

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR

ESTUDIO DE 33 CASOS

Hector René Fandiño C.

I N D I C E

<u>PRIMERA PARTE</u>	Estudio del Tema en General
I	Introducción
II	Historia
III	Consideraciones Etiológicas
IV	Patología
V	Consideraciones Clínicas
VI	Diagnóstico
VII	Pronóstico
VIII	Tratamiento
<u>SEGUNDA PARTE</u>	Presentación de 33 Casos.
I	Materiales y Métodos
II	Casuística
<u>TERCERA PARTE</u>	Estudio Analítico y Comparativo de los Casos
I	Introducción
II	Estudio y Comparación
<u>CUARTA PARTE</u>	
I	Sumario
II	Conclusiones
<u>QUINTA PARTE</u>	
I	Bibliografía

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

Es nuestro propósito, con este trabajo, analizar los progresos que se han realizado en diagnóstico y tratamiento del Carcinoma de la Vesícula Biliar en los últimos 10 años (1955-1965) y comparar nuestro estudio con uno anterior (Aramburú - C. E. Azpuru - 1955), tratando de analizar ambos y extraer provecho del mismo, no sólo en lo particular sino también para todos aquellos que tengan interés en conocer más a fondo esta enfermedad, que es del 4 al 8% de los Cánceres en el sexo femenino (17-24) y que llega a ser el 75% de las lesiones malignas de las Vías Biliares extrahepáticas (17-24) y que, según Chandler (9), ocupa el quinto lugar de todas las lesiones cancerosas del Tracto Gastrointestinal.

El Cáncer de la Vesícula Biliar se ha encontrado en gran cantidad de casos asociado a la presencia de cálculos en dicho órgano (2-3-4-6-8-9-10-16-18-21-25-27-29-30-34-35-41-43), y ésta frecuente asociación es la que ha hecho a muchos Cirujanos hablar en favor de la Colectectomía Temprana, en el momento en que se confirma la lesión de la Vesícula Biliar.

Según Caldarola (8) "Gran cantidad de Internistas insisten en ser ellos quienes manejen al paciente con afecciones vesiculares, sin ponerse a pensar que en algunos casos están limitando la oportunidad de ofrecer curación a muchos pacientes que sin saberlo incuban en su ser un Carcinoma de dicho órgano". Esta actitud se debe muchas veces a que las enfermedades de la Vesícula Biliar

(Colecistitis crónica calculosa principalmente) pueden dejar de dar síntomas activos. En los últimos años este aspecto ha mostrado ligera mejoría y se nota alguna tendencia a llamar al Cirujano a consulta, o bien a trasladarle el paciente para que sea él quien decida la conducta a seguir, o mejor todavía, le indican claramente al paciente la necesidad que tiene de ser operado. Algunos Internistas y Médicos Generales han considerado el Cáncer de la Vesícula Biliar como entidad que tiene gran mortalidad (8) y en los casos en que llegan a sospecharlo no trasladan al paciente por considerar el caso como terminal sin conocer si hay o no probabilidad de curación, aunque por lo general en estos casos ya el Carcinoma es inoperable y la curación se reduce a 1% (6-9-38).

Es conveniente tratar de hacer conciencia entre estos médicos y difundir los conocimientos sobre esta entidad, para que remitan con más frecuencia a pacientes con afecciones biliares a manos del Cirujano, en este caso la persona más apta para manejarlos, pues de esa manera se hace una Profilaxis de dicha enfermedad. Hace 10 años ya Walter y Snell (39) preconizaban que el descenso de casos encontrados con Cáncer de la Vesícula Biliar estaba disminuyendo gracias a la gran cantidad de Colecistectomías que se efectuaban en todo el mundo. A pesar de ello, aún es frecuente encontrar médicos que se niegan a trasladar al paciente, a pesar de las molestias que indican afección bilier, y aún más en casos en que radiológicamente la Vesícula está excluída o hay presencia de cálculo único y que no dan síntomas.

HISTORIA

Stoll en 1777 (8-17-18-39) fué quien describió los dos primeros casos de Cáncer de la Vesícula, uno de ellos, un paciente con Situs Inversus (39), el siguiente fué descrito por Hall en 1786 (39), y Friederich (39), en 1861, habla por primera vez sobre la posible relación del Cáncer de la Vesícula con los cálculos; 20 años más tarde Musser (39) Courvoisier (39) y Ames (39) dan a la medicina los aspectos quirúrgicos y anatomopatológicos de la lesión. Desde esa fecha hasta nuestros días es mucho lo que se ha escrito sobre esta entidad y se han encontrado variedad de neoplasias, lo que ha hecho más interesante el estudio de esta afección y obliga a pensar en ella con más frecuencia, a medida que aumentan los conocimientos sobre la misma. En nuestro medio - hasta donde nos fué posible investigar - éste es el tercer trabajo sobre el tema que se presenta, siendo los dos anteriores: Consideraciones Sobre el Cáncer de la Vesícula Biliar, de Germán Aramburú (3), publicado en Mayo de 1955, como trabajo de tesis; y Consideraciones Sobre el Cáncer de la Vesícula Biliar, trabajo presentado por nosotros, con la colaboración del Dr. Rigoberto Pellecer, durante el XI Congreso Centroamericano de Medicina, en Diciembre de 1965.

CONSIDERACIONES ETIOLOGICAS

El Cáncer de la Vesícula Biliar consiste en una degeneración maligna de las células de la mucosa de la Vesícula Biliar, que puede presentarse en cualquier parte del órgano, aunque por lo general asienta en el fondo o bien en cuello y cuerpo, con menor frecuencia (22-40).

No se ha observado ninguna preferencia por raza alguna, aunque al notar la poca frecuencia de cálculos en las razas orientales, debido a la poca ingesta de grasas (40), es muy probable que en esta raza sea menos la frecuencia de Cáncer en este órgano.

Chandler (9) en un estudio sobre 66 pacientes del Hospital de la Escuela de Medicina de Oregon, encontró que el 75% eran caucásicos. Esta enfermedad se presenta con más frecuencia en la llamada edad media de la vida, en la sexta década (9-11-22-25-32-37); Vadheim y colaboradores (37) mostraron sobre 77 casos estudiados 45% en ese margen de edad. El Dr. Infante (20) encontró un caso en un paciente de 18 años, y en nuestra serie hay una de 82 años.

Por lo general, se presenta con mayor frecuencia en mujeres (2-9-20-32-40) y en una proporción aproximada de 3.4:1 mujer por cada hombre (8-35-36-37), esto es probablemente debido a la alta incidencia que hay con la Colecistitis que es más frecuente en mujeres, más o menos en la misma incidencia.

Variadas teorías se han emitido respecto a la causa del Carcinoma de la Vesícula Biliar. Ya desde 1861 Friederich (39) había notado la relación existente entre el Carcinoma de la Vesícula y la presencia de Cálculos en la misma. Posteriormente se han hecho estudios que han venido a confirmar esta relación (2-3-4-6-8-9-10-16-

18-21-25-27-29-30-34-35-41-43) y se ha visto que el porcentaje en que se encuentran los cálculos en la Vesícula varía según los autores de 54% a 100% en algunas series, lo cual es concluyente para algunos que creen firmemente en los cálculos como causa predisponente del Cáncer pero sin saber exactamente cual es, pero creen que estos preceden al desarrollo del tumor (32) y dicen que los cálculos juegan un doble papel (32):

- a) Irritación Mecánica
- b) Irritación Química.

Creén que la irritación mecánica crónica sostenida sobre la pared inflamada del órgano, es la causa de la degeneración maligna de las células de la mucosa (40), agregando, además, que en ese caso dicha capa se encuentra expuesta a la acción "irritación química" de las sustancias contenidas en el cálculo, como lo es el Metil-Colantreno encontrado en muchos cálculos (32). Otros autores no consideran el cálculo como una causa específica del Cáncer y dicen que el trauma repetido y la irritación crónica debida a su presencia, puede ser un factor contribuyente (37).

Muchos trabajos experimentales se han hecho sobre esta relación cáncer-cálculos, tratando de demostrar la acción carcinogénica de los mismos sobre la Vesícula Biliar. Kazana (18), en 1922, fué el primero en introducir cuerpos extraños dentro de la Vesícula de animales para producir carcinoma, él usó cálculos, suturas y pedazos de Mucosa Vesicular. En conejillos de indias en corto tiempo logró producir formaciones papilomatosas y adenocarcinomas con metástasis. Concluyó que en estas enfermedades se puede producir cáncer experimentalmente en este órgano. Leicht (18) confirmó estos resultados usando cálculos esterilizados y perlas de alquitrán.

pero principalmente él obtuvo vesículas enfermas adheridas al hígado. En animales que tuvieron estos cuerpos extraños por un año encontró que las adherencias habían aumentado e incluían intestino y peritonéo, células carcinomatosas fueron encontradas en las adherencias al peritonéo. Estos cambios sólo los vió en 8 de 35 animales.

Lazarus y colaboradores (32) trataron de reproducir los experimentos pero sin resultado. Burrows (8), en 1933, logró producir hiperplasia del epitelio con los mismos métodos.

Petrow y Krotkina (32), en 1940, lograron producir cáncer en 5 conejillos de indias de 100 que trataron con perlas de alquitrán, en 3 de esos casos las perlas tenían Ra.

Lazarus y Barlow (8) en 1914 informaron haber encontrado Ra. en cálculos de pacientes con cáncer, que no lo encontraron en los casos en que no hubo lesión maligna. Creyeron que el Ra. era la causa del cáncer.

Delbet y Godard (18) se comprometieron a confirmar las sospechas de que la radioactividad fuera la causa de neoplasias.

La Borde (18) examinó cálculos de vesículas seminales carcinomatosas pero no encontró radioactividad en ellos. Estos autores, además, trataron de confirmar los experimentos de Kazama, para lo cual tomaron dos series de conejillos de indias; introdujeron cálculos de humanos, algunos tomados de pacientes con cáncer. En un grupo de cada serie inyectaron alquitrán pero no pudieron producir el cuadro descrito por Kazama.

Fortner (32) posteriormente trabajó en gatos y perros, con perlas con Metil-Colantreno; refirió haber producido cáncer con metástasis próximas y lejanas, en gatos después de 10 meses y en perros después de 30 meses.

Por la posibilidad existente de que en los cálculos hayan carcinógenos químicos, algunos autores estudiaron la respuesta del epitelio vesicular a la acción directa de estos compuestos (8). Burrows (8) usó el 1-2-5-6 Dibensanthraceno; Desforges (8) y Fortner (8-32) el Metil-Colantreno. Este último autor trabajó en gatos y perros, refirió haber producido cáncer con metástasis próximas y lejanas, en gatos después de 10 meses y en perros después de 30.

Se concluyó que el epitelio de la Vesícula, en los animales que están clasificados en la parte alta de la escala filogenética, es susceptible a la inducción del cáncer por compuestos químicamente relacionados a las sustancias naturales que hay en la bilis (8). Esto no se puede aplicar al hombre hasta no determinarlo por algún medio (8).

También se concluye de lo anterior que el factor irritación es capaz de producir cáncer si el efecto es potenciado por la presencia de sustancias carcinogénicas. Lo anterior no se puede aplicar al hombre hasta no determinarlo por algún medio (8) y parece ser que éste es relativamente resistente a la irritación (32), aunque se han visto pacientes que desarrollan cáncer sin cálculos, lo cual puede deberse a una tendencia (17) cancerosa que es potencializada por los cálculos (32).

De todo lo anterior se deduce que los cálculos si pueden ser causa del cáncer de la Vesícula Biliar; no tanto por los experimentos realizados en que la mayoría fallaron, en su instante de reproducir la lesión (8-18-32), sino por la alta relación encontrada entre pacientes con cáncer que al mismo tiempo presentaron cálculos vesiculares. Esta relación varía según los autores de 54 a 100% (2-3-4-6-8-9-10-16-18-21-25-27-29-30-34-35-41-43).

también merecen citarse como posibles factores etiológicos del carcinoma de la Vesícula Biliar, los mismos que pueden dar origen a los cálculos (40), a saber:

Concentración de la Bilis, la cual aumenta cuando hay vaciamiento lento debido a la estasis: esta concentración puede llegar a ser lo suficientemente grande para causar irritación e inflamación.

Durante la gestación (40-42) aumenta la concentración de colesterol en la sangre, la que por lo general se acompaña de aumento de colessterina en la bilis, la que junto con la estasis puede llegar a ocasionar cálculos. Hay que tomar en cuenta que para que se precipite la colessterina en forma de colesterol, es necesaria una disminución de la concentración de sales biliares y ácidos grasos que sería secundaria a una lesión en el hepatocito, pero esto aún no se ha demostrado pues hay casos de lesión hepática paranquimatosa, con descenso de estas sustancias sin formación de cálculos.

Naunyn creía que la infección bacteriana precedía a la formación de cálculos: en realidad este aspecto, inflamación, no debe tomarse sólo como inflamación secundaria a bacterias, sino también mecánica o química, incluso reflujo de jugo pancreático. La infección en sí podría ser genesis de cálculos al favorecer la formación de núcleos, para los cálculos, a base de leucocitos, fibrina o células epiteliales con precipitación de bilirrubinato cálcico sobre esos núcleos, formándose cálculos múltiples. La infección también podría actuar alterando la relación de sales biliares y ácido graso-colesterol por aumento de la resorción de sales biliares por la mucosa vesicular o por inhibiciones de la actividad celular del hígado.

Según Chauffard, citado por Watson (40), el aumento de la frecuencia de cálculos en pacientes que han sufrido Tifoidea dependería de hipercolesterolemia. En estos pacientes, los cálculos por lo general contienen basilos tíficos (8).

