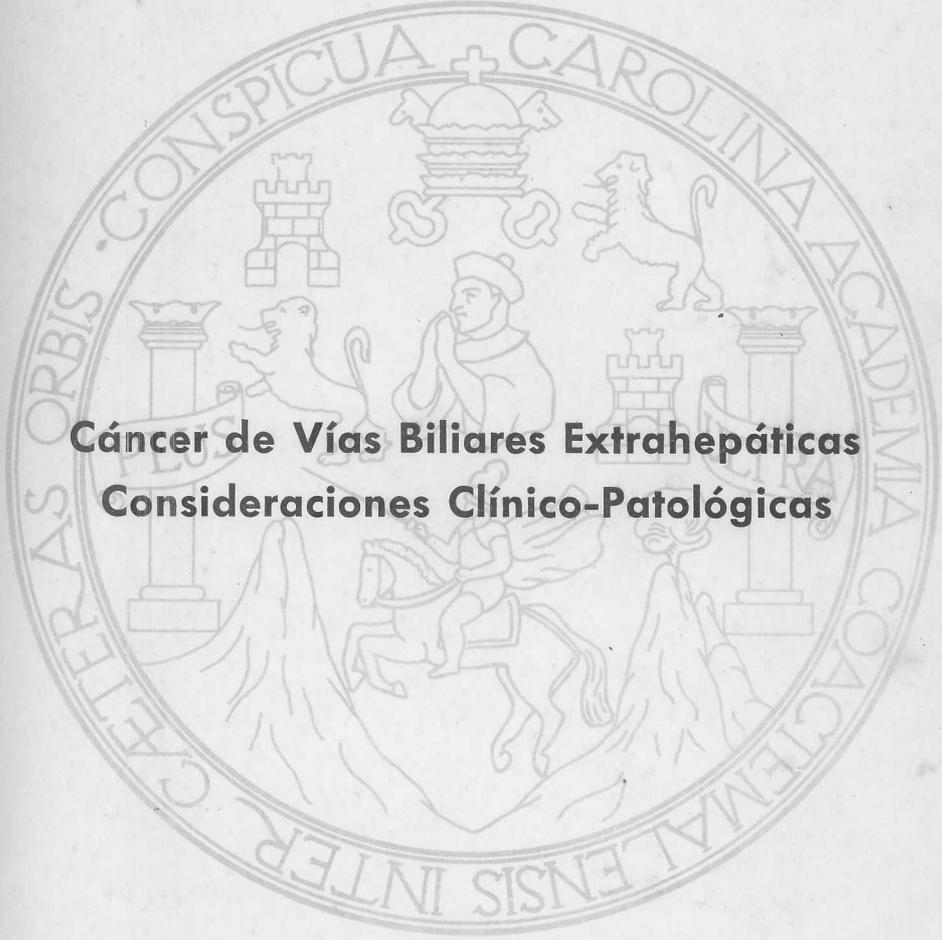


1970

CI

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**Cáncer de Vías Biliares Extrahepáticas
Consideraciones Clínico-Patológicas**

JOSE ALBERTO FLORES CABALLEROS

1970

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II MATERIAL Y METODOS
- III DISCUSION Y RESULTADOS
 - 1. Revisión de literatura
 - 2. Frecuencia
 - 2.1 General
 - 2.2 Edad
 - 2.3 Sexo
 - 2.4 Paridad
 - 2.5 Raza
 - 3. Estudio clínico
 - 3.1 Síntomas y signos
 - 3.1.1. Dolor
 - 3.1.2. Ictericia
 - 3.1.3 Trastornos tracto gastrointestinal
 - 3.1.4. Pérdida de peso, astenia y adinamia.
 - 3.2 Examen Físico
 - 3.2.1. Masa palpable
 - 3.2.2. Hepatomegalia
 - 3.3 Tiempo de evolución
 - 4. Exámenes de Laboratorio
 - 4.1 Exámenes de Laboratorio
 - 4.2 Exámenes de Rayos "X"
 - 5. Diagnóstico
 - 5.1 Pre-operatorio
 - 5.2 Post-operatorio
 - 5.3 Diagnóstico clínico final

5.4 Anatomía patológica

5.4.1 Diagnóstico histológico

5.4.2 Litiasis asociada

6. Tratamiento

6.1 Operaciones practicadas

6.2 Radioterapia

6.3 Tiempo en el hospital antes de operación

6.4 Tiempo en el hospital antes de necropsia

7. Pronóstico

8. Sumario

IV CONCLUSIONES

V BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

La motivación para emprender esta investigación, fue la impresión generalizada entre los médicos, de que las neoplasias de la vesícula biliar y de las vías biliares extrahepáticas son más frecuentes en Guatemala que en países de habla inglesa. Con esta idea en mente, se analizaron los archivos de la Sección de Patología del Hospital Roosevelt de Guatemala, para establecer la frecuencia de carcinomas de la vesícula biliar y de las vías biliares, determinar su relación con sexo y edad, paridad, signos y síntomas y hacer un análisis de los exámenes complementarios practicados en el Hospital. Se hizo también un estudio del procedimiento seguido para establecer el diagnóstico, el tratamiento que se les ofreció a los pacientes, el tiempo de permanencia hospitalaria y la sobrevida.

Para hacer la revisión apuntada arriba se escogieron los años de 1967, 1968 y 1969, pues se consideró que durante estos años la población que ingresó al Hospital, en cuanto a pacientes adultos y de ambos sexos se refiere, estaba más o menos compensada. El Hospital Roosevelt por haber sido habilitado progresivamente, en sus inicios contaba con una población infantil predominante y por varios años exclusivamente de pacientes adultos de sexo masculino. Por otra parte, el autor consideró que durante este período de 3 años, los recursos de personal médico especializado, la posibilidad de consulta con el Instituto de Cancerología vecino al Hospital Roosevelt y un mayor número de internos y de residentes en entrenamiento, han incrementado los recursos de la institución, para un mejor diagnóstico y tratamiento. Por todas las razones expuestas con anterioridad, se consideró que el período de 1967 a 1969, es representativo del adelanto médico que para el diagnóstico y el tratamiento del carcinoma de vías biliares, se ofrece en Guatemala.

II MATERIAL Y METODOS:

Para llevar a cabo el estudio que hoy se presenta, se revisaron los archivos de la Sección de Patología del Hospital Roosevelt, desde Enero de 1967 a Diciembre de 1969. La revisión se hizo bajo dos aspectos.

- 1o. analizar los informes histopatológicos de todas las operaciones quirúrgicas practicadas en ese período de tres años.
- 2o. analizar todos los protocolos de las necropsias practicadas en la Sección de Patología, también en el período ya señalado.

