



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL "DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO"

**INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y
SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T A :

DR. MARTÍN VICENTE FRÍAS GARCÍA



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL “DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO

**INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y
SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR**

Número de Registro: 233.2006

DR. MARTÍN VICENTE FRÍAS GARCÍA
Investigador Principal
Médico Residente de 4° año de la Especialidad de Cirugía General
Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”
ISSSTE

DR. ELÍAS GERARDO SIMON NACIF
Asesor de Tesis
Médico Especialista en Cirugía Oncológica
Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”
ISSSTE

DR. FRANCISCO AGUIRRE CÓRDOVA
Profesor Titular del Curso de Postgrado en Cirugía General

DRA. MARIA ELENA GARCÍA SANTOS
Coordinadora de Enseñanza

AGRADECIMIENTOS:

*AGRADEZCO A DIOS POR DARMÉ LA VIDA Y FORTALEZA
PARA
CUMPLIR UNO DE MIS MÁS GRANDES SUEÑOS:
SER CIRUJANO...*

A MIS PADRES:

*VICENTE FRÍAS PÓLITO Y MARÍA DE JESÚS GARCÍA
GONZÁLEZ, POR SU FUERZA, DEDICACIÓN, ENTREGA Y
APOYO PARA LOGRAR SER LO QUE SOY...*

A MI ESPOSA:

*ELIZABETH CAROLINA RÍOS PINEDA,
POR SU GRAN AMOR, COMPRENSIÓN Y APOYO PARA
ENTENDER LA VIDA DE ÉSTE MÉDICO RESIDENTE
Y ALENTARME A SEGUIR ADELANTE...*

A MIS HIJOS:

*GUSTAVO ALAN, KATHYA MICHELLE Y KAREN DÁNAE,
POR SU AMOR INCONDICIONAL
QUE ME IMPULSA A SUPERARME Y
SER MEJOR CADA DÍA...*

A MIS AMIGOS:

*DR. FRANCISCO MANUEL BUSTAMANTE ROMERO,
CIRUJANO URÓLOGO;
DR. JUAN CARLOS MARÍN GUZMÁN,
CIRUJANO GENERAL POR SU GRAN AYUDA...*

*A MIS MAESTROS, POR ENSEÑARME A RECONOCER MIS
ERRORES Y NO REPETIRLOS...*

A MIS PACIENTES:

*FUENTE INAGOTABLE DE CONOCIMIENTOS,
POR SU FE Y ENTREGA...*

*“El hacer algo con las manos
Significa ser un obrero;
El utilizar las manos y el corazón
Un artista;
Y si se utilizan las manos, el corazón y el intelecto...
Eso significa ser **Cirujano**”*

Anónimo

TABLA DE CONTENIDO:

INTRODUCCIÓN	6
PREFACIO	7
PRÓLOGO	8
RESUMEN (ABSTRACT)	9, 10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
ANTECEDENTES: MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL	12
OBJETIVOS	23
HIPÓTESIS	24
JUSTIFICACIÓN	25
ALCANCE	26
DISEÑO METODOLÓGICO	27
RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
GLOSARIO DE TÉRMINOS	35
BIBLIOGRAFÍA	36

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de vesícula biliar es un tipo de cáncer poco común. Ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia de todos los procesos malignos gastrointestinales en nuestro país. Hasta un 75% de los pacientes con cáncer de vesícula tienen antecedente de CCL (colecistitis crónica litiásica), y un 60% de vesícula en porcelana. Es raro en sujetos <50 años y >70 años de edad, con predominio del sexo femenino en una relación 3:1, semejante a la colelitiasis. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma (90%). El diagnóstico definitivo se realiza a través del estudio anatomopatológico (histológico).

En nuestro país constituye entre el 0.5% y 4% de todas las neoplasias gastrointestinales reportadas.

La edad de presentación frecuentemente rebasa los 50 años, sin embargo, también se ha presentado en pacientes menores a este grupo de edad, en concordancia con las estadísticas vigentes.

Debido a que se trata de un tipo de cáncer muy agresivo, y a que su identificación y diagnóstico ocurre de manera tardía, hasta que ya es prácticamente incurable, se trata de averiguar su incidencia con el fin de tratar de solucionar este problema de salud pública en nuestro hospital.

Se sabe que hay varios factores que influyen en la presentación del cáncer de vesícula biliar, sin embargo, hasta el momento el agente causal más frecuente es la litiasis vesicular, aunado a exposición a carcinógenos tales como las nitroasminas.

Hasta el momento el mejor tratamiento es el quirúrgico, el cual es curativo en sus etapas iniciales. Se instituye tratamiento paliativo con radio o quimioterapia, así como drenaje, sobre todo para solucionar la ictericia intratable en estadios avanzados.

Se hace un análisis de esta patología, así como su epidemiología, causas, diagnóstico, cuadro clínico, tipos histológicos, tratamiento y pronóstico.

PREFACIO:

El cáncer primario de vesícula biliar es una lesión neoplásica poco común en nuestro país, la cual ocupa el 5to lugar en orden de frecuencia de todos los procesos malignos gastrointestinales en México, sin embargo, es la neoplasia más frecuente del tracto biliar¹.

Por región anatómica representa entre 0.5%¹ y 2% a 4% de todas las afecciones malignas gastrointestinales³, de acuerdo a la bibliografía revisada. Esta frecuencia es similar a la observada en el resto del mundo, con excepción de algunos países tales como Chile⁴, Bolivia, Israel y Japón⁵ en los cuales la frecuencia es muy alta. Cabe mencionar que tan sólo en Chile se constituye como el segundo en frecuencia en el sexo femenino, así como la principal causa de mortalidad por cáncer en ese país⁴.

Debido a que se trata de un tipo de cáncer muy agresivo, y a que su identificación y diagnóstico ocurre de manera tardía, hasta que ya es prácticamente incurable, se trata de averiguar su incidencia con el fin de tratar de solucionar este problema de salud pública en nuestro hospital.

Se sabe que hay varios factores que influyen en la presentación del cáncer de vesícula biliar, sin embargo, hasta el momento el agente causal más frecuente es la litiasis vesicular, aunado a exposición a carcinógenos tales como las nitroasminas.

Hasta el momento el mejor tratamiento es el quirúrgico, el cual es curativo en sus etapas iniciales. Se instituye tratamiento paliativo con radio o quimioterapia, así como drenaje, sobre todo para solucionar la ictericia intratable en estadios avanzados.

PRÓLOGO:

Siendo el cáncer de vesícula biliar una de las neoplasias más frecuentes de las vías biliares, se realizó un estudio dirigido a investigar la incidencia, diagnóstico, tratamiento, tratamiento y seguimiento del cáncer de vesícula biliar.

En México se ha reportado una incidencia que va del 0.5% al 4% de todas las neoplasias malignas, de acuerdo a las series reportadas^{13, 3, 1}.

El carcinoma de vesícula biliar fue descrito por primera vez por Maximillian de Stoll en 1777. Sin embargo, la primera resección por esta patología se atribuye a Keen en 1891, y fue posteriormente George Pack en 1955, el primer cirujano que realizó una resección hepática radical para el tratamiento del cáncer de vesícula biliar⁷.

El pesimismo clínico y pronóstico que rodea al cáncer de vesícula biliar es debido esencialmente a su presentación tardía. Asimismo, sigue teniendo vigencia actualmente el aforismo que acuñó Alfred Blalock en 1924: *“en la patología maligna de la vesícula biliar, cuando el diagnóstico puede hacerse sin exploración, no debe llevarse a cabo ningún procedimiento quirúrgico, ya que éste como mucho no conseguirá sino acortar la vida del paciente”*.

La mortalidad se relaciona con el grado de diseminación tumoral locorregional. Sin embargo, pese al gran desarrollo de las técnicas de diagnóstico por imagen, la detección temprana de esta neoplasia continúa siendo difícil.