- D) La misma tendencia a la formación de cálculos se ve en los pacientes que tienen hemólisis acentuada, pues la bilirrubina presenta tendencia a precipitarse como sales cálcicas.
- E) Phemister, también citado por Watson (40), sostiene que la obstrucción del conducto cístico favorece la estasis biliar que es seguida de la precipitación de Carbonato Cálcico, en forma de cálculo.
- F) En todas las causas anteriores la mucosa vesicular inflamada crónicamente se encuentra expuesta a la acción carcinogénica, sostenida de los derivados del ácido cólico (7-8), con lo que aumenta el riesgo de cáncer en la vesícula con cálculos de 1 a 17 (35).

OTROS FACTORES PREDISPONENTES:

Edad: los autores dicen que es una enfermedad de la edad media de la vida, con más frecuencia en la sexta década de ésta (5-8-37-39). Kraner y colaboradores (22) encontraron el 66% de sus casos por esa década, lo mismo se encuentra en la serie de Chandler y Fletcher (9). Mc Laughlin Jr. (25) en un estudio de 22 casos encontró que el 66% tenían más de 70 años. La década de vida predominante en la serie de Roberts (32) fué de 60 a 69 años, en 44 de 55 casos. En la mayoría de las series presentadas se ve que predomina la sexta década de la vida, lo cual afirma el criterio de que ésta es una enfermedad de ese período. También merece tomarse en cuenta que la

Colecistitis crónica calculosa se ve en el 33% (17) de los pacientes mayores de 75 años. El Dr. Infante Díaz (20) reporta un caso de 18 años y Mohardt (23) reportó dos lesiones malignas en pacientes de 25 - 22 años.

Sexo: Siendo el carcinoma de la vesícula una complicación de la Colecistitis crónica calculosa y ésta más frecuente en mujeres, 75%, (1-40), es lógico pensar que el cáncer se presenta también más frecuentemente en dicho sexo, en relación aproximada de 4:1 (8-35-41).

Dieta: Al respecto nada se sabe con certeza, pero teniendo en cuenta su frecuente relación con la Colecistitis crónica calculosa que se ha encontrado hasta en 54 a 100% de los pacientes con cáncer, según algunas series (2-3-4-6-8-9-10-16-18-21-25-27-29-30-34-35-41-43) es de suponer que sea más frecuente en personas obesas y que puede ser factor coadyuvante el exceso de grasas en las comidas, pues esto puede producir hipercolesterolemia.

PATOLOGIA

El carcinoma puede originarse en cualquier parte de la víscera (40), pudiendo hacerlo en el fondo, cuerpo o cuello (8). Vadheim (37) los encontró en esas regiones en la proporción siguiente: 54% en el fondo, 27% en cuerpo y 19% en cuello; Kramer (22) los clasificó en el mismo orden.

Macroscópicamente el órgano puede encontrarse aumentado de tamaño (8-38). Vadheim (37) la encontró así: en 40% hasta 4 veces su tamaño normal y en 10.8% encontró vesícula pequeña.

El crecimiento del órgano puede deberse a varios factores, algunos creen (40) que la lesión del fondo puede originar una masa nodular por aumento de la pared del órgano afectado con deformidad del mismo, 10.8% de los casos de Vadheim (37). También el crecimiento puede deberse a distensión de la Vesícula al obstruir el tumor, el cuello o el cístico (40), produciendo hemorragia dentro de la víscera (40), o bien en otros por asociarse a un empiema (37). La lesión envuelve a la mucosa en todos los casos, encontrándola inflamada o bien con crecimientos papilares (37) en su interior, y puede limitarse solamente a dicha capa celular o bien lesionar las demás capas de la pared de la víscera.

Al microscopio el tumor puede ser un carcinoma simple, un Adenocarcinoma o un Carcinoma de células escamosas con metaplasia (40). Pero otros autores hacen más extensas clasificaciones según los diversos tipos de neoplasia encontrados, Kirshbaum y Kozoll (23) reportan lesiones infiltrantes, papilares, mucoides, nodulares, sarcomas y un caso de Melanoblastoma. Bockus (5) agrega a la lista anterior el carcinoma escirroso y el escamoso, y Sainburg y Garlock

4) hablan también de carcinoma inespecífico. Se han encontrado algunos casos de adenomyosarcomas (8) y Russo y colaboradores (11) reportan seis casos de leiomyosarcomas; Vangelista reporta un caso de Angiorreticulosarcoma.

El tipo más frecuentemente encontrado ha sido el Adenocarcinoma, seguido por el carcinoma escamoso (8), varios autores lo clasifican de la siguiente manera:

Adenocarcinoma Infiltrante

Adenocarcinoma Papilar

Adenocarcinoma Mucoso.

Carcinoma Escamoso

Adenomyosarcoma

Agregando a esa lista otros tipos raros de Neoplasia:

Angiorreticulosarcoma

Leiomyosarcoma

Melanoblastoma

Según algunos autores, el carcinoma tipo papilar es el menos maligno de todos (23) y el que tarda más en producir metástasis, pudiendo ser fungoide o pedunculado. El tipo infiltrante, por la gran cantidad de tejido conectivo que presenta en su estructura, puede ser de aspecto esclerótico. El carcinoma mucoso, como su nombre lo indica, se caracteriza por producir una gran cantidad de moco.

Goldman (30) dice que cualquier forma de carcinoma, cuando se presenta en la Vesícula Biliar, debe considerarse de un alto grado de malignidad.

VARIEDADES DE CARCINOMA DE LA VESICULA

	ADENOCARCINOMA			Ca. Escamoso	Adenomyo- sarcoma	Angio- rrreticulo sarcoma	Leiomyo- sarcoma	Melano- blastoma
	Infil- trante	Papilar	Mucoso					
Judd & Gray (8)	83.5	3.1		12.2	1.2			
Cooper (8)	82	12		2.1	3.9			
Lam (8)	82			18				
Vadheim (8)	42.8	41.8		14.2	1.2			
Jones (8)	72	18		6	4			
Fahim (8)	60.9	21.2		17.9				
Anderson (1)	65	22	7	4				
Della Russo (11)							6 Casos	
Vangelista (38)								
Kirshbaum (23)						1 Caso		1 Caso

Las metástasis de la neoplasia pueden ser, según Caldarola y Fahim (8-13) por vía directa, linfática, vascular, peritoneal, neural, intraductal.

La forma directa se ve en 34% según Fahim (13) y 64% según Vadheim (37), y ataca a órganos vecinos, en especial al hígado, 68% en la serie de Aramburú (3). Fahim (13) encontró masa localizada cerca de la neoplasia en 84.6%: masa localizada con nódulos satélites en 7.7% y la misma proporción en casos con nódulos disseminados en lóbulo derecho del hígado. Aramburú (3) dice que en la mitad de sus casos, con invasión directa del hígado, tenían lesión en la cara inferior del mismo órgano. Fahim encontró la vía linfática con enfermedad maligna en 25%, siendo los ganglios afectados: pericoledocianos y pancreatoduodenales, no encontró enfermedad en los del hilio hepático. En estos casos es frecuente encontrar Ictericia. Vadheim (37) dice que esta vía es poco usada por el Neo.

La vía venosa 13.1% (13) envuelve a las venas y vénulas de la vesícula como cauce para dirigirse a hígado y tejidos adyacentes (8), a veces también sigue las venas retroperitoneales (8). Según Vadheim se ve esta forma intravascular en 17% y 16% en la forma perivascular, que según él se presenta cuando la lesión rodea los vasos.

La forma peritoneal (8) o intraperitoneal (13) es rara y por lo general se ve tardíamente; generalmente es por extensión directa o por implantación (?) de células neoplásicas.

Los nervios se ven afectados según Fahim (13) en el 24%, pero no refiere metástasis a distancia por este sistema. Ewing (37) describió que la lesión afectaba la vaina neural en 22.7% de las lesiones.

La vía intraductal es seguida por lo general por las neoplasias de tipo papilar (9) y según Fahim sólo se ve en el 4%.

Farreras y Valenti (15) describen que a consecuencia de las metástasis pueden producirse fenómenos de tipo cardiovascular e incluyen en su libro un trabajo de Edwards sobre 29 casos en que reportan Tromboflebitis Migratoria en 3 casos de Cáncer de la Vesícula Biliar debido a metástasis. Liberman y Picard, citados también por Farreras, encontraron esa complicación en 1 y 3% respectivamente, de sus casos. El autor dice que esta Tromboflebitis es una protopatía cancerosa que se ve en pacientes por encima de 55 años.

Farreras (15) está de acuerdo con Petersdorf y Beeson (15) en que la fiebre se ve en el 3% de las lesiones cancerosas y agrega que el 20-30% de las fiebres de origen desconocido son causadas por la neoplasia y que debe de pensarse en esa causa cuando hay más de un mes de evolución y no hay causa aparente, y dice que por lo general en estos casos la lesión es inoperable. Atribuye la causa de la fiebre a necrosis, infartos o hemorragias. Farreras (15) cita a Saphir para describir el tumor de Krukenberg, secundario a metástasis. Saphir en 32 casos encontró que en uno el tumor primario se encontraba en la vesícula.

CONSIDERACIONES CLINICAS

Gray (18) hace una división clínica en: A) Biliar caracterizado por dispepsia, eructos, calambres abdominales, ictericia, fiebre y la presencia de masa; B) Hepático de inicio insidioso, corta evolución, con malestar abdominal, debilidad, diarrea e ictericia ligera.

Rolleston y McNee (18) dividen los casos en 3 grupos: A) aquellos en que los síntomas están asociados con Colecistitis preexistente; B) pacientes con síntomas debidos a los efectos locales de la enfermedad; C) pacientes en los que los síntomas son debidos a la invasión de órganos adyacentes.

Vadheim (37) clasifica clínicamente a los pacientes en 5 grupos, así:

- 1.- Pacientes que han tenido cólicos hepáticos por años, con síntomas agregados de malignidad.
- 2.- Pacientes con antecedentes de cólicos hepáticos sin cambio reciente en los síntomas.
- 3.- Pacientes con historia de dispepsia de larga duración, con síntomas agregados de malignidad.
- 4.- Pacientes con historia antigua de dispepsia, sin cambios recientes en los síntomas.
- 5.- Pacientes que nunca tuvieron síntomas atribuibles a vesícula, hasta la presente enfermedad.

Encontró que el 80% de sus pacientes presentaron cambios en la enfermedad.

En la mayoría de los casos hay antecedentes de cálculos o Colecistitis y Caldarola (8) dice que es patognomónica la ausencia de

signos tempranos y que los signos y síntomas corresponden a la enfermedad típica de la Vesícula Biliar.

El principal síntoma es el dolor (8-18-22-37-40) que asienta en el hipocondrio derecho (8-18-22), en algunos casos es tipo cólico (37) o bien puede ser sordo, constante (8-22-37-40) que se irradia a región interescapular, hombro derecho y a veces a hipocondrio izquierdo (18-37-40), que se acompaña de hiperestesia cuadrante superior derecho (4-40). Vadheim, Gray y Dockerty (8) dicen que es más significativo un cambio brusco y definido del carácter del dolor pero Strohl y Diffenbough (8) opinan que ese cambio es sólo guía para sospechar el diagnóstico. El dolor puede ser severo o intenso y se atribuye a invasión neural (22). Se presenta muy raramente por las noches y no hay relación con la cantidad y calidad de la comida (18). Por lo general se acompaña de síntomas generales (40) tales como Adinamia, pérdida de peso más o menos acentuada, progresando a medida que avanza la lesión, anorexia que puede deberse a la neoplasia o bien miedo a ingerir alimentos por molestias gastrointestinales.

La ictericia no es síntoma constante pero sí frecuente, en algunas series llega a verse en 65%, en otras series puede ser tan baja como 13% en la de Vadheim (37), y puede verse únicamente en la fase terminal de la enfermedad (40).

Es frecuente que los pacientes refieran síntomas gástricos, entre los cuales pueden incluir dispepsia, eructos, flatulencia (37), intolerancia a las grasas (22), náuseas, vómitos (18) constipación, pero a veces hay diarrea que puede ser intermitente (37).

La ascitis es rara (37-40).

Al examinar a estos pacientes puede encontrarse hígado aumentado de tamaño o una masa palpable en cerca del 40% de los casos (37-40). Hay aumento de la sensibilidad en hipocondrio derecho, a veces también en epigastrio, y ausente en el resto del peritoneo (37). Los exámenes de laboratorio no prestan mucha ayuda (4) pues son similares a los que se encuentran en la Colecistitis crónica calculosa (40). Vadheim (37) dice que puede haber ligera leucocitosis, cerca de 10,000 células por cm^3 , los conteos elevados por lo general se asocian a colecistitis aguda. Puede encontrarse fiebre escasa 37.5°C y, además, Ictericia. La radiografía de las vías biliares no presta ayuda alguna. En la mayoría de los casos la vesícula no se ve, variando las estadísticas desde 69.2 hasta 100%, según los autores (1-8-17).

DIAGNOSTICO

Algunos autores dicen que es difícil hacer este diagnóstico. Aramburú (3) cree que puede llegar a sospecharse por lo menos en el 50%. Caldarola (8) dice que es hecho a menudo en la sala de operaciones. Algunos autores dan importancia a los síntomas aunados a masa palpable (40) y en ciertos casos toman biopsia, pero se ha comprobado que dicha punción es peligrosa por el riesgo de producir peritonitis biliar (40). También puede hacerse por medio de la peritoneoscopia.

En los casos en que se efectúa biopsia, algunos autores (9) recomiendan tratar el área con Citotóxicos (Lugol).

