

11209
19



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
H. G. DR. DARIO FERNANDEZ F.
I. S. S. S. T. E.

**CANCER DE VESICULA EXPERIENCIA EN EL
HOSPITAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"**

TESIS PROFESIONAL

P R E S E N T A :

DRA. JOSEFINA BUSTOS OVALLE

CIRUGIA GENERAL



CIUDAD UNIVERSITARIA

SEPTIEMBRE DEL 200



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.

**CANCER DE VESÍCULA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL
"DR DARIO FERNÁNDEZ FIERRO".**

DRA JOSEFINA BUSTOS OVALLE

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL

HOSPITAL GENERAL "DR DARIO FERNÁNDEZ FIERRO".

ISSSTE.

México DF. a septiembre del 2000.

COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

DR ZACARÍAS VELÁSQUEZ GUERRA.

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

DR JORGE DEL VILLAR BARRÓN.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO.

DR ALFONSO III HUITRON AGUILAR.

ASESOR DE TESIS.

DR ELIAS SIMON NACIF.

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

DR SIGFRIDO G. HUERTA ALVARADO.



S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL

★ SET. 27 2000 ★

Dr. Pedro José López F.
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

CANCER DE VESICULA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL "DR DARIO FERNANDEZ FIERRO".

BUSTOS OVALLE JOSEFINA, SIMON NACIF ELIAS.

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL GENERAL "DARIO FERNÁNDEZ FIERRO".
ISSSTE. MÉXICO DF.**

ANTECEDENTES. Siendo el cáncer de vesícula una de las neoplasias más frecuentes de las vías biliares. Se realizó un estudio dirigido a investigar la frecuencia de cáncer de esta neoplasia en nuestro medio hospitalario.

OBJETIVO. EL propósito de este estudio fue investigar la frecuencia de cáncer de vesícula, conocer la evolución de los pacientes y describir el tratamiento quirúrgico.

MÉTODOS. Es un estudio retrospectivo, transversal de 811 pacientes postoperados de colecistectomía revisados de enero de 1996 a diciembre de 1999 en los archivos de estadística del Hospital " DR DARIO FERNÁNDEZ FIERRO", con reporte histopatológico en 13 de ellos con diagnóstico de cáncer de vesícula. Se realizó una revisión de los expedientes, excluyéndose 3 por no contar con ellos.

RESULTADOS. 10 pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula corroborado por estudio histopatológico se detectaron, todos del sexo femenino, predominando en la quinta década de la vida, con una edad media de 61, rango (48-82), con reporte de adenocarcinoma, el cuadro clínico inicial fue de colecistitis, el ultrasonido corrobora litiasis vesicular en 9 pacientes, la sospecha diagnóstica fue de 6 pacientes en el transoperatorio y de 10 pacientes por reporte histopatológico. Las cirugías realizadas fueron 2 colecistectomías, 1 colecistectomía + biopsia de hígado, 3 colecistectomías + cto, 2 colecistectomías + EVB, 1 laparotomía + biopsia de epiploon y 1 hepatectomía izquierda. Fallecieron 3 pacientes 2 durante la estancia hospitalaria y el otro dentro de los 3 primeros meses de su egreso.

CONCLUSIONES. El cáncer de vesícula continúa predominando en el sexo femenino, con la misma frecuencia reportada en la literatura, el cuadro clínico es similar al de una colecistitis, el diagnóstico se realiza tardíamente, la evolución en estadios avanzados es mala reportada en menor de un 5% a los 5 años.

BACKGROUND. Carcinoma of the gallbladder is the most common biliary tract malignancy. This study investigation the frequency of gallbladder cancer in the hospital.

OBJECTIVE. The purpose of this study was examining the frequency of gallbladder cancer, development and surgical treatment.

METHODS. A transverse retrospective review of 811 patients surgical treatment cholecystectomy from January 1996 and December 1999. In the hospital " DARIO FERNANDEZ FIERRO", with results histological in 13 patients with gallbladder carcinoma. A examine the records of patients, excluded 3 from the study.