RESUMEN:

ANTECEDENTES: Siendo el cáncer de vesícula biliar una de las neoplasias más frecuentes de las vías biliares, se realizó un estudio dirigido a investigar la incidencia, diagnóstico, tratamiento, tratamiento y seguimiento del cáncer de vesícula biliar.

OBJETIVO: Conocer la incidencia, manejo y tratamiento, así como pronóstico de los pacientes con cáncer de vesícula biliar en nuestro medio hospitalario, con el fin de determinar si la incidencia es igual a la reportada en la literatura, y de acuerdo a estos resultados, conocer si es susceptible de modificarse el pronóstico y cáncer de vesícula biliar en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron retrospectivamente las estadísticas del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro", entre el período comprendido entre el 01 de marzo de 2003 y el 31 de mayo de 2006. Durante este período se realizaron un total de 982 colecistectomías, con reporte histopatológico en todos ellos corroborando el diagnóstico inicial.

RESULTADOS: De los 982 pacientes a quienes se les realizaron colecistectomías, se encontraron un total de 6 casos de cáncer de vesícula biliar, todos ellos del tipo histopatológico de adenocarcinoma. De acuerdo a la clasificación de Nevin y TNM correspondieron a estadio I.

CONCLUSIONES: De acuerdo a los resultados y por grupo de edad, el cáncer de vesícula continúa teniendo predominio del sexo femenino, con la misma frecuencia reportada en la literatura. La sintomatología presentada por los pacientes es similar a la colecistitis, por lo cual es difícil sospechar de un cáncer de vesícula biliar de primera instancia.

DISCUSIÓN: De los tipos de cáncer de vesícula, el tipo histológico más común fue el adenocarcinoma, siendo el 100% de los casos aquí presentados.

De acuerdo a la clasificación de Nevin, estos correspondieron a estadio I, y de igual manera a la clasificación TNM 1.

En todos los casos de colecistectomía realizados no hubo sospecha clínica de presencia o diagnóstico de cáncer de vesícula biliar.

La edad de presentación ocurrió principalmente en los mayores de 50 años, lo que va de acuerdo a lo descrito en la literatura.

ABSTRACT

ANTECEDENTS: Being the gallbladder cancer one of neoplasias more frequent of the biliary routes, a directed study was made to investigate the incidence, diagnosis, treatment, treatment and pursuit of the gallbladder cancer.

OBJECTIVE: To know the incidence, handling and treatment, as well as prognosis of the patients with gallbladder cancer in our hospitable means, with the purpose of determining if the incidence is equal to the reported one in Literature, and according to these results, knowing if he is susceptible to modify the prognosis and cancer of gallbladder in our means.

MATERIAL AND METHODS: The statistics of General Hospital "Dr Darío Fernández Fierro" were reviewed retrospectively, between the period between the 01 of March of 2003 and the 31 of May of 2006. During this period a total of 982 cholecystectomies was made, with histopathological report in all of them corroborating the initial diagnosis.

RESULTS: Of the 982 patients to those who were made cholecystectomies to them, was a total of 6 cases of gallbladder cancer, all of them of the histopathological type of adenocarcinoma. According to the classification of Nevin and TNM they corresponded to stage I.

CONCLUSIONS: According to the results and by group of age, the vesicle cancer continues having predominance of feminine sex, with the same frequency reported in Literature. The symptoms presented/displayed by the patients is similar to the cholecystitis, thus is difficult to suspect a gallbladder cancer of first instance.

DISCUSSION: Of the types of vesicle cancer, the histopathological type commonest was adenocarcinoma, being the 100% of the cases presented/displayed here. According to the classification of Nevin, these corresponded to stage I, and of equal way to classification TNM 1. In all the made cases of colecistectomía there was clinical suspicion of presence or diagnosis of gallbladder cancer. The age of presentation happened mainly in the greater ones of 50 years, which goes according to the described thing in Literature.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la incidencia de cáncer de vesícula biliar en nuestro medio Hospitalario?

¿Cuál es el manejo y pronóstico del cáncer de vesícula biliar en nuestro Hospital?

ANTECEDENTES:

MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

El cáncer primario de vesícula biliar es una lesión neoplásica poco común en nuestro país, la cual ocupa el 5to lugar en orden de frecuencia de todos los procesos malignos gastrointestinales en México, sin embargo, es la neoplasia más frecuente del tracto biliar¹.

Por región anatómica representa entre 0.5%¹ y 2% a 4% de todas las afecciones malignas gastrointestinales³, de acuerdo a la bibliografía revisada. Esta frecuencia es similar a la observada en el resto del mundo, con excepción de algunos países tales como Chile⁴, Bolivia, Israel y Japón⁵ en los cuales la frecuencia es muy alta. Cabe mencionar que tan sólo en Chile se constituye como el segundo en frecuencia en el sexo femenino, así como la principal causa de mortalidad por cáncer en ese país⁴.

En Argentina se elevó la incidencia del cáncer de vesícula biliar, siendo de 6.7 por 100,000 habitantes en el 2001, siendo la tercera causa de muerte en mujeres en la provincia de Salta, en ese país. Anteriormente la tasa de mortalidad anual relacionada con el cáncer de vesícula biliar fue de 3.7 para el período 1989-1992⁶.

En Estados Unidos se diagnostican anualmente 6000 nuevos casos de cáncer de vesícula biliar, con una mortalidad de aproximadamente 2800 muertes por año⁵. En países como por ejemplo Taiwán, la incidencia del cáncer de vesícula biliar es muy baja, sin embargo, su presentación (al ser poco detectada oportunamente), es agresiva, por lo cual se han establecido varios métodos de diagnóstico oportuno para tratar de solventar esta situación¹².

En México se ha reportado una incidencia que va del 0.5% al 4% de todas las neoplasias malignas, de acuerdo a las series reportadas^{13, 3, 1}.

El carcinoma de vesícula biliar fue descrito por primera vez por Maximilian de Stoll en 1777. Sin embargo, la primera resección por esta patología se atribuye a Keen en 1891, y fue posteriormente George Pack en 1955, el primer cirujano que realizó una resección hepática radical para el tratamiento del cáncer de vesícula biliar⁷.

El pesimismo clínico y pronóstico que rodea al cáncer de vesícula biliar es debido esencialmente a su presentación tardía. Asimismo, sigue teniendo vigencia actualmente el aforismo que acuñó Alfred Blalock en 1924: *“en la patología maligna de la vesícula biliar, cuando el diagnóstico puede hacerse sin exploración, no debe llevarse a cabo ningún procedimiento quirúrgico, ya que éste como mucho no conseguirá sino acortar la vida del paciente”*.

La mortalidad se relaciona con el grado de diseminación tumoral locorregional. Sin embargo, pese al gran desarrollo de las técnicas de diagnóstico por imagen, la detección temprana de esta neoplasia continúa siendo difícil.

Recientemente se ha recomendado la combinación de resonancia magnética nuclear dinámica (MRI) y la colangiografía por resonancia magnética o *colangioparesonancia* para efectuar una correcta estadificación del cáncer avanzado de vesícula biliar¹¹. Sin embargo, estos estudios aún continúan estando fuera del alcance de la mayoría de los centros hospitalarios, ya sea por costo o por falta de insumos, por lo cual no se ha estandarizado su uso.

