECUENCIA NO. DE CASOS
DOLOR HIPOCONDRIO DERECHO	25
ICTERICA	19
PERDIDA DE PESO	17
ASTENIA	12
ADINAMIA	12
ACOLIA	12
COLURIA	12
MASA PALPABLE	11
NAUSEA	9
VOMITO	9
PRURITO	8
ANOREXIA	6
ASCITIS	4
ABDOMEN AGUDO	1

FUENTE: 26 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995.

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

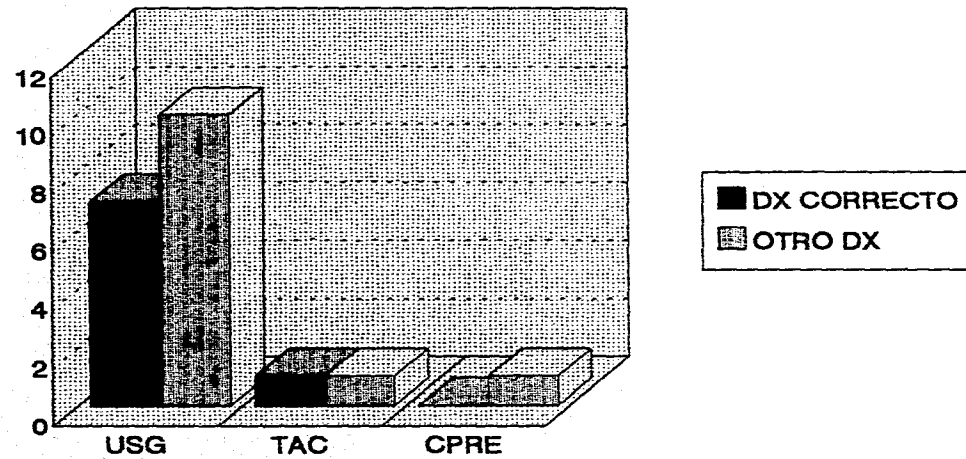
SOSPECHA DIAGNOSTICA PREOPERATORIA



FUENTE: 26 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

ESTUDIOS DE GABINETE



FUENTE: 20 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995.

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

CIRUGIA REALIZADA SEGUN ETAPA DE NEVIN

CIRUGIA	ETAPAS DE NEVIN		
	III	IV	V
CCT	2	-	2
CCT + EVB	1	1	1
CCT + Bx	-	-	1
CCT parcial + EVB	-	2	1
CCT parcial + Bx	-	-	1
LAE + CCT	-	-	3
LAE + Bx	-	-	5
CCT + EVB + Derivación Percutanea	-	-	1
CCT Parcial + Derivación Percutanea	-	-	1
CCT + EVB + Bx + Yeyunostomía	-	-	1
Cecostomía + Bx + Deriva- ción Percutanea	-	1	-
Ninguna	-	-	2

FUENTE: 26 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995.

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

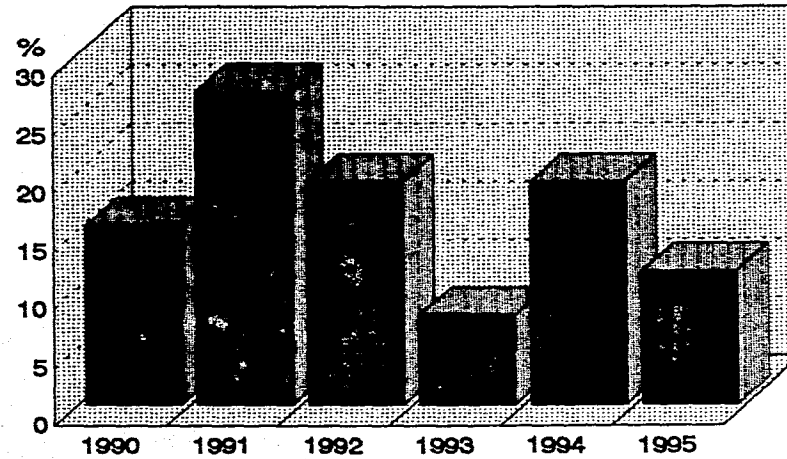
SOBREVIDA SEGUN ETAPA DE NEVIN

ETAPA DE NEVIN	SOBREVIDA EN MESES						PROMEDIO DE VIDA EN MESES
	<1	1 3	4 6	7 9	10 12	13 18	
III	-	-	-	-	-	100%	16
IV	-	-	-	25%	75%	0%	10
V	21%	42.10%	26.30%	11%	0%	0%	3

FUENTE: 26 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995.