RESULTS. Ten patients' women with gallbladder cancer were included in the study. The frequency increases during the quinta decade of life. The mean age was 61 (range 48-82). Histological data were adenocarcinoma. The initial clinical diagnosis of acute cholecystitis. None of these patients the abdominal ultrasonography report cholelithiasis. The suspected clinical diagnosis intraoperatively is the six patients. Ten patients with results histological gallbladder carcinoma. The surgical procedures was 2 cholecystectomy, 1 cholecystectomy+ biopsy hepatic, 3 cholecystectomy +cto, 2 cholecystectomy +EVB, 1 laparotomy + biopsy peritonea, 1 left hepatectomy. 3 patients died, 2 during the hospital stay and the other one in the first 3 months of their discharge.

CONCLUSIONS. Gallbladder cancer is much more frequent in women with same frequency reported in the literature. The initial clinical diagnosis is similar of acute cholecystitis. El diagnosis is detected at an early stage. The prognosis of gallbladder cancer remains poor, less than 5% of patients survive 5 years.

El cáncer primario de la vesícula biliar, lesión maligna más común de las vías biliares, ocupa el quinto lugar en frecuencia entre los cánceres de las vías aéreas digestivas. (5,2) Ocurre más a menudo en mujeres con una proporción entre mujeres y varones de 3:1. (4) La enfermedad se incrementa en considerable frecuencia con el paso de la edad. La edad media de los pacientes con carcinoma de la vesícula biliar es de 65.2 años y la incidencia más elevada ocurre en el séptimo y el octavo decenios de la vida. La asociación de cálculos con cáncer de vesícula es bien conocido, 70 a un 90% de los pacientes con cáncer de vesícula tienen cálculos y alrededor de 0.4% de los pacientes con cálculos tienen cáncer de vesícula (3). La asociación de calcificación de la pared de la vesícula o vesícula en porcelana es asociada en un 25% a un 60% de cáncer de vesícula. Se han asociado algunos carcinógenos que pueden producir cáncer de vesícula como las partículas de metilcolantreno implantadas en la pared de la vesícula biliar, la administración de o-aminoazotolueno o nitrosamina, la asociación de cáncer de vesícula en individuos que trabajan en la industria del caucho (2). Del 80 al 90% de cáncer en la vesícula biliar son adenocarcinomas bien diferenciados. Los adenocarcinomas de la vesícula pueden ser subdivididos en varios tipos, incluyendo papilar, seroso, coloide o carcinoma glandular un pequeño porcentaje de los cánceres de vesícula se origina en las células escamosas 5% (2). Otras lesiones malignas que ocurren rara vez en la vesícula biliar son tumores carcinoides y melanomas malignos. El síntoma más común es el dolor abdominal y más de la mitad de los pacientes presentan datos de cólico biliar y colecistitis aguda. Mas de la mitad de los pacientes presentan

ictericia y algunos solo náuseas, anorexia y pérdida de peso. En el 10 al 20% de los cánceres son descubiertos solo después de examinación patológica. La ecografía y el TAC han incrementado las posibilidades de sospechar el diagnóstico. Los signos son el espesamiento de la pared vesicular, la presencia de masas intraluminales y la invasión del hígado o de los ganglios linfáticos cercanos. La iconografía de resonancia magnética ofrece ciertas esperanzas de mejorar la precisión del diagnóstico de cáncer de vesícula biliar. Aunque las colangiografías transhepáticas percutáneas pueden revelar pruebas definitivas de obstrucción ductal, estas pruebas no permiten un diagnóstico claro de este cáncer. La CPRE puede descubrir pruebas definitivas de obstrucción de los conductos biliares extrahepáticos, pero no llegar al diagnóstico definitivo. El sistema de estadificación propuesto por Nevin y cols. Se basa en la profundidad alcanzada por la invasión tumoral. Si el tumor solo invade la mucosa (estadio I in situ) o la muscular (estadio II), la supervivencia de 5 años es del 70 al 80%. Para los estadios III, IV y V esa supervivencia son del 5 al 15%. La curación es posible en los pocos pacientes que el tumor está confinado en la vesícula o es resecable en forma local. Existe otra clasificación de TNM para describir la extensión de la enfermedad en el cáncer de vesícula donde T es el tumor primario. T1 confinado a la mucosa, T2 invade el tejido conectivo perimuscular, T3 tumor perfora la serosa y/o invade órganos adyacentes, T4 tumor excede más de 2 cm dentro del hígado y/o 2 o más órganos adyacentes. N0 no metástasis a ganglios linfáticos, N1 metástasis a conducto cístico, pericoledocia y ganglios linfáticos hiliares, N2 metástasis en peri pancreáticos, periduodenales, periportales, celiacos y mesentéricos; M0

no metástasis a distancia, M1 metástasis a distancia (12).

