

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DIAGNÓSTICO DE
CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR”

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. CARLOS ERVIN LOPEZ ZAVALA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

DR. JAVIER GARCÍA ÁLVAREZ

ASESOR DE TESIS:

DR. EDGAR TORRES LÓPEZ

Número de registro de protocolo: HJM1892/10.07.21-R

MÉXICO. D.F.FEBRERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	4
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	8
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	9
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	9
MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
DEFINICIÓN DE VARIABLES	10
DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.....	12
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN.....	20
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	24

- **ANTECEDENTES**

El cáncer de vesícula biliar (CVB) es la quinta causa de malignidad en el tracto gastrointestinal, y es diagnosticada de forma incidental en 1 a 3% de los especímenes de colecistectomía, y en 0.5 a 7.4% de autopsias (Gore et al 2007). Según el Instituto Nacional de Cancerología (2010), la población mexicana presenta un riesgo general de 0.9 por 100 000 habitantes de presentar CVB.

Aun se conoce poco acerca de la etiología del CVB, pero se han observado que los siguientes factores se relacionan con mayor riesgo: Litiasis vesicular (sobre todo sintomática), colecistitis crónica, género femenino, obesidad, infecciones bacterianas, pólipos vesiculares mayores de 1 cm, vesícula en porcelana, menarca tardía y hábitos dietéticos deficientes (Instituto Nacional de cancerología, 2010).

Larson y Wolk (2007) estiman un riesgo relativo aumentado de 1.88 para mujeres con obesidad en relación a población con índice de masa corporal (IMC) normal, y de 1.35 para hombres con respecto a ocurrencia de CVB. Asimismo, Randi *et al* (2006) reportan relación entre la presencia de cálculos en la vesícula biliar y riesgo aumentado de desarrollo de neoplasia maligna en la vesícula biliar.

Andia *et al* (2008), en un estudio a la población chilena, la cual presenta un riesgo de presentar CVB de 8.2 a 12.4 casos por 100 000 habitantes, informa que los principales factores de riesgo para CVB son la etnicidad (OR: 3.9), antecedentes

de fiebre tifoidea (OR: 2.9), pobreza (OR: 5.1), bajo acceso a colecistectomía (OR: 3.9), bajo acceso a manejo hospitalario (OR: 14.2) y alta urbanización (OR: 8.0), lo cual pone de manifiesto la gran influencia del ambiente para el desarrollo de esta patología.

El diagnóstico de CVB es difícil debido a que la sintomatología se presenta en etapas avanzadas, y es poco específica, a saber: Dolor en cuadrante superior derecho, náuseas, pérdida de peso, ictericia, anorexia y vómito, guardando relación con otras patologías de la vía biliar. Pit (2005), reportó que el diagnóstico previo a la intervención quirúrgica de CVB es erróneo en 62% de los pacientes. En 50% de los pacientes, el diagnóstico erróneo inicial fue una alteración biliar como cólico biliar (24%), colecistitis aguda (12%) y coledocolitiasis (5%). En otros pacientes (12%), el CVB fue confundido con colangiocarcinoma perihiliar.

Establecido el diagnóstico, la estadificación se realiza por medio de la definición de TNM según la *American Joint Committee of Cancer* (AJCC, 6ta Edición) para vesícula biliar (Tabla 1), existiendo una relación inversa entre el estadio y la sobrevida del paciente.

No existe examen de escrutinio que permita un diagnóstico temprano, pero cuando existe la sospecha diagnóstica, son de utilidad en orden de importancia: El ultrasonido biliar, la resonancia magnética (colangiorresonancia), tomografía axial computarizada y la colangiografía retrógrada endoscópica. Otros estudios han sido determinados de poco valor pronóstico y carácter histórico.

Tabla 1. Clasificación para cáncer de vesícula biliar TNM (AJCC 6ta. Edición)	
ESTADIO	
0	TisN0M0
IA	T1N0M0
IB	T2N0M0
IIA	T3N0M0
IIB	T1-3N1M0
III	T4NxM0
IV	TxNxM

