

11209

43
26j



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda"
Centro Médico Nacional Siglo XXI**

**CARCINOMA PRIMARIO DE
VESICULA BILIAR**

**EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 47 "VICENTE GUERRERO"
DELEGACION 4 SURESTE. DISTRITO FEDERAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener el Título de:

LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

P r e s e n t a:

Dra. Angélica Hortensia González Muñoz



IMSS

México, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central




UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

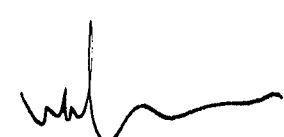
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

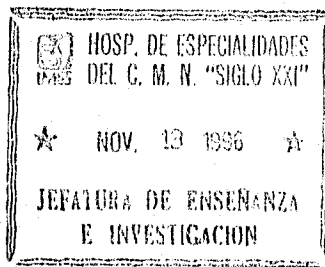
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SÉPULVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DR. NIELS WACHER RODARTE
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



A RODOLFO Y GLORIA ARACELI
CON AMOR POR SU APOYO Y COMPRENSION

EN MEMORIA
ARACELI, MI HERMANA
EULALIO, MI PADRE

A GLORIA, MI MADRE
POR SU EJEMPLO Y FORTALEZA
A MA. EUGENIA Y E. EDGARDO
POR SU CARINO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARCINOMA PRIMARIO DE VESICULA BILIAR

EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 47

“VICENTE GUERRERO”

DELEGACION 4 SURESTE D.F.

AUTORES

DRA. ANGELICA H. GONZALEZ MUÑOZ

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
OBJETIVOS	13
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	15
DISCUSION	18
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	22
ANEXOS	26

INTRODUCCION

El carcinoma de vesícula biliar es la lesión maligna más frecuente de las vías biliares extrahepáticas y ocupa el quinto lugar de los carcinomas del Aparato Digestivo. Sin embargo es poco común si consideramos el número total de pacientes que son atendidos por algún padecimiento de la vesícula biliar en un hospital de segundo nivel de atención. Con una incidencia esperada en un servicio de Cirugía General en éste tipo de hospital de 4 casos por año .

Se han efectuado algunos estudios epidemiológicos para el Carcinoma de Vesícula Biliar (CAVB) sin llegar a una certeza en cuanto a su etiología , detectando solo posibles factores de riesgo, mismos que son diferentes según las áreas geográficas, y los grupos étnicos estudiados por lo que no siempre son aplicables a cualquier población. De manera que resulta de interés identificar los factores de riesgo presentes en nuestra población para el Carcinoma Primario de Vesícula Biliar .

Así mismo no es menos importante comentar que su presentación clínica es variada, con evolución rápida y fatal a corto plazo, los pacientes que la padecen suelen presentarse a recibir atención médica en etapas avanzadas del padecimiento, no siendo resecables en la mayoría de los casos y con alto índice de mortalidad.

Por lo anterior y dada la baja frecuencia de presentación de este fenómeno, se eligió una revisión retrospectiva en un periodo de 6 años de los casos atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona 47 del IMSS.

ANTECEDENTES

El Carcinoma de Vesícula Biliar tiene una distribución geográfica y étnica diversa, siendo relativamente común en Japón, Europa del Este, Centro y Sudamérica, en los hispanos e indios americanos, la razón de estas variaciones étnicas y geográficas no es clara pero se involucran algunos factores de riesgo y se sospecha cierta susceptibilidad genética. (1)

No existen muchos estudios analítico epidemiológicos que hallan sido conducidos para esclarecer la etiología del Carcinoma de Vesícula Biliar por lo que los factores de riesgo que se mencionan a continuación se aduce están relacionados con el padecimiento.

SEXO

El Carcinoma de Vesícula Biliar ocurre más a menudo en mujeres en una proporción que varía según la región estudiada pero guarda una relación promedio de 3:1 con respecto al sexo masculino. Algunas otras características como la obesidad, embarazo, hormonas femeninas y litiasis, se les relaciona directa o indirectamente con el sexo femenino y el Carcinoma de Vesícula Biliar.

EDAD

El Carcinoma de Vesícula Biliar aumenta considerablemente con la edad, presentándose la incidencia más alta entre la séptima y octava décadas de la vida, con una media de 65 años.(13)(14)

RAZA

El Carcinoma de Vesícula Biliar es raro en africanos, negros americanos, blancos sajones y algunos grupos de asiáticos, donde la presencia de litiasis es menor, no así en los indios americanos y mexico-americanos, en estos grupos la prevalencia de litiasis es mayor. Y en los japoneses se les relaciona con los pólipos vesiculares y unión ductal pancreatobiliar anómala.

LITIASIS VESICULAR

Este es el punto de mayor controversia , ya que tres cuartas partes de los pacientes con Carcinoma de Vesícula Biliar presentan colelitiasis, como en los grupos étnicos. La asociación de litiasis y cancer de la vesícula biliar se presenta en la mayoría de las series reportadas un porcentaje de 80 % a 90 % de los casos y sobre todo en mujeres con colelitiasis. (13) (14) (16). Sin embargo los portadores de litiasis pueden evolucionar asintomáticos hasta más de 25 años y sin desarrollar Cáncer. (17)

Si bien el porcentaje de litiasis es elevado en el carcinoma vesicular, no se ha podido establecer una relación causal directa entre estas dos entidades.

En relación al tamaño de los litos, Lowenfels, encontró un riesgo relativo para carcinoma de vesícula biliar en sujetos con litos mayores de 3 cm, de 9.2 veces mayor, comparado con individuos con litiasis menores de 1 cm. (36)

El mecanismo probable de génesis del Carcinoma en la Vesícula Biliar es la irritación mecánica crónica del lito o litos en la mucosa que condicionará ---hiperplasia eptelial---metaplásia intestinal---displasia---
CANCER.(4) (14) (17)

VESICULA ESCLEROATROFICA

En esta entidad la vesícula biliar se encuentra pequeña , con paredes engrosadas practicamente sin bilis en su interior, puede o no contener litos y en algunas ocasiones además hay depósitos de calcio que endurecen aún más su pared (vesícula calcificada o en porcelana) y se le realaciona con una mayor incidencia de Carcinoma de Vesícula Biliar .(17)

POLIPOS VESICULARES

La asociación de pólipos vesiculares es claramente definida en algunas regiones de Japón y así lo reporta el grupo de Chijiwa y Tanaka , en donde concluyen que la lesión polipoide de más de 10mm , solitaria y en pacientes de mayor de 60 años se debe sospechar fuertemente en Carcinoma de Vesícula Biliar. (2) (5) (10)

UNION DUCTAL PANCREATOBILIAR ANOMALA

Algunos autores como Kato-S , Nakagawa en Japon y Tseng-LI, ChenJH en Taiwan ,han considerado que la asociación unión ductal anómala-carcinoma de vesícula biliar es rara, sin embargo su coexistencia de éstas dos patologías indican que los pacientes con unión ductal anómala tienen un alto riesgo de desarrollar carcinoma de vesícula biliar :Ya que en los pacientes que se sometieron a colangiografía retrógrada endoscópica con carcinoma de vesícula se encontro esta anomalia en el 16.7% en comparación con 2.8% con otras enfermedades hepatobiliares y pancreáticas.