La curación es posible en los pocos pacientes en que el tumor esta confinado en la vesícula o es reseccable en forma local, dependiendo en la etapa que se localiza el cáncer de vesícula se ha sugerido un tratamiento etapa I colecistectomía sola(considerar la radiación hepática en el lecho vesicular), etapa II, III y IV resección de la vesícula biliar y su fosa(resección hepática en cuña con disección ganglionar de la porta hepatis, conductos colédoco y hepático y periduodenal) considerar las radiaciones, etapa V radiación paliativa (5).

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron retrospectivamente, las estadísticas de el archivo del Hospital "Darío Fernández Fierro", reportándose 811 colecistectomías realizadas en el periodo de enero de 1996 a diciembre de 1999. Y de estos 13 pacientes tuvieron el diagnóstico de cáncer de vesícula por reporte histopatológico. Se excluyeron del estudio a 3 pacientes por no contar con el expediente. La revisión incluye análisis de edad, sexo, cuadro clínico, estudios de laboratorio, manejo quirúrgico, resultados histopatológicos, evolución postoperatoria. Del total de pacientes revisados 200 fueron masculinos (24.6%) y 611 femeninos (75.3%). La edad media de los pacientes con cáncer de vesícula fue de 61 con un rango de (48-82), todos del sexo femenino, con reporte histopatológico de adenocarcinoma en 10 de ellos.

RESULTADOS.

El cáncer de vesícula se presento más frecuentemente en el sexo femenino, predominando en la quinta década de la

vida, siguiéndole en orden de frecuencia en la octava década de la vida. (tabla 1).

Edad	No de pacientes.
40-50	4
51-60	1
61-70	1
71-80	3
81-90	1

Tabla 1. Frecuencia por edad en cáncer de vesícula.

Se presento en 8 pacientes como hallazgo en cirugía de urgencias y en 2 pacientes en cirugías programadas. Coexistiendo con enfermedades del tipo hipertensión arterial en 3 pacientes y Diabetes Mellitus en 3 pacientes. (grafico 1).

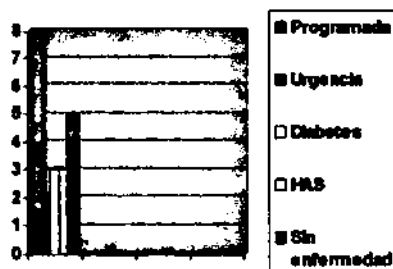


Gráfico 1. Cirugías programadas y de urgencia en cáncer de vesícula y enfermedades asociadas.

El síntoma más común es el dolor abdominal en 10 casos siguiéndole en frecuencia náusea y vómito en 7 casos, ictericia en 5 casos, pérdida de peso en 3 casos, fiebre en 1 caso y masa palpable en 1 caso.(grafico 2)

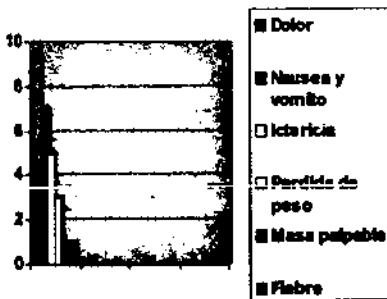


Gráfico 2. Cuadro clínico en pacientes con cáncer de vesícula.