PRONOSTICO

Por lo general el pronóstico es malo, la muerte sobreviene poco tiempo después de iniciados los síntomas (40) y se reduce la sobrevivencia de 5 o más años hasta el 1% (6-9-38) si el diagnóstico se hizo tardío. Aumenta especialmente en aquellos casos en que no se hace diagnóstico y la lesión es descubierta por el patólogo (2-25).

El pronóstico es peor en aquellos casos en que la lesión atraviesa la barrera de la pared vesicular. Appleman y colaboradores (2) reportaron 4 casos con sobrevivencia de más de 25 años y 8 casos con 20 años más de vida. Roberts (32) reporta un caso con sobrevivencia de trece años y medio.

En todos los anteriores sólo se efectuó Colecistectomía y la lesión fué descubierta por el Patólogo (2-32).

Fahim (13) estudió la sobrevivencia de los pacientes, según el procedimiento quirúrgico efectuado y encontró lo siguiente: 14.3% de los pacientes con sobrevivencia de 5 años, sólo habían recibido el beneficio de la Colecistectomía. Cuando además de la Colecistectomía se efectuó resección hepática, la sobrevivencia de 5 años se redujo al 5.3%. En un caso en que además de los dos procedimientos anteriores se resecó el ángulo hepático del colon y la parte distal, fué de 7 meses.

Appleman concluye que es mejor el pronóstico en aquellos casos en que no se hace diagnóstico ni se sospecha, y es el Patólogo quien encuentra la lesión.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección debe de ser quirúrgico y es la Colectectomía Temprana (6-8-12-29) la única medida profiláctica que existe, y debe de efectuarse cuando hay indicación de ella, justifican este criterio tomando en cuenta no sólo la posibilidad de desarrollar cáncer, sino también por las complicaciones de la Colectistitis crónica calculosa (40).

Rhoads (8-29) dice que esperar 5 años para efectuar la Colectectomía en pacientes mayores de 59 años, es aumentar el riesgo de lesión neoplásica a 89%. McDonald y colaboradores (24) dicen que debe efectuarse la Colectectomía, a menos que la muerte del paciente sea inevitable a corto plazo.

Fahin (13) y Wedge (14) recomiendan que al efectuar la Colectectomía se haga resección linfática, conductos y resección de órganos adheridos y del lecho hepático en los casos en que hay sospecha de neoplasia.

Farreras (15) dice que las operaciones anticancerosas sólo están indicadas en las fases iniciales de la enfermedad o cuando aún está localizada en el órgano o víscera, y que si 5 años después no hay enfermedad, se puede considerar "Virtualmente Curado". Las intervenciones profilácticas se indicarían siempre que los riesgos técnicos de la misma sean inferiores a la peligrosidad de la lesión a convertirse en cáncer si se abandona a sí misma. No recomienda la Colectectomía como operación profiláctica, sin embargo Roberts (32) cree que con sólo efectuarla se hubiera prevenido, al menos en la mitad de los casos afectados.

El procedimiento quirúrgico a seguir depende en cada caso de los

hallazgos en la mesa de operaciones (8). Algunos autores se inclinan por lobectomía derecha (8-31) y aducen en su favor que con sólo el 20% del órgano se puede obtener función adecuada del mismo. Pack (31) la recomienda cuando la lesión está sólo en el lóbulo derecho. Chandler (9) dice que es conveniente efectuarla, pues este tipo de neoplasia no se disemina a distancia.

Pack (31) contraindica la lobectomía derecha total o parcial en los casos en que hay lesiones del lóbulo izquierdo, síndromes de Chiari, en casos de cirrosis asociada, lesiones neoplásicas asociadas o lesiones en los vasos hepáticos. Farreras dice que la Tromboflebitis es signo de inoperabilidad. Thorbjarnersen y Glenn (8) contraindican la intervención en casos de metástasis lejana, afección de ambos lóbulos hepáticos, lesión en la arteria hepática o vena porta o en casos en que hay extensión a lo largo de los conductos hepáticos.

Algunos autores han usado la irradiación con mostaza nitrogenada (8), lo cual parece no tener valor, pero Klopp y Burman apoyan el uso de la droga diciendo que hace el tumor más ascequible a la Cirugía.

SEGUNDA PARTE

MATERIALES Y METODOS

Para el presente trabajo se revisaron 31 casos de los últimos 10 años, pertenecientes a dos Servicios de Cirugía de Mujeres del Hospital General (14 casos del Primer Servicio y 17 del Segundo), además de dos casos de la Clínica Privada.

Se procedió en cada caso a hacer un análisis de la historia de la enfermedad por la cual consultaron, de sus antecedentes patológicos, de los hallazgos al examen físico, datos de laboratorio, records operatorios y evolución de las pacientes en el post-operatorio, tanto mediato, inmediato y tardío, como de la sobrevida de las pacientes.

Respecto al estudio efectuado al hacer la revisión de los records, observamos en algunos la falta de detalles de los hallazgos macroscópicos durante el acto operatorio, y también en lo que se refiere a la ausencia o presencia de cálculos en la Vesícula Biliar. Tampoco hay referencia a cerca de la región de la Vesícula en que se tomó biopsia para estudio anatomopatológico.

Merece comentario el hecho de que en nuestro medio, por las dificultades que existen para seguir la evolución de las pacientes después que egresan de los servicios hospitalarios, únicamente encontramos información de los resultados en algunos records, en lo que se refería al aspecto sobrevida, teniendo seguridad del tiempo de sobrevida en 1 caso (de Clínica Privada) en que al momento de escribir estas líneas lleva 6 años y 1 mes, después del acto quirúrgico.

Para documentación se revisó la literatura del S. G. & O., abstractos y artículos aparecidos en dicha revista. También fueron revisadas las Clínicas Quirúrgicas de Norte América y Proceedings del Staff de la Clínica Mayo, todas publicaciones aparecidas en los últimos 10 años.

Se revisaron los trabajos de tesis de los Doctores Germán Aramburú, Jorge Malouff y Leopoldo Mérida. De la tesis del Dr. Aramburú se escogieron algunos artículos que también fueron revisados y los casos presentados por él en dicho trabajo, para hacer un análisis comparativo con los casos presentados por nosotros.

CASUISTICA

CASO #1. M. M. de G., 12/VIII/55, 1 C.M., Obs. 2298, 39 años, femenino, G.7, P.6, Ab.1.- Refiere dolor tipo cólico de leve intensidad en hipocondrio derecho con sensación de "bola" en dicha área, de 8 años de evolución. Además, intolerancia de grasa, flatulencia, estreñimiento, escalofríos y fiebre asociado a los cólicos. Una sobrina fué operada de Litiasis Biliar. Al examen se palpó masa dolorosa de 5 cms. de diámetro que sigue los movimientos de la respiración. En el colecistograma se notó la presencia de arenilla en la vesícula.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 4,100,000 por mm^3 ; hemoglobina 14 grs.%; sedimentación 4 mm. en una hora; glóbulos blancos 7,800 por mm^3 ; bilirrubina indirecta 0.2 mgrs.%; índice ictérico 5U; proteínas totales 6 grs.%; albúmina 2.8 grs.%; globulina 3.2 grs.%; relación 0.87.

Se diagnosticó Colecistitis crónica calculosa. El 19 del mismo mes se efectuó laparatomía, extrayéndose cálculos de la vesícula y se hizo biopsia de ganglio del colédoco que fué informado como adenocarcinoma de la vesícula. Paciente probablemente fallecida.

CASO #2. J. V., 2/XI/55, 2 C.M., Obs. 8178, 68 años, femenino, G.8, P.8.- Consulta por dolor en hipocondrio derecho, persistente, de 15 días de evolución, refiriendo masa palpable en dicha área. También refiere náuseas y vómitos. Al examen se encontró masa palpable en hipocondrio derecho. En colecistograma, vesícula excluída, sombras sospechosas de cálculos.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,230,000 por mm^3 ; hemo-
globina 11.5 grs.%; sedimentación 1 mm. en una hora; glóbulos blan-
cos 11,400 por mm^3 ; bilirrubina indirecta 7 ngs.%; directa negati-
va; tinol 6U; cefalina colesterol negativa.

Se pensó en Colecistitis crónica calculosa y se intervino el 14 del
mismo mes, efectuándose biopsia de vesícula biliar. Microscópica-
mente se diagnosticó Adenocarcinoma de Vesícula Biliar. La pacien-
te probablemente falleció.

CASO #3. I. G. M., 23/VI/56, 1 C.M., Obs. 2742, 59 años, femenino,
G.7, P.3, Ab.4.- Desde hace 5 meses ha venido padeciendo de dolor
abdominal, constante, en hipocondrio derecho, con exacerbaciones de
tipo cólico. A la vez refiere anorexia, estreñimiento, intoleran-
cia a las grasas y febrícula no controlada por termómetro. El exa-
men físico fué negativo. En el colecistograma no se visualizó la
vesícula.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,200,000 por mm^3 ; hemo-
globina 12.5 grs.%; sedimentación 7 mm. en una hora; glóbulos
blancos 6,500 por mm^3 .

Se hizo diagnóstico de Colecistitis Aguda. Fué operada el 23 de
julio del mismo año, efectuándose biopsia de epiplón y biopsia del
hígado, en ambas el informe anatomopatológico fué de Adenocarcino-
ma. La paciente falleció.

CASO #4. M. R. de G., 18/VIII/56, 1 C.M., Obs. 2836, 45 años, fe-
menino, G.10, P.10.- Ingresó por ictericia, acoloria, anorexia y
distensión abdominal, de un mes de evolución; además, refería dolor cólico

en epigastrio irradiado a hipocondrio y hombro derecho. Con anterioridad había padecido de cólicos ocasionales del mismo tipo. No se hizo colecistograma.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,000,000 por mm^3 ; hemoglobina 11.5 grs.%; glóbulos blancos 7,600 por mm^3 ; índice ictérico que tuvo variaciones de 31 a 63U; fosfatasa alcalina 2.2U; cefalina colesterol + en 48 horas; takata ara negativa; bilirrubina indirecta 8.6 mgs.%; bilirrubina directa fuerte; timol 6U; proteínas totales 6.90 grs.%.
Se diagnosticó como Colecistitis crónica calculosa con Coledocolitiasis. El 14 de Septiembre de ese año se le efectuó biopsia de epiplón y de vesícula biliar que microscópicamente fué reportado como Adenocarcinoma Biliar. La paciente falleció.

CASO #5. T. M. G., 6/III/57, 1 C.M., Obs. 3091, 49 años, femenino, G.6, P.6.- Ingresó refiriendo crecimiento progresivo de tumefacción en flanco derecho, dolorosa sólo a la palpación, que se acompañaba de anorexia y estreñimiento. Refirió que el padre había muerto de afección hepática (?). Al examen se palpaba masa en flanco y fosa ilíaca derecha, mate, dura, nodular, dolorosa a la palpación. El colecistograma no mostró la vesícula.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,200,000 por mm^3 ; hemoglobina 10.5 grs.%; sedimentación 32 mm. en una hora; glóbulos blancos 9,900 por mm^3 ; proteínas totales 5.70 grs.%; albúmina 3.36 grs.%; globulina 2.34 grs.%; relación 1:4.

Se pensó como posibilidades diagnósticas en hidrocolecisto o hepatoma. Fué intervenida el 15 del mismo mes, extrayéndose cálculos

de la vesícula y se tomó biopsia hepática. El informe de Patología fué de Carcinoma Anaplástico grado 4, de origen en la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #6. J. P. de L., 23/VIII/58, 1 C.M., Obs. 3820, 57 años, femenino, G.10, P.6, Ab.4.- A su ingreso la paciente refirió dolor pungitivo en hipocondrio derecho que se irradiaba a epigastrio y región lumbar derecha; con sensación de masa en dicha área. Al examen se encontró hepatomegalia de 14 cms. por debajo del reborde costal y línea media clavicular, dura, nodular, dolorosa a la palpación. No se visualizó la vesícula en el colecistograma.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,300,000 por mm^3 ; hemoglobina 12.5 grs.%; sedimentación 57 mm. en una hora; glóbulos blancos 8,600 por mm^3 ; fosfatasa alcalina 3.1U; cefalina colesterol \pm en 48 horas; timol 4U; bilirrubina directa 0.3 mgrs.%; índice icterico 5U; takata ara negativa; proteínas totales 7.76 grs.%; albúmina 3.58 grs.%; globulina 4.18 grs.%; relación 0.85.

Se tuvo la impresión de un Carcinoma de Vesícula Biliar. Se intervino el 5 de Septiembre del mismo año, extrayéndose cálculos de la vesícula. Se tomó biopsia de la misma, que fué informada como Carcinoma Anaplástico de origen vesicular. La paciente falleció.

CASO #7. J. S. C., 11/IX/58, Obs. 3843, 68 años, femenino, G.7, P.7.- La paciente refería dolor epigástrico irradiado a ambos hipocondrios, región lumbar derecha y escápula izquierda, con dolor suave localizado en hipocondrio derecho. Esto se acompañaba de flatulencia, intolerancia a las grasas y estreñimiento, todo con una

evolución de 22 días. Había presentado molestias similares hacía 8 años. Al examen se palpó masa dura, dolorosa y redondeada en flanco y mesogastrio derecho. Radiológicamente se hizo diagnóstico de Vesícula Excluída.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 4,300,000 por mm^3 ; hemoglobina 14 grs.%; sedimentación 36 mm. en una hora; glóbulos blancos 8,200 por mm^3 ; bilirrubina total 0.5 mgs.%; bilirrubina directa negativa; índice ictérico 7U; cefalina colesterol + + + en 48 horas; proteínas totales 7.70 grs.%; albúmina 3.92 grs.%; globulina 3.98 grs.%; relación 1.