Sugiriendo incluso seguimiento de los pacientes con unión ductal pancreatobiliar anómala sin cancer de vesícula e incluso proponiendo la colecistectomía profiláctica .(3) (6) (9) (17)

INDUSTRIA DEL CAUCHO.

La incidencia del Carcinoma de Vesícula Biliar y Vias Biliares parece ser mayor en los trabajadores del caucho, lo que supone cierta relación ocupacional por la exposición a estos componentes químicos.

El caucho natural es producido por más de mil especies del árbol del hule, la primera de las especies explotadas fue la Castilla elástica, actualmente se obtiene en países tropicales de la Hevea brasiliensis, Ficus elástica, Parthenium argentatum.

El caucho sintético proviene del estireno-butadieno que son polímeros del isopreno, cloropreno y del butadieno que se conocen como neopreno, buna y metilcaucho, Los Estados Unidos de Norteamérica ocupan el primer lugar en su producción. (17)

OTROS

Estudios experimentales en animales (perros y gatos) sugieren que los productos químicos como el metilcolantreno, aminoazotolueno y la nitrozamina pueden desarrollar carcinoma de vesícula biliar.(17)

Se ha reportado como fenómeno de muy baja frecuencia la presencia de carcinoma de vesícula biliar en los nódulos de Rokitanski-Aschoff presentes en la vesícula biliar con Adenomiosis.(18)

CUADRO CLINICO.

El cuadro clínico en etapas iniciales es vago y los síntomas son relativamente inespecíficos, motivo por el cual Piehler y Crichlow describieron 5 síndromes clínicos para el Carcinoma de Vesícula Biliar. (17)

1.- Colecistítis Aguda.

Cerca del 1 % de los pacientes operados con diagnóstico inicial de colecistítis aguda tendrán Carcinoma de Vesícula Biliar, mismos que presentan antecedentes de dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, con náusea, vómito, fiebre y Murphy positivo. Estos pacientes suelen presentar una etapa más temprana del carcinoma .

2.- Colecistítis Crónica

Pacientes con dolor en hipocondrio derecho crónico mal sistematizado que puede o no estar en relación a los alimentos colecistoquinéticos .

3.- Carcinoma de Via Biliar.

Pacientes con síntomas de enfermedad de las vías biliares con ictericia, pérdida de peso, debilidad generalizada y dolor en hipocondrio derecho. Estos pacientes suelen tener la enfermedad en etapas avanzadas .

4.- Carcinoma fuera de la Via Biliar.

Estos pacientes experimentan síntomas inespecíficos como anorexia, pérdida de peso, formación de fístulas internas o invasión a órganos adyacentes. Como el grupo anterior generalmente se encuentran en etapas muy avanzadas de la enfermedad.

5.- Manifestaciones Gastrointestinales fuera de la Via Biliar.

Puede manifestarse como hemorragia gastrointestinal u obstrucción digestiva alta.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico precoz del carcinoma de vesícula biliar sigue siendo una meta aún no alcanzada, y en la mayoría de las veces se encuentra en etapas avanzadas de la enfermedad, no resecable y muchas veces se descubre durante la intervención quirúrgica en la vesícula biliar con otro diagnóstico ya sea de urgencia o programada.

Los estudios de laboratorio solo son útiles para la sospecha del diagnóstico cuando hay obstrucción biliar, presentando hiperbilirrubinemia con patrón obstructivo y aumento de la fosfatasa alcalina.

Imagenología

La colecistografía oral, colangiografía intravenosa y percutánea son poco útiles en el diagnóstico de carcinoma vesicular.

La colangiografía retrógrada endoscópica solo revela obstrucción extrahepática pero no siempre sospecha el diagnóstico.

El ultrasonido es el que tiene la mayor posibilidad de detectar en carcinoma en etapas tempranas.

Los hallazgos ultrasonográficos encontrados en orden de frecuencia son:

- Engrosamiento focal o difuso de la pared vesicular	49%.
- Masa o tumoración en la fosa vesicular	37%.
- Masa o tumoración intraluminal	14%.

Hallazgos asociados:

- Colelitiasis	64%
- Dilatación de los conductos biliares	38%
- Invasión a estructuras adyacentes	67%
- Metástasis a distancia	3%
- Vesícula en porcelana	4%

La tomografía computada, angiografía selectiva y resonancia magnética son estudios de extensión útiles para etapificar la enfermedad en forma complementaria sin ser absolutamente indispensables para el diagnóstico.

lida comenta que el ultrasonido preoperatorio fue superior a la Tomografía axial computarizada y angiografía en relación a la detección de invasión hepática y puede ser muy útil en el intraoperatorio. (21) Villilengua, propone la citología de impronta en la mucosa de las vesículas resecadas sin sospecha alguna de carcinoma en pacientes con factores de riesgo (colecistitis).(4), reportando este estudio una sensibilidad del 80%, especificidad y valor predictivo del 100%.

Así mismo ha crecido el interés por el citodiagnóstico por aspiración percutánea con aguja fina en el pre y transoperatorio para establecer el diagnóstico de Carcinoma y valorar la profundidad de su penetración . (17) (19)

Todas las vesículas biliares resecadas durante la colecistectomía deben abrirse en la sala de operaciones para revisar la mucosa y enviar a estudio transoperatorio cualquier anomalía sospechada.

Muchas veces el tratamiento quirúrgico dependerá de si el cirujano piensa que se trata de una enfermedad incurable y no del análisis razonado de la propagación del tumor y en consecuencia de la etapa en la que se encuentre .