Dentro de los factores de riesgo se han postulado el sexo femenino, edad mayor de 50 años, y la presencia de litiasis vesicular en más del 70% de los casos. La litiasis vesicular tiene una fuerte asociación con el CVB. La litiasis desencadenaría una respuesta inflamatoria continua con liberación de factores de crecimiento (promotores tumorales). Estos ejercerían un efecto sobre el epitelio dañado previamente por agentes (desconocidos actualmente), pero dentro de los cuales se han postulado las partículas de metilcolantreno implantadas en la pared de la vesícula biliar, la administración de o-aminoazotolueno o la ingesta de nitroasminas, así como la asociación de cáncer de vesícula biliar en individuos que trabajan en la industria del caucho¹⁰. El efecto sobre el epitelio dañado produce alteraciones en genes como el p53, el K-ras, el Bcl-2, el MAPK y otros iniciadores tumorales.

Favorece la hipótesis de la litiasis e inflamación como causantes del CVB la observación de que en vesículas resecaadas con estas alteraciones, el 83%, 13.5%, y 3.5% de los casos presentan displasia, hiperplasia atípica y carcinoma in situ, respectivamente, lesiones consideradas precursoras del cáncer invasor^{15, 6}.

Por otro lado, tanto la vesícula en porcelana, que resulta de una calcificación de la pared por inflamación crónica, como la unión ductal pancreatobiliar crónica que produce inflamación crónica, están asociadas a mayor riesgo de cáncer de vesícula biliar.

De acuerdo a Yokohama y colaboradores, se postulan 3 vías de carcinogénesis en el cáncer de vesícula biliar. Una vía llamada *de novo*, otra siguiendo la secuencia *adenoma-carcinoma*, y la tercera siguiendo la secuencia *hiperplasia-carcinoma*⁶. Esta última asociada con la unión pancreatobiliar anómala. Cada una de estas vías afecta diferentes genes, lo que reflejaría diferencias morfológicas.

Biología Molecular del Cáncer de Vesícula Biliar:

La biología molecular del Cáncer de Vesícula Biliar muestra que hay alteraciones tanto de los oncogenes, los que se activan a través de las mutaciones, como de los genes supresores tumorales, los que son inactivados al sufrir mutaciones⁶.

En la figura 1 se observan las múltiples alteraciones genéticas del cáncer de vesícula biliar. De acuerdo a los estudios descriptivos a la fecha, se requieren daños a distintos niveles en el control del crecimiento y diferenciación celular. El acumulo del daño durante la carcinogénesis y progresión tumoral produce lesiones que progresan hasta la neoplasia. Algunas de estas mutaciones, tales como la del gen p53, son más frecuentes en las neoplasias indiferenciadas con respecto a las más diferenciadas, lo que sugiere que intervienen no sólo en la carcinogénesis, sino también en la progresión tumoral. Dado que las mutaciones se producen con muy baja frecuencia, el cáncer de vesícula biliar sería una enfermedad que requiere de años de carcinogénesis, siendo rara su presentación antes de los 35 años de edad⁶.

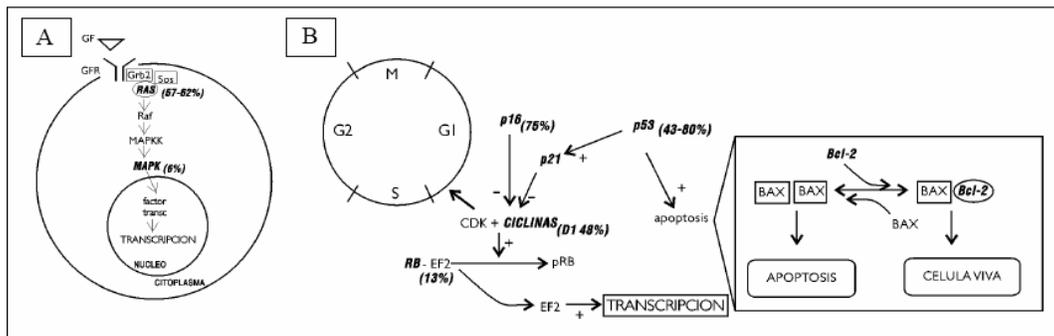


Fig. 1. Genes alterados en CVB. A: Cascada de los oncogenes. La mutación activa los oncogenes y libera la transcripción de genes relacionados con la diferenciación y crecimiento celulares. GF = factor de crecimiento; GFR = receptor del factor de crecimiento; Grb, Sos, RAS, Raf, MAPKK, MAPK = oncogenes; factor transc. = factor de transcripción. B: Secuencia de los genes supresores y apoptosis. El ingreso de la célula a la fase S del ciclo celular está controlado por las quinasas dependientes de ciclinas (CDK). Una vez estimulada, la CDK fosforila a la proteína del retinoblastoma (RB) liberando el factor de transcripción EF2. La inactivación de las proteínas p53, p16, RB (supresores tumorales), y la sobre-expresión de la proteína ciclina D1 (oncogen), liberan la transcripción. A su vez la inactivación del p53 facilita la apoptosis. La sobre-expresión de la proteína Bcl-2 disminuye la concentración del complejo apoptótico BAX/BAX. En tipografía negra itálica se observan los genes mutados en el CVB y su frecuencia entre paréntesis.

A favor de este modelo, se encuentra el análisis molecular de piezas de colecistectomía, en donde coexisten lesiones premalignas y cáncer. En ellas se observa que las mutaciones de algunos genes tienen alta frecuencia en el área con carcinoma, menos frecuencia en la zona de lesiones precancerosas, y no se detectan en la región de tejido normal⁶.

Anatomía patológica:

La anatomía patológica del CVB ha sido muy bien descrita. El adenocarcinoma representa del 80 al 90% de los casos, y es el tipo histológico más frecuente. El 10 al 20% restante corresponde al carcinoma escamoso, el carcinoma adenoescamoso, el carcinoma de células pequeñas, el carcinoma indiferenciado, y más raramente el rhabdomyosarcoma.

Existen dos factores pronósticos que se obtienen de la biopsia y son de gran importancia: *el grado histológico y la penetración*. A mayor grado de diferenciación y menor nivel de penetración, menor es la probabilidad de extensión ganglionar y hepática. La penetración hasta la capa muscular aumenta significativamente el riesgo de metástasis, en un porcentaje mayor comparado con el cáncer de otros órganos tubulares. Esto se debe a que la vesícula biliar carece de submucosa y a que la cara que hace contacto con el hígado carece de serosa. Esta peculiaridad de la anatomía vesicular explica, entre otros factores, por que el CVB se encuentra avanzado al momento del diagnóstico en la mayoría de los casos.

Las vías de diseminación que dan origen a la clasificación TNM son la vía por contigüidad, la diseminación linfática (N), que reconoce la vía colecisto-retropancreática (la más común), la colecisto-celíaca y la colecisto-mesentérica, y la diseminación hematógena (M), en la que el órgano más frecuentemente involucrado es el hígado, seguido en orden decreciente por el pulmón y los huesos.

Debe agregarse la vía de diseminación por contaminación debida a la manipulación quirúrgica. Por las razones antes mencionadas, el CVB tiene una diseminación rápida: el 50% de los tumores T2 ya tiene invasión ganglionar; el 50% de los tumores T3 ya tiene invasión peritoneal. Esto explica que la sobrevida a 5 años sea pobre: 28 a 100% para los tumores T1, 20 a 70% (según se realice intervención quirúrgica, o no) para los T2, 14% para los tumores T3, y 7% para los T4.

Para la estadificación del cáncer de vesícula biliar, se utiliza comúnmente la clasificación TNM, la cual se muestra a continuación:

Tabla II. Clasificación TNM del cáncer de vesícula.