Se diagnosticó como Colecistitis crónica calculosa con Hidrocolecisto. El 27 del mismo mes fué intervenida, extrayéndose cálculos de la vesícula biliar. La paciente falleció.

CASO #8. D. M. de A., 18/XI/58, 2 C.M., Obs. 9360, 64 años, femenino, G.O, P.O.- A su ingreso la paciente refería dolor sordo en el epigastrio, acolia, coloración amarillenta de la piel acompañada de prurito, también fiebre y escalofríos, de 1 mes de evolución. Dos meses antes había padecido de dolor tipo cólico en epigastrio propagado a ambos hipocondrios. Su madre falleció presentando molestias similares. Refirió pérdida de 40 libras de peso en más o menos 1 año. Al examen se encontró ictericia y hepatomegalia de 5 cms. por debajo del reborde costal y línea media clavicular. Se tomó radiografía, placa vacía de abdomen, pero no se visualizaron cálculos.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 2,920,000 por mm^3 ; hemoglobina 11.5 grs.%; sedimentación 25 mm. en una hora; glóbulos blancos 5,650 por mm^3 ; índice ictérico 113U; bilirrubina total

17.9 mgs.%; amilasa 96U. Somogyi; albúmina 3.85 grs.%; globulina 3.71 grs.%; proteínas totales 7.56 grs.%.
Se pensaron como posibilidades diagnósticas Colecistitis crónica calculosa y, en segundo lugar, Cáncer de Vías Biliares. El 12 de Diciembre de ese mismo año se efectuó laparatomía, durante la cual se tomó biopsia de vesícula biliar, la cual fué reportada como Adenocarcinoma de Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #9. A. R. de O., 28/XI/58, 1 C.M., Obs. 3937, 67 años, femenino, G.12, P.8, Ab.4.- A su ingreso refería haber presentado coloración amarillenta de la piel que desapareció hace 1 mes, y notó una masa dolorosa en hipocondrio derecho, molestias que se acompañaron de flatulencia, pirosis, anorexia, coluria y acolia. Al examen se encontró hepatomegalia no dolorosa, vesícula palpable, dura, con signos de Murphy y Curvoisier Terriere positivos. Se tomó placa vacía de abdomen en la que sólo se visualizó sombra hepática aumentada de tamaño.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,000,000 por mm^3 ; hemoglobina 10.5 grs.%; sedimentación 36 mm. en una hora; glóbulos blancos 9,800 por mm^3 ; fosfatasa alcalina 3.4U; bilirrubina directa positiva fuerte; bilirrubina total 18.2 mgs.%; timol 4U; índice icterico 94U; proteínas totales 8.40 grs.%.
Se pensó en la posibilidad de que la paciente tuviera un Carcinoma del páncreas, o bien de la vesícula biliar. Se efectuó laparatomía el 19 de Diciembre del mismo año, durante la cual se extrajeron cálculos de la vesícula y se tomó biopsia del hígado y de la pared de la vesícula. El informe anatomopatológico fué de un

Adenocarcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #10. E. C. v. de C., 6/III/59, 2 C.M., Obs. 9447, 57 años, femenino, G.11, P.9, Ab.2.- La paciente refería que desde 4 meses antes había venido padeciendo de dolor intenso y constante en epigastrio, que se acompañaba de anorexia y acolia, con coloración amarillenta de la piel y mucosas. Desde 13 años antes había venido padeciendo de dolor tipo cólico en epigastrio en forma periódica. Había notado la pérdida de 15 libras de peso en el último mes. Al examen se encontró coloración amarillenta de piel y mucosas y una masa dolorosa de 16 cms. de diámetro localizada en hipocondrio derecho. Se hizo un Colecistograma en el cual la vesícula era de aspecto normal, talvez ligeramente grande.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,110,000 por mm^3 ; hemoglobina 12 grs.%; sedimentación 52 mm. en una hora; glóbulos blancos 11,050 por mm^3 ; albúminas 3.85 grs.%; globulina 3.85 grs.%; bilirrubina total 12.5 ngs.%; índice ictérico 67U; cefalina colesterol +++ en 24 horas.

Se tuvo la impresión de un Cáncer de la Vesícula Biliar. El 16 de ese mismo mes se efectuó laparotomía, tomándose biopsia de Vesícula Biliar y del hígado, ambas fueron informadas como un Adenocarcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #11. M. E. A. B., 18/III/59, 2 C.M., Obs. 9460, 49 años, femenino, G.10, P.10.- Desde hacía un mes la paciente había venido padeciendo de dolor en epigastrio, de intensidad progresiva, constante, irradiando a región lumbar izquierda, flatulencia, eructos,

pirosis, anorexia. Había perdido peso pero no sabía la cantidad exacta. Al examen se palpó una masa en hipocondrio derecho y, además, dolor a la palpación profunda en epigastrio, flancos y ambos hipocondrios. Radiológicamente no se visualizó la vesícula. Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,240,000 por mm^3 ; hemoglobina 10.5 grs.%; sedimentación 1 mm. en una hora; glóbulos blancos 5,300 por mm^3 ; bilirrubina indirecta 0.4 mgs.%; cefalina colesterol ++++ en 24 horas; albúmina 4.02 grs.%; globulina 3.33 grs.%.

Se tuvo la impresión de que se trataba de un Carcinoma Gástrico. El 3 de Abril de ese mismo año se le hizo laparatomía extrayéndose cálculos de la vesícula, de la cual se tomó biopsia, que fué informada como un Carcinoma Anaplástico de origen vesicular. La paciente falleció.

CASO #12. T.A. P. de V., 30/III/59, 2 C.M., Obs. 9464, 62 años, femenino, G.4. P.4.- La paciente refería dolor constante en epigastrio, de intensidad progresiva, de 4 meses de evolución, que se acompañó de anorexia, pérdida de peso y coloración amarillenta de la piel. Años antes había padecido de cólicos hepáticos. Al examen únicamente se encontró una paciente ictérica. Radiológicamente la vesícula estaba excluída.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 2,350,000 por mm^3 ; hemoglobina 8 grs.%; sedimentación 135 mm. en una hora; glóbulos blancos 8,050 por mm^3 ; albúmina 2.27 grs.%; globulina 4.20 grs.%.

Se le diagnosticó Carcinoma de la Vesícula Biliar. El 10 de Abril del mismo año se hizo laparatomía, extrayéndose cálculos de la vesícula y tomando biopsia de la misma, que fué informada como

Adenocarcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #13. O. L., 30/III/59. 2 C.M., Obs. 9513, 54 años, femenino, G.1, P.1.- Desde hacía un mes la paciente había venido presentando dolor tipo cólico en hipocondrio derecho; constante, acompañado de vómitos y anorexia, coloración amarillenta de la piel y mucosas sin prurito. Dos años antes había padecido molestias similares. Refería haber perdido 10 libras en los últimos dos años. La madre de ella falleció a consecuencia de un Cáncer en el Abdomen. Al examen se encontró hepatomegalia de 5 cms. por debajo del reborde costal y línea media clavicular. Coloración amarillenta de la piel y mucosas. En el colecistograma se veía dilatación del cólecodo con vesícula excluida.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 2,500,000 por mm^3 ; hemoglobina 8 grs.%; sedimentación 15 mm. en una hora; glóbulos blancos 14,150 por mm^3 ; bilirrubina total 4.5 mgs.%; timol 6U; cefalina colesterol ++++.

Se tuvo la impresión de que se trataba de un Carcinoma de la Vesícula Biliar. El 11 de Mayo de ese año se tomó biopsia de Vesícula Biliar, que fué informada como Adenocarcinoma Coloide grado 3 de Vesícula Biliar. Paciente fallecida.

CASO #14. M. A. de C., 2 C.M., Obs. 9545, 76 años, femenino, G.8, P.7, Ab.1.- La paciente refería sensación de masa en hipocondrio derecho, acompañada de dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho, estreñimiento y coloración amarillenta de la piel y mucosas, de 3 meses de evolución. Dos años antes se le había

efectuado gastrectomía por úlcera gástrica. Radiológicamente la vesícula estaba excluída.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,030,000 por mm^3 ; hemoglobina 10.5 grs.%; sedimentación 40 mm. en una hora; glóbulos blancos 4,550 por mm^3 .

Se tuvo la impresión de un Hidrocolecisto y, como segunda posibilidad, un Carcinoma de Vías Biliares. Fué intervenida el 3 de Julio de 1959. Se extrajeron cálculos de la vesícula, se tomó biopsia que fué informada como un Carcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #15. L. G. v. de E., 3/VII/59, 1 C.M., Obs. 4141, 70 años, femenino, G.8, P.7, Ab.1.- Desde hacía 12 días la paciente refería dolor tipo cólico en hipocondrio derecho irradiado hacia la espalda, que se acompañaba de flatulencia, náuseas, vómitos fuertes y amargos. Asimismo, refería sensación de escalofríos y fiebre acompañando al cólico. Siete años antes había presentado las mismas molestias y en un colecistograma se había encontrado arenilla en la vesícula biliar. El colecistograma actual mostró colédoco dilatado con cálculo engravado en el mismo y vesícula excluída.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,200,000 por mm^3 ; hemoglobina 11 grs.%; glóbulos blancos 11,900 por mm^3 ; proteínas totales 7 grs.%; albúmina 4.02 grs.%; globulina 2.98 grs.%; relación 1:3.

Se pensó que la paciente padecía una Colecistitis crónica calculosa con Coledocolitiasis. Fué intervenida el 6 de Julio del mismo

año, extirpándose la Vesícula Biliar, en la que se encontró un Adenocarcinoma grado 2. La paciente falleció.

CASO #16. O. de S., C.P., Obs. 2671, 44 años, femenino, G.4, P.3, Ab.1.- Desde hacía dos meses había venido padeciendo de dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado hacia la espalda y hombro derecho. En los últimos 8 días se presentó casi a diario, acompañándose de náuseas, vómitos y febrícula. Ha notado coloración amarillenta de la piel y ha perdido 10 libras de peso en un año. Presentó cólicos hepáticos hace un año. 19 años atrás le extirparon el apéndice y un quiste ovárico. En 1949 le ligaron las trompas. Su padre falleció de un Carcinoma Gástrico. Al examen se encontró coloración amarillenta de la piel y mucosas y dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 4,210,000 por mm^3 ; hemoglobina 12.8 grs.%; sedimentación 12 mm. en una hora; glóbulos blancos 10,400 por mm^3 ; cefalina colesterol negativa; timol 2.8U; bilirrubina directa 0.37 ngs.%; bilirrubina indirecta 0.35 ngs.%; bilirrubina total 0.72 ngs.%.
Se tuvo la impresión diagnóstica de Colecistitis crónica calculosa.

Fue operada el 14 de Enero de 1960, extirpándose la vesícula en la cual habían cálculos. La pieza fue enviada a Patología y en ella se encontró un Adenocarcinoma grado 1 de la mucosa. La paciente aún vive, después de 6 años, permaneciendo en buen estado.

CASO #17. V. A. de T., 25/IV/60, 1 C.M., Obs. 4492, 55 años,

femenino, G.4, P.4.- Desde hacía un mes había venido quejándose de dolor sordo, persistente, de leve intensidad, en hipocondrio izquierdo irradiado a epigastrio e hipocondrio derecho, y coloración amarillenta de piel y mucosas. También refería haber notado tumefacción dolorosa en hipocondrio derecho. Hubo pérdida de 4 libras de peso desde que se iniciaron sus molestias, las cuales se acompañaron de anorexia y a veces de escalofríos y fiebre.

Radiológicamente se diagnosticó Vesícula Excluída.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 4,260,000 por mm³; hemoglobina 12.2 grs.%; sedimentación 17 mm. en una hora; glóbulos blancos 4,400 por mm³; timol y cefalina colesterol negativos; bilirrubina directa 10.3 mgs.%; bilirrubina indirecta 2.6 mgs.%; índice ictérico 99U: fosfatasa alcalina 3.9U.

Se tuvo la impresión clínica de Colecistitis crónica calculosa y fué intervenida el 29 del mismo mes, efectuándosele únicamente biopsia de epiplón menor. El informe de Patología fué de un Carcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #18. J. T. de M., 28/VI/60, 2 C.M., Obs. 9889, 70 años, femenino, G.9, P.9.- La paciente desde hacía dos meses venía padeciendo de dolor sordo en epigastrio irradiado a flanco e hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, anorexia y acolia que al principio se acompañaron de escalofríos y sensación de fiebre. Al mismo tiempo refería haber notado coloración amarillenta de la piel y la presencia de una masa en hipocondrio derecho; también pérdida de 25 libras de peso en dos meses. Radiológicamente se observó que la curva duodenal era más amplia que lo normal.

Exámenes de Laboratorio: Glóbulos rojos 4,030,000 por mm^3 ; hemoglobina 14 grs.%; sedimentación 86 mm. en una hora; glóbulos blancos 10,000 por mm^3 ; bilirrubina directa 8.2 mgs.%; bilirrubina indirecta 5.4 mgs.%; timol 18U; cefalina colesterol ++++ en 24 horas; fosfatasa alcalina 4.6U; albúmina 4.55 grs.%; globulina 2.45 grs.%. Se pensó que la paciente padecía un Carcinoma de la cabeza del páncreas. El 8 de Julio de ese año fué intervenida, extrayéndose cálculos de la vesícula y, además, se tomó biopsia de epiplón que anatomopatológicamente fué informada como un Carcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #19. A. v. de M., 29/VIII/60, 2 C. M., Obs. 9978, 57 años, femenino, G.?, P.?- La paciente ingresó por dolor epigástrico constante, acompañado de diarreas, escalofríos y fiebre, pérdida de peso (?), coloración amarillenta de la piel y mucosas y por haber notado una masa en hipocondrio derecho, todo de 6 a 7 meses de evolución. Al examen se encontró tumefacción palpable y dolorosa en hipocondrio derecho; radiológicamente la vesícula estaba excluida. Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,090,000 por mm^3 ; hemoglobina 10.5 grs.%; sedimentación 98 mm. en una hora; glóbulos blancos 12,600 por mm^3 ; bilirrubina indirecta 0.4 mgs.%; timol 2U; cefalina colesterol negativa; fosfatasa alcalina 4U; tiempo de protrombina 28%.