TNM: T Indica tumor primario; TX, tumor primario no determinado; T0, No evidencia de tumor primario; Tis, carcinoma in situ; T1, tumor invade lámina propia o capa muscular; T1a, tumor invade lámina propia; T1b, tumor invade capa muscular; T2, tumor invade tejido conectivo perimuscular; no existe invasión mas alla de peritoneo; T3, tumor invade serosa (peritoneo visceral) o invade directamente órganos adyacentes, o ambos (extensión 2 cm dentro del hígado); T4, tumor se extiende 2 cm en el hígado, y/o dentro de 2 órganos (estómago, duodeno, colon, páncreas, Omento, conductos biliares extrahepáticos, cualquier involucro de hígado); N, Nódulos linfáticos regionales; NX, nódulos linfáticos regionales no pueden se determinados; N0, Sin invasión linfática regional; N1, metástasis dentro de conducto cístico, pericoledociano, y/o nódulos linfáticos (en el ligamento hepatoduodenal); N2, metástasis hacia cabeza de páncreas, periduodenal, periportal, celiacos, y/o nódulos linfáticos mesentéricos superiores MX, metástasis a distancia no determinada, M0, sin evidencia de metástasis a distancia, M1, con. metástasis a distancia

Establecido el diagnóstico de CVB es imprescindible la estadificación adecuada, presentando mejor pronóstico cuando se realizan resecciones a márgenes negativos (R0) y mejorando la sobrevida a 5 años (35%), comparado con pacientes con cirugía con márgenes positivos o indeterminados (7%). (Dixon 2005)

Así como en el estómago y colon, la aparición de CVB es probablemente secundario a la secuencia metaplasia-displasia-carcinoma. La estirpe histológica más frecuente es el adenocarcinoma el cual se divide en: infiltrativo (65%), papilar (15%) y, coloide (10%). Los tumores papilares típicamente se asocian litiasis vesicular y son menos relacionadas con infiltración a hígado, diseminación linfática o metástasis. Las formas infiltrantes son fuertemente asociadas con litiasis

vesicular, y presenta mayor probabilidad de invadir hígado, tejido linfático y metástasis. Cerca de 60% de los carcinomas se originan en el fondo vesicular, 30% en el cuerpo y, 10% en el cuello; en algunos casos se origina en forma difusa sin posibilidad para la identificación un sitio primario. (Gore 2007)

Por otro lado, el CVB es una patología altamente fatal (determinada por la irresecabilidad del tumor y presencia de metástasis al diagnóstico), debido a que es usualmente diagnosticada en estadios avanzados, con una sobrevida menor de 10% a 5 años (Misra *et al*, 2003), probablemente secundario a que como ya se comentó, no existe clínica distintiva entre enfermedad litiásica, otras patologías y un proceso neoplásico. Seok *et al* (2008) reportan una sobrevida de 12.4 meses sin tomar en cuenta la estadificación.

Determinado lo anterior, el presente trabajo pretende realizar una descripción de la ocurrencia de cáncer de vesícula biliar en un periodo de 10 años (2000-2009), según el registro histopatológico del Hospital Juárez de México, y la correlación con la frecuencia de factores de riesgo determinados: Género, edad (mayor a 60 años), obesidad (IMC>30), diagnóstico de litiasis vesicular, duración de litiasis vesicular (mayor a 5 años). Asimismo, se realizará una descripción de la distribución de estirpes histológicas.

- **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

En la actualidad, el CVB tiene importancia emergente debido a que los factores de riesgo más importantes establecidos para esta patología (género femenino, edad mayor a 60 años, obesidad, litiasis vesicular), tienen una prevalencia aumentada en nuestra población; por otro lado, es de comentar que debido a la historia natural de esta enfermedad, el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas con relación inversa entre el estadio clínico y la sobrevida, lo cual obliga a realizar correlaciones puntuales entre los factores de riesgo e identificación de CVB en estadios tempranos para brindar oportunidades terapéuticas, mejor pronóstico y mayor sobrevida.

- **Pregunta de de investigación**

¿Existe una relación entre los factores de riesgo: Género, obesidad, edad y colecistitis crónica litiásica sintomática de larga evolución, con la identificación de cáncer de vesícula biliar?

- **Objetivo general**

Describir la frecuencia de los factores de riesgo más prevalentes descritos para el cáncer de la vesícula biliar operados en un hospital de enseñanza.

- **Objetivos específicos.**

- Determinar dominancia o no de factores de riesgo específicos.
- Determinar correlaciones en forma específica de los factores de riesgo determinados para este protocolo.

- Determinación de la frecuencia de los factores de riesgo específicos: género, edad (mayor a 60 años), diagnóstico de colecistitis crónica litiásica, duración de colecistitis crónica litiásica sintomática y obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m²).
- Establecer criterios para pacientes con riesgo de presentar de cáncer de vesícula biliar.