Tumor	
Tis	carcinoma in situ
T1	invade mucosa y muscular
T1a	invade mucosa
T1b	invade muscular
T2	invade serosa (sin penetrarla)
T3	perfora serosa o invade un órgano adyacente (hígado menor a 2 cm)
T4	invade hígado mayor a 2cm, o más de un órgano adyacente
Ganglios linfáticos	
N0	ausencia de metástasis ganglionares
N1	invasión de ganglio cístico, ganglios pericoledocianos o hiliares
N2	invasión de ganglios celíacos, periportales, periduodenales, peripancreáticos, lumboaórticos, mesentéricos
Metástasis a distancia	
M0	sin invasión de órganos a distancia
M1	invasión de órganos a distancia (incluye metástasis hepáticas no por contigüidad)
Estadios	
0	Tis, N0, M0
I	T1, N0, M0
II	T2, N0, M0
III	T3, N0, M0 T1-3, N1, M0
IVA	T4, N0-1, M0
IVB	T1-4, N2, M0 T1-4, N0-2, M1

También se puede usar la Clasificación de Nevin, originalmente creada en 1976, y modificada posteriormente modificada por Donohue en 1990.

TABLA 2. Estadificación de Nevin para el CVB (original y modificado de Donohue)^{37,38}

	Original (Nevin, 1976)	Modificado (Donohue, 1990)
Nevin 1	Carcinoma limitado a mucosa	Carcinoma in situ
Nevin 2	Limitado a capa muscular	Invasión mucosa/muscular
Nevin 3	Limitado a capa subserosa (no infiltra hígado)	Infiltración hepática contigua
Nevin 4	Afección ganglio cístico	Afección ganglionar (+)
Nevin 5	Infiltración hepática directa o metástasis a distancia	Metástasis hepáticas o a otros órganos

CVB: carcinoma vesícula biliar.

En la siguiente gráfica se muestran los esquemas de la clasificación TNM:

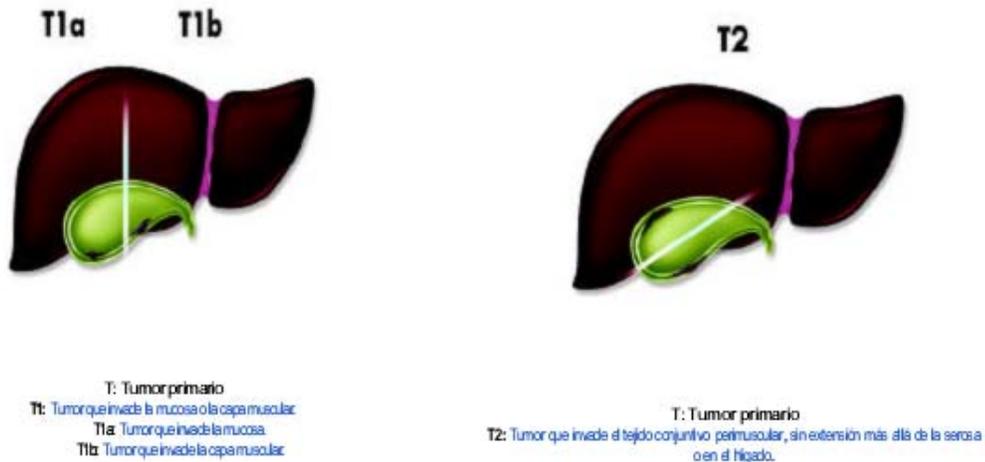


Figura 2. Esquema de Clasificación TNM: T1 y T2

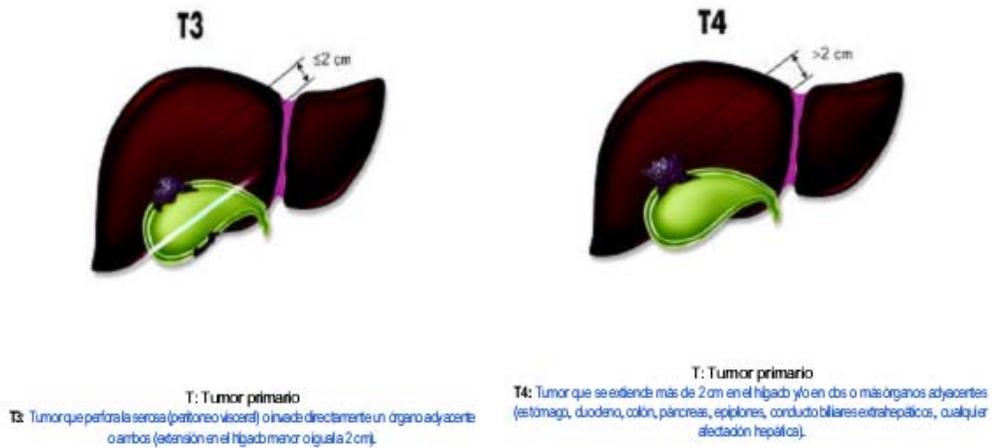


Figura 2. Esquema de Clasificación TNM: T3 y T4

Cuadro clínico y sintomatología del cáncer de vesícula biliar:

Desafortunadamente en la mayoría de los pacientes el CVB ocasiona los primeros síntomas cuando la enfermedad es *incurable*. El 60 a 95% de los casos presenta dolor. La ictericia está presente en 25 a 50% de los casos. Son frecuentes la anorexia y pérdida de peso, con deterioro general.

Diagnóstico:

Tanto el USG como la TAC y la MRI permiten estudiar la extensión de la enfermedad y el compromiso de las estructuras vecinas. Sin embargo, ninguno de estos métodos es superior sino hasta que se complementan. El USG tiene buena resolución para el estudio de la anatomía de la vesícula biliar.

La TAC puede visualizar mejor el compromiso del parénquima hepático y la extensión a los órganos abdominales.

La resonancia magnética nuclear (MRI) puede determinar con mayor certeza el compromiso vascular. Al igual que con la colangiografía, la MRI permite estudiar la relación del tumor con la vía biliar (colangiorensonancia).

La biopsia por punción o dirigida por USG o TAC se utiliza frecuentemente para llegar al diagnóstico.

Los marcadores tumorales pueden ayudar a realizar un diagnóstico diferencial, con el hepatocarcinoma o colangiocarcinoma.

Tratamiento del cáncer de vesícula biliar:

El tratamiento para el cáncer de vesícula biliar puede dividirse en tratamiento quirúrgico *curativo* y *paliativo*. También se puede administrar radioterapia, *adyuvante*, *neoadyuvante* y *paliativa*. Otro tipo de tratamiento es la *quimioterapia*. En la actualidad, el método paliativo indicado y más extendido cuando el paciente cursa con ictericia en el cáncer de vesícula biliar inoperable, o no resecable, de acuerdo a los estudios de imagen preoperatorios, es la colocación de endoprótesis transtumoral a nivel de la vía biliar por medio de colangiografía transparietohepática (CTPH) bajo control ultrasonográfico, con endoprótesis metálicas autoexpandibles.

Tratamiento quirúrgico:

La mejoría de los resultados debe basarse en a) Realización de resecciones quirúrgicas de primera intención con finalidad curativa, siempre y cuando esto sea técnicamente posible;

b) la identificación de pacientes portadores de litiasis biliar sintomática (principal factor de riesgo asociado) para someter a colecistectomía, y c) el análisis exhaustivo histopatológico de los especímenes de colecistectomía para diagnosticar aquellos tumores incidentales en estadios iniciales que pudieran requerir de una reintervención con intención curativa.

Curativo:

La cirugía es el único tratamiento *curativo* para el cáncer de vesícula biliar. El tratamiento quirúrgico se establece de acuerdo a la estadificación del cáncer de vesícula biliar:

T1a(N0M0): Prácticamente todos los casos de este estadio son hallazgos de colecistectomía. Los ganglios están comprometidos en 2.5% de los pacientes. Debido a la alta probabilidad de curación con colecistectomía sola y debido a que la mortalidad por colecistectomía ampliada es de 2-5%, existe un acuerdo para no reintervenir a estos pacientes⁶. Sin embargo, si existe sospecha intraoperatoria y se hace el diagnóstico *por congelación*, algunos aconsejan realizar colecistectomía ampliada en el momento, debido a la dificultad para determinar el grado de penetración por este método.