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

FRECUENCIA POR AÑO



FUENTE: 26 pacientes del CMN Siglo XXI, enero 1990 a junio 1995.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con la información obtenida en el presente estudio se ha podido demostrar que los datos epidemiológicos encontrados en la población estudiada son similares a los encontrados en la literatura internacional, siendo importante destacar la mayor frecuencia en mujeres en una relación aproximada de 3:1 con respecto a la población masculina. La incidencia por grupos etareos es mayor entre la sexta y séptima década de la vida. Siendo importante recalcar que en la población latinoamericana la presentación en edades tempranas es frecuente, en este estudio se corroboró la presencia de esta patología en grupo etareo de la cuarta década.

Otro punto importante a señalar es la elevada asociación con litiasis vesicular tal como lo señala el estudio de Fiehler⁽⁴⁾, en el cual se señala una coexistencia de hasta el 90%. En el presente estudio se identificó una asociación en un 84.6%.

En cuanto al cuadro clínico podemos concluir que en estadios tempranos este tipo de neoplasia pasa asintomática, presentando de manera agresiva su sintomatología en etapas avanzadas; siendo el síntoma dolor en hipocondrio derecho el que con mayor frecuencia se presenta, el cuales un síntoma totalmente inespecífico. El gran ataque al estado general asociado a cuadros de ictericia obstructiva suelen ser la manera habitual de presentación, hasta cuadros tan avanzados en los cuales se presenta masa palpable en hipocondrio derecho, inclusive asociado a líquido de ascitis libre en cavidad; resulta por demás obvio que en dichos pacientes el tratamiento quirúrgico que se les puede ofrecer es puramente confirmador del diagnóstico y paliativo en su caso.

Dada la sintomatología vaga en un inicio e imprecisa aun en estadios avanzados; aunado a la imprecisión de los métodos de gabinete con que se cuenta el diagnóstico preoperatorio suele ser erróneo, en este estudio solamente en el 34.6% de los pacientes se sospechaba la presencia de esta patología.

En cuanto al tratamiento quirúrgico empleado en estos pacientes se tienen las siguientes aseveraciones al respecto:

1. Dado que el diagnóstico preoperatorio suele ser erróneo, la cirugía realizada se adapta a los hallazgos transoperatorios.
2. En la mayoría de los casos se realizan procedimientos diagnósticos y paliativos .
3. La cirugía realizada se adapta al criterio quirúrgico de cada cirujano.
4. No se practican procedimientos quirúrgicos estándar para cada estadio clínico, dada la variedad de presentación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

5. En este estudio se observó que no se realizaron procedimientos quirúrgicos radicales; debido, principalmente, al estadio avanzado del proceso patológico.

Por último, ya que el diagnóstico se realiza en estadios clínicos avanzados, la sobrevida de estos pacientes es corta. En este estudio se encontró que de acuerdo a la clasificación de Nevin los pacientes en estadio III presentaron una sobrevida promedio de 16 meses, de 10 meses para el estadio IV y de 3 meses para el estadio V.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
DEPARTAMENTO DE GASTROCIROGIA

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

Nombre: _____ Afiliación: _____
Dirección y teléfono: _____
Fecha del Diagnóstico: _____ Sexo: (F) (M)
Edad en el momento del Diagnóstico: _____

1. Cuadro clínico:

Dolor en HD	(SI) (NO)	Astenia	(SI) (NO)
Nausea	(SI) (NO)	Adinamia	(SI) (NO)
Vómito	(SI) (NO)	Anorexia	(SI) (NO)
Ictericia	(SI) (NO)	Coluria	(SI) (NO)
Fiebre	(SI) (NO)	Acolia	(SI) (NO)
Perdida de peso	(SI) (NO)	Masa palpable	(SI) (NO)

OTROS: _____

2. Asociación con litiasis vesicular: (SI) (NO)

3. Estudios de gabinete utilizados en el diagnóstico preoperatorio:

	ACIERTO EN EL DIAGNOSTICO	
() USG	(SI)	(NO)
() CPRE	(SI)	(NO)
() GAMAGRAMA	(SI)	(NO)
() TAC	(SI)	(NO)