- **Tamaño de la muestra**

Basado en la búsqueda de pacientes con diagnóstico de CVB en el registro histopatológico del Hospital Juárez de México en el periodo de 10 años (2000 a 2009).

Resultado: 40 pacientes.

- **Diseño del estudio**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal.

- **Material y métodos**

Se realizó una revisión de los registros histopatológicos contenidos en los libros de anatomía patológica del Hospital Juárez de México desde el año 2000 al 2009. Se identificaron todos los casos con diagnóstico de CVB. No se tuvo ningún criterio de exclusión. Se identificó nombre, edad, número de expediente, fecha de reporte y diagnóstico histopatológico, datos que se

consignaron en la hoja electrónica de captación de datos correspondiente; posteriormente se acudió al archivo de expedientes clínicos del Hospital, solicitando el expediente de cada caso. Se consignó y corroboraron los datos establecidos para el estudio (edad, género, IMC, diagnóstico de litiasis vesicular y años de evolución de la misma). Finalmente se realizó un análisis de frecuencia de dichas características en la población estudiada.

- Criterios de inclusión.

1. El reporte del estudio histopatológico con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar; sin discernir en edad, género, estirpe histológica, evolución o tipo de cirugía por el que se obtuvo la pieza.

- **Definición de variables**

1. Género.

- a. Definición conceptual: Rasgo inherente de las voces que designan personas del sexo femenino o masculino.
- b. Definición operacional: En el reporte histopatológico constaba el género del paciente, y en caso de encontrar expediente clínico, que se ratificara éste.
- c. Escala de valores de la variable: Femenino/Masculino.
- d. Tipo variable: cualitativa nominal.

2. Edad mayor a 60 años.

- a. Definición conceptual: Individuos que tuvieran una edad igual o mayor a 60 años.

- b. Definición operacional: En el reporte histopatológico constaba que edad tenía el paciente, y en caso de encontrar expediente clínico, que se ratificara en éste, si era igual o mayor de 60 años, se consideraba positivo o negativo.
 - c. Escala de valores de la variable: Si/No.
 - d. Tipo variable: Dicotómica, cualitativa y nominal.
- 3. Diagnóstico de colelitiasis.
 - a. Definición conceptual: Presencia de litos dentro de vesícula biliar.
 - b. Definición operacional: Colelitiasis consignado en el reporte del estudio de ultrasonido (inscripto en el expediente clínico), en el dictado quirúrgico y/o en el reporte histopatológico.
 - c. Escala de valores de la variable: Si/No.
 - d. Tipo variable: cualitativa, dicotómica y nominal.
- 4. Años de evolución de colecistitis crónica litiásica sintomática determinada por las inscripciones en expediente clínico.

Definición conceptual: Años de evolución de litiasis vesicular sintomática.

Definición operacional: Años de diagnóstico de litiasis vesicular consignados en el expediente clínico.
- 5. Obesidad:

Definición conceptual: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

- **Descripción operativa del estudio**

Determinados por inscripciones en el expediente clínico conforme a relación peso/talla, si el IMC era $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, se consideraba positivo o negativo.

- **Hoja de captación de datos**

Se anexa al final del documento.

- **Pruebas estadísticas**

Mediante métodos de análisis descriptivo, utilizando promedios para las variables cuantitativas; y proporciones para variables cualitativas.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 40 casos con CVB en los registros de patología en el periodo 2000-2009. No se incluyeron en el análisis de riesgo 6 casos (cinco de género femenino y uno masculino), debido a que el expediente clínico no cumplía con criterios de inclusión; pero se tomaron en cuenta para la descripción demográfica del grupo, así como para la distribución porcentual de estirpe histológica.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Del total de los 40 casos, 30 (75%) fueron del género femenino y 10 (25%) del masculino. La media de edad general fue de 61.2 años (rango 27 a 84 años). En relación al género, la media de edad para mujeres fue de 61.6 años y 59.8 años para los hombres (Tabla 2).

Tabla 2.
Edad promedio de los pacientes con CVB.

Género	Edad promedio (años)	Rango de edad (años)
Mujeres	61.6	42-84
Hombres	59.8	27-79

DISTRIBUCIÓN POR PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo a describir fueron: Género, edad, obesidad, diagnóstico de litiasis vesicular, años de diagnóstico de litiasis vesicular. Basado en un total de 34 casos (los cuales contaban con todos los datos requeridos por la investigación), las frecuencias de los factores de riesgo se presentaron de la siguiente forma:

Género

La distribución por género de pacientes con diagnóstico de CVB, del total de casos (34 casos), con criterios completos, anualizado a un total de 3.4 casos por año, demuestra un amplio predominio de casos de género femenino (74%), contra 9 (26%) casos género masculino, con una proporción femenino:masculino de 3:1 (Tabla 3).