Por reporte de ultrasonido se corroboró la litiasis vesicular en 9 de los casos, en 1 caso se reportó por colecistografía oral vesícula excluida, en 1 caso por ultrasonido se reporta probable cáncer de ampulla de vater y otro caso con vesícula escleroatrófica, 2 casos con colédoco litiasis. (Tabla 2) El diagnóstico de cáncer de vesícula se sospecha transoperatoriamente en 6 de los casos por los hallazgos encontrados. El manejo quirúrgico fue 2 colecistectomías, 1 colecistectomía + biopsia de hígado, 3 colecistectomías + colangiografía transoperatoria, 2 colecistectomías + EVB, 1 laparotomía + toma de biopsia de epiplón, 1 hepatectomía izquierda. Las lesiones histológicas de cáncer de vesícula fueron reportadas en 10 de los casos con adenocarcinoma de las cuales dependiendo de la extensión de la tumoración se clasificaron en Nevin II 2 pacientes, Nevin III 3 pacientes, Nevin IV 4 pacientes, Nevin V 1 paciente. (gráfico 3) Se realizó una correlación entre el cuadro clínico y las lesiones histológicas encontradas. (Tabla 4). La evolución postoperatoria fue la siguiente 3 pacientes fallecieron, 2 durante la estancia hospitalaria y uno dentro de los 3 meses de su egreso. El resto de pacientes se egresaron, no teniendo control de su evolución, por no acudir a sus citas programadas.

Paciente	Hallazgos USG.
1	Colecistitis Crónica litiasica agudizada, pirocolecisto.
2	Vesícula escleroatrófica con imágenes que bloquean sonido, colédoco 11mm.
3	Colecistitis aguda, litiasis múltiple.
4	Colecistitis crónica litiasica, Ca de ampulla de vater, colédoco 13mm.
5	Colecistitis crónica con microlitiasis, prob. Colédoco litiasis.
6	Litiasis vesicular+coledocolitiasis colédoco 12mm.
7	Colecistografía: vesícula excluida.
8	Coledocolitiasis+hidrocolecisto
9	Litos en interior de vesícula.
10	Cálculos en vesícula sin dilatación del colédoco.

Tabla 2. Resultados de Ultrasonido y colecistografía oral en pacientes con cáncer de vesícula.

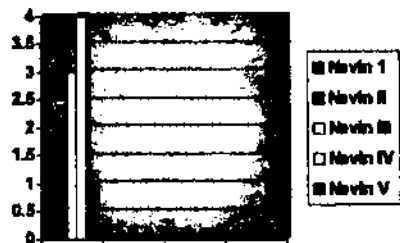


Gráfico 3. Resultados histopatológicos en pacientes con cáncer de vesícula.

Nevin	Dolor	Nausea y vomito	Ictericia	Perdida de peso	Masa palpable
I	0				
II	2				
III	3	3	2		
IV	4	3	4	3	1
V	1	1			

Tabla 3 Correlación entre el cuadro clínico y los resultados histológicos de pacientes con cáncer de vesícula.

Paciente	Cirugía	Hallazgos transoperatorios	Resultado histopatológico.
1	Colecistectomía +CTO.	Vesícula con fibrosis en lecho hepático, consistencia pétreo, estrechez de colédoco de 1.5cm, microlitiasis.	Adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante con extensión a serosa. colecistitis crónica litiasica.
2	Laparotomía exploradora, hepatectomía izquierda.	Higado nodular de aspecto tumoral en lob. Izq. Vía biliar extrahepática indurada, colédoco 1.5cm.	Adenocarcinoma poco diferenciado. Ca hepático.
3	Colecistectomía	Vesícula con litos en su interior, adherencias peritoneo, colédoco 1cm.	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor a capa muscular, colecistitis crónica
4	Resección de tumoración con derivación biliar externa, colecistectomía y colocación de sonda en T	Tumoración de vesícula que invade vía biliar principal, cara anterior de duodeno, páncreas.	Adenocarcinoma 5 cm de diámetro.
5	Colecistectomía	Múltiples mets en hígado predominado lóbulo derecho, toda la vía biliar extrahepática y vesícula.	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor.