T1b(N0M0): La mayoría de estos tumores corresponde a hallazgos en piezas de colecistectomía. La probabilidad de metástasis ganglionar o hepática por contigüidad es del 15%, por lo cual nuevamente algunos aconsejan la realización de la colecistectomía ampliada. El fundamento para realizar la colecistectomía ampliada, es que el pronóstico de supervivencia a los 5 años es del 28% con colecistectomía simple, y casi del 100% con colecistectomía ampliada. Sin embargo, pese a las estadísticas, se sugiere que cada caso sea decidido en particular, considerando todas las variables, en especial la experiencia del equipo quirúrgico.

La ampliación de la colecistectomía consiste en explorar primero los grupos ganglionares retroperitoneales (N2), cuyo compromiso determina la imposibilidad de curación y detiene la cirugía (biopsia por congelación). Si no están comprometidos, se procede al vaciamiento del ganglio cístico, ganglios pericoledocianos, pancreato-duodenales, gastrohepáticos y paraaórticos (N1 y N2). A esto sigue la ampliación del lecho vesicular, en el cual algunos aconsejan dejar un margen de 2 a 5 cm. Intrahepático, y otros la resección de los segmentos IVb y V.

En caso de haberse realizado colecistectomía por vía laparoscópica, también deben resecarse los sitios de inserción de los mismos, debido a que no es rara la diseminación tumoral por contaminación en este tipo de procedimiento quirúrgico. La morbilidad de la colecistectomía ampliada es del 13 al 40%, y la mortalidad del 2-5%.

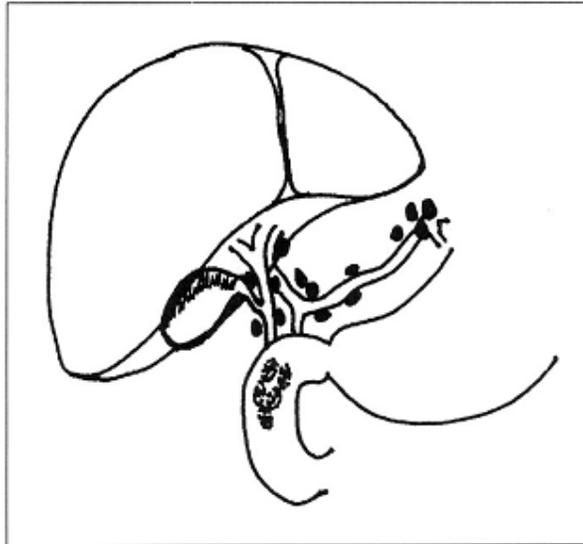


Figura. Esquema que muestra los relevos ganglionares que deberán ser extirpados en la *Colecistectomía extendida*, de acuerdo a la *Sociedad Japonesa de Cirugía Biliar*

T2(N0M0): En este estadio, 56% de los casos tiene ya compromiso ganglionar. Existe un consenso respecto al tratamiento: la colecistectomía ampliada (en un tiempo si el diagnóstico es pre o intraoperatorio, o con reintervención si es un hallazgo del patólogo). Las series reportan una sobrevida a los 3 y 5 años del 70 al 90% con colecistectomía ampliada, y del 20 al 40% con colecistectomía simple

T3 y T4(N0M0): De los tumores en estadio T3, el 50% tiene invasión a los ganglios y el 43% al peritoneo. Está en discusión si a los tumores T3 se les debe realizar colecistectomía ampliada. Las series muestran una sobrevida de alrededor del 15% cuando se realiza este procedimiento⁶. Sin embargo, la mayoría de los estudios incluye pacientes altamente seleccionados, pues tienen tumores cuidadosamente estudiados y con muy buen estado general, por lo cual la colecistectomía ampliada en estos casos incluye resección de la vía biliar extrahepática y a veces una duodenopancreatectomía. Sin embargo, se insiste nuevamente en el manejo individualizado de cada paciente, de acuerdo a su caso en particular.

N1 potencialmente resecables: Aunque hay grupos que reportan sobrevida de 15% a los 5 años, el beneficio de la cirugía es muy discutible, pues se trata de grandes resecciones que tienen una mortalidad mínima del 15%. Por tal motivo, la mayoría de los grupos de tratamiento quirúrgico no operan a los pacientes en este estadio.

Tratamiento Quirúrgico Paliativo: Se presenta ictericia obstructiva en 25 a 50% de los casos de CVB, lo cual deteriora significativamente la calidad de vida, debido al prurito intratable, trastornos psicológicos, riesgo de colangitis, y deterioro de la función hepática, lo que a su vez dificulta el manejo de la medicación analgésica y paliativa. En estos vasos está indicada la descompresión de la vía biliar. Los procedimientos más utilizados son la derivación biliodigestiva y drenaje percutáneo. Se presenta obstrucción duodenal en un 30 a 50% de los casos. Los síntomas mejoran con la realización de gastroenteroanastomosis.

Actualmente, el método paliativo indicado y más extendido para la ictericia en el cáncer de vesícula biliar inoperable, o que se determina como no resecable, de acuerdo a los estudios de imagen preoperatorios, es la colocación de endoprótesis transtumoral a nivel de la vía biliar por medio de colangiografía transparietohepática (CTPH) bajo control ultrasonográfico. Las prótesis más utilizadas son las metálicas autoexpandibles, tipo Wallstent, formadas por una malla de acero inoxidable con sección circular que se expande en la luz de la vía biliar, una vez retirada la membrana que la recubre. Se imbrican rápidamente en el árbol biliar, por lo que no sufren fenómenos de desplazamiento. Tienen una vigencia de 4-7 meses, con lo que no van a obstruir ni precisarán recambio durante la fase terminal de la enfermedad de los pacientes con cáncer de vesícula biliar.

Radioterapia: Adyuvante y neoadyuvante. La mayoría de los pacientes que se someten a colecistectomía con intento curativo *tienen recaída*. La mayoría de estas son locales o locorregionales y constituyen la causa más frecuente de mortalidad en los pacientes con CVB. Es razonable agregar a la cirugía la radioterapia, *con o sin quimioterapia*, como modalidad de tratamiento locorregional, especialmente en los pacientes con alto riesgo de recaída (T2 en adelante). Debido a que la recaída locorregional se manifiesta en territorios ganglionares y peritoneo, el campo de la radioterapia adyuvante abarca todo el abdomen y el territorio N1.

Paliativa. La radioterapia externa tiene una tasa de respuesta del 20 al 70% con dosis de 45 Gy, y produce alivio de la ictericia hasta en el 80% de los casos. Estas cifras muestran que, a menos que el estado general del paciente sea muy malo, o la expectativa de vida muy corta, la radioterapia tiene un rol definido como tratamiento del CVB *irresecable*, es decir, en la mayoría de los casos.

Quimioterapia:

Se han ensayado varios esquemas de quimioterapia, utilizando una o varias drogas combinadas, la mayoría a base de 5-fluorouracilo. Las tasas de respuesta varían entre 0 y 31%, sin modificación de la sobrevida. Debido a que la mayoría de las series tiene un bajo número de pacientes, la confiabilidad de los datos es pequeña.

La falta de eficacia de estos esquemas ha llevado a la búsqueda de nuevos medicamentos. Entre ellos, el más estudiado es la gemcitabina. Se han realizado estudios con este medicamento, los cuales arrojan buenos resultados, pues el uso de la gemcitabina produjo una disminución significativa del consumo de analgésicos, con muy buena tolerancia.

Se ha utilizado también la combinación de gemcitabina con cisplatino, con la cual se observó una respuesta completa en el tratamiento.