Fué así como se revisaron 7,290 informes de especímenes quirúrgicos, obteniendo de allí los 561 informes de las intervenciones quirúrgicas del tracto biliar extrahepático practicados en el Hospital Roosevelt durante el mismo período. De estos 561 informes, 31 corresponden a enfermos que presentaron enfermedad Neoplásica: 18 de vesícula biliar y 13 de vías biliares. Se revisaron 2534 protocolos que corresponden a las necropsias practicadas en los tres años de 1967 a 1969. Esta revisión reveló: 16 pacientes con neoplasia en vesícula biliar y 4 pacientes con neoplasia en vías biliares.

A continuación, para beneficio de otros investigadores, se identifican los casos que sirvieron para el presente estudio:

Neoplasias de Vesícula Biliar

Neoplasias de Vías Biliares

| Registro Patológico | Registro Médico | Registro Patológico | Registro Médico |
|---------------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| S-67 17785 | 223-229 | S-67 18261 | 227-227 |
| S-67 18278 | 229-271** | S-68 21733 | 262-559 |
| S-67 18439 | 226-469 | S-68 23245 | 283-014 |
| S-67 18983 | 235-777 | S-68 23259 | 284-165 |
| S-67 19405 | 233-264 | S-68 23260 | 283-245 |
| S-67 19600 | 242-425 | S-68 23369 | 258-363 |
| S-67 19737 | 243-133 | S-68 23400 | 174-425 |
| S-68 21675 | 264-316 | S-68 23491 | 287-165 |
| S-68 21517 | 261-644 | S-69 23658 | 289-077 |
| S-68 22322 | 267-441 | S-69 23775 | 288-735 |

| | | | |
|------------|----------|------------|---------|
| S-68 22432 | 273-496 | S-69 24538 | 49-313 |
| S-69 23780 | 290-813* | S-69 25586 | 317-749 |
| S-69 24212 | 295-189 | S-69 25537 | 38-298* |
| S-69 24220 | 297-318 | S-69 25645 | 38-298* |
| S-69 24278 | 293-871 | | |
| S-69 24461 | 290-813* | | |
| S-69 24736 | 291-132 | | |
| S-69 24779 | 305-297 | | |
| S-69 24823 | 304-567 | | |
| S-69 24920 | 306-847 | | |

| | | | |
|-----------|-----------|------------|---------|
| A-67 4974 | 222-874 | A-69 60-75 | 262-404 |
| A-67 5132 | 229-271** | A-69 6995 | 297-000 |
| A-67 5297 | 230-536 | A-69 6997 | 296-981 |
| A-67 5346 | 71-699 | A-69 7398 | 316-806 |
| A-67 5705 | 231-722 | | |
| A-67 5818 | 253-668 | | |
| A-67 5836 | 254-481 | | |
| A-68 6688 | 283-987 | | |
| A-69 6769 | 287-648 | | |
| A-69 6774 | 287-652 | | |
| A-69 6892 | 293-416 | | |
| A-69 6961 | 50-133 | | |
| A-69 7050 | 298-282 | | |
| A-69 7126 | 299-687 | | |
| A-69 7291 | 311-364 | | |
| A-69 7402 | 317-540 | | |

* tienen dos estudios histológicos de especímenes quirúrgicos.
 **tiene estudio histológico de especimen quirúrgico y estudio post-mortem con record de necropsia.

S- estudio histológico de especimen quirúrgico. A- estudio post-mortem, necropsia.

Por la revisión minuciosa realizada se puede asegurar que no fue omitido uno solo de los casos de neoplasias del tracto biliar extrahepático en este período de tres años. Con la colaboración del Dr. F. Castro, patólogo, fue posible revisar las secciones histológicas de cada uno de los estudios post-mortem.

III DISCUSION Y RESULTADOS

1. Revisión de literatura

2. Frecuencia:

En el cuadro No. 1 se presentan los casos encontrados de carcinomas de la vesícula biliar y de las vías biliares extrahepáticas, al revisar todas las necropsias llevadas a cabo en 1967, 1968 y 1969 en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

CUADRO No. 1

CARCINOMA DEL SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO

REVISIÓN DE 2534 NECROPSIAS HOSPITAL ROOSEVELT ENERO 1967-DICIEMBRE 1969

| AÑO | Necropsias Revisadas | Vesícula Biliar | o/o | Vías Biliares | o/o |
|-------|----------------------|-----------------|------|---------------|------|
| 1967 | 1003 | 7 | 0.70 | 0 | 0.00 |
| 1968 | 840 | 1 | 0.12 | 1 | 0.12 |
| 1969 | 691 | 8 | 1.16 | 3 | 0.43 |
| TOTAL | 2534 | 16 | 0.63 | 4 | 0.16 |

2.1 Generalidades:

En necropsias, la frecuencia de *carcinoma de la vesícula biliar* fluctúa del 0.12 al 1.16 o/o de acuerdo al año y a la cantidad de necropsias por año. Para el *carcinoma de vías biliares extrahepáticas* la frecuencia fluctúa del 0 al 0.43 o/o (cuadro No. 1).

La frecuencia así encontrada para Guatemala, es

similar a la comunicada por Howard (13) quien da para el *carcinoma de la vesícula* una frecuencia del 0.34 al 0.61 o/o de todas las necropsias. Escobar en otra publicación (25) señala para Guatemala, una frecuencia del 0.12 o/o para el *carcinoma de la vesícula*, en una revisión de 37,870 especímenes quirúrgicos indiscriminados.

La frecuencia menor del *carcinoma de las vías biliares* comparada con el *carcinoma de la vesícula*, es por todos reconocida y ha sido estimada (6) en la proporción de 1:5. En esta comunicación la proporción de *carcinoma de vías biliares* comparada con el *carcinoma de la vesícula biliar* es de 1:4. En Guatemala es la primera vez que se indica la frecuencia del *carcinoma de vías biliares extrahepáticas*.

Para establecer el número de *carcinomas de la vesícula biliar* y de las *vías biliares extrahepáticas* comprobados por el estudio histológico de especímenes obtenidos por intervenciones quirúrgicas, se revisaron todos los informes anatomopatológicos de vías biliares y vesícula encontrados en los archivos de la Sección de Patología del Hospital Roosevelt de Enero de 1967 a Diciembre de 1969. En el cuadro No. 2 se dan los resultados de esta revisión.