Se pensó como posibilidad diagnóstica en un Carcinoma de la Vesícula Biliar. Se intervino a la paciente el 10 de Septiembre de ese año, extrayéndose cálculos de la vesícula, de la cual se procedió a tomar biopsia que fué informada como un Carcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #20. 2 C.M., Obs. 10004, 50 años, femenino, G.11, P.11.-

Desde 25 días antes de su ingreso la paciente se quejaba de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho irradiado a la espalda, acompañado de escalofríos y fiebre, vómitos, acolia y coloración amarillenta de la piel. Al examen se encontró dolor a la palpación en hipocondrio derecho, con hígado ligeramente aumentado de tamaño. Se efectuó un colecistograma pero no se visualizó la vesícula ni cálculos.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,190,000 por mm^3 ; hemoglobina 10.5 grs.%; sedimentación 85 mm. en una hora; glóbulos blancos 13,400 por mm^3 ; bilirrubina directa 9 mgs.%; bilirrubina indirecta 5.5 mgs.%; timol 5U; cefalina colesterol + en 48 horas. Se pensaron como posibilidades diagnósticas: 1) Colecistitis aguda con Colangitis; y 2) Coledocolitiasis. El 14 de Octubre de 1960 se efectuó laparatomía, durante la cual se extrajeron cálculos de la vesícula y se tomó biopsia de la misma, que fueron informados por el Departamento de Patología como un Carcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #21. M. C. de E., 10/XI/60, 1 C.M., Obs. 4761, 34 años, femenino, G.7, P.7. Desde hacía 7 meses la paciente había venido padeciendo de dolor en hipocondrio derecho irradiado a región interescapular, tipo cólico, constante, que se acompañaba de intolerancia a las grasas, anorexia y flatulencia. Había notado la presencia de tumoreación palpable dura, dolorosa por debajo del reborde costal derecho y refería haber perdido 9 libras de peso en los últimos 7 meses.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,300,000 por mm^3 ; hemoglobina 11.5 grs.%; sedimentación 50 mm. en una hora; glóbulos blancos 7,100 por mm^3 ; bilirrubina total 0.3 mgs.%; índice icterico 5U; cefalina colesterol +++ en 24 horas; proteínas totales 7.91 grs.%; albúmina 4.41 grs.%; globulina 3.50 grs.%; relación 1:2.

Se tuvo la impresión de que se trataba de una Colecistitis crónica calculosa con un hidrocolecisto asociado. El 25 del mismo mes se le efectuó una laparatomía, tomándose biopsia hepática y de epiplón, las cuales fueron interpretadas como Carcinoma de Vesícula Biliar. Paciente fallecida.

CASO #22. C. G. H., 6/XII/60, 1 C.M., Obs. 4788, 47 años, femenino, G.5, P.5.- Desde hace dos años ha venido padeciendo de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, irradiado hacia la espalda y hombro de ese mismo lado, en forma ocasional. Dichas molestias se han acentuado y han tomado un carácter intermitente desde hace un mes, acompañándose de eructos, flatulencia, náuseas y vómitos. Desde un principio notó escalofríos y fiebre junto con las molestias. Al examen físico se palpó una masa dura, dolorosa, en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Se encontró también ictericia. Se ordenó una placa vacía de abdomen, en la cual se veían sombras densas en el área correspondiente a la Vesícula Biliar, sugestivas de cálculos.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,400,000 por mm^3 ; hemoglobina 14 grs.%; sedimentación 10 mm. en una hora; glóbulos blancos 11,600 por mm^3 ; índice icterico con variaciones de 23 a 49U;

rrubina total 4.8 mgs. %: bilirrubina directa 3 mgs. %: bilirru-
indirecta 1.8 mgs. %: cefalina colesterol + en 48 horas: ti-
3U: fosfatasa alcalina 3.6U: proteínas totales 7 grs. %: albú-
s 3.85 grs. %: globulina 3.15 grs. %: relación 1:2.

ensó que la paciente padecía de Coledocolitiasis. Fue inter-
da el 16 del mismo mes y durante la intervención se tomó biop-
hepática, la cual fue informada como un Adenocarcinoma de la
cula Biliar. Paciente fallecida.

#23. I. T., 2 C.M., Obs. 10068, 61 años, femenino, G.8, P.7,

.- Desde hacía 3 meses la paciente refería dolor constante en
estrio, irradiado a ambos hipocondrios. Desde esa misma fecha
a notado coloración amarillenta de la piel, acolia, anorexia
treñimiento, así como pérdida de peso. 17 años antes había
entado molestias similares, a excepción de la coloración ama-
enta de la piel.

enes de Laboratorio: glóbulos rojos 2,680,000 por mm^3 : hemo-
ina 8 grs. %: sedimentación 89 mm. en una hora: glóbulos blan-
13,850 por mm^3 : bilirrubina directa 6.1 mgs. %: bilirrubina in-
cta 2.9 mgs. %: timol 4U: cefalina colesterol negativa.

ensó que la paciente podía estar padeciendo de un Cáncer de la
cula Biliar. El 23 de Diciembre se hizo laparatomía, tomándo-
iopsia de la Vesícula Biliar, en la que se encontró un carci-
de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

#24. I. M. de A., 23/XII/60, 2 C.M., Obs. 10076, 65 años, fe-
no, G.7, P.6, Ab.1.- La paciente refería a su ingreso dolor

tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, acompañados de náuseas, vómitos, anorexia, acolia, escalofríos y fiebre al principio, pérdida de 40 libras de peso más o menos desde que se iniciaron sus molestias, de 4 meses de evolución, y coloración amarillenta de la piel en los últimos 2 meses. La madre de ella, al morir, había presentado intensa coloración amarillenta de la piel. Al examen se encontró en la paciente hepatomegalia nodular, de 4 cms. por debajo de reborde costal y línea media clavicular, dolorosa.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,010,000 por mm^3 ; hemoglobina 9.5 grs.%; sedimentación 47 mm. en una hora; glóbulos blancos 8,500 por mm^3 ; bilirrubina directa 5.5 mgs.%; bilirrubina indirecta 4.3 mgs.%; fosfatasa alcalina 4.2U; timol 9U; cefalina colesterol +++ en 48 horas.

Se pensaron como posibilidades diagnósticas: 1) Colecistitis crónica calculosa; 2) Carcinoma de la Vesícula Biliar. El 19 de ese mismo mes se efectuó laparatomía, durante la cual se extrajeron cálculos de la vesícula, de la cual se tomó biopsia que al examen microscópico resultó ser Adenocarcinoma de la Vesícula grado 3. Paciente fallecida.

CASO #25. M. S. A., 24/VI/61, 2 C.M., Obs. 10275, 42 años, femenino, G.6, P.5, Ab.1.- En los últimos dos meses la paciente ha venido padeciendo de dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a la espalda. Se ha hecho constante en los últimos 6 días, acompañándose de estreñimiento. El padre de la paciente falleció a causa de un tumor en el hígado y en la vesícula. Al examen únicamente se encontró en la paciente signo de

Murphy positivo. Un colecistograma no mostró la vesícula.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,480,000 por mm^3 ; hemoglobina 11 grs.%; sedimentación 38 mm. en una hora; glóbulos blancos 6,850 por mm^3 .

Se tuvo la impresión clínica de una Colecistitis crónica calculosa. El 7 de Julio del mismo año se le efectuó colecistectomía, se envió la pieza extirpada a Anatomía Patológica, donde encontraron un Adenocarcinoma grado 2 de la Vesícula Biliar. Paciente fallecida.

CASO #26. L. F. G., 10/I/61, 2 C.M., 60 años, femenino, Obs. 10088, G.5, P.5.- La paciente refería que desde un mes antes había empezado a padecer dolor lumbar propagado a hipocondrio y flanco derecho y epigastrio, acompañado de vómitos, estos fétidos y acuosos. Dichas molestias se acompañaron al principio de escalofríos y fiebre. También refería haber perdido 14 libras de peso en los últimos 6 meses, y 4 años antes haber padecido de dolor epigástrico con el mismo carácter. Se le tomó un colecistograma en el cual únicamente se visualizó un colédoco dilatado.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,610,000 por mm^3 ; hemoglobina 12 grs.%; sedimentación 46 mm. en una hora; glóbulos blancos 6,850 por mm^3 .

Se le diagnosticó una Colecistitis crónica calculosa. El 23 de ese mismo mes y año se le efectuó Colecistectomía y al enviar la pieza a Anatomía Patológica resultó ser un Adenocarcinoma Papilar grado 3. La paciente falleció.

CASO #27. I. G., 17/IX/61, 2 C.M., Obs. 10419, 55 años femenino, G.3, P.2, Ab.1.- 40 días antes de su ingreso la paciente había venido notando coloración amarillenta de la piel en forma progresiva, que se acompañó de vómitos postprandiales y sensación de masa en hipocondrio derecho, no dolorosa. 6 meses antes había presentado dolor tipo cólico en hipocondrio derecho. Una placa vacía de abdomen no reveló ninguna patología.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,830,000 por mm^3 ; hemoglobina 13 grs.%; sedimentación 25 mm. en una hora; glóbulos blancos 7,350 por mm^3 ; bilirrubina total 10.9 mgs.%; bilirrubina directa 6.3 mgs.%; bilirrubina indirecta 4.6 mgs.%; timol 8U; cefalina colesterol +++ en 48 horas.

Se tuvo la impresión de que la paciente padecía: 1) Carcinoma de las vías biliares; 2) Carcinoma del páncreas; 3) Coledocolitiasis. El 22 de Octubre de 1961 se le efectuó laparatomía exploradora, durante la cual se procedió a tomar biopsia del fondo de la vesícula biliar, la que fué informada por el Departamento de Patología como un Adenocarcinoma de la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

CASO #28. F. L. de P., 9/XI/61, 2 C.M., Obs. 10479, 52 años, femenino, G.9, P.8, Ab.1.- Refería la paciente que desde 5 meses antes había venido padeciendo de dolor constante en hipocondrio derecho, propagado a región lumbar y hombro derecho, con exacerbaciones de tipo cólico, así como el aparecimiento de más de una masa dura en hipocondrio derecho. Dichas molestias se acompañaron de náuseas, vómitos y anorexia, así como de pérdida de peso. Al exa-

men se palpaba una masa dura de bordes irregulares de 10 X 13 cms. de tamaño, localizada en hipocondrio derecho. Se tomó placa vacía de abdomen que fué informada como normal.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,200,000 por mm^3 ; hemoglobina 11 grs.%; sedimentación 32 mm. en una hora; glóbulos blancos 42,280 por mm^3 ; fosfatasa alcalina 4.7U.

Se pensó en la posibilidad de un cáncer de la vesícula biliar. El 17 de ese mes se le efectuó laparatomía, durante la cual se tomó biopsia de epiplón y de la vesícula biliar, la que estaba engrosada. Se enviaron a Patología, de donde informaron la presencia de un Adenocarcinoma de la Vesícula Biliar, con metástasis al epiplón. Paciente fallecida.

CASO #29. G. E. R., 2 C.M., Obs. 10509, 52 años, femenino, G.10, P.9, Ab.1.- La paciente refería que 7 días antes a la fecha de su ingreso había empezado a padecer de dolor en hipocondrio derecho, de intensidad progresiva, que se acompañó de náuseas, vómitos, escalofríos y fiebre. Un año antes había presentado molestias similares. Al examen se observó coloración amarillenta de las conjuntivas y signo de Murphy positivo. Se le tomó una placa vacía de abdomen que fué normal. En un colecistograma la vesícula era difícilmente visible y en otro posterior, excluída.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 4,270,000 por mm^3 ; hemoglobina 14 grs.%; sedimentación 34 mm. en una hora; glóbulos blancos 4,250 por mm^3 ; fosfatasa alcalina 3.7U; índice ictérico 11U; bilirrubina total 1.3 mgs.%; bilirrubina directa 0.5 mgs.%; timol 3U; cefalina colesterol ++++ en 48 horas.

Se pensaron como posibilidades diagnósticas: 1) Colecistitis crónica calculosa; 2) Coledocolitiasis; 3) Carcinoma de la Vesícula Biliar. Se efectuó colecistectomía el 11 de Diciembre de ese año, y en la pieza enviada a Patología se encontró un carcinoma papilar grado 3, de origen en la Vesícula Biliar. La paciente falleció un año más tarde.

CASO #30. M. L. de R., 21/XII/61, 1 C.M., Obs. 5251, 42 años, femenino, G.7, P.5, Ab.2.- Desde hace 3 meses ha venido presentando dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, el que se ha irradiado a la espalda en los últimos 15 días. Desde hace 5 años ha venido padeciendo dichas molestias en forma ocasional, y hace 4 años se le efectuó una punción del hígado, durante la cual le extrajeron un líquido de color café. Todas estas molestias se acompañan de náuseas e intolerancia de las grasas, y sensación de escalofríos y fiebre. Al examen se palpaba tumoración dura, dolorosa, de 5 cms. de diámetro en hipocondrio derecho.