En resumen, la incorporación de gemcitabina en el tratamiento del CVB permitió aumentar el porcentaje de respuesta comparado con los esquemas clásicos basados en 5-fluorouracilo, lo cual puede observarse en la Tabla III:

Tabla III. Evolución de las tasas de respuesta y sobrevida con esquemas de quimioterapia en CVB

Esquema	RP (%)	RC (%)	RG (%)	Mediana Sobrevida (meses)	Referencia
5-FU y otros	0-31	0	0-31	4-12	45,46,47
Gemcitabina	22-33	0	2-33	7.5-8	49,50
Gemcitabina-Cisplatino	20-47	6-30	50-53	11.7	51,52

*RP= respuesta parcial RC= respuesta completa RG= respuesta global
5FU= 5-fluorouracilo*

Sin embargo, a pesar del incremento en los métodos diagnósticos de imagen y avances en el manejo, el pronóstico ha mejorado en su mayoría de pacientes que provienen de Japón o de centros institucionales con alta selección de pacientes. Por supuesto que el pronóstico va en relación con el tiempo de evolución y estadio al momento del diagnóstico.

OBJETIVOS:

Conocer la incidencia, manejo y tratamiento, así como pronóstico de los pacientes con cáncer de vesícula biliar en nuestro medio hospitalario, con el fin de determinar si la incidencia es igual a la reportada en la literatura, y de acuerdo a estos resultados, conocer si es susceptible de modificarse el pronóstico y cáncer de vesícula biliar en nuestro medio.

HIPÓTESIS:

¿Es la incidencia de cáncer de vesícula biliar en nuestro medio hospitalario menor o igual a la reportada en la literatura?

De acuerdo a la incidencia reportada, ¿es susceptible de modificarse el pronóstico y manejo del cáncer de vesícula biliar en nuestro medio?

¿Tiene relación la incidencia de cáncer de vesícula biliar con las patologías vesiculares (CCL, vesícula en porcelana, pólipos) en nuestro medio hospitalario?

JUSTIFICACIÓN:

Es conocido que la litiasis biliar es un factor causal de cáncer de vesícula biliar en la población mexicana. Sin embargo, se ignora la incidencia, manejo, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer de vesícula biliar, en nuestro Hospital General, "Dr. Darío Fernández Fierro", del ISSSTE.

Se sabe que esta entidad neoplásica ha aumentado su frecuencia en los últimos años. Si bien no ha alcanzado las cifras alarmantes que se observan en países tales como Argentina, Bolivia, Chile, Israel y Japón, sí se ha incrementado en comparación con las cifras obtenidas en el 2001, de acuerdo al Compendio de Cáncer 2001 de nuestro país.

Es por tanto de suma importancia el conocer la incidencia, manejo y pronóstico de los pacientes con cáncer de la vesícula biliar, lo cual permitirá establecer medidas preventivas encausadas a enfrentar esta problemática de Salud Pública.

ALCANCE:

Durante el estudio se realizaron un total de 982 colecistectomías, de las cuales se encontraron un total de 6 casos de cáncer de vesícula.

El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma.

De acuerdo a la estadificación, el tipo fue TN1 carcinoma in situ.

No se documentaron complicaciones durante el estudio.

Se observó una incidencia concordante con lo reportado en la literatura.

La incidencia se mantuvo de acuerdo a las cifras reportadas.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se revisaron retrospectivamente las estadísticas del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”, entre el período comprendido entre el 01 de marzo de 2003 y el 31 de mayo de 2006.

De acuerdo a la bibliografía, existe un alto porcentaje de pacientes con diagnóstico insospechado de cáncer de vesícula biliar, los cuales son sometidos a colecistectomía electiva, abierta o laparoscópica.

Por este motivo, se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico presuntivo de patología vesicular tales como: CCL, vesícula en porcelana, lodo biliar o pólipo vesicular, quienes fueron intervenidos de colecistectomía (abierta o laparoscópica), durante el período comprendido entre el 01 de marzo del 2003 y el 31 de mayo del 2006, y en quienes se corroboró el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar por medio de estudio anatomopatológico (histopatológico).

El grupo de estudio estuvo conformado de la siguiente manera:

Grupo de estudio: Todos los pacientes con diagnóstico presuntivo de patología vesicular tales como: CCL, vesícula en porcelana, lodo biliar o pólipo vesicular, intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía (abierta o laparoscópica), durante el período comprendido entre el 01 de marzo del 2003 y el 31 de mayo del 2006.

Grupo Problema: Todos los pacientes con diagnóstico presuntivo de patología vesicular tales como: CCL, vesícula en porcelana, lodo biliar o pólipo vesicular, intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía (abierta o laparoscópica), durante el período comprendido entre el 01 de marzo del 2003 y el 31 de mayo del 2006, y en quienes se realizó diagnóstico definitivo de cáncer de vesícula biliar por medio de estudio anatomopatológico (histopatológico).

Grupo Testigo: Todos los pacientes con diagnóstico presuntivo de patología vesicular tales como: CCL, vesícula en porcelana, lodo biliar o pólipo vesicular, intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía (abierta o laparoscópica), durante el período comprendido entre el 01 de marzo del 2003 y el 31 de mayo del 2006

Tamaño de la muestra: Se consideraron todos los pacientes con diagnóstico presuntivo de patología vesicular tales como: CCL, vesícula en porcelana, lodo biliar o pólipo vesicular, intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía (abierta o laparoscópica), durante el período comprendido entre el 01 de marzo del 2003 y el 31 de mayo del 2006

Criterios de Inclusión: Todo aquel paciente con diagnóstico presuntivo de patología vesicular tales como: CCL, vesícula en porcelana, lodo biliar o pólipo vesicular.

Criterios de Exclusión: Todo aquel paciente sin un diagnóstico establecido de patología vesicular o inespecífico

Criterios de Eliminación: Pacientes a quienes no se les halla corroborado el diagnóstico a través de estudio anatomopatológico (histopatológico)

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: Se realizó revisión de los expedientes de los pacientes los pacientes intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía abierta o laparoscópica por el antecedente de patología vesicular tales como: CCL, vesícula en porcelana, lodo biliar o pólipo vesicular, en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE, durante el período comprendido entre el 01 de marzo del 2003 y el 31 de mayo del 2006 y cuyo diagnóstico presuntivo fue corroborado a través de estudio anatomopatológico (histopatológico).

La finalidad de la realización de este estudio es determinar la incidencia, manejo establecido y pronóstico de pacientes con cáncer de vesícula biliar en nuestro medio hospitalario.

Esto permitirá, sobre la base de los resultados obtenidos, brindar información disponible para establecer medidas preventivas y enfrentar esta problemática de salud pública.

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

Se revisaron de manera retrospectiva las estadísticas del archivo del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro", del ISSSTE, reportándose un total de 982 colecistectomías realizadas durante el período comprendido entre 01 de marzo del 2003 y el 31 de mayo del 2006.

De entre todos estos pacientes, se encontraron 6 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar, corroborado por medio de estudio histopatológico. Cabe mencionar que en todos los casos se trató de pacientes originalmente sin sospecha de cáncer de vesícula biliar, y en quienes se detectó el diagnóstico posterior a la realización de colecistectomía.

La revisión de los expedientes de los pacientes incluyó análisis de la edad, sexo, cuadro clínico a su ingreso, estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento quirúrgico establecido, resultado del estudio histopatológico, así como evolución durante el postoperatorio.

Del total de 982 colecistectomías realizadas, 824 fueron mujeres (83.91%) y 158 hombres (16.09%). La edad promedio de los pacientes con cáncer de vesícula fue de 66 años, con un rango de 48 a 76 años. De estos pacientes con diagnóstico corroborado de cáncer de vesícula biliar, 5 correspondieron a sexo femenino, y 1 al masculino.

El cáncer de vesícula estuvo presente en el sexo femenino en 83.34%, siendo más frecuente en la 5ta década de la vida, y en 1 hombre en 16.66%, también en la quinta década de la vida.