CUADRO No. 2

CARCINOMA DEL SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO

REVISIÓN DE 561 OPERACIONES EN VESÍCULA Y VIAS BILIARES HOSPITAL ROOSEVELT ENERO 1967-DICIEMBRE 1969

| AÑO | Quirúrgicas Revisadas | Vesícula Biliar | o/o | Vías Biliares | o/o |
|-------|-----------------------|-----------------|-----|---------------|-----|
| 1967 | 201 | 6 | 3.0 | 1 | 0.5 |
| 1968 | 182 | 4 | 2.2 | 7 | 3.8 |
| 1969 | 178 | 8 | 4.5 | 5 | 2.8 |
| TOTAL | 561 | 18 | 3.2 | 13 | 2.3 |

En especímenes quirúrgicos, en una muestra seleccionada, la frecuencia de *carcinoma de la vesícula biliar* fluctúa del 2.2 a 4.5 o/o de acuerdo al año y al número de operaciones quirúrgicas de las vías biliares llevadas a cabo ese año; para el *carcinoma de vías biliares extrahepáticas* la frecuencia fluctúa del 0.5 al 3.8 o/o (cuadro No. 2).

La frecuencia de *carcinoma de la vesícula biliar* de 3.2 o/o para Guatemala, es ligeramente mayor que la publicada por autores extranjeros (13) quienes señalan una frecuencia del 3.0 o/o en todas las intervenciones del tracto biliar.

La frecuencia en Guatemala, del *carcinoma de las vías biliares extrahepáticas* en intervenciones quirúrgicas a las mismas es de 2.3 o/o cifra mucho mayor que la referida por Pradine J. C. (19) del 0.39 o/o, en una revisión de 1,345 intervenciones quirúrgicas a vías biliares, llevado a cabo en Montevideo, Uruguay.

2.2 *Distribución por Edades.*

La edad tomada al momento del diagnóstico fue la edad en años cumplidos (7) y los resultados para los 51 casos del presente trabajo se presentan en el cuadro No. 3.

**CARCINOMAS DEL TRACTO BILIAR EXTRAHEPÁTICO
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR EDADES**

Revisión de especímenes quirúrgicos y necropsias del Hospital Roosevelt

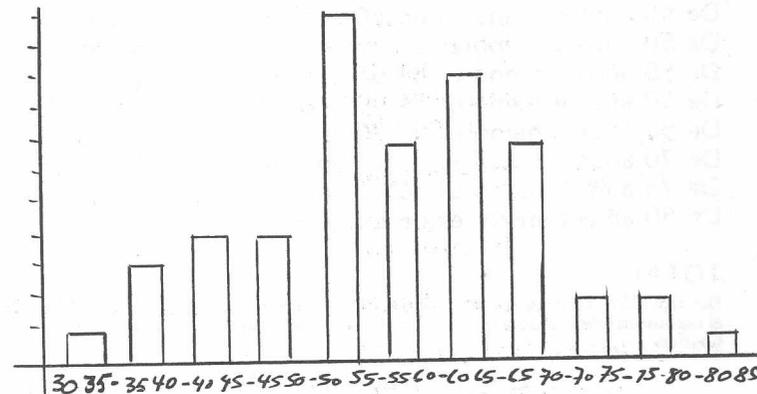
ENERO 1967—DICIEMBRE 1969

| | |
|-----------------------------------|----------|
| De 30 años a menores de 35 años — | 1 caso |
| De 35 años a menores de 40 años — | 3 casos |
| De 40 años a menores de 45 años — | 4 casos |
| De 45 años a menores de 55 años — | 4 casos |
| De 50 años a menores de 55 años — | 11 casos |
| De 55 años a menores de 60 años — | 7 casos |
| De 60 años a menores de 65 años — | 9 casos |
| De 65 años a menores de 70 años — | 7 casos |
| De 70 años a menores de 75 años — | 2 casos |
| De 75 años a menores de 80 años — | 2 casos |
| De 80 años a menores de 85 años — | 1 caso |

TOTAL 51 casos

El cuadro anterior muestra que en Guatemala, el período en años, en donde más se presentan las neoplasias de las vías biliares, es el comprendido de los 50 a los 55 años; y en general puede afirmarse que al considerar juntos los casos de *neoplasias de vesícula y vías biliares* son la 6a. y 7a. décadas de la vida, donde más se presenta esta enfermedad.

Los datos del cuadro anterior se pueden representar gráficamente así:



En base a lo ya conocido en el cuadro No. 3, se determinó la edad alrededor de la cual el mayor número de casos se tiende a concentrar. Esta edad es de 53.1 años, cuando se consideran juntos los *carcinomas de la vesícula y los carcinomas de las vías biliares*.

Se estudiaron los 51 casos de esta serie, según la frecuencia por edades y la edad prevalente, considerando por separado los *carcinomas de vesícula y los carcinomas de vías biliares*. El resultado se muestra en el cuadro No. 4

CUADRO No. 4

CARCINOMAS DEL TRACTO BILIAR EXTRAHEPÁTICO

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR EDADES

Revisión de especímenes quirúrgicos y necropsias
Del Hospital Roosevelt.

ENERO 1967 – DICIEMBRE 1969

| | Vesícula | Vías Biliares |
|-----------------------------------|----------|---------------|
| De 30 años a menores de 35 años — | 1 caso | 0 casos |
| De 35 años a menores de 40 años — | 2 casos | 1 caso |
| De 40 años a menores de 45 años — | 3 casos | 1 caso |
| De 45 años a menores de 50 años — | 3 casos | 1 caso |
| De 50 años a menores de 55 años — | 4 casos | 7 casos |
| De 55 años a menores de 60 años — | 6 casos | 1 caso |
| De 60 años a menores de 65 años — | 7 casos | 2 casos |
| De 65 años a menores de 70 años — | 3 casos | 4 casos |
| De 70 años a menores de 75 años — | 2 casos | 0 casos |
| De 75 años a menores de 80 años — | 2 casos | 0 casos |
| De 80 años a menores de 85 años — | 1 caso | 0 casos |

TOTAL 34 casos 17 casos

Distribución de frecuencias, por períodos de 5 años, cuando se consideran por separado el carcinoma de vesícula y el de vías biliares, de acuerdo a la edad en el momento del diagnóstico.

El estudio del cuadro No. 4 muestra que el *carcinoma de la vesícula biliar* se presenta más frecuentemente en grupo de pacientes de 55 años a menores de 65 años. La edad alrededor de la cual el mayor número de casos se concentra, es 61 años. En cambio el *carcinoma de las vías biliares* es más frecuente, en pacientes de 50 a 55 años de edad. La edad alrededor de la cual el mayor número de casos se concentra es 52.5 años. Esta revisión muestra que el *carcinoma de vías biliares* se presenta, por lo general, a menor edad que el *carcinoma de la vesícula biliar*.