Exámenes de Laboratorio: Hemoglobina 12 grs.%; sedimentación 100 mm. en una hora; glóbulos blancos 9,250 por mm³; bilirrubina total 8.5 mgs.%; índice ictérico 6U; timol 9U; cefalina colesterol ++++ en 24 horas.

Se pensó que podría tratarse de un empiema de la vesícula. Fué operada el 22 del mismo mes y año, extirpándosele la vesícula, en la que se encontró un cálculo grande y el informe anatomopatológico de la pieza fué de un Adenocarcinoma de la Vesícula. La paciente falleció.

CASO #31. E. G. de P., 14/I/64, 1 C.M., Obs. 6204, 55 años, femenino, G.9, P.6, Ab.3.- La paciente a su ingreso refería que en el último mes había presentado dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, en forma casi constante, acompañado de náuseas, vómitos, flatulencia, intolerancia a las grasas, estreñimiento, escalofríos y fiebre. Estas molestias las había venido padeciendo en forma ocasional desde hacía 25 años y en una ocasión se le practicaron colecistogramas oral e indovenoso, que en ambos casos fueron interpretados como Vesícula Excluida. Al examen físico se encontró una hepatomegalia de 5 cms. por debajo del reborde costal y línea media clavicular, palpándose, además, una tumefacción dura, lisa y dolorosa, de 6 cms. de diámetro por debajo del área del hígado. Un nuevo colecistograma fue interpretado como Vesícula Excluida. Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 4,200,000 por mm^3 : sedimentación 48 mm. en una hora: glóbulos blancos 4,700 por mm^3 : fosfatasa alcalina 4.4U: proteínas totales 7.77 grs. %: albúmina 4.62 grs. %: globulina 3.15 grs. %: relación 1:4. Se le diagnosticó a la paciente una Coledocolitiasis o bien un Carcinoma del cístico (?). El 17 de ese mes se le efectuó Colecistectomía y se tomó biopsia de un ganglio prevertebral, los cuales fueron enviados a Anatomía Patológica, donde los informaron como un Adenocarcinoma de la Vesícula. Paciente fallecida.

CASO #32. C. H. de C. P., Obs. 3654, 70 años, femenino, G.4, P.4. Únicamente refería la paciente dolor epigástrico constante en los últimos 16 días, acompañados de flatulencia, anorexia, astenia, adinamia, pirosis y flatulencia. Anteriormente había padecido gas-

tritis y hepatitis tratadas por facultativos, y cólicos en hipocondrio derecho, en dos ocasiones, que fueron diagnosticadas como Colecistitis crónica calculosa. Al examen físico se encontró ictericia. Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 4,520,000 por mm^3 ; hemoglobina 13.6 grs.%; glóbulos blancos 9,200 por mm^3 ; bilirrubina directa 0.9 mgs.%; bilirrubina indirecta 0.4 mgs.%; bilirrubina total 1.3 mgs.%; timol 2.3U; cefalina colesterol negativa; fosfatasa alcalina 7.5U; transaminasa 17.19U.

Se le diagnosticó una ictericia obstructiva secundaria a 1) Cáncer de la Vesícula Biliar; 2) Coledocolitiasis. El 11 de Febrero de 1964 se le efectuó laparatomía exploradora, procediendo a tomarse biopsia de ganglios y de Vesícula Biliar. Ambas fueron informadas como un Adenocarcinoma de la Vesícula Biliar.

CASO #33. R. R. P., 18/VI/64, 1 C.M., Obs. 6358, 85 años, femenino, G.?, P.?.- Un mes antes a su ingreso la paciente empezó a padecer de dolor tipo cólico en epigastrio, irradiado a hipocondrio derecho, acompañado de prurito, náuseas, vómitos, coluria y acolia, así como coloración amarillenta de la piel y mucosas. Al examen se encontró paciente icterica en mal estado general, que se quejó de dolor abdominal difuso a la palpación, más intenso en hipocondrio y flanco derechos. El hígado se palpaba 2 cms. por debajo del reborde costal y línea media clavicular.

Exámenes de Laboratorio: glóbulos rojos 3,000,000 por mm^3 ; hemoglobina 10.5 grs.%; sedimentación 9 mm. en una hora; glóbulos blancos 4,000 por mm^3 ; índice icterico 153U; fosfatasa alcalina 6U; timol 2U; bilirrubina total 27.3 mgs.%; proteínas totales 6.47

grs.%; albúmina 3.25 grs.%; globulina 3.22 grs.%; relación 1.

Se tuvo la impresión de que la paciente padecía una Colecistitis crónica calculosa con Coledocolitiasis. El 29 de Julio de ese año se le efectuó laparatomía exploradora, pudiéndose tomar únicamente biopsia de la Vesícula Biliar, la cual fué informada como un Adenocarcinoma diferenciado de origen en la Vesícula Biliar. La paciente falleció.

TERCERA PARTE

INTRODUCCION

Esta parte del trabajo consiste en un estudio analítico de los casos presentados anteriormente y se refiere tanto a los datos generales, como sexo, edad, gestas y paras, como a cada uno de los síntomas y signos que refirieron o se encontraron en los pacientes, en el momento de su ingreso.

Además de lo anterior, hacemos una comparación entre nuestro estudio (33 casos) y el presentado por el Dr. Aramburú (3), en 1955 (22 casos) y, también, analizamos juntas ambas series.

En este estudio no incluimos los exámenes de laboratorio de los casos porque no tienen realmente valor diagnóstico en el Carcinoma de la Vesícula.

ESTUDIO Y COMPARACION

EDAD: En nuestros 33 casos la mayor incidencia se ve entre los 51 y los 60 años, siendo un total de 11 casos (33.33%), estando la mayoría entre los 55 y los 57 años. En frecuencia le sigue el decenio de los 41 a los 50 años, con 8 casos (24.24%). La menor edad en que se encontró esta enfermedad fué en una paciente de 34 años y la mayor, en una de 85.

Aranburú (3), encontró que el 40% de sus casos, estaban entre los 50 y 60 años, seguido del decenio de 40 a 50 con 36.3%. La mayor edad encontrada por él fué de 70 años y la menor de 42. Ambas series presentan la mayor incidencia de enfermedad en la quinta década de la vida, las dos juntas nos dan un 36.36% de incidencia en dicho decenio. Ambos porcentajes son similares, ligeramente menores en nuestra serie, lo cual puede ser debido al mayor número de casos analizados.

Considerar que la edad de la paciente pueda tener mayor o menor influencia con la producción de este tipo de neoplasia, nos parece un poco difícil, aunque por la acción que puedan ejercer los cálculos en una vesícula crónicamente enferma, si debe pensarse en la mayor facilidad que hay para que se produzca la neoplasia en pacientes comprendidas en las edades arriba mencionadas. Existe una alta relación entre la Colecistitis crónica calculosa y esta entidad, y es de notar que la enfermedad calculosa de la Vesícula también presenta su mayor incidencia por encima de los 40 años. La disminución que se ve por debajo de la cuarta década de la vida en el Cáncer, también puede asociarse con la dis-

minución que hay de la Colecistitis crónica calculosa, por abajo de dicha edad. En cambio el ascenso que se nota a medida que avanzan las pacientes en edad, puede deberse a muy diferentes causas, siendo la principal el padecimiento de una Colecistitis crónica calculosa de varios años de evolución que no ha sido tratada quirúrgicamente, lo cual a su vez puede ser debido a: Ausencia de síntomas en la paciente, errores diagnósticos, o bien por falta de consejo por parte del Médico tratante.

Todo lo anterior no quiere decir que la edad sea un factor determinante en la producción del Cáncer, pero sí que debe de pensarse en la posibilidad de neoplasia en una paciente por encima de la cuarta década de la vida.

Muestran ambas series, la de Aramburú (3) y la nuestra, que en nuestro medio es más frecuente encontrar la enfermedad en pacientes 10 años más jóvenes que en otras partes del mundo, de lo que se puede conjeturar que a nuestras pacientes la Colecistitis crónica calculosa se les presenta en época más temprana de la vida, o que es más frecuente en nuestro medio y que al no ser operadas tempranamente, cuando la enfermedad llega a manifestarse, puede ya haber evolucionado a un Carcinoma.

SEXO: Nuestros 33 casos pertenecen al sexo femenino. Esto es debido a que la mayoría, 31, se extrajeron de Servicios de Mujeres y sólo 2 de la Clínica Privada. Aramburú (3), en 1955, encontró 21 casos en Mujeres, tomados todos de servicios de las mismas, y un solo hombre perteneciente a Clínica Privada.

o anterior no quiere decir que sólo el sexo femenino sea afectado por la enfermedad, pues en la literatura describen que la proporción entre uno y otro sexo es de 3 a 4 mujeres por cada hombre.

EMBARAZOS: Considerando que 5 embarazos ya significan multiparidad, sí puede decirse que la hay entre las pacientes de nuestro estudio que presentaron Cáncer de la Vesícula Biliar, pues en 24 de ellas, que hacen el 72.72%, el número de gestas varió entre 5 y 11, siendo 7 y 8 gestas los de mayor incidencia. Nueve casos tenían menos de 4 hijos y en 2 no se conoció la paridad, existiendo la posibilidad de que fueran multíparas.

En una serie anterior (3) sobre 22 casos, se encontró multiparidad en 19 (90.4%). En esta serie el límite máximo fué de 16 embarazos, siendo el mínimo 2. En nuestra serie los límites son 0 gestas en 2 casos y 11 en otros dos. Sumando ambas series se encontró multiparidad en un 78.18% de las pacientes.

Parentemente esto no tiene relación alguna con el Carcinoma de la Vesícula Biliar, pero si se ha encontrado que la multiparidad es un factor coadyuvante de la Colecistitis crónica calculosa, y nosotros sostenemos la tesis de que dicha entidad es una causa predisponente para el Cáncer de la Vesícula, podemos concluir que la multiparidad puede y debe ser considerada como factor que juega algún papel determinante, aunque sea en forma secundaria, en la génesis del Carcinoma de la Vesícula.

ANTECEDENTES: Al revisar nuestra casuística encontramos en 6 pacientes (18.18%) antecedentes familiares, 3 por el

lado materno y 3 por el paterno. Unicamente 3 tenían historia de tumor y en 1 el antecedente de Ictericia. Al estudiar la historia referida por las pacientes, encontramos falta de antecedentes previos al padecimiento actual en 16 casos (48.48%), pero sí existían molestias previas, de diferentes tipos, en 17 (51.51%). Esta historia precedente consistía en dolores de tipo cólico en hipocondrio derecho en 9 casos (27.27%), dolores epigástricos en 6 casos (18.18%), y en ambos lugares en 2 casos (6.6%). Sólo en un caso hubo historia de Ictericia que se asoció a dolores tipo cólico en hipocondrio derecho.

Esta historia previa de padecimientos biliares fluctuó desde 25 años antes hasta 2 meses previos al padecimiento que ocasionó la consulta actual.

En un estudio efectuado con anterioridad, Aramburú (3) encontró que 9 de 22 casos (40.9%) tenían historia previa de dolor en hipocondrio derecho.

Comparando ambas series notamos que los antecedentes de diversas molestias que pueden ser atribuídas a la Vesícula Biliar, se presentaron con más frecuencia en la nuestra, pero que el dolor franco tipo cólico en hipocondrio derecho es mayor, porcentualmente, en la serie de Aramburú (3).

La suma de ambas series dan una incidencia de molestias previas del 47.27%, que en realidad da fuerza a la tesis consistente en que en la mayor parte de los casos hay una secuencia que existe entre padecimientos gástricos de diversas índoles, en especial diagnóstico previo de afección biliar, seguido de un período variable de tiempo, en que el paciente permanece asintomático para

seguir después con las molestias que lo llevan a la consulta última. Es, pues, así, como creémos que debe tomarse muy en cuenta e investigarse a fondo padecimientos previos en áreas de epigastrio e hipocondrio derecho, que por la ausencia anteriormente postulada puede llevarnos a sospechar un Carcinoma de la Vesícula.

ENFERMEDAD ACTUAL: La historia referida por la mayoría de las pacientes incluyó el síntoma dolor en 31 casos (93.93%) y estuvo ausente en 2 (6.06%), variando la evolución desde semanas antes de su ingreso hasta más de 10 años en algunos. Catorce pacientes no referían ningún tiempo de evolución, o bien no se investigó en forma detenida, y en 3 de ellas fué completamente desconocida. Se tomó en nuestro estudio como evolución de la enfermedad actual desde la fecha en que prácticamente empezaron los padecimientos que motivaron la consulta, sin tener en cuenta molestias similares que se hubieran presentado con anterioridad y que fueron seguidas de un período asintomático, después del cual se iniciaron las molestias ya en forma constante.

El dolor referido por las pacientes era localizado en 13 de ellas (39.39%) y presentaba irradiación en las restantes 18 (54.54%), la localización del dolor fué referida en hipocondrio derecho en 3 casos (24.24%), en epigastrio en 4 (12.12%) y en ambos lugares en 1. La irradiación fué hacia la espalda (Cuadrado de Boas) en 11 casos (33.33%), hombro derecho en 5 (15.15%) y en varios lugares a la vez en 2.

En la mayoría de los casos los padecimientos consistieron en dolor que era casi constante, sordo, de leve o mediana intensidad, con

aras exacerbaciones de tipo cólico, en escasa parte de los casos el dolor es debido a los padecimientos anteriores, acompañándose escalofríos y fiebre que nunca ascendió más allá de los 38°C en 16 casos (48.48%). Catorce pacientes (42.42%) referían el haber perdido peso. Once de ellas no podían precisar el dato, pero creían haber adelgazado, y en 8 (24.24%) fué negativo completamente el interrogatorio al respecto. La pérdida de peso no siguió ninguna curva que pudiera ser estandarizada pues fluctuaba de una paciente a otra, sin mucha relación con el tiempo de evolución con el grado de avance de la lesión, aunque si fué mayor en aquellos casos en que la lesión se encontró más avanzada en el acto quirúrgico.