6	Laparotomía exploradora +biopsia de epiplón.	Tumoración dependiente de vesícula biliar con invasión a antro gástrico y duodeno.	Metástasis de carcinoma poco diferenciado.
7	Colecistectomía + cto	Vesícula con múltiples litos, colédoco de 1cm proceso inflamatorio en fondo.	Adenocarcinoma bien diferenciado de diseminación superficial invasor hasta la serosa, colecistitis crónica.
8	Colecistectomía +CTO	Vesícula con adherencias a duodeno	Adenocarcinoma polipoide moderadamente diferenciado infiltrante. Nevin II.
9	Colecistectomía +EVB	Picocolecisto, colédoco 3cm, coledocolitiasis	Adenocarcinoma papilar invasor hasta serosa, colecistitis crónica.
10	Colecistectomía+toma de biopsia de hígado	Vesícula biliar escleroatrófica, múltiples nodulaciones hepáticas y gástricas.	Adenocarcinoma poco diferenciado con invasión a serosa e infiltrado inflamatorio.

Tabla. 4 Cirugías realizadas, hallazgos transoperatorios y resultados histopatológicos de pacientes con cáncer de vesícula. CTO.Colangiografía transoperatoria; EVB Exploración de vías biliares.

DISCUSION

El cáncer de vesícula es una patología agresiva, la cuál se presenta una de cada 100 colecistectomías realizadas. El rápido crecimiento del tumor, su proximidad con estructuras vasculares requiere un manejo quirúrgico rápido. Este es asociado con un pronostico desfavorable. Continua predominando en pacientes femeninos y se ha incrementado su frecuencia, el cuadro clínico inicial es de una colecistitis, es difícil diagnosticarla en etapas iniciales ya que no se sospecha y cuando se diagnostica por lo general es en etapas avanzadas de la enfermedad como se reporta en la literatura. Los estudios de

ultrasonido nos fueron de gran utilidad en 2 casos para sospechar en cáncer de vesícula, pero en 6 casos la sospecha diagnóstica fue transoperatoria por los hallazgos encontrados, el diagnóstico definitivo fue por resultado histopatológico. La evolución postoperatoria ya reportada en la literatura es mala en estadíos avanzados con una sobrevida de 6 meses y menor de un 5% los pacientes sobreviven a los 5 años. En este estudio no se realizó un análisis de la sobrevida por no contar con estos datos en el expediente.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Advanced Gallbladder Carcinoma.
Cancer. 1997. Vol.80. 1904-1908.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Zuidema. Shackelford's. Surgery of The Alimentary Tract. 1991. 3a ed.
2. -Vincent T. Devita Jr. Cancer Principles Practice of Oncology. 5a Ed.1997.
3. -Lloyd M. Nyhus. Mastery of Surgery. 3a Ed. 1997.
4. -Greenfield Mulholland. Surgery. 2a Ed.1997.
5. -R. Scott Jones. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1990.
6. -Katherine J.M. Carcinoma involving the Gallbladder in Elderly Patients Presenting with Acute Cholecystitis. Surgery. 1997. Vol. 122. No. 4 748-756.
7. -Y. Shirai, M.D. Radical Surgery for Gallbladder Carcinoma. Ann. Surgery. 1992. November. 565-568.
8. -Claudio A. Redaelli, M.D. High coincidence of Mirizzi Syndrome and Gallbladder Carcinoma. Surgery. 1997. Vol. 121 58-63.
9. -Yuman Fong, M.D. Gallbladder Carcinoma Discovered During Laparoscopic Cholecystectomy. Cancer. 1998. August 1 vol. 83 423-427.
10. -Kaspar Z' Graggen, M.D. Incidence of Port Site Recurrence After Laparoscopic Cholecystectomy for Preoperatively Unsuspected Gallbladder Carcinoma. Surgery. 1998. vol. 124. 831-837.
11. - Pierre Cubertafond, M.D. Surgical Treatment of 724 Carcinomas of the Gallbladder. Annals of Surgery. 1994. Vol.219. No. 3 275-280.
12. - David L. Bartlett, M.D. Long-Term Results after Resection for Gallbladder Cancer. Annals of Surgery. 1996 vol. 224. No. 5 639-646.
13. - Yoshio Shirai, M.D. Combined pancreatoduodenectomy and Hepatectomy for patients with Locally