El cuadro No. 5 muestra las edades extremas:

CUADRO No. 5

| | Carcinoma de vesícula biliar | Carcinoma de Vías biliares |
|-----------|------------------------------|----------------------------|
| MÁS JOVEN | 30 años | 37 años |
| MÁS VIEJO | 82 años | 67 años |

La diferencia de edades entre los casos de edad extrema es mayor para el *carcinoma de vesícula* que para el *carcinoma de vías biliares*.

2.3 Distribución por Sexo

El estudio del sexo claramente señala el predominio del sexo femenino en las *neoplasias de vías biliares*, como lo muestra el cuadro No. 6

CUADRO No. 6

| | Carcinoma de vesícula biliar | Carcinoma de Vías biliares |
|----------------|------------------------------|----------------------------|
| SEXO FEMENINO | 30 casos | 11 casos |
| SEXO MASCULINO | 4 casos | 6 casos |
| TOTAL | 34 casos | 17 casos |

En el carcinoma de la *vesícula biliar* el predominio del sexo femenino sobre el masculino, está en razón de 10:1; esta proporción baja considerablemente en el *carcinoma de vías biliares*, que es 2:1.

Los resultados obtenidos con esta revisión muestran que la frecuencia de *carcinoma de la vesícula biliar* es mayor en las mujeres que en los hombres. Resultados similares han sido comunicados por autores extranjeros (18), pero llama la atención que comparativamente, en Guatemala la frecuencia en relación al sexo es mucho mayor para mujeres que el observado en

otros países (13)

En cuanto a *carcinoma de vías biliares extrahepáticas*, publicaciones extranjeras (20), señalan que el sexo masculino los padece con más frecuencia. En Guatemala, como lo muestra el cuadro No. 6, al igual que en Inglaterra (24), los *carcinomas de vías biliares* también son predominante para el sexo femenino.

2.4 Paridad:

De los 51 casos revisados, 41 corresponden al sexo femenino. En estos 41 pacientes, aparece señalada la paridad de 38 pacientes, de las cuales una no tenía hijos y las 37 restantes, todas habían tenido hijos, variando la paridad desde uno hasta diez y nueve hijos. Es de hacer notar que 29 pacientes, más de la mitad, tenían más de 4 hijos.

2.5 Raza:

En Guatemala el concepto de raza se polariza a los términos indígena y ladino. Sin embargo, la diferencia racial no tiene implicaciones biológicas. En efecto, los términos indígena-ladino, tienen una connotación socio-económica-cultural. Se califica al indígena más por sus costumbres, situación económica y de trabajo, vestimenta y creencias, que por su biotipo. Por lo tanto en esta revisión no se tomó en cuenta el aspecto racial, punto de vista compartido por otros autores, como Tejada Valenzuela (25) que dice "...no tiene mayor importancia el hecho de determinar si los informes relativos a las enfermedades...conciernen a indígenas o ladinos..."

3. ESTUDIO CLINICO

3.1 Síntomas y Signos:

Al analizar los signos y síntomas encontrados en los casos de esta serie, vale la pena citar las palabras de Bossart referidas por Nield (18): "Aquellos casos que son resecables y tratables

quirúrgicamente *no se pueden diferenciar clínicamente* de la *patología benigna* del tracto biliar y en aquellos que se sospecha o se diagnostica *patología maligna, ya no son resecables o tratables quirúrgicamente.*" Las palabras antes citadas, reflejan claramente el problema al que se enfrenta el médico al considerar los signos y síntomas referidos por el enfermo. Como afirma Howard (13) "muy frecuentemente, ... estos pacientes también presentan síntomas adicionales de malignidad del tracto gastro intestinal, tal como pérdida de peso, masa abdominal palpable, ictericia progresiva y ascitis". De modo que, la sintomatología y los signos subsecuentes, de penderán pues, del asiento del neoplasma, el tiempo de evolución, la extensión de la lesión y las complicaciones.

La variedad sintomatológica acusada por los enfermos de carcinomas de vesícula y de vías biliares y la importancia por frecuencia de los mismos, se puede ver en el cuadro No. 7 a continuación:

CUADRO No. 7

CARCINOMA DEL SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO

Frecuencia de Signos y Síntomas.

| Signos y Síntomas | Carcinoma | Carcinoma |
|---|---------------|---------------|
| | Vesícula | Vías biliares |
| | No. pacientes | No. pacientes |
| Dolor | 27 | 16 |
| Ictericia | 21 | 14 |
| Trastornos gastrointestinales | 25 | 14 |
| Pérdida de peso, astenia y Adinamia | 14 | 8 |
| Sensación de masa en cuadrante superior derecho | 3 | 1 |
| Fiebres y calosfríos | 3 | 0 |
| Ascitis y disnea | 2 | 0 |

3.1.1. Dolor:

Es el síntoma más frecuente en el presente estudio de neoplasias y también es la causa que en Guatemala más motiva a los enfermos a buscar ayuda médica. El tipo de dolor cólico se presentó en la mayor parte de los casos, y menos frecuentemente fue de carácter constante y gravativo. El dolor estaba localizado en el hipocondrio derecho, con frecuente irradiación al epigastrio, y en menos pacientes, a la región lumbar. En los pacientes con *carcinoma de la vesícula biliar*, el dolor se presentó en 27 de los 34 enfermos y en los pacientes con *carcinoma de las vías biliares* en 16 de los 17 casos.

La frecuencia en que el dolor fué referido por los pacientes de Guatemala se puede comparar con los datos presentados por Filgueira (10), quien indica que en sus pacientes con carcinoma de la vesícula, el dolor se presenta desde el 67 o/o hasta el 72 o/o. Los pacientes de las series de *carcinoma de la vesícula* publicadas por Howard (13) presentaban dolor en un 87 o/o

Para los pacientes con *carcinoma de vías biliares*, autores como Van Hernden (24) señalan la presencia del dolor en 20 al 60 o/o de sus enfermos.

El tipo de dolor cólico más frecuente encontrado en esta serie, difiere del que generalmente se atribuye (12) a las *neoplasias del tracto biliar*, que es el tipo de dolor constante y gravativo. La discrepancia encontrada, se explica, probablemente, en la forma de investigar la semiología del dolor en Guatemala, y a que en muchas historias, se omite registrarla adecuadamente.

3.1.2. Ictericia:

Signo que en importancia en esta serie, ocupa el segundo lugar. En los pacientes con *carcinoma de vesícula*, 21 presentaron ictericia. En los pacientes con *carcinoma de vías biliares*, 14 enfermos presentaban ictericia clínica en el momento del examen. Estos hallazgos siguen a los que ya han sido referidos por autores como Litwin y Van Heerden, quienes informan que en los *carcinomas de la vesícula*, el 49 o/o de los enfermos estaban ictericos y en los *carcinomas de vías biliares*, del 87 al 100 o/o.