De los 6 pacientes con diagnóstico corroborado de cáncer de vesícula biliar, cinco ingresaron vía consulta externa con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica para programación electiva de colecistectomía, en 4 casos realizada por vía laparoscópica, y en un solo caso vía urgencias, realizada colecistectomía abierta.

En todos los casos, no hubo sospecha de presencia de cáncer de vesícula biliar, sino hasta la obtención del resultado histopatológico, el cual confirmó el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar.

El síntoma más frecuente y que realmente motivó la referencia a este centro hospitalario fue el dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, acompañado de náusea y ocasionalmente vómito de contenido gastrointestinal, posterior a la ingesta de colecistocinéticos en todos los casos.

En ninguno de los casos reportados hubo antecedente de pérdida de peso, fiebre, ictericia o masa palpable.

Con respecto a los estudios de laboratorio y gabinete, únicamente en el ultrasonido se reporta la presencia de colecistitis crónica litiásica.

Sólo en uno de los casos con diagnóstico de cáncer de vesícula se sospechó el diagnóstico durante el transoperatorio, corroborado el mismo como cáncer de vesícula biliar.

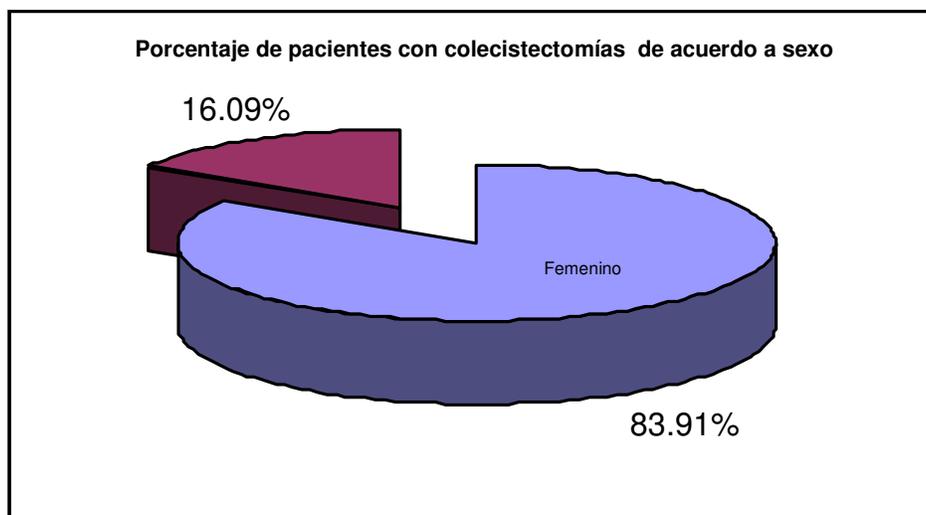
En todos los pacientes el manejo quirúrgico consistió en colecistectomía laparoscópica (5) y abierta (1).

El reporte histopatológico de cáncer de vesícula fue de adenocarcinoma en los 6 casos.

De acuerdo al reporte histopatológico de adenocarcinoma, los pacientes se encontraron en un estadio de carcinoma *in situ*.

En ninguno de los casos se realizó estudio histopatológico transoperatorio. En todos los casos se corroboró además el diagnóstico inicial de *colecistitis crónica litiásica* por medio del estudio anatomopatológico de la vesícula biliar.

Se revisaron un total de 982 expedientes de pacientes a quienes se les realizaron el mismo número de colecistectomías. Del total de pacientes a quienes se les realizaron colecistectomías durante este período, el 83.91% correspondió a mujeres (824) y el 16.09% restante a hombres (158).



Por grupos de edad, de las 982 colecistectomías realizadas, se agrupó de la siguiente manera:

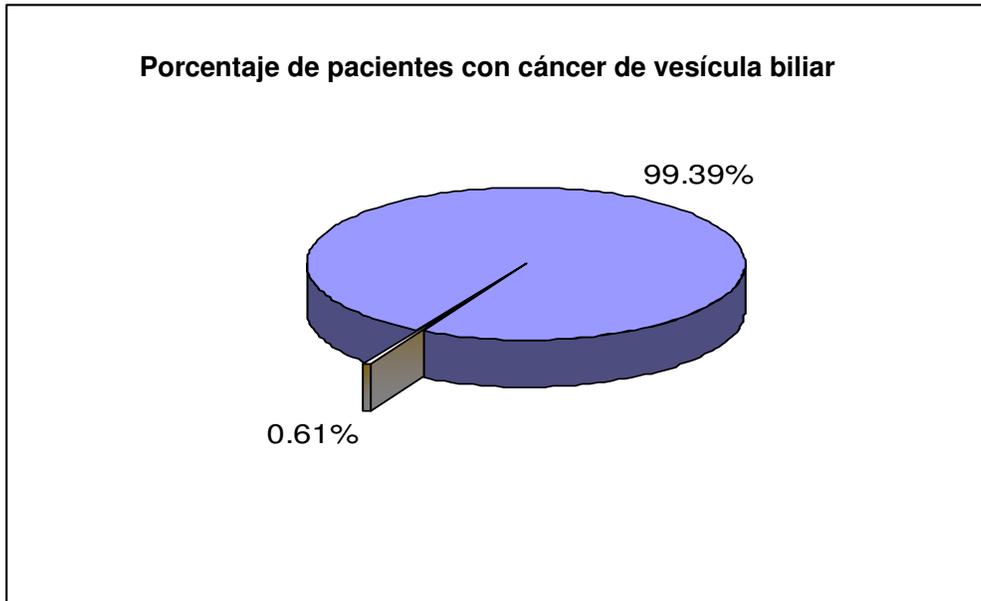
Edad	# Pacientes
20-30	20
31-40	450
41-50	360
51-60	110
61-70	30
71-80	12
Total	982

Tabla I. frecuencias por edad de los pacientes a quienes se les realizaron colecistectomías

Del total de pacientes a quienes se les realizaron estos procedimientos, se encontraron un total de 6 casos de cáncer de vesícula biliar, siendo el único tipo histológico presente el adenocarcinoma de vesícula biliar, en estadio I o *in situ*, de acuerdo a la Clasificación de Levin, o al T1 de la clasificación TNM.

De acuerdo a los resultados, el porcentaje de casos de cáncer de vesícula biliar fue el siguiente:

Correspondió a un total de 0.61%, lo cual está de acuerdo a la estadística reportada en la literatura.



De los pacientes reportados con el diagnóstico histopatológico de cáncer de vesícula biliar, por grupo de edad se encontraron dos en el de 41 a 50 años (42 y 47 años, respectivamente), y 4 en el grupo de 51 a 60 años de edad (51, 55, 57, 60 años).

Haciendo una correlación con respecto a los grupos de edad entre las colecistectomías realizadas y los hallazgos de cáncer de vesícula biliar, se ubicó como sigue:

Edad	Colecistectomías	Cáncer de vesícula biliar
20-30	20	0
31-40	450	0
41-50	360	2
51-60	110	4
61-70	30	0
71-80	12	0
Total	982	6

Tabla II. Frecuencia de edad en pacientes con hallazgos de cáncer de vesícula biliar.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que la litiasis vesicular es más frecuente en el sexo femenino, y que por tanto, el cáncer de vesícula biliar es más frecuente en la mujer, en una relación de 3:1, siendo los factores predisponentes la litiasis vesicular, los tumores benignos, anomalía de los conductos pancreatobiliares, y edad avanzada.