Tabla 3.
Distribución por género de pacientes con CVB.

Género	Casos	Porcentaje (%)
Mujeres	25	74
Hombres	9	26
Total	34	100

Edad mayor de 60 años

La media de edad general para el total de casos fue de 60.8 años (rango 27-84 años). La edad mayor a 60 años se encontró en el 70% de los individuos estudiados, con un predominio del género femenino del 55% contra solo 15% del género masculino. Se mantiene la proporción en relación al género. La presentación del CVB parecería presentarse en edades más tempranas en el género masculino.

Tabla 4.
Frecuencia de pacientes por género con CVB en
edad \geq 60 años.*

Edad \geq 60 años	Casos (%)		
	Femenino	Masculino	Total
Si	19 (55)	5 (15)	24 (70)
No	5 (15)	4 (15)	10 (30)
Total	25 (74%)	9 (26)	34 (100)

* Frecuencia y porcentaje basado en total de casos (34 pacientes).

Obesidad (IMC \geq 30 kg/m²)

La media de peso general fue de 69.5 kg (rango 52-98 kg), la talla promedio de 1.59 metros (rango 1.4-1.84 metros). El IMC general promedio fue de 28.3 kg/m² (rango 22.8-32 kg/m²), para mujeres 27.4 kg/m² (rango 22.8-32 kg/m²), hombres 27.5 kg/m² (rango 29-26 kg/m²). La frecuencia de pacientes con IMC \geq 30 kg/m², es decir obesidad, evidenció que esta característica no se presentó en la población, siendo ausente en el género masculino y, presentándose sólo en 6% del género femenino (Tabla 5).

Tabla 5.
Frecuencia de casos con obesidad por género en
pacientes con CVB.*

Obesidad	Casos (%)		
	Femenino	Masculino	Total
Si	2 (8)	0	2 (6)
No	23 (92)	9 (100)	32 (94)
Total	25 (74)	9 (26)	34 (100)

* Frecuencia y porcentaje basado en total de casos (34 pacientes).

Antecedente de litiasis vesicular

El antecedente de litiasis vesicular se presentó en el 97% de los pacientes (33 casos), 96% (24 casos) en el caso del género femenino, y 100% en el género masculino (9 casos).

Los años con diagnóstico de litiasis vesicular fue en promedio de 6.8 años (rango 1-20 años). La frecuencia de pacientes con diagnóstico de litiasis vesicular mayor de 5 años es muy prevalente en la población estudiada, sin distinción de género.

Se determina que la litiasis vesicular puede estar asociada directamente con el CVB por la alta frecuencia. Este apunta a ser un campo de acción para la prevención para esta patología, sea por detección oportuna o manejo quirúrgico expedito.

Tabla 6.
Frecuencia de pacientes con diagnóstico de litiasis vesicular \geq 5 años en pacientes con CVB por género.*

Litiasis vesicular ³ 5 años	Casos (%)		
	Femenino	Masculino	Total
Si	24 (96)	9 (100)	33 (97)
No	1(4)	0	1 (3)
Total	25 (74)	9 (26)	34 (100)

* Frecuencia y porcentaje basado en total de casos (34 pacientes).

Estirpe histológica.

De los 40 casos revisados, la inmensa mayoría (95%) correspondió a adenocarcinoma con diferentes grados de diferenciación, el resto (2%) correspondió a carcinoma de células pequeñas y un adenoma veloso con displasia focal de alto grado. La tabla 7 enumera la distribución por estirpe y grado de diferenciación.

De los 38 casos tipificados como adenocarcinoma, una amplia mayoría presentó un grado de diferenciación moderado (62.5%), seguido del bien diferenciado con 10 casos (25%) y 6 casos (15%) mal diferenciado. En uno, no se especificó grado. Esta característica describe el potencial maligno de la enfermedad, como factor pronóstico, pero no cambia su manejo.