3.1.3. Trastornos Gastro-Intestinales:

Ocupando el tercer lugar se encuentran la gama de molestias referidas y atribuibles al tracto digestivo. Para los pacientes con *carcinomas de la vesícula*, los síntomas no tienen la misma importancia por frecuencia, que para los pacientes con *carcinoma de las vías biliares*.

Conviene analizar por separado la secuencia que ocupan:

Carcinoma de vesícula biliar

Carcinoma de vías biliares

Intolerancia grasa

Anorexia

Nausea

Nausea

Vómitos

Vómitos

Flatulencia

Intolerancia grasa

Constipación

Hematemésis

Pirosis

Melena

Melena

En los pacientes con *carcinoma vesicular* la intolerancia a las grasas es más frecuente que en los pacientes con *carcinoma de las vías biliares*, en quienes es más frecuente la anorexia y la náusea.

3.1.4 Pérdida de Peso, Astenia y Adinamia:

En el cuadro No. 7 ocupan un cuarto lugar debido a que muchos de los enfermos no lo refieren como síntoma importante, y por otra parte, se omite en la anamnesis. En ocasiones solo se encuentra referido por astenia y adinamia y no se habla específicamente de pérdida de peso.

3.2 Exámen Físico:

Al revisar los signos positivos encontrados en cada uno de los pacientes que padecen estos carcinomas, se ve que tanto la masa palpable como la hepatomegalia son los hallazgos físicos más constantes. En otras latitudes las comunicaciones de pacientes con carcinoma de vesícula, (13) señalan la existencia de una masa palpable en el cuadrante superior derecho del abdomen en el 67 o/o de los casos y hepatomegalia palpable en el 24 o/o. En Guatemala, el orden de frecuencia de los hallazgos positivos al examen físico, se presentan en el cuadro No. 8.

CUADRO No. 8

CARCINOMAS DEL SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO

Frecuencia de hallazgos al Examen Físico.

| | Carcinoma vesícula No. pacientes | Carcinoma vías biliares No. pacientes |
|--|-------------------------------------|--|
| Masa Palpable | 17 | 8 |
| Hepatomegalia | 17 | 5 |
| Dolor a la Palpación en cuadrante superior derecho | 14 | 5 |
| Ascitis | 8 | 1 |
| Obesidad | 4 | 1 |
| Circulación colateral | 2 | — |
| Caquexia | 3 | — |
| Fiebre | 1 | — |
| Desorientación | 1 | — |
| Edemas | 0 | 1 |
| Esplenomegalia | 1 | — |

Del cuadro anterior se puede afirmar, que en esta serie, la mitad de los pacientes con *neoplasias de vesícula y vías biliares*, presentaron masa palpable en hipocondrio derecho y hepatomegalia en el momento del examen físico, como los hallazgos más frecuentes. El dolor provocado por la exploración física fue el hallazgo que les siguió en frecuencia.

3.3 Tiempo de Evolución

En todos los casos estudiados se determinó el tiempo de evolución referido por los enfermos.

Resulta interesante saber que el tiempo referido fue corto. El cuadro No. 9, muestra que más de los dos tercios de pacientes, tanto con *carcinoma de la vesícula biliar* como con *carcinoma de las vías biliares*, refirieron un período menor de 6 meses en la evolución de su enfermedad.

CUADRO No. 9

CARCINOMA DEL SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO

TIEMPO DE EVOLUCION

| Tiempo de evolución | Carcinoma de Vesícula | Carcinoma de vías biliares |
|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Menor de 2 meses | 19 enfermos | 12 enfermos |
| de 2 a 6 meses | 8 enfermos | 2 enfermos |
| TOTAL: menor a 6 meses | 27 enfermos | 14 enfermos |
| Mayor a 6 meses | 6 enfermos | 2 enfermos |
| se ignora evolución | 1 enfermo | 1 enfermo |
| TOTAL: | 34 enfermos | 17 enfermos |

* Para la serie de *carcinoma de vesícula biliar* mayor a 6 meses comprende de 6 meses a 5 años máximo; para la serie de *carcinoma de vías biliares*, de 6 meses a 2 años máximo.

4. EXAMENES DE LABORATORIO

4.1 Exámenes de Laboratorio:

En el presente estudio, se presentan primero los exámenes de laboratorio y después las técnicas en exámenes de rayos "X". También se discute la importancia y utilidad del laboratorio en el diagnóstico diferencial de las *neoplasias del Sistema biliar extrahepático*. No todos los casos que aquí se presentan tienen análisis de laboratorio y rayos "X". Muchos de los casos que sí tienen exámenes de laboratorio, estos aportan una ayuda incompleta, pues se observa que fueron indicados sin *criterio de conjunto*, es decir, que si se practicó un examen o dos, *hacen falta* otros para tener la batería completa. Para todos los autores consultados, los exámenes de laboratorio *completos son indispensables*. La batería completa recomendada comprende:

Bilirrubinas en suero (reacción de VandenVerg)
 Urobilinogeno fecal
 Fosfatasa alcalina
 Transaminasas: glutamino exalacetica y pirúvica.
 Reacción de la cefalina colesterol (Hanger)
 Reacción del timol (McLagan)

La ayuda diagnóstica suministrada por estos exámenes, esta en razón de su "*Interpretación en conjunto*". Saber valores aislados de alguno de los exámenes citados, no contribuye significativamente al diagnóstico diferencial.

Los exámenes practicados en la presente serie fueron los siguientes:

BILIRRUBINAS: se determinaron los valores de bilirrubinas plasmáticas en 32 de 34 pacientes con *carcinoma de vesícula biliar*. Doce pacientes tuvieron valores de bilirrubina total menores de 1.5 mg o/o, solamente un paciente de este grupo presentó ictericia clínica. Los veinte enfermos restantes presentaban valores de bilirrubina total mayores a 1.5 mg o/o, el tinte icterico pudo apreciarse en todos ellos. El análisis de los

resultados en estos veintiun enfermos, clínicamente ictericos, mostrô predominio de las bilirrubina directa sobre al *bilirrubina indirecta*, en la siguiente forma: en diez y ocho enfermos la bilirrubina directa fue mayor del 51 o/o de la bilirrubina total, de este grupo, cinco enfermos tenía niveles de bilirrubina directa que alcanzaban más del 75 o/o de la bilirrubina total. Hay dos casos en que la bilirrubina directa fué menor del 50 o/o de la bilirrubina total. El caso con más altos valores de bilirrubina en el suero, mostrô: bilirrubina total 32.0 mgs o/o directa 28.4 mgs o/o indirecta 3.6 mgs o/o. Este era un paciente con carcinoma de vesícula biliar con metástasis obstructivas a las vías biliares extra-hepaticas.