La mayor pérdida de peso fué de 40 libras en 4 meses (Caso #24), seguido de 40 libras en un año (Caso #8), luego tenemos la pérdida de 15 libras en un mes (Caso #10) y 25 libras en 2 meses (Caso #18).

Alcance seis pacientes (18.18%) referieron haber notado el apareamiento de una tumefacción dolorosa en hipocondrio derecho. El 54.54% refería coloración amarillenta de piel y mucosas, que se acompañaba de prurito en 14 de ellas (42.42%). Diez pacientes referían haber notado decoloración de las heces y solamente 3, coloración obscura de la orina. Todos estos síntomas se acompañaron además de molestias gastrointestinales.

En la serie de Aramburú (3) no aparecen acolia, intolerancia a las grasas, coluria o eructos. Los demás síntomas, más o menos, fueron encontrados en ambas series, en la misma relación, predominando la tríada de náusea, vómitos y anorexia.

El orden de frecuencia con que se presentaron dichos síntomas fue-
 on:

<u>SINTOMAS</u>	<u>ARAMBURU</u>		<u>RAMIREZ</u>		<u>%</u> Ambas Series
	<u>Casos</u>	<u>%</u>	<u>Casos</u>	<u>%</u>	
Vómitos	13	59.09	15	45.45	50.90
Anorexia	16	72.72	15	45.45	56.36
Náusea	13	59.09	12	36.36	45.45
Acolia			10	30.30	18.18
Flatulencia	4	18.18	10	30.30	25.45
Estreñimiento	4	18.18	8	24.24	21.81
Int. de grasa			7	21.21	12.72
Pirosis	2	9.09	3	9.09	9.09
Coluria			3	9.09	5.45
Eructos			2	6.06	3.63
Diarréa	4	18.18	1	3.03	9.09

OLOR ACTUAL: Aramburú (3) hace una división del dolor en tipo cólico y en tipo sordo y constante. El dice que el dolor sordo y constante se ve más frecuentemente en el Carcinoma 71.4%, y que el cólico, 28%, es debido a la presencia de litiasis sin Cáncer. En nuestra serie todos los casos presentaron el dolor tipo sordo, algunos con exacerbaciones tipo cólico. En ambas series el dolor se presentó por arriba del 90% y juntas dan una incidencia del 94.54%; y de dolor sordo 83.63%, lo que realmente debe considerarse como una gran ayuda para sospechar la posibilidad de Cáncer de la Vesícula.

En los casos en los cuales hay antecedente de afección biliar, la sintomatología no es la de los cólicos anteriores.

ESCALOFRIOS Y FIEBRE: Aramburú (3) encontró esta sintomatología en 3 pacientes 13.6% y en ningún momento fué más alta de 38°C. En un caso refiere que hubo fiebre en agudías en el pre-operatorio hasta 39°C. Nosotros encontramos fiebre y escalofríos en 16 casos, 48.48%. Este aumento puede deberse a mayor investigación de estos síntomas en los pacientes, en los últimos 10 años. Juntas ambas series sólo vemos estas molestias en 34.54%, que aún puede considerarse alto. Se puede especular sobre las causas considerando la posibilidad de infección sobregregada o de metástasis hepática.

PERDIDA DE FUERZAS: Fué éste un síntoma comunmente referido por los pacientes de Aramburú, 72.72% (16 casos), habiendo observado en un caso una pérdida de 32 libras. Nosotros encontramos estas molestias en 14 casos (42.42%) y la mayor cantidad de libras perdidas fué de 40.

En ninguna de las dos series se pudo observar que la pérdida de peso siguiera una curva o hubiera alguna relación con los síntomas.

Esta molestia se ve, pues, que es muy frecuente, 36.36% las dos series juntas, y que en ambas fué variable la cantidad de libras perdidas.

EXAMEN FISICO: El signo ictericia fué encontrado en 18 pacientes (54.54%). No se encontró ninguna característica de la coloración ni de la intensidad que fué variable en diferentes pacientes, pues en algunos el índice ictérico subió por encima

de 40U. y en otros permaneció en límites bajos, menores de 10U.

El signo de Murphy fué positivo únicamente en 4 pacientes (12.12%), es muy probable que no se haya investigado este signo con la debida frecuencia.

En 14 pacientes (42.42%) se palpaba tumefacción de tamaño variable en hipocondrio derecho, en todas ellas era poco dolorosa a la palpación, especialmente si se le compara con procesos inflamatorios agudos, de consistencia dura, sin fluctuación. En algunos casos dicha masa seguía los movimientos respiratorios, sin presentar movilidad lateral, lo cual hace pensar que dicha masa se encontraba adherida al hígado, principalmente. Trece pacientes (39.39%) presentaban hepatomegalia palpable abajo del reborde costal. En 9 de ellas (69.3%) era una masa lisa y en 4 (30.8%) nodular. En 5 casos la hepatomegalia se encontró asociada a tumefacción palpable. Aramburú (3) encontró ictericia en 10 de 22 pacientes (45.4%), en nuestra serie se encontraron 18 pacientes que la presentaban (54.54%). Juntas las dos estadísticas dan una incidencia de 50.99%. Tampoco en la serie de él se encontró alguna característica de la ictericia.

DIAGNOSTICO: Se sospechó el diagnóstico de Carcinoma de la Vesícula Biliar en 14 casos (42.42%), de los cuales en 8 se tuvo como primera posibilidad, en 5 como segunda y en 1 como tercera.

Empezando la lista de impresiones diagnósticas tenemos el de Colelitiasis crónica calculosa en 13 casos (39.39%); en 7 se observó litiasis del Colédoco; en 4 oportunidades la presencia de

hidrocolecisto y en 3, un Carcinoma de la Cabeza del Páncreas. En otras oportunidades también se pensó como posibilidades diagnósticas las siguientes: Carcinoma Gástrico, Colecistitis aguda con Colangiomas, Empiema de la Vesícula, Carcinoma del colédoco y hepatoma. Hay que notar que los dos diagnósticos que con más frecuencia se tomaron en cuenta fueron el de Carcinoma de la Vesícula Biliar y Colecistitis crónica calculosa, lo cual sugiere, una vez más, la relación que puede existir entre ambos procesos y la dificultad en que puede encontrarse el Médico General para hacer el diagnóstico diferencial de ambas entidades.

7 (31.80%) de los 22 casos de Aramburú (3) se anotó como posible diagnóstico de Cáncer de la Vesícula. En nuestra serie se diagnosticó en 8 casos (24.24%). El en su serie dice que en 6 casos se se pensó en esa posibilidad, lo cual representa el 59.09% de sospecha que es superior al 42.42% (14 casos) de nuestra serie; juntando ambas series vemos que se llegó a sospechar en 27 casos de 55, que hacen un porcentaje de 49.09%.

En la serie publicada por Aramburú (3) también se ve que hubo otras posibilidades diagnósticas que se tomaron en cuenta, éstas casi las mismas que encontramos entre los casos revisados por nosotros. En ambas series el diagnóstico que siguió en frecuencia de Carcinoma es el de Colecistitis crónica calculosa.

Haciendo un estudio de los casos en que se diagnosticó Cáncer de Vesícula Biliar, no encontramos relación alguna entre los hallazgos del examen físico del área afectada y algún signo que sirviera para pensar en dicha posibilidad, pues en todos ellos, excepto en 1, no había masa palpable en dicho lugar y en los 13 restantes

palpaba el hígado aumentado de tamaño, en 3 se palpó, además, una masa que sólo en uno de los casos fué interpretada como Vesícula Biliar, o sea que ningún signo es francamente sugestivo para hacer el diagnóstico de Carcinoma de la Vesícula, pero si puede llegar a sospecharse cuando la paciente presenta una historia sugestiva de afección biliar con signos y síntomas generales que sugieren la presencia de un Carcinoma sin molestias en ninguna otra parte del organismo.

CASOS "X": En 20 pacientes (60.60%) se procedió a hacer estudio radiológico de las vías biliares. De estos, en 18 no se visualizó la vesícula, siendo visible únicamente en dos.

En 6 casos se procedió a tomar placa vacía de abdomen y en dos una placa de gastroduodenal. En uno de los 6 casos en que se tomó placa vacía de abdomen, se hicieron además dos estudios de vías biliares, los cuales en uno la vesícula no se pudo visualizar y en el otro se veía muy débilmente. En una de estas placas vacías se notaban opacidades densas que sugerían la presencia de cálculos en el lugar correspondiente a la vesícula biliar.

Como de los estudios de serie gastroduodenal se observó aumento de la amplitud de la curva duodenal; en el otro fué normal.

Como de los estudios radiológicos de las vías biliares el Radiólogo refería la presencia de arenilla en la Vesícula Biliar, y en algunos casos se observó dilatación del colédoco, sugiriendo la presencia de cálculo enclavado en el mismo. En 8 casos (24.24%) no se efectuó ningún estudio radiológico, siendo la causa de tal determinación la presencia de ictericia muy acentuada o bien el mal

estado general de las pacientes, lo que impedía la movilización de las mismas para trasladarlas al Departamento de Radiología.

Aramburú (3) en 1955, al publicar sus 22 casos, reportó colecistogramas en 14 pacientes (63.6%), lo cual le da un índice ligeramente superior 3% sobre nuestra serie (33 casos), en que encontramos dicho estudio sólo en 20 pacientes. En 10 de sus 14 casos (71.42%) encontró vesícula excluida. En nuestra serie este cuadro radiológico se presentó en 18 casos (90%) de los 20 con colecistograma.

En dos de sus casos la vesícula no era visible pero habían sombras sospechosas de cálculos, esto ocurrió sólo en un caso de nuestra serie, en que el Radiólogo informó la presencia de arenilla en la vesícula. En una placa vacía tomada a una paciente de nuestra serie notaban áreas densas que sugerían cálculos, y en 3 casos se vió dilatación del colédoco.

Reporta Aramburú (3) que en un caso encontraron radiológicamente una opacidad que sugería la presencia de un tumor intraabdominal, estudios complementarios mostraron desviación de la aorta hacia la izquierda. Este cuadro no fué visto en ninguno de nuestros casos.

Refiere Aramburú (3) la causa de que no se hayan efectuado estudios radiológicos en el resto de los pacientes por él estudiados.

RADIOLOGIA: Fué confirmada la presencia de cálculos en el tracto biliar en 15 casos (45.45%), la poca frecuencia de estudio tenemos la impresión que se debe a la falta específica de atención sobre la presencia o la ausencia de los cálculos, lo cual

no significa que en nuestros casos el Cáncer de la Vesícula Biliar no se haya asociado a la presencia de cálculos.

En 21 oportunidades (63.63%) se tomó biopsia de la vesícula biliar; en 6 (18.18%) de epiplón, en el mismo número de parénquima hepático y sólo en 3 casos de ganglios pericoledocianos o del tronco celíaco. La serie presentada por Aramburú (3) muestra una mayor incidencia de cálculos, él encontró 15 casos que los presentaban (68.1%), lo que es mayor al 45.45% encontrado por nosotros. Ambas series dan una incidencia de 56.36%.

La lesión macroscópica es mejor descrita por el Dr. Aramburú que por nosotros, lo cual creo es debido a las mismas causas apuntadas al referirnos a los cálculos. El cuadro microscópico que predominó en la serie de Aramburú fué el Adenocarcinoma, en 21 casos (95%) y sólo reporta un caso de Carcinoma Epidermoide. La misma predominancia del Adenocarcinoma fué encontrada por nosotros, 29 casos (87.87%) y la forma Epidermoide la encontramos en 4 casos (12.12%). En 9 casos el Adenocarcinoma fué considerado muy anaplástico y sólo un caso fué de la variedad coloide.

El grado de malignidad en la serie de Aramburú (3) fué reportado por los Patólogos en 15 casos (68.18%), en la nuestra solo en 8. El encontró 9 casos correspondientes al grado II de malignidad, 3 al grado III y 3 al grado IV. Nuestra serie muestra la siguiente proporción: 4 casos pertenecientes al grado III; 2 casos al grado II; y un caso a cada uno de los grados I y IV.

CUARTA PARTE

SUMARIO

En la primera parte del trabajo se hace un estudio del tema en general, en cuanto a su etiología, factores predisponentes, cuadro clínico, cuadro anatomopatológico, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, basándonos en los autores extranjeros consultados.

En la segunda parte hacemos la presentación de 33 casos clínicos que son la base principal de nuestro trabajo.

El análisis de los datos obtenidos de las 33 observaciones clínicas estudiadas, y comparación de los mismos con los obtenidos de una serie anterior publicada en Guatemala, por Aramburú (3), en 1955, se hace en la tercera parte del trabajo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES DEL TEMA EN GENERAL

- 1.- Edad: Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en la sexta década de la vida (66 a 80%).
- 2.- Sexo: Predomina en el sexo femenino en una proporción de 4:1.
- 3.- Multiparidad: Se considera que éste es un factor predisponente a la enfermedad, por el aumento de colesterol que se produce durante cada período de gestación, con la consiguiente tendencia a la formación de cálculos en las vías biliares. En la literatura no hay referencia especial sobre el número de embarazos.
- 4.- Antecedentes: En la mayoría de los casos existen antecedentes de cálculos o afección biliar previa (50 a 100%). Deben considerarse, pues, los cálculos biliares como posible causa predisponente del Cáncer en la Vesícula Biliar, debido a esa alta incidencia de Carcinoma asociado a la presencia de cálculos.
- 5.- Historia actual: La principal molestia referida por los pacientes fué el dolor (80%), acompañándose de síntomas generales en más del 80% de las veces. El dolor fué referido en el hipocondrio derecho, según algunos autores con las mismas características que el de la Colecistitis crónica calculosa.