El CVB de tipo no adenocarcinomatoso correspondió a un carcinoma de células pequeñas (también llamado células de avena) y un adenoma. El carcinoma de células pequeñas es descrito como parte de los tumores infrecuentes de la vesícula biliar, formando parte del conjunto con los escamosos, adenoescamosos, linfomas y sarcomas. El caso de presentó en un paciente del género femenino. El caso de adenoma veloso tuvo displasia de alto grado, patología con alto potencial de malignidad y probabilidad de invasión, determinándose como pre-maligno o limítrofe, por lo que se incluyó en la muestra. (Ver tabla 7 y 8)

Tabla 7. Distribución según estirpe histológica de CVB.*

Estirpe histológica	Grado de diferenciación	Casos	Porcentaje (%)
Adenocarcinoma		38	95
	<i>Bien diferenciado</i>	10	26
	<i>Moderadamente diferenciado</i>	21	55
	<i>Mal diferenciado</i>	6	16
	<i>No especificado</i>	1	3
Carcinoma de células pequeñas	No especificado	1	2.5
Adenoma vellosa	Displasia focal alto grado	1	2.5

* Frecuencia y porcentaje basado en total de casos (40 pacientes).

Es de comentar que no estableció como descripción para este estudio la clasificación de Nevin, debido a que no se reporta en los estudios histopatológicos esta descripción anatomopatológica. No obstante, sería más importante determinar el grado de invasión para el establecimiento adecuado de la profundidad de tumor (T) para el sistema de estadificación TNM, asimismo realizar estudios de extensión adecuados para completar el protocolo y establecer adecuados lineamientos de manejo.

Tabla 8. Distribución por género y estirpe histológica de CVB.*

Estirpe histológica	Grado de diferenciación	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Adenocarcinoma		28	74	10	26	38	95
	<i>Bien diferenciado</i>	7	25	3	30	10	25
	<i>Moderadamente diferenciado</i>	17	61	4	40	21	52.5
	<i>Mal diferenciado</i>	3	11	3	30	6	15
	<i>No especificado</i>	1	3	0	0	1	2.5
Carcinoma de células pequeñas	No especificado	1	100	0	0	1	2.5
Adenoma vellosa	Displasia focal alto grado	1	100	0	0	1	2.5
Total		30	75	10	25	40	100

* Frecuencia y porcentaje basado en total de casos (40 pacientes).

DISCUSIÓN

En congruencia con autores como Choi (2005), la ocurrencia de CVB es de 1.2 casos por cada 100 000 habitantes. Este dato si bien no se puede traspolar al presente estudio, corresponde parcialmente con lo encontrado, tomando en cuenta los 40 casos consignados en aproximadamente 8,000 colecistectomías realizadas en estos 10 años incluidos en el periodo de estudio dentro del Hospital Juárez de México (2000-2009). Esta patología es de incidencia baja, con estadio clínico avanzado al diagnóstico y mal pronóstico dentro de la población que acude al Hospital Juárez de México.

Por otro lado, Shukla *et al.* (2007) reporta una casuística de 76 pacientes con CVB, de los cuales 56 eran mujeres (73.6%), y la media de edad fue de 49 ± 10.7 años (rango 24-73 años). El promedio de edad sin distinción de sexo fue 60.8 años (rango de 27-84 años); tal característica se presentó en 24 casos, con una dominancia de mujeres 55 % y en el caso de los hombres sólo en 15%. El mismo autor en relación al género reportó un predominio de 73.6% de ocurrencia de CVB en su serie para género femenino, el cual es muy similar en nuestro estudio con predominio de tres cuartas partes (74%) en el caso de mujeres, determinándose una relación 3:1, acorde al marco teórico y lo descrito por otros textos y autores (Choi, 2005).

Los resultados en relación con obesidad contrastan con lo reportado por Larson y Wolk (2007) quienes estiman un riesgo relativo aumentado de 1.88 para mujeres con obesidad en relación a población con IMC normal y de 1.35 para hombres con respecto a ocurrencia de CVB. En nuestro estudio la obesidad no tuvo una ocurrencia predominante encontrando una relación entre la patología y esta característica en la población, solo en 2 casos (6%).

Randi *et al.* (2006) reportan riesgo aumentado entre la presencia de cálculos en la vesícula biliar y desarrollo de neoplasia maligna en la vesícula biliar, guardando congruencia con el presente estudio, dado que el diagnóstico de litiasis vesicular se determinó en el 93% de los casos, con media de 6.8 años de diagnóstico en el total del grupo de estudio. Al analizar la frecuencia de pacientes con tal diagnóstico por más de 5 años se presentó en 60%, siendo mayor en las mujeres en el 47.5%, la tendencia a ser una factor de riesgo para esta patología es clara.