Los niveles séricos de bilirrubina en los pacientes con *carcinoma de las vías biliares*, se investigaron en la totalidad de los 17 casos. Los resultados obtenidos concuerdan con la localización obstructiva de los carcinomas encontrados. Sólo dos enfermos tuvieron valores de bilirrubina total menores a 1.5 mgs o/o; los quince restantes muestran niveles de bilirrubina mayores a 1.5 mgs o/o y por tanto, cuadro clínico de ictericia. Hay predominio de la *bilirrubina directa*, en todos los casos, con valores mayores al 51 o/o de la bilirrubina total en quince casos. De estos pacientes, sólo en cinco se encontraron que los valores de la bilirrubina directa fuera de más del 75 o/o de la bilirrubina total. Facilmente se pone de manifiesto que tanto para el *carcinoma de vías biliares*, como para el *carcinoma de vesícula biliar*, *el tipo de ictericia es obstructivo*.

FOSFATASA ALCALINA (valores normales de 1.5 a 5 U. Bodansky) Se sabe que la ictericias obstructivas, son un estado que favorece considerablemente el aumento de la fosfatase, no así las ictericias parenquimatosas que no elevan la fosfatase y si lo hacen no se registran alzas mayores a 20 U.

La determinación de los niveles sanguíneos de fosfatasa alcalina en los pacientes con carcinoma de vesícula biliar, sólo se practicó en 11 de los 34 enfermos y los resultados obtenidos fueron:

Valores normales en dos enfermos, uno de ellos no mostrò ictericia. Valores de 5 a 15 U. en 2 enfermos y valores mayores de 15 U. en 7 enfermos. Estos 9 pacientes si tuvieron ictericia clínica.

La determinación de fosfatasa alcalina en los pacientes con *carcinoma de vías biliares* sólo se practico en 9 de los 17 enfermos estudiados. Los resultados obtenidos fueron:

Valores normales en 4 enfermos. Valores mayores de 15 U. en 5 enfermos. Todos estos nueve enfermos estaban ictericos. Los valores máximos de la concentración de fosfatasa alcalina en sangre, para pacientes con *carcinoma de vesícula* fueron 44.0 unidades; y para pacientes con *carcinoma de vías biliares*, 60.4 U.

En conclusión podemos decir que en la presente revisión, *una cuarta parte* de los enfermos con *neoplasias de la vesícula y de las vías biliares*, presentan valores de fosfatasa alcalina mayores a 15 U., y todos ellos ictericia clínica. De los seis enfermos con valores normales de fosfatasa alcalina, sólo uno no presentaba ictericia, los cinco restantes estaban clinicamente ictericos y algunos con valores de bilirrubinas plasmáticas elevadas y a pesar de todo presentaron valores de fosfatasa alcalina normales.

TRANSAMINASAS GLUTAMICO OXALACÉTICA Y PIRUVICA: la dosificación de estas enzimas en la sangre, obedece a la ayuda que prestan en el diagnóstico diferencial de las ictericias. (15) Los valores mayores de 300 U. son sugestivos de ictericia hepatocelular; mientras que valores menores, son los que se observan en ictericias obstructivas y carcinomas metastásicas al hígado. La combinación de los resultados de las dos transaminasas, permite diferenciar más facilmente unas enfermedades de otras. Así es como en las ictericias obstructivas, tanto el valor de transaminasas glutámica como el de transaminasas glutámico piruvica, son bastante parecidos, pero con ligero predominio de las transaminasas glutámico oxalacética. Ambos

valores son generalmente menores de 300 U.

La determinación de transaminasas en los pacientes con *carcinoma de la vesícula biliar* se hizo en 18 de los 34. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Valores menores de 300 U en 12 enfermos; valores mayores de 300 u en 6 enfermos; valor máximo 740 U.

La determinación de transaminasas en los pacientes con *carcinoma de vías biliares* se hizo en 11 de los 17 casos. Los resultados obtenidos fueron:

Valores menores de 300 U en 8 enfermos; valores mayores de 300 U. en 3 enfermos; valor máximo de 980 U.

CEFALINA COLESTEROL: este examen es normalmente negativo o débilmente positivo (una o dos cruces). Los resultados anormales se expresan, según la intensidad, en tres o cuatro cruces. Esta determinación se utiliza en el diagnóstico diferencial de las enfermedades que se acompañan de ictericia, porque el resultado es positivo en ictericia hepatocelular, pero es francamente negativa en ictericia obstructiva. En casos neoplasias con extensas metástasis hepáticas y necrosis, la prueba puede ser positiva.

La prueba de cefalina colesterol en los pacientes con *carcinoma de vesícula* se hizo en 9 de los 34 enfermos de este grupo. Los resultados obtenidos fueron: Valores normales en 7 enfermos; francamente positivos (tres cruces) en 2 enfermos.

La prueba de cefalina colesterol en pacientes con *carcinoma de vías biliares* se hizo en 3 enfermos de los 17 de este grupo. Los resultados obtenidos fueron:

Valores normales en 2 enfermos; francamente positivos (cuatro cruces) en 1 enfermo.

REACCION DE LA TURBIDEZ DEL TIMOL:

esta prueba se considera en resultados francamente patológicos de 4 U. en adelante. Su utilidad en el diagnóstico diferencial es similar a la prueba de cefalina colesterol, de ahí la importancia de practicar siempre *ambos exámenes* como control para poder descubrir los falsos positivos. En *carcinomas del sistema biliar extrahepático*, cuya tendencia es producir ictericias obstructivas, rara vez los resultados de la cefalina colesterol y la turbidez del timol son positivos. Cuando los resultados son positivos, se debe sospechar la existencia de metástasis extensas al hígado y necrosis abundante.

La prueba de turbidez del timol en los casos de *carcinoma de vesícula biliar* se hizo en 11 de los 34 pacientes. De estos resultados, la prueba es útil en seis enfermos, por haberse llevado a cabo también la prueba de cefalina colesterol. Los resultados obtenidos fueron:

Valores normales en los 6 enfermos.

Se descubrieron 2 falsos positivos para la prueba de cefalina colesterol, que dieron valores normales para la prueba de turbidez del timol.

La prueba de turbidez del timol en los pacientes con *carcinoma de las vías biliares*, se hizo en 8 enfermos, pero fue útil en solo 3 enfermos en quienes también se hizo la prueba de cefalina colesterol. Los resultados obtenidos fueron: Valores normales en 2 enfermos; valores patológicos con 1 enfermo.

Este resultado positivo de turbidez del timol corresponde al mismo paciente que mostró cuatro cruces en la prueba de cefalina colesterol. El estudio post-mortem de este enfermo mostró múltiples metástasis hepáticas, que median desde 2 hasta 4.5 cm. de diámetro.