CLASIFICACION

Establecer una clasificación para las etapas del Carcinoma de Vesícula Biliar puede ser útil, como la del sistema basado en la Organización Mundial de la Salud, (TNM), la de la American Joint Commission of Cancer Stages y la establecida por Nevin, ésta última es a la que hago referencia para establecer el tratamiento quirúrgico .(23) (17) (28) (13)

Clasificación de Nevin para Carcinoma de Vesícula Biliar

Etapa I	Intramucoso
Etapa II	Submucoso y muscular
Etapa III	Serosa
Etapa IV	Serosa y ganglios regionales
Etapa V	Higado y órganos a distancia

HISTOLOGIA DEL CARCINOMA DE VESICULA BILIAR**Adenocarcinoma:**

Infiltrante
Papilar
Mucinoso
Mixto infiltrante y papilar

Carcinoma de células escamosas

Mixto con adenocarcinoma infiltrante

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

La identificación de la etapa del Carcinoma , brinda la mejor oportunidad de probabilidad de curación en etapas iniciales , por lo que se insiste en la exploración macróscopica de las vesículas biliares extirpadas y la revisión histológica transoperatoria de las lesiones sospechosas antes de concluir el procedimiento quirúrgico

Las propuestas del tratamiento del Carcinoma de Vesícula Biliar son diferentes , con resultados diversos según los autores .

Roberts y Stephen en 1986 y que se basa en clasificación de Nevin son las siguientes :

Etapa I	Colecistectomía.
Etapa II	Colecistectomía con resección en cuña del lecho vesicular y linfadenectomía regional
Etapa III	Lobectomía Derecha con linfadenectomía regional.
Etapa IV	Lobectomía Derecha ampliada y linfadenectomía regional .
Etapa V	<ul style="list-style-type: none"> a) Enfermedad limitada a la derecha del ligamento Falciforme: Lobectomía derecha ampliada y linfadenectomía regional b) Enfermedad extensa: Biopsia simple y si hay indicación descompresión biliar paliativa, que incluye sondas en T en U, transhepáticas y anastomosis coledocoéntéricas y/o derivación gastrointestinal . (34)

Wanebo en 1990 propone el siguiente tratamiento para el Carcinoma de Vesícula Biliar tomando en cuenta la clasificación de Nevin.

Etapa I	Colecistectomía Considerar radiación del lecho vesicular.
Etapa II-III-IV	Colecistectomía con resección en cuña de fosa vesicular disección ganglionar de la porta hepatis, colédoco y región periduodenal, marcar con grapas Considerar radiaciones y quimioterapia .
Etapa V	Estudio de protocolo , radiación paliativa y quimioterapia.(17)

Chijiwa establece para etapas I,II,III, colecistectomía con segmentectomía hepática, con o sin resección del conducto biliar extrahepático, ésta cirugía es de gran ventaja para éstas etapas, cuyas metástasis alcanzan el ligamento hepatoduodenal y de no efectuarse hay una alta incidencia de recurrencia locorregional.(23) (26)

Nakamura en pacientes bien seleccionados en etapa V con tumores resecables propone la hepatopancreatoduodenectomía ya que según refiere mejora la supervivencia y calidad de vida .(22)

Shirai Y, sugiere que una segunda reintervención radical, deberá llevarse a cabo en pacientes con etapas I y II con colecistectomía sola y carcinoma inaparente, mejorando notablemente su supervivencia. (32)

No debemos olvidar que la colecistectomía laparoscópica para el tratamiento de la coledocistitis es el procedimiento quirúrgico de elección para algunos autores, habiendo un carcinoma vesicular no sospechado, para esta eventualidad, el cirujano valorará la posibilidad de biopsia si hay lesiones accesibles y de confirmarse el diagnóstico deberá continuar el procedimiento quirúrgico con laparotomía .(24)

La laparoscopia bajo anestésia local es útil en el diagnóstico y etapa del carcinoma de vesícula y por tanto ayuda en la planeación del manejo quirúrgico definitivo. (31)

Quimioterapia

Aún no se ha demostrado con claridad que la quimioterapia cambie el pronóstico de los pacientes con carcinoma vesicular, recomendándose como adyuvante en pacientes sometidos a resección quirúrgica suficiente del tumor y el uso paliativo de la misma en los casos de enfermedad irreseccable.

Cabe mencionar que la quimioterapia con adriamicina y fluorouracilo no ha sido eficaz, otros opinan que el 5 fluorouracilo mas fluorouracilo intrarterial puede ser benefico, pero en general los resultados aún son dudosos.

Radioterapia

La radioterapia tiene dos variedades

- A) Se aplica después de cirugía radical y prolonga la supervivencia, en casos seleccionados.
- B) En tumores no resecables brinda una buena paliación disminuyendo su tamaño, alivia el dolor y mejora la ictericia.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar los factores de riesgo presentes en los pacientes con el diagnóstico histopatológico de carcinoma de vesícula biliar, en el Hospital General de Zona No.47 del IMSS.
- 2.- Determinar la frecuencia de presentación de los factores de riesgo en los pacientes con carcinoma de vesícula biliar.
- 3.- Determinar la frecuencia de las Etapas del Carcinoma de Vesícula Biliar .(NEVIN).
- 4.- Conocer el porcentaje de curación con cirugía en este segundo nivel de atención.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los reportes histopatológicos de 1774 colecistectomías realizadas en el periodo de enero de 1990 a septiembre de 1995 en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 47 Vicente Guerrero

De los cuales fueron 1462 mujeres (82.4%): 1174 con litiasis y 288 alitiasicas, 312 masculinos (17.58%): 223 con litiasis y 89 alitiasicas.

Del total de 1774 reportes histopatológicos de colecistectomías a 31 pacientes se les hizo el diagnóstico de Carcinoma Primario de Vesícula Biliar, habiéndose incluido para el estudio a los 31 pacientes ya que contaban con su respectivo reporte quirúrgico existente en los archivos del servicio de Cirugía General, como única fuente adicional de información ya que los expedientes clínicos de la mayoría de los pacientes habían sido depurados. Con estas dos fuentes de información se buscó si están presentes los siguientes factores de riesgo: Edad, Sexo, Litiasis vesicular, Pólipos vesiculares, Vesícula escleroatrófica y/o calcificada, así como la Histología del carcinoma, etapa de clasificación según Nevin, cirugía de urgencia o programada, realización de estudio transoperatorio y procedimiento quirúrgico utilizado.

Las pruebas estadísticas utilizadas, fueron la razón de momios para población estratificada según sexo y presencia de litiasis.

La Chi cuadrada para el total de la población estudiada, así como estadística descriptiva.