La estirpe histológica predominante fue el adenocarcinoma (95% de los casos), en sus diferentes grados de diferenciación, siendo el moderadamente diferenciado el más encontrado (52.5%), resultados que se relacionan con los datos de Gore (2007), quien reportar a esta estirpe como la más frecuente. Esta característica fue homogénea para el grupo, tomando en cuenta que no se encontró diferencia en frecuencia de estirpe al dividir al grupo por género. Una amplia mayoría presentó un grado de diferenciación moderado (52.5% de los casos), seguido del bien diferenciado con 10 casos (25%) y 6 casos (15%) mal diferenciado; en uno, no se

especificó; esta característica describe el potencial maligno de la enfermedad, como factor pronóstico, pero no cambia su manejo por el momento.

Actualmente, el estadije de CVB se realiza a través del sistema TNM establecido por la AJCC, el cual determina manejo, evolución, pronóstico y sobrevida en pacientes con CVB. Es importante decir, que no se pudo establecer el estadio clínico en la mayoría de los casos debió a falta de datos en el expediente, no se encontró con estudios de extensión o no estaban consignados, lo cual representa un campo de acción para futuros casos.

CONCLUSIONES

- El CVB es una patología de incidencia baja, estadio clínico avanzado al diagnóstico y mal pronóstico.
- La edad de presentación de CVB fue la séptima década de la vida.
- El CVB se presentó en mayor proporción en mujeres sobre hombres (relación 3:1).
- La obesidad no guardó relación con CVB, con solo 6% de casos.
- La litiasis vesicular es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer vesicular y podría tener un efecto causal. Estimamos que el diagnóstico temprano de la litiasis vesicular y su resolución quirúrgica.
- El adenocarcinoma de vesícula biliar, es la entidad histopatológica mas encontrada en la población estudiada. No fue posible determinar el estadio clínico en la mayoría de los casos, debido falta de datos para establecerla, lo cual determina un campo de oportunidad en casos futuros, para su adecuada consignación, en pos de mejora en la evolución y pronóstico del paciente.
- Así, el género femenino, la edad mayor a 60 años y la litiasis vesicular de más de 5 años de evolución son los tres factores de riesgo de mayor presencia en el grupo estudiado.

Se requiere de estudios con una cantidad mayor de población para enunciarlos como factores de riesgo.

- **BIBLIOGRAFÍA**

Granados MG, Herrera AG. MANUAL DE ONCOLOGÍA PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS. Ed. Mc Graw Hill, México 2010: 637-648.

Larsson and Wolk. OBESITY AND THE RISK OF GALLBLADDER CANCER: A META-ANALYSIS, *British Journal of Cancer* (2007); Vol. 96: 1457–1461.

Pit H. GALLBLADDER CANCER *WHAT IS AN AGGRESSIVE APPROACH?* *Annals of Surgery* (2005); Vol. 241.

Andia M. GEOGRAPHIC VARIATION OF GALLBLADDER CANCER MORTALITY AND RISK FACTORS IN CHILE: A POPULATION-BASED ECOLOGIC STUDY, *Int J Cancer* (2008); Vol. 123: 1411–1416.

Randi G. Et al. GALLBLADDER CANCER WORLDWIDE: GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION AND RISK FACTORS. *Int J Cancer* (2006); Vol. 118: 1591-1602.

Gore M. Et al. CANCER BILIARY TRACT NEOPLASMS: DIAGNOSIS AND STAGING, *Cancer Imaging* (2007); Vol. 7.

Seok L. TEN-YEAR EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF GALLBLADDER CANCER FROM A SINGLE HEPATOBILIARY AND PANCREATIC CENTRE WITH REVIEW OF THE LITERATURE, *Hepatobiliary Pancreatic Surgery* (2007); Vol. 10: 446-458.

Barry W. et al. THE M. D. ANDERSON SURGICAL ONCOLOGY HANDBOOK. Ed. Lippicott Williams and Wilkins, E.U 2005. 356-361.

Shukla P Et al, REVISION SURGERY FOR INCIDENTAL GALLBLADDER CANCER: FACTORS INFLUENCING OPERABILITY AND FURTHER EVIDENCE FOR T1B TUMORS. *Gastrointestinal Surgical Oncology* (2007), vol 10: 43-47.

Dixon E. AN AGGRESSIVE SURGICAL APPROACH LEADS TO IMPROVED SURVIVAL IN PATIENTS WITH GALLBLADDER CANCER A 12-YEAR STUDY AT A NORTH AMERICAN CENTER, *Annals of Surgery* (2005); Vol. 241: 385–394.