UROBILINOGENO FECAL: en el diagnóstico del *carcinoma de vías biliares*, todos los autores que lo mencionan, le da una *importancia capital*, porque más del 95 o/o de los enfermos (22) presentan valores menores a 5 mg. en 24 horas,

valores que están muy por debajo de las cifras normales. El examen conlleva colaboración efectiva por parte del personal de enfermería, por la necesidad que hay de coleccionar heces por cuatro días y almacenarlas convenientemente. Las dificultades de almacenamiento y preservación de las heces, posiblemente son la causa que tal dosificación no haya sido utilizada en nuestro medio. Después de analizar los exámenes de la presente serie, se concluye que sólo la dosificación de bilirrubinas se hizo en el mayor número de paciente. El resto de los exámenes se practicaron a menos pacientes, lo que refleja claramente la carencia de criterio de conjunto o batería, para definir la estrategia de los exámenes de laboratorio, con el objeto de obtener datos utilizables para el diagnóstico.

4.2 Exámenes de Rayos:

Los exámenes radiológicos llevados a cabo en los pacientes con *carcinoma de la vesícula biliar* fueron los siguientes:

| | |
|--------------------------------------|---|
| Colecistografía | 6 |
| Colangiografía intravenosa | 4 |
| Colangiografía percutánea | 4 |
| Colangiografía post-operatoria | 5 |
| Placa simple de abdomen | 6 |
| Serie Gastro-Duodenal | 1 |
| Esofagograma | 1 |
| Otros exámenes | 1 |

Colecistografía: su uso es de poca ayuda diagnóstica en las neoplasias de vesícula, pues la vesícula enferma no se visualiza, de ahí que en la presente serie todos los informes fueron de "vesícula excluida". Este hallazgo indica que la fisiología vesicular está alterada, pero no permite establecer la naturaleza de la afección. En uno de los enfermos se visualizaron cálculos radiopacos y en otro el colédoco estaba dilatado por obstrucción distal, no pudiendo precisarse la naturaleza de la obstrucción. De lo anteriormente expuesto se colige, que la colecistografía, ofrece ayuda limitada para el diagnóstico de las

neoplasias de las vías biliares.

Colangiografía intravenosa: la inyección de medios hexa-iodados no requiere concentración para la visualización del árbol biliar, pero si requiere un funcionamiento hepático suficientemente bueno para permitir el paso del medio radiopaco a los canales excretores extrahepáticos. Los carcinomas (14) de las vías biliares extrahepáticas, usualmente producen obstrucciones que disminuyen la función excretora del hígado y por ende, la utilidad diagnóstica que la colangiografía intravenosa ofrece. Los informes radiológicos de los cuatro estudios llevados a cabo revelaron: "vesícula excluida" en tres enfermos; colecistitis aguda calculosa en un enfermo; en otro enfermo no se visualizaron las vías biliares y se informó el examen como dudoso para obstrucción.

Colangiografía percutánea: este procedimiento tiene más riesgos para el enfermo que los anteriores, por lo que sólo esta indicado cuando los métodos más simples son insuficientes y especialmente cuando existe la sospecha de *carcinoma de vías biliares* o carcinoma del páncreas (14). Los informes radiológicos de las cuatro colangiografías percutaneas practicadas, revelaron "obstrucción de las vías biliares". En tres pacientes se sospechó la naturaleza neoplásica de la obstrucción. En un paciente la obstrucción se atribuyó a ascariasis aberrante, pero en la exploración quirúrgica se descubrió la naturaleza neoplásica de la obstrucción.

Colangiograma post-operatorio: la utilidad del tubo de Kehr para llevar a cabo este procedimiento es valiosa. Se practica el colangiograma post-operatorio para detectar cálculos en el sistema biliar extrahepático, que hayan pasado inadvertidos durante el acto operatorio. El valor adicional de este procedimiento, esta en la posibilidad de diagnosticar pequeñas lesiones probablemente neoplásicas, de los conductos biliares. En tal caso este hallazgo es indicación para la re-intervención quirúrgica. En esta serie se practicaron cinco

colangiogramas post-operatorias; en cuatro pacientes se informaron como normales y en un enfermo se informó "litiasis residual".

Radiografía simple de abdomen: es el examen radiológico más sencillo. En la presente serie se le hizo a seis pacientes. Para algunos enfermos fue el único examen radiológico, a otros pacientes se les hizo radiografía simple de abdomen complementada con otros exámenes radiológicos. La radiografía simple de abdomen fue: normal en 2 enfermos; con sospecha de abscesos amebiano del hígado en 2 enfermos; en otro enfermo fué informado como lesión en la vesícula biliar, de origen no determinado; ascitis y probable carcinoma del ovario en otro paciente. Serie gastro- duodenal: solo un enfermo fue sometido al examen radiológico del tracto digestivo superior con resultado normal.

Esofagograma: el examen obedeció que un paciente refirió hematemesis. La exploración radiológica fue informada como normal, sin varices esofágicas.

Otros exámenes de Rayos "X": en el diagnóstico diferencial, a un paciente, se le hizo estudio radiológico del esqueleto para descartar mieloma múltiple.

Hay que señalar que a 15 enfermos de los 34 con *carcinoma de la vesícula biliar*, no se les hizo examen radiológico. De estos 15 enfermos, 9 ingresaron al hospital en tan malas condiciones, que impidieron practicarles estudios adicionales.

Los exámenes radiológicos practicados en los pacientes con *carcinoma de las vías biliares extra-hepáticas* fueron:

| | |
|-------------------------------------|----|
| Colecistografía | 1 |
| Colangiograma percutaneo | 10 |
| Colangiograma per-operatorio | 1 |
| Colangiograma post-operatorio | 1 |
| Serie gastroduodenal | 1 |
| Esofagograma | 1 |

El colangiograma percutáneo fue el examen predominante. En todos los enfermos a quienes se les practicó, fue informado como positivo para obstrucción y siempre se informó la localización de la obstrucción. Por la información que ofrece, el colangiograma percutáneo, es el examen de más utilidad para los pacientes con carcinoma de las vías biliares. Se practicó en 10 pacientes de los 17 de esta serie. A todos los enfermos con *carcinoma de las vías biliares*, se les practicó estudio radiológico.