RESULTADOS

De los 1774 reportes histopatológicos de colecistectomías a 31 se diagnosticaron como CARCINOMA DE VESICULA BILIAR que representa en 1.74% del total de la patología vesicular atendida, (Gráfica 1) (cuadro1) fueron 24 femeninos y 7 masculinos, (Gráfica 2) con una relación de 4.5:1 , con un rango de edad de 17 a 87 años con una media de 58.4 años, siendo la sexta década de la vida la de mayor incidencia de carcinoma de vesícula biliar. (Gráfica 3)

De los factores de riesgo que pueden reportarse en el estudio histopatológico (litiasis vesicular, pólipos, vesícula escleroatrófica y/o calcificada), la litiasis vesicular estuvo presente en 26 pacientes (83 %), alitiasicos en 3 (9.6 %) (Gráfica 4) y no consignado en forma clara en 2 pacientes, para fines prácticos se consideraron alitiasicos.

Solo 2 pólipos vesiculares se han reportado en estos 6 años y ninguno se asoció a carcinoma de vesícula biliar, lo que traduce un fenómeno muy raro en nuestro medio.

La vesícula escleroatrófica o calcificada se han reportado 14 en total y solo 2 han sido relacionadas a carcinoma de vesícula biliar, a esta asociación no se le aplicó ninguna prueba estadística por su baja frecuencia.

En relación a la litiasis vesicular éste fué el factor de riesgo más consistente en nuestro medio en un 83% de los casos con carcinoma, habiendose aplicado la Razon de Momios a la población total de estudio y a población estratificada por sexo y con o sin litiasis encontrando los siguientes resultados:(cuadros 2 y 3)

RAZON DE MOMIOS

Para la población total la razón de momios de	1.41 (riesgo al azar)
Para sexo femenino con y sin litiasis de	2.73(significativo para considerarlo factor de riesgo)
Para el sexo masculino de	0.52 (no significativo).

La prueba de Chi Cuadrada corregida por continuidad para la población total estudiada con y sin litiasis se obtuvo una $p > 0.30$, no significativa estadísticamente.

En relación a la histología del carcinoma de vesícula biliar:		
Adenocarcinoma Infiltrante	28 pacientes	90.3%
Carcinoma de Celulas Escamosas	3 pacientes	9.6%
(Gráfica 5)		

En base a la Clasificación de Nevin		
Etapa I	2 pacientes	(6.4%)
Etapa II	3 pacientes	(9.6%)
Etapa III	6 pacientes	(19.3%)
Etapa IV	6 pacientes	(19.3%)
Etapa V	14 pacientes	(45.16%)
(Gráfica 6)		

La presentación clínica más frecuente del carcinoma fue como Colecistitis Aguda en 21 pacientes (67.7%) por tanto se manejó como cirugía de Urgencia y solo en 7 pacientes (22.5%) se programó en forma electiva 3 de ellos con diagnóstico de colecistitis crónica litiasica y 4 con sospecha clínica de carcinoma de via biliar.

El estudio transoperatorio esta consignado en 3 reportes quirúrgicos de pacientes con lesiones macroscópicas de invasión a órganos adyacentes y en cirugías de urgencia.

De los procedimientos quirúrgicos utilizados para el carcinoma de vesícula biliar al cotejarse con el reporte histopatológico, en la mayoría de los casos solo ofrecieron paliación del padecimiento (87.1%) y son la colecistectomía simple y colecistectomía con derivación biliar externa con sonda en T. (Cuadro 4)

Solo en 4 pacientes con Carcinoma de Vesícula Biliar han tenido curación de su padecimiento con colecistectomía simple, tres de ellos en cirugía de urgencia y solo uno con cirugía programada y representa el 12.9% de curación. Dos de estos pacientes se encontraban en etapa I y dos en etapa II de Nevin .

A la fecha se han confirmado 22 defunciones y en 5 pacientes se desconoce su evolución, presuponiendo su defunción .

DISCUSION

El Carcinoma de Vesícula Biliar es un fenómeno de baja frecuencia, al cual se le han relacionado factores de riesgo diversos, sin embargo en nuestro medio el de mayor relevancia es la asociación sexo femenino-litiasis vesicular en un 83% : Lo que hace presuponer que hay condiciones inherentes al sexo femenino aún desconocidas que la hacen más susceptibles a desarrollar este padecimiento.

La colelitiasis, si bien es el factor de riesgo más consistente en el carcinoma de vesícula biliar en nuestro medio y en otras series reportadas, por sí solo no es condicionante del carcinoma, desconociendo aún otras circunstancias relacionadas a la litiasis.

Lo anterior nos da pie a líneas de investigación, como podría ser medir niveles hormonales de estrógenos y progesterona en pacientes con carcinoma de vesícula biliar.

Los factores de riesgo como pólipos y vesícula escleroatrófica no deben ser considerados relevantes en nuestra población.

Por otra parte, su pleomorfismo clínico contribuye al retraso en la atención médica, diagnóstico preciso y tratamiento oportuno, contribuyendo a un alto índice de mortalidad.

Cabe mencionar que el cirujano general en un segundo nivel de atención debe tener en mente que atenderá del 1% a 2% de pacientes con carcinoma vesicular, de todos aquellos que asista por padecimientos vesiculares.

Que como rutina en su práctica quirúrgica en forma metódica haga una revisión macroscópica de la mucosa vesicular y que se apoye en el estudio transoperatorio cuando así se requiera .

De manera que al ofrecer un tratamiento quirúrgico para el Carcinoma de Vesícula Biliar , éste sea el más adecuado posible en base a una justificación apoyada en la objetividad de la correlación de los hallazgos quirúrgicos y del estudio transoperatorio que de la mera subjetividad del individuo.

Así, brindar en la medida de las posibilidades medico-quirúrgicas, paliación adecuada para mejorar la supervivencia y calidad de vida o bien curación. En este sentido, para la curación, el 12% encontrado en este estudio, es el mismo que el reportado en la literatura.

Sin embargo a 5 años, nuestro índice de mortalidad es mayor al 80% de los casos, ya que la mayoría de los pacientes atendidos, se encontraban en etapas avanzadas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- 1.- El Carcinoma de Vesícula Biliar , es un fenómeno de baja frecuencia .(1.74%).
- 2.- La asociación sexo femenino-litiasis vesicular estuvo claramente presente para considerar en forma conjunta factores de riesgo para el Carcinoma de Vesícula biliar, con una razón de momios de 2,7.
- 3.- En relación a la presencia de litiasis en la población general y estratificada por sexo masculino, no se encontró significancia estadística .($P>0.30$ Y $P>0.20$, respectivamente).
- 4.- La presencia de coleditiasis sola en el carcinoma de Vesícula biliar no es una relación causal directa, y puede estar asociada a otros factores desconocidos.
- 5.- Este estudio nos da pie para investigaciones de tipo prospectivo , en relación a descartar posible asociación hormonal que estén influyendo en el desarrollo de carcinoma de vesícula biliar en las mujeres .
- 6.- Los pólipos vesiculares y su asociación con Carcinoma de Vesícula Biliar son extraordinariamente raros en nuestro medio .
- 7.- La Vesícula escleroatrófica y/o calcificada con carcinoma de vesícula biliar es un fenómeno de muy baja frecuencia en nuestro medio .
- 8.- La presentación clínica más frecuente del Carcinoma de Vesícula Biliar fue como Colecistitis Aguda .
- 9.- El diagnóstico de Carcinoma de vesícula biliar aún es difícil de emitir y se hace en la mayoría de las veces en la laparotomía.
- 10.- Las Etapas avanzadas de la enfermedad :III , IV V se presentaron en la mayoría de los pacientes (90%).