OTROS _____

4. Dx Preoperatorio: _____

5. Cirugía realizada: _____

6. Estadificación según Nevin:

() Etapa I
() Etapa II
() Etapa III
() Etapa IV
() Etapa V

7. Sobrevida en meses a partir de la fecha del Dx: _____

BIBLIOGRAFIA

1. Ouchi K., Suzuki M., Saijo G., et al. Do Recent Advances in Diagnostic and Operative Management Improve the Outcome of Gallbladder Carcinoma? *Surg* 113:324-29, 1993.
2. Bill Y., Douglas H., Nava H., et al. Carcinoma of the Gallbladder. The Roswell Park Experience. *Ann Surg* 210:751-7, 1989.
3. Paraskevopoulos J., Dennison A., Foss B., et al. Primary Carcinoma of the Gallbladder: a 10-years Experience. *Ann R Coll Surg Engl* 74:222-4, 1993.
4. Jessurn J., Méndez N., López M., et al. Epidemiología y Algunas Consideraciones Etiológicas en Relación al Carcinoma de la Vesícula Biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 56:197-200, 1991.
5. Earl D., Albores J., Corel D., Carcinoma of the Gallbladder. *Cancer* 70:1493-7, 1992.
6. Maingot, Schwartz, Ellis. Operaciones Abdominales. Ed. Panamericana, Octava Edición, pp1940-3, 1989.
7. Piehler J., Crichtow R. Primary Carcinoma of the Gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 147:929-42, 1978.
8. Albores-Saavedra J., Alcántara A., Cruz H., et al. The Precursor Lesions of Invasive Gallbladder Carcinoma. *Cancer* 45:919-27, 1980.
9. Marijuán J., Rivera C., Mata A., et al. Carcinoma Primario de Vesícula Biliar. Revisión de 41 casos. *Rev Esp Enf Digest* 82:169-71, 1992.
10. Yang H., Sun Y., Wang Z. Polypoid Lesions of the Gallbladder: Diagnosis and Indications for Surgery. *Br J Surg* 79:227-9, 1992.
11. Chijiwa K., Tanaka M., Nakayama F. Adenocarcinoma of the Gallbladder Associated with Anomalous Pancreaticobiliary Ductal Junction. *Am Surg* 59:430-4, 1993.
12. Kimura K., Ohto M., Saisho H., et al. Association of the Gallbladder Carcinoma and Anomalous Pancreatico-biliary Ductal Union. *Gastroenterology* 89:1258-65, 1985.
13. Schwartz, Shieres, Spencer, Storer. Principios de Cirugía. Ed McGraw Hill. Cuarta Edición. pp 1328, 1987.
14. Piehler J., Crichtow R. Primary Carcinoma of the Gallbladder. *Arch Surg* 112:24-30, 1977.
15. Naranjo A., Palazuelos M., Casado M. Cáncer de Vesícula Biliar. *Rev Esp Enf Ap Dig* 76:9-12, 1989.

16. Scott R., Carcinoma of the Gallbladder. Surg Clin of North Am 70:1419-28,1990.
17. Shirai Y., Yoshida K., Tsukada K., et al. Inapparent Carcinoma of the Gallbladder. Ann Surg 215:326-31,1992.
18. Suárez J., Arnal F., Alvarez A., et al. Carcinoma de Vesícula Biliar. Rev Esp Enf Ap Dig 76:13-7,1989.
19. Hisatomi K., Haratake J., Horie A., et al. Relation of Histopathological Features to Prognosis of Gallbladder Cancer. Am J Gastroenterology 85:567-72,1990.
20. Dowling G., Kelly J. The Histogenesis of Adenocarcinoma of the Gallbladder. Cancer 58:1258-65,1985.
21. Donohue J., Nagorney D., Grant C., et al. Carcinoma of the Gallbladder. Arch Surg 125:237-41,1990.
22. Dertli D., Herzog U., Tondelli P. Primary Carcinoma of the Gallbladder: Operative Experience During a 16 year period. Eur J Surg 159:415-20,1993.
23. Varo E., Ariza M., de la Cruz J., et al. Cáncer de Vesícula: Supervivencia y Calidad de Vida Según el Tipo de Tratamiento Quirúrgico. Rev Esp Enf Ap Dig 76:4-8,1989.
24. Shirai Y., Yoshida K., Tsukada., et al. Radical Surgery for Gallbladder Carcinoma. Ann Surg 216:565-8,1992.