Los autores no se ponen de acuerdo con respecto a la duración de la enfermedad, en su evolución, ni tampoco especifican el tiempo de la sintomatología.

- 6.- Masa: Según los diferentes autores, en el 40% de los casos puede palpase una masa en hipocondrio derecho.
- 7.- Ictericia: No es un síntoma constante, variando su frecuencia desde un 13 hasta un 60%.
- 8.- Radiología: Directamente no es de gran ayuda en el diagnóstico de la enfermedad, sin embargo cuando es posible efectuar colecistograma, la vesícula no se visualiza en el 70 al 100% de los casos.
- 9.- Patología: El Carcinoma de la Vesícula Biliar por lo general tiene su origen en el fondo del órgano (54%). La forma más frecuente, en más del 80%, es el Adenocarcinoma de grados III y IV, según la clasificación de Broders, en la mayoría. El Sarcoma se ve sólo en el 4%.
- 10.- Diagnóstico: Es difícil hacerlo y a menudo se hace en sala de operaciones. Según Aramburú (3), puede llegar a sospecharse en el 50% de los casos.
- 11.- Pronóstico: Es malo. La sobrevida por encima de 5 años es cercana al 1%.
- 12.- Tratamiento: El profiláctico e ideal es cuando se efectúa la Colecistectomía tempranamente en afecciones patológicas de la Vesícula Biliar, principalmente en casos de litiasis.

Cuando la lesión es descubierta por el Patólogo, sólo habiéndose efectuado Colecistectomía, la sobrevida de 5 años o más es del 5%.

Cuando el tratamiento quirúrgico es extenso, la sobrevida se reduce a 7 meses o menos.

CONCLUSIONES DE NUESTRO ESTUDIO

(Análisis de 33 Casos)

- 1.- Edad: Predominó el decenio de 51 a 60 años, con 11 casos (33%) y hubo 24 casos por abajo de los 60 años (72.72%).
- 2.- Sexo: Todos los casos estudiados pertenecen al sexo femenino.
- 3.- Multiparidad: 25 de nuestras pacientes (75.75%) tuvieron más de 4 embarazos.
- 4.- Antecedentes: En 17 casos (51.51%) hubo historia previa de padecimientos en hipocondrio derecho o epigastrio y en 15 de ellos cólicos hepáticos. En el mismo número de casos hay presencia de cálculos biliares (45.45%).

NOTA: Es de lamentar que en los records operatorios no se insista lo suficiente sobre este importante detalle.
- 5.- Historia actual: La mayoría de las pacientes refirieron historia de dolor (32 casos = 96.96%), siendo de tipo cólico en 11 casos (33.33%) y sordo constante en 21 casos (63.63%). El tiempo de evolución fué variable, siendo menor de un año en 20 casos (60.60%).
- 6.- Masa: En 9 casos (27.27%) la palpación fué negativa, pero en la gran mayoría, es decir los 24 casos restantes, (72.72%), se encontró masa palpable. En 8 de ellos se atribuyó a hepatomegalia, en 5 se pudo diferenciar el hígado de una masa extra y en los otros 11 casos se encontró una masa indiferenciable clínicamente.

- 7.- Ictérica: Se comprobó clínicamente y por laboratorio en 18 casos (54.54%).
- 8.- Radiología: Se efectuaron colecistogramas en 19 pacientes (57.57%), no siendo visible la vesícula en 18 (54.54%). En 3 de estos casos los radiólogos informaron la presencia de áreas sugestivas de cálculos en las vías biliares.
- 9.- Patología: El Adenocarcinoma fué la forma predominante, encontrándose en 29 casos (87.87%), siguiéndole en frecuencia la forma epidermoide, 4 casos (12.12%).
El grado III de malignidad predominó en 4 de los 8 casos en que fué informado, según la clasificación de Broders.
- 10.- Diagnóstico: En 14 casos (42.42%), se contempló la posibilidad diagnóstica de Carcinoma de la Vesícula Biliar y en la mayoría de ellos, 8 casos, como primera posibilidad.
- 11.- Pronóstico: Solamente un caso (3.03%) del estudio de 33, ha tenido una sobrevida mayor de 5 años. La lesión fué diagnosticada por el Patólogo en una Vesícula aparentemente enferma sólo de Colecistitis crónica calculosa.
En los restantes 32 casos (96.96%), la sobrevida fué menor.
- 12.- Tratamiento: En 7 casos se efectuó Colecistectomía.
En los restantes 26 sólo pudo tomarse biopsia en 22, de los cuales fué de la Vesícula, no pudiendo efectuarse ningún otro tipo de tratamiento.

VoBo. _____
Dr. Carlos E. Azpuru
Asesor y Revisor

QUINTA PARTE

BIBLIOGRAFIA CITADA Y CONSULTADA

- 1.- Anderson, W.A.D. Synopsis of pathology. 5th Ed. St. Louis. C. V. Mosby, 1960, pp 461-470.
- 2.- Appleman, R.M. et al. Long term survival in carcinoma of the gallblader. Surg. Gynec. & Obst. 117 (4): 459-467. 1963.
- 3.- Aramburú, Germán y C.E. Azpuru. Consideraciones sobre el carcinoma de la vesícula biliar. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Mayo de 1955. 61p.
- 4.- Avila, Lilia. Carcinoma of the gallblader. Rev. Gastroenter. Mex. 24:209. 1959. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 114(1):53-53. 1962 (original no consultado.)
- 5.- Bockus, Henry L. Gastroenterología III. Hígado, vesícula biliar, páncreas y otros trastornos gastro-intestinales. Barcelona, Salvat Edit. 1948. pp 630-648.
- 6.- Bosart, P.A. et al. Carcinoma of the gallblader. Am. J. Surg. 103:366. 1962. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 115(3):251-252. 1962. (original no consultado)
- 7.- Boyd, William. Tratado de patología general y anatomía patológica. 2a. Ed. castellano. Buenos Aires, Edit. Bernades S.R.L. 1959. pp 580-583.
- 8.- Calderola, V.T. Carcinoma of the gallblader. General Surgery Seminars, Mayo Clinic for 1959-1960. Enero 12, 1960.
- 9.- Chandler, John J. and W. S. Fletcher, Clinical study of primary carcinoma of the gallblader. Surg. Gynec. & Obst. 117(3):297-308. 1963.
- 10.- Cole, Warren. Tumors of the gallblader and bile ducts. In.- W.B.Saunders, a textbook of surgery. Christopher's 4th Ed. Philadelphia. 1945. pp 1142-1146.

- 11 - Della, Russo R. & L. Paladino. Leiomyosarcoma of the gallblader, Rif. Med. 74:1309. 1960. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 112(6):552-553. 1961 (original no consultado).
- 12 - Etala, Emilio. Cancer of the gallblader. Prensa Med. Arg. 49:2283. 1962. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 117(6):555-555. 1963. (original no consultado)
- 13 - Fahim, R.B. et al. Carcinoma of the gallblader. Arch. Surg. 86:334. 1963. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 117(2):157-158. 1963 (original no consultado)
- 14 - - - - - . Carcinoma of the gallblader. Am. Surg. 156:114. 1962. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 116(1):48-49. 1963 (original no consultado)
- 15 - Farreras, Valenti P. y M. Dalman. Nueva clínica del cáncer. Síndromes paraneoplásicos. Diagnóstico y tratamiento. Barcelona. Ed. Toray. 1964. pp 47-228.
- 16 - Gerst, P.H. Primary carcinoma of the gallblader. Am. Surg. 153:369. 1961. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 113(4):364-364. 1961 (original no consultado)
- 17 - Glen, Frank. Hígado y vías biliares. Anatomía y fisiología del hígado y vías biliares, y afecciones de la vesícula y conductos biliares. En Christopher's 7a. Ed. por Loyal Davis. Ed. Intera-mericana, México. 1961. pp 734-762.
- 18 - Gray, Howard & W. Sharpe. Carcinoma of the gallblader. Clínicas Médicas de Norte América. Agosto, 1941. pp 1117-1124.
- 19 - Grazzia, G.D. y M. Tartucci. Primary carcinoma of the gallblader. Ann. Ital. Chir. 38:982. 1961. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 114(5): 457-458. 1962. (original no consultado).
- 20 - Infante D. Salvador. Primary carcinoma of the gallblader. J. Chir. Par. 38:982. 1963. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 117(4):358-359. 1963. (original no consultado).
- 21 - Jones, C. Carcinoma of the gallblader. Report of 50 cases. Am. Surg. 132:110. 1950. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 92(3): 263-264. 1951 (original no consultado).
- 22 - Krammer, A. Carcinoma of the gallblader. Munch. Med. Wsche. 102:2082. 1960. Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst. 112 (3):263-264. 1961. (original no consultado).

- 23 - Kirshbaum, J.D. & D.D. Kozoll. Carcinoma of the gallblader and bile ducts. *Am. Surg.* 147:93. 1941. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 78(5):542-542. 1942. (original no consultado).
- 24 - Mc.Donald, G.O. et al. Prophylaxis against carcinoma in the gastrointestinal tract. *Clinicas Médicas de Norte América.* Octubre, 1959. pp 1330-1342.
- 25 - Mc Laughlin Ch. Jr. Carcinoma of the gallblader an added hazard in untreated calculous cholecystitis in older patients. *Surg.* 56:757. 1964. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 120(2):188-189. 1965. (original no consultado).
- 26 - Malouf, Jorge y C.E. Azpuru. Estudio clínico-radiológico y patológico de la colecistitis crónica calculosa. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Junio de 1956, 60p. (no citado en el texto).
- 27 - Marano, A. y R.F. Matera. Primary epidermoid cancer of the gallblader. *Am. Surg.* 112:113. 1950. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 96(6):542-543. 1951. (original no consultado).
- 28 - Mérida, Humberto L. y C.E. Azpuru. Estudio clínico, patológico y radiológico del drenaje del colédoco. Revisión de 49 casos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Noviembre de 1963. 57p. (No citado en el texto).
- 29 - Miltmaker, B. et al. Carcinoma of the gallblader, associated with cholelithiasis: surgical implications. *J. Am. Geriat. Soc.* 12:180. 1964. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 118(4):429-430. 1964 (original no consultado).
- 30 - Oldham, J.B. *British surgical practice.* London, Butterworth & comp. Edit. 1948. pp 706-712.
- 31 - Pack. George T. & A.H. Islami. The treatment of hepatic tumors and the factors influencing regenerative hyperplasia following major hepatectomy. In. National cancer conference. Third: proceedings of. Detroit, Michigan. June 4-6, 1956. Philadelphia, J.B. Lippincott 1957, pp 811-818.
- 32 - Roberts, Brooke and W.J. Dex. Primary carcinoma of the gallblader. In. National cancer conference. Third; proceedings of. Detroit, Michigan. June 4-6, 1956. Philadelphia, J.B. Lippincott 1957. pp 802-806.

- 33 - Rojas, R. Marcial y R. Medina. Unsuspected carcinoma of the gallblader, in acute and chronic cholecystitis. *Ann. Surg.* 153:289. 1961. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 113(2):154-155. 1961 (original no consultado).
- 34 - Sainburg, Frank and J.H. Garlock. Carcinoma of the gallblader. *Ann. Surg.* 23:201. 1948. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 87(2):164-165. 1948. (original no consultado).
- 35 - Schneiderbaur A. and E. Lhotka. Primary carcinoma of the gallblader. *Wien. Med. Wschr.* 111:331. 1961. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 113(4):364-364. 1961. (original no consultado).
- 36 - Tabet, B.J. Primary carcinoma of the gallblader. *Am. J. Surg.* 100:365. 1960. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 112 (1) :45-46. 1961. (original no consultado).
- 37 - Vadheim, James L. et al. Carcinoma of the gallblader, a clinical and pathologic study. *The American Journal of Surgery.* 63(2):173-180. 1944.
- 38 - Vangelista, Giuseppe. Angiorreticulosarcoma of the gallblader, report of one case. *Arch. Ital. Mal. App. Diger.* 20:464. 1954. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 101(4):363-364. 1955. (original no consultado).
- 39 - Walters, W. y A.M. Snell. Enfermedades de la vesícula biliar y de los conductos biliares. *University Society Rev.* 1944. pp 128-135.
- 40 - Watson, C.J. Enfermedades de vesícula y vías biliares. En Cecil & Loeb. *Tratado de medicina interna.* 10a. Ed. México. Ed. Interamericana, 1960. pp 847-859.
- 41 - Weiss, S. Clinical lectures on the gallblader and bile ducts. London, the year book. Publishers Inc. 1944. pp 387-402.
- 42 - Williams, Whitridge. Fisiología de la embarazada. En *Obstetricia de Williams.* 3a. Ed. en español. México. UTEHA, 1960. pp 222-222.
- 43 - Yodice, Arnaldo y E. Etala. Cancer of the gallblader. *Dia. Med.* 20:1366. 1948. *Int. Abst. Surg. Gynec. & Obst.* 88(2):152-153. 1949. (original no consultado).
- 44 - Guatemala, Hospital General. Archivos de los servicios Primero y Segundo de cirugía de mujeres del Hospital. 1956-1965.



Br. Héctor René Ramírez C.

VoBo. _____

Ruth de Amaya
Bibliotecaria

VoBo. _____

Dr. Carlos E. Azpuru
Asesor y Revisor

VoBo. _____

Dr. Rodolfo Solís Hegel
Director de Departamento

VoBo. _____

Dr. Carlos A. Soto
Secretario

VoBo. _____

Dr. Julio De León
Decano