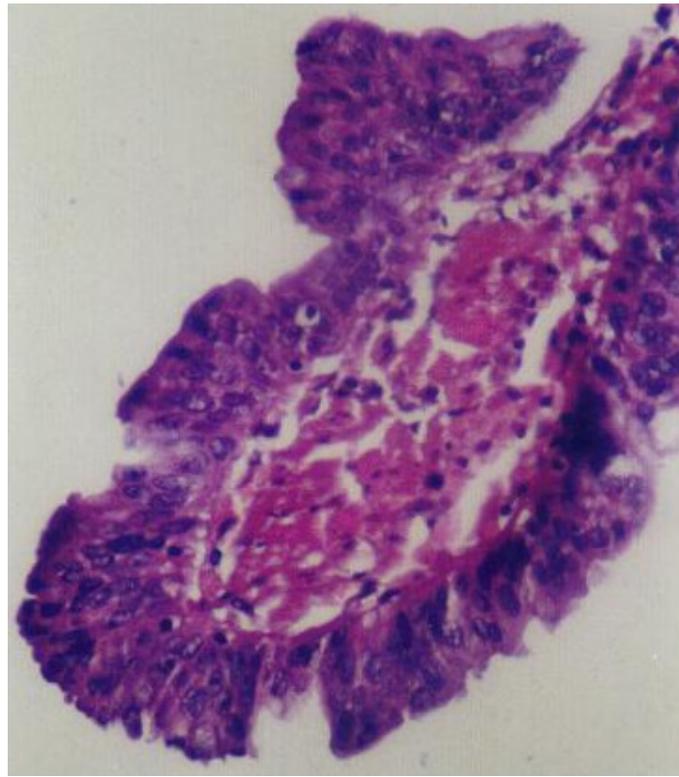
De acuerdo a los resultados de este estudio, se encontró un porcentaje de 0.61% de un total de 982 casos de patología vesicular solucionada por medio de colecistectomía, ya sea abierta o laparoscópica.

De los tipos de cáncer de vesícula, el tipo histológico más común fue el adenocarcinoma, siendo el 100% de los casos aquí presentados.

De acuerdo a la clasificación de Nevin, estos correspondieron a estadio I, y de igual manera a la clasificación TNM 1.

En todos los casos de colecistectomía realizados no hubo sospecha clínica de presencia o diagnóstico de cáncer de vesícula biliar.

La edad de presentación ocurrió principalmente en los mayores de 50 años, lo que va de acuerdo a lo descrito en la literatura.



Carcinoma in situ

CONCLUSIONES:

En conclusión, el cáncer de vesícula biliar con el diagnóstico temprano de litiasis vesicular gracias a la toma de USG en todos los pacientes en quienes se sospecha esta patología vesicular, se realiza colecistectomía a pacientes más jóvenes que la edad promedio para aparición de cáncer de vesícula, lo cual refleja una baja incidencia del mismo en nuestro hospital, aunque es necesario realizar más estudios encaminados a la sospecha del cáncer de vesícula biliar, para corroborar esta hipótesis.

Cabe mencionar que en todos los casos analizados fueron producto de colecistectomías en las que no hubo sospecha de cáncer de vesícula biliar. Todos los resultados obtenidos correspondieron a los resultados de los estudios histopatológicos y expedientes analizados.

En este estudio no se realizó análisis de sobrevida por no contar con estos datos en los expedientes consultados.

RECOMENDACIONES:

El cáncer de vesícula biliar es una patología agresiva, la cual se presenta aproximadamente en 1 de cada 100 colecistectomías realizadas. Presenta un crecimiento rápido del tumor, y su proximidad con las estructuras vasculares requiere de un manejo quirúrgico rápido.

De acuerdo a los resultados, y en concordancia con la estadística nacional, se sugiere la realización de estudios encaminados a la determinación de cáncer de vesícula biliar, aunque de acuerdo a la estadística reportada y a los resultados de nuestro estudio, continúa la tendencia de presentación en adultos mayores de 50 años de edad.

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

CCL: Colecistitis Crónica Litiásica

COLECISTECTOMÍA: Extracción quirúrgica de la vesícula biliar, pudiendo ser abierta, o por vía laparoscópica

COLECISTITIS: Inflamación de la vesícula biliar

CVB: Cáncer de Vesícula Biliar

CTPH: colangiografía transparietohepática

LITIASIS VESICULAR O BILIAR: Presencia de litos dentro de la vesícula biliar

LITO: Cálculo

MRI: Resonancia magnética nuclear

TAC: Tomografía Axial Computarizada

USG: Ultrasonido, Ultrasonografía

VESÍCULA EN PORCELANA: Calcificación de la pared de la vesícula biliar

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vincenzo Aiello Crocifoglio. Cáncer de vesícula y de vías biliares, en: *Tratado de Cirugía General. Asociación Mexicana de Cirugía General. Consejo Mexicano de Cirugía General, A.C., México, 2003.*
2. Vincenzo Aiello Crocifoglio. Carcinoma primario de la vesícula biliar. *Rev Gastroenterol Méx 1997; 62(3):189-193.*
3. De la Parra-Márquez ML, Martínez-Garza H, Sánchez-Antunez D, Cabañas-López A, Ramírez-Garza M y González-Quintanilla A. Adenocarcinoma de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a colecistectomía. *Cir Ciruj 2005;73:97-100.*
4. Bertrán Vives María Enriqueta y Ferreccio Readí Catterina. "Supervivencia de pacientes con cáncer de vesícula biliar en la provincia de Valdivia. Quinquenio 1998-2002". *Tesis para optar al grado Magíster en Salud Pública. Mención Epidemiología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Septiembre 2005.*
5. Denshaw-Burke M & Kennedy A. Gallbladder Cancer. *eMedicine. Last Updated: June 30, 2006. <http://www.emedicine.com/med/topic833.htm>*
6. Arroyo GF. Cáncer de vesícula biliar. Artículo de revisión. Grupo de Estudio, Tratamiento e Investigación del Cáncer del Sur, Argentina, GETICS. *Oncología Clínica 2003; 8(1):831-837.*
7. Ramírez CP, Suárez MA, Santoyo J, Fernández JL, Jiménez M, Pérez JA, Bondía JA, De la Fuente A. Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. *Cir Esp 2002;71(2):102-111*
8. Amador A, Hoyos S, Fuster J, Ferrer J, Fondevila C, Charco R & García-Valdecasas JC. Adenocarcinoma biliar originado a partir de lesiones benignas inusuales. *Cir Esp 2005;78(3):192-194.*
9. Wistuba I. Patogenia Molecular del cáncer de la vesícula biliar. XXIV Curso de avances en gastroenterología. *Gastr Latinoam 2003;14(3):214-217.*
10. Bustos Ovalle J. Cáncer de vesícula. Experiencia en el Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro". *Tesis Profesional. UNAM. ISSSTE. Septiembre de 2000.*
11. Tseng J, Wan Y, Hung C. Diagnosis and Staging of Gallbladder Carcinoma. Evaluation with Dynamic MRI imaging. *Journal of Clinical Imaging 26:177-182, 2002*
12. Mondragón Sánchez R, Saldívar Moreno C, Castellero Pinilla CM, Ruiz Molina JM, Oñate Ocaña LF, Aiello Crocifoglio V. Carcinoma primario de la vesícula biliar. *Rev Gastroenterol Méx 1997;62(3):189-193.*
13. Sánchez VEA, Aguirre GH. Cáncer de vesícula biliar durante colecistectomías en el hospital regional "Río Blanco" de Veracruz. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex) 1994; 40(1): 18-20.*
14. De la Cruz J, Hidalgo LA, Feliu J, Admelia C, Muñoz R. Adenocarcinoma de vesícula biliar: estadio tumoral, factores pronósticos histológicos y supervivencia. *Cir Esp 2005;77(1):18-21*
15. Albores-Saavedra y cols. The precursor lesions of invasive gallbladder carcinoma. Hyperplasia, atypical hyperplasia, and carcinoma in situ. *Cancer 45:919-927, 1980.*