- 11.- El estudio histológico transoperatorio es un recurso poco utilizado quizá debido a que la mayoría de las cirugías fueron de urgencia en los turnos vespertino y nocturno , no contando con patólogo. O bien a que la revisión macroscópica de las piezas quirúrgicas no forma parte de la rutina del cirujano .
- 12.- El Adenocarcinoma Infiltrante es la variedad histológica más comunmente encontrada, seguido del carcinoma de células escamosas.
- 13.- Los procedimientos quirúrgicos de colecistectomía sola y con derivación biliar externa con sonda en T son los más utilizados, aunado a la presentación avanzada de la enfermedad, en la mayoría de los casos solo se brinda paliación del padecimiento .
- 14.- El porcentaje de curación de 12.9 % esta en los parámetros reportados en la literatura.
- 15.- El Carcinoma de vesícula biliar es rapidamente progresivo con un alto índice de mortalidad.
- 16.- En un servicio de Cirugía General de Segundo Nivel de atención, se espera una incidencia de Carcinoma de Vesícula Biliar de 4 a 5 casos por año.

BIBLIOGRAFIA

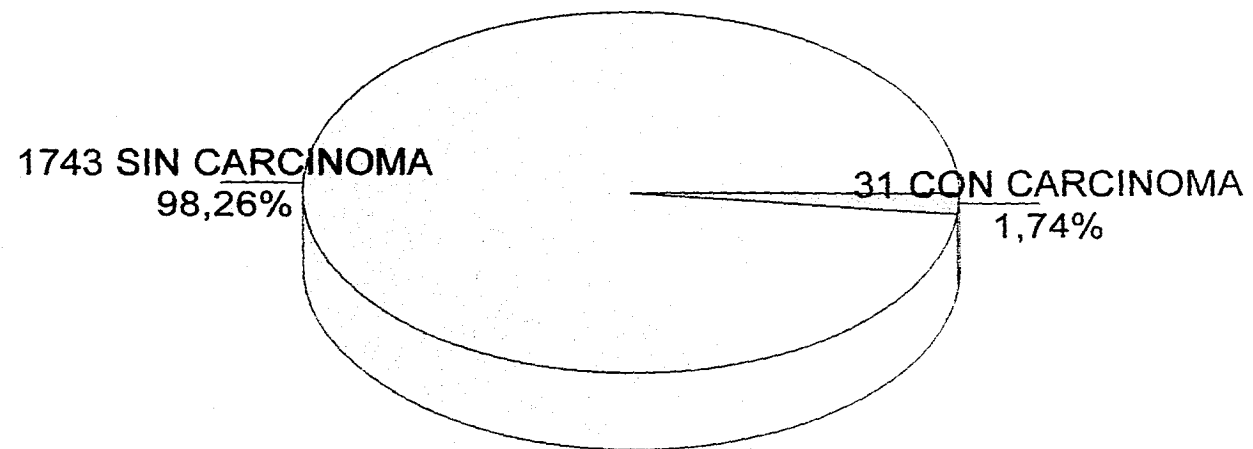
- 1.- Tominaga S, Kuroishi T. Biliary tract cancer. *Cancer* 1994 ;19-20:125-37.
- 2.- Nishizaki T, Matsumata T, Hashizume M, Maeda T, Otsuka K, Sugimachi K. Hepatic metastasis after laparoscopic cholecystectomy for polypoid gallbladder cancer followed by radical surgery. *Surg-Endosc* 1994 Dec;8(12):1436-8.
- 3.- Uetsuji S, Okuda Y, Komada H, Kamiyama Y. Gallbladder cancer with double pancreatic ducts. *Hepatogastroenterology* 1994 oct;41(5):497-8.
- 4.- Vallilengua C, Rodriguez-Otero JC, Proske SA. Imprint cytology of the gallbladder mucosa. Its use in diagnosing macroscopically inapparent carcinoma. *Acta Cytol* 1995 Jan-Feb;39(1):19-22.
- 5.- Chijiwa K, Tanaka M. Polypoid lesion of the gallbladder: indications of carcinoma and outcome after surgery for malignant polypoid lesion. *Int Surg* 1994 Apr-Jun;79(2):106-9.
- 6.- Kato S, Nakagawa T, Kobayashi H, Arai E, Isetani K. Septum formation of the common hepatic duct associated with an anomalous junction of the pancreaticobiliary ductal system and gallbladder cancer: report of a case. *Surg Today* 1994;24(6):534-7.
- 7.- Rooholamini SA, Tehrani NS, Razavi MK, Au Ah, Hansen GC, Ostrzega N. *Radiographics* 1994 mar;14(2):291-306.
- 8.- Maeda T, Shimada M, Matsumata T, Adachi E, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis masquerading as gallbladder carcinoma. *Am J Gastroenterol* 1994 apr;89(4):628-30.
- 9.- Tseng LI, Chen JH, Yang KC. Anomalous junction of pancreaticobiliary duct with carcinoma of the gallbladder : report of two cases. *J Formos Med Assoc* 1993 feb;92(2):178-81.

- 10.- Edelman DS .Carcinoma of a gallbladder polyp:treated by laparoscopic laser cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc 1993 apr;3(2):142-3.
- 11.- Sato Y,Tanaka J, Koyama K, Van-Gulik. Tumor DNA content in gallbladder carcinoma. Hepatogastroenterology 1993 aug;40(4):375-9.
- 12.- Tanaka K, Nishimura A, Yamada K, Ishibe R, et al. Cancer of the gallbladder associated with anomalous junction of the pancreatobiliary duct system without bile duct dilation.Br J Surg 1993 may;80(5):622-4.
- 13.- Hsieh JP, Tsao WL, Tang HS, Hsu CT, Wu KL. Primary carcinoma of the gallbladder: a review of 10 years of experience at Tri-Service General Hospital. ChungHua I Hsueh Tsa Chih Taipei 1993 mar;51(3):193-9.
- 14.- Paraskevopoulos JA, Dennison AR, Ross B, Johnson AG. Primary carcinoma of the gallbladder : a 10 year experience. Ann R Coll Surg Engl 1992 May;74(3):222-4.
- 15.- Ikoma A, Nakamura N, Miyazaki T, Maeda M. Double cancer of the gallbladder and common bile duct associated with anomalous junction of pancreaticobiliary ductal system. Surgery 1992 may;111(5):595- 600.
- 16.- Nadler LH, McSherry CK. Carcinoma of the gallbladder :review of the literature and report on 56 cases at the Beth Israel Medical Center. Mt Sinai J Med 1992 Jan;59(1):47-52.
- 17.- Scott Jones . Carcinoma de Vesicula Biliar :Surg Clin North Am .1990 (9):1443-51.
- 18.- Funabiki T, Matsumoto S, Tsukada N, Kimura T, Yoshizaki S, Horibe Y. A patient with early gallbladder cancer derived from a Rokitanski-Aschoff sinus. Surg Today 1993;23(4):350-5.
- 19.- Akosa AB, Barker I, Desa L. Cytologic diagnosis in the management of gallbladder carcinoma. Acta Cytol 1995 May-Jun ;39(3):494-8.

- 20.- Ouchi K, Suzuki M, Tominaga T, Saijo S, Matsuno S. Survival after surgery for cancer of the gallbladder. Br J Surg 1994 Nov;81(11):1655-7.
- 21.- Iida F, Kajikawa S, Horigome N. Evaluation of imaging examination for hepatic invasion of carcinoma of the gallbladder and postoperative patient outcome. J Am Coll Surg 1995 Jan;180<81<9<.72-6.
- 22.- Nakamura S, Nishiyama R, Yokoi Y, et al . Hepatopancreatoduodenectomy for advanced gallbladder carcinoma. Arch Surg 1994 Jun;129(6):625-9.
- 23.- Chijiwa K, Tanaka M. Carcinoma of the gallbladder: an appraisal of surgical resection. Surgery 1994 Jun;115(6):751-6.
- 24.- Targarona EM, Pons MJ, Viella P, Trias M. Unsuspected carcinoma of the gallbladder. A laparoscopic dilemma . Surg Endosc 1994 Mar;8(3):211-3.
- 25.- Kelly SB, Habib NA, Blumgart LH. Long-term survival in a patient following resection for carcinoma of the gallbladder and rectum. HPB Surg 1993;7(2):165-74.
- 26.- Oertli D, Herzog U, Tondelli P. Primary carcinoma of the gallbladder: operative experience during a 16 year period. Eur J Surg 1993 Aug;159(8):415-20.
- 27.- Fong Y, Brennan MF, Turnbull. Gallbladder cancer discovered during laparoscopic surgery. Potential for iatrogenic tumor dissemination . Arch Surg 1993 Sep;128(9):1054-6.
- 28.- Torterolo E, Aizen B, Silva C, Bergalli L, Misa C, Beltran R .An approach to histologically diagnosed gallbladder carcinoma following cholecystectomy for presumed benign disease. J Surg Oncol Suppl 1993;3: 175-8.
- 29.- Ouchi K, Suzuki M, Saijo S, Ito K, Matsuno S. Do recent advances in diagnosis and operative management improve the outcome of gallbladder carcinoma ? . Surgery 1993 Mar;113(3):324-9.
- 30.- Shirai Y, Yoshida K, Tsukada K, Muto T, Watanabe H. Radical surgery for gallbladder carcinoma . Long term results. Ann Surg 1992 Nov;216(5):565-8.

- 31.- Kriplani AK, Jayant S; Kapur BM. Laparoscopy in primary carcinoma of the gallbladder . Gastrointest Endosc 1992 May-Jun;38(3):326-9.
- 32.- Shirai Y, Yoshida K, Tsukada K, Muto T. Inapparent carcinoma of the gallbladder. An appraisal of a radical second operation after simple cholecystectomy. Ann Surg 1992 Apr;215(4):326-31.
- 33.- Matsumoto Y, Fujli H, Aoyama H. Surgical treatment of primary carcinoma of the gallbladder based on the histologic analysis of 48 surgical specimens. Am J Surg 1992 Feb;163(2):239-45.
- 34.- Roberts JW, StephenF. Cancer primario de vesicula biliar Surg Clin North Am 1986 (4):763-69.
- 35.- Pandey M, Gautam A, Shukla VK. Grupos sanguineos ABO y Rh en pacientes con coledocitis y carcinoma de vesicula . BMJ Latinoamericana 1995 (3):258-9.
- 36.- Cortes T, Hurtado H, Ibarra Y, Sánchez R. Carcinoma de Vesicula Biliar y Litiasis en material de autopsia. Estudio de 25 años. Cir y Cir. 1992;59:88-92.

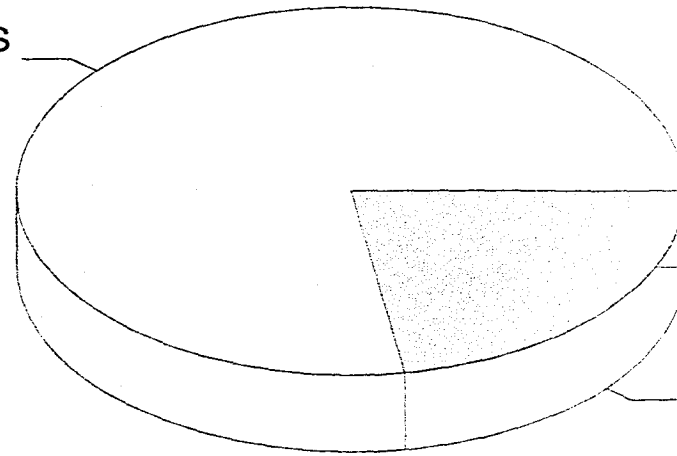
**CARCINOMA DE VESICULA BILIAR
INCIDENCIA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS**



H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 1

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

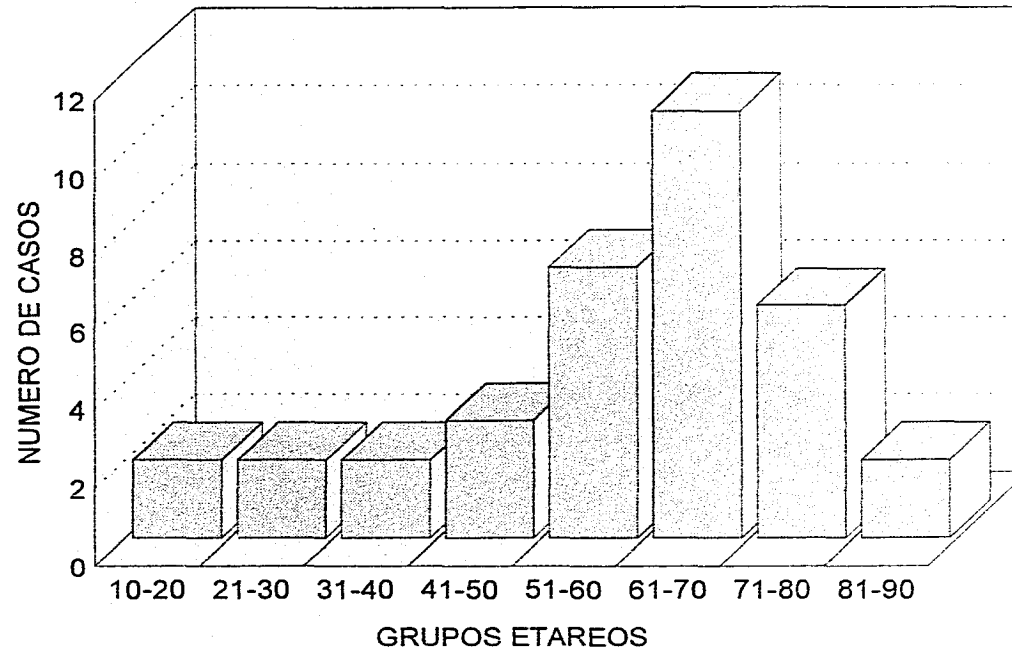
FEMENINOS
24



MASCULINOS
7

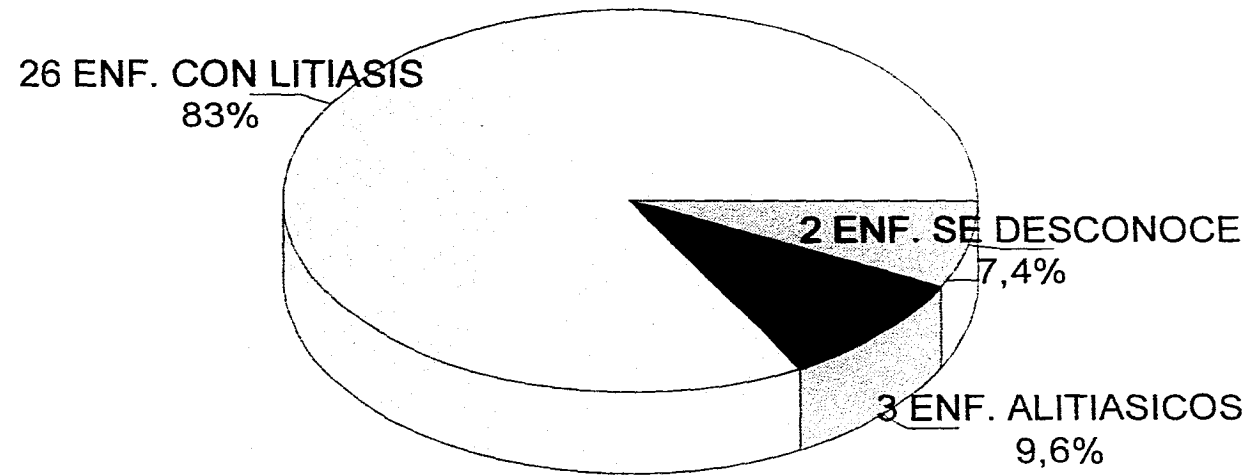
H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 2
RELACION 4.5 : 1

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR



H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 3

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR



H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 4

ESTADÍSTICA
DE LA UNIDAD
DE INVESTIGACIÓN
Y ASesoría
TÉCNICA

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

INCIDENCIA

	CON CANCER	SIN CANCER	TOTAL
CON LITIASIS	26	1371	1397
SIN LITIASIS	5	372	377
TOTAL	31	1743	1774

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

POBLACION ESTRATIFICADA FEMENINO

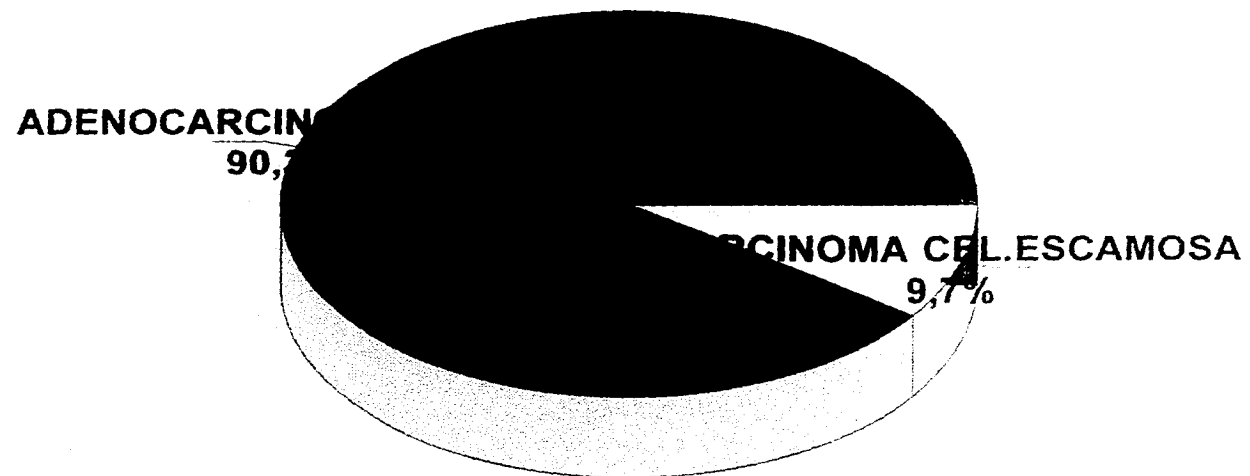
	CON CANCER	SIN CANCER	TOTAL
CON LITIASIS	22	1152	1174
SIN LITIASIS	2	286	288
TOTAL	24	1438	1462

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

POBLACION ESTRATIFICADA: MASCULINO

	CON CANCER	SIN CANCER	TOTAL
CON LITIASIS	4	219	223
SIN LITIASIS	3	86	89
TOTAL	7	305	312

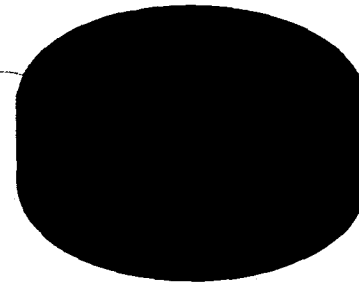
CARCINOMA DE VESICULA BILIAR



H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 5A

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

ADENOCARCINOMA INFILT.
90,3%

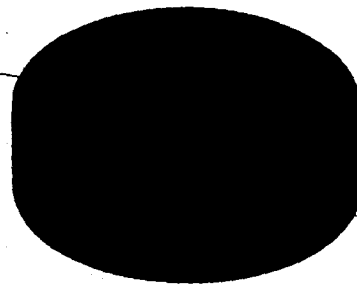


CARCINOMA CEL. ESCAMOSA
9,7%

H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 5A

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

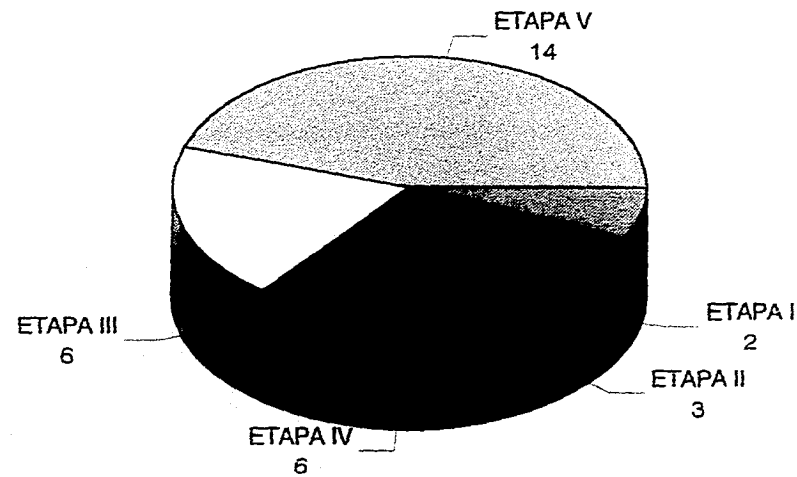
ADENOCARCINOMA INFILT.
28



CARCINOMA CEL. ESCAMOSA
3

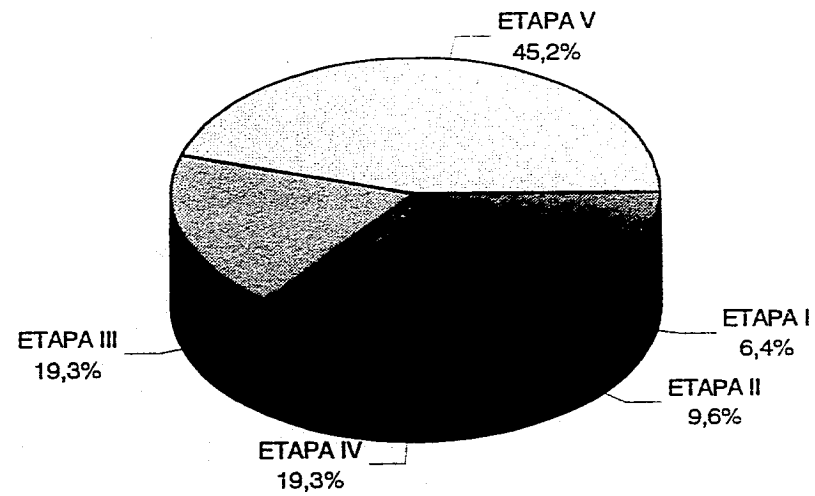
H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 5B
NUMERO DE PACIENTES

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN BASE A LA CLASIFICACION DE NEVIN



H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 6A
NUMERO DE PACIENTES

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN BASE A LA CLASIFICACION DE NEVIN

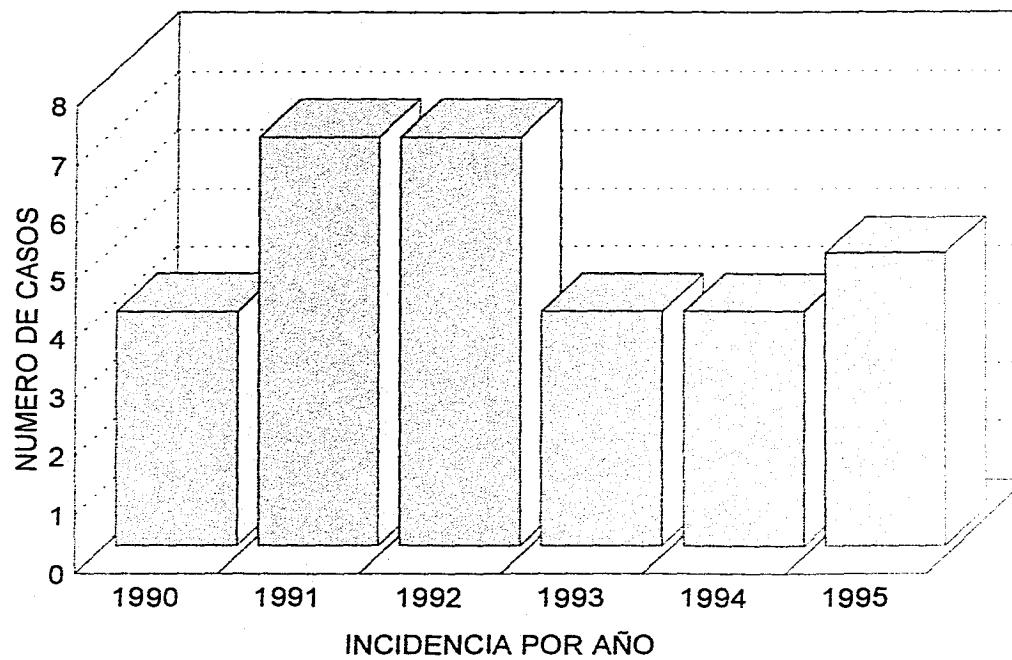


H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 6B

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS UTILIZADOS	NUMERO DE PACIENTES
COLECISTECTOMIA	12
COLECISTECTOMIA Y SONDA T	12
COLECISTECTOMIA Y BIOPSIA HEPATICA	3
COLECISTECTOMIA Y SONDA TRANSHEPATICA	2
BIOPSIA HEPATICA Y SONDA T	1
BIOPSIA HEPATICA	1
TOTAL	31

CARCINOMA DE VESICULA BILIAR



H.G.Z. 47 I.M.S.S.
GRAFICA 4