5. DIAGNOSTICO:

El diagnóstico del *carcinoma de vías biliares extra-hepáticas*, ha sido y es en la actualidad, difícil. Muchas veces es un *hallazgo insospechado* en los comienzos de la enfermedad. El diagnóstico "se hace evidente", cuando la lesión ha progresado considerablemente y hasta se ha diseminado por metástasis a áreas vecinas y a distancia. Por esta razón, se debe insistir en que se piense constantemente sobre la posibilidad de carcinoma de vías biliares en nuestro medio, para poder hacer el diagnóstico lo antes posible y proceder al tratamiento adecuado. La literatura señala que en otros países, también es un problema el diagnóstico, aunque se cuenten con mejores recursos técnicos y de investigación. Salmón (22) al referirse a este problema dice: "reconocer o diagnosticar estas lesiones... en un estado temprano, que permita la resección quirúrgica, ha sido hasta hace poco *una circunstancia fortuita*, y aún hoy, el diagnóstico *se hace frecuentemente por azar*". Christopher (6), corrobora lo anterior al mencionar que "el diagnóstico es difícil, y depende en gran parte de lo minuciosa y precoz que sea la exploración en pacientes con ictericia benigna o transitoria y de lo arraigada que se halle en el cirujano la sospecha del padecimiento". En el presente trabajo, se analizan los diagnósticos clínicos antes de la operación y después de la operación. Siguiendo el método preconizado por Croxton (7), las fracciones decimales de los siguientes cuadros, obedecen a que en algunos pacientes se mencionan más de una posibilidad diagnóstica, por lo que a cada una de esas posibilidades, se le asigna una fracción de la unidad. Para aquellos

pacientes que no fueron operados, se analiza el diagnóstico clínico con el cual se les solicitó estudio postmortem. El diagnóstico definitivo se estudia bajo el acápite de Anatomía Patológica.

CUADRO No. 11

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR

Diagnósticos Clínicos Pre y post-operatorios, ordenados de acuerdo a su frecuencia.

| | Pre- Operatorios | Post- Operatorios |
|---|---------------------|----------------------|
| Carcinoma de vesícula biliar | 0.0 | 6.5 |
| Carcinoma de vías biliares | 3.5 | 6.5 |
| Carcinoma de la cabeza del páncreas | 0.5 | 0.0 |
| Colecistitis crónica con colelitiasis | 11.5 | 3.5 |
| Colecistitis aguda | 1.0 | 0.5 |
| Hidrocolecisto | 1.0 | 0.0 |
| Colecistitis aguda y piocolecisto | 0.0 | 1.0 |
| Ictericia obstructiva de et. a det. | 2.0 | 0.0 |
| Colecistitis crónica con coledocolitiasis | 0.0 | 2.0 |
| Absceso hepático amebiano | 1.0 | 1.0 |
| Hepatitis | 0.5 | 0.0 |
| TOTAL DE PACIENTES | 21.0 | 21.0 |

El diagnóstico de *carcinoma de vesícula biliar no se hizo* en ninguno de los 21 pacientes antes de la intervención quirúrgica. Solamente en 7 enfermos se diagnosticó *carcinoma vesicular después de la operación*. Los trece enfermos de *carcinoma de vesícula biliar* que no recibieron tratamiento quirúrgico y que fallecieron en el hospital, tenían los diagnósticos clínicos que aparecen en el cuadro No. 12 cuando se hizo la solicitud de necropsia.

CUADRO No. 12

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR

Diagnósticos clínicos con los cuales
Se solicitó estudio post mortem,
ordenados de acuerdo a su frecuencia.

| | |
|---|-------|
| Carcinoma de vesícula biliar | 0.00 |
| Carcinoma de las vías biliares | 3.33 |
| Carcinoma de la cabeza del páncreas | 2.00 |
| Carcinomatosis intestinal | 0.33 |
| Carcinomatosis peritoneal | 0.50 |
| Carcinoma gástrico | 2.33 |
| Carcinoma del ovario | 1.00 |
| Hepatoma | 1.33 |
| Ictericia obstructiva de etiología a det. | 1.00 |
| Cirrosis y litiasis del colédoco | 1.33 |
| Cirrosis | 0.33 |
| Absceso hepático amebiano | 0.90 |
| Total de pacientes | 13.00 |

El diagnóstico de *carcinoma de vesícula biliar* no se hizo en ninguno de los enfermos, sino hasta en el estudio postmortem. En la observación clínica si se mencionan otras neoplasias como posibilidades diagnósticas, siendo la más frecuente la de vías biliares.

Diagnósticos clínicos en los pacientes con *carcinoma de vías biliares*: de los 17 enfermos de esta revisión, 13 recibieron tratamiento quirúrgico y los diagnósticos clínicos pre y post operatorios se presentan en el cuadro No. 13

CUADRO No. 13

CARCINOMA DE LAS VIAS BILIARES

Diagnósticos Clínicos pre y post-operatorios,
ordenados de acuerdo a su frecuencia.

| | Pre Operatorios | Post Operatorios |
|----------------------------|--------------------|---------------------|
| Carcinoma de vías biliares | 8.5 | 13 |
| Carcinoma del páncreas | 2.0 | |
| Cálculo residual | 0.5 | |
| Hidrocolecisto | 1.0 | |
| Ulcus duodenal | 0.5 | |
| Hepatitis | 0.5 | |
| Total de pacientes | 13.0 | 13 |

El diagnóstico de *carcinoma de vías biliares* se hizo en más de la mitad de los enfermos antes de la operación. Los hallazgos durante el acto operatorio permitieron hacer el diagnóstico en *todos los pacientes*.

Los enfermos con *carcinoma de las vías biliares* que no recibieron tratamiento quirúrgico son 4. Los diagnósticos clínicos antes de la necropsia fueron: *Carcinoma de las vías biliares*; Colecistitis crónica calculosa y coledocolitiasis; colecistitis aguda y coelitis; Cirrosis. Se ve que solamente en un enfermo, se hizo el diagnóstico de *carcinoma de las vías biliares* antes de su confirmación en el estudio post-mortem.

5.4. Anatomía Patológica:

5.4.1 Diagnóstico Histológico

El diagnóstico histológico de los 51 casos revisados, permitió hacer la separación del grupo de pacientes con *cáncer de vesícula biliar* y pacientes con *cáncer de las vías biliares*. En algunos casos, por la naturaleza avanzada de algunas neoplasias

y en donde la revisión histológica no hacía posible determinar exactamente el sitio primario de la lesión, se tomó muy en consideración el criterio del cirujano al describir en los registros operatorios, la extensión y posible sitio primario de la lesión.

Por la similitud histológica de todo el árbol biliar extrahepático, vesícula y vías biliares, es conveniente revisar las neoplasias en conjunto, y no hacer la agrupación en *neoplasias de la vesícula y neoplasias de las vías biliares*, como se hizo en el estudio clínico.

La clasificación histológica de los *tumores malignos de las vías biliares extrahepáticas*, aceptada por la mayor parte de patólogos es la siguiente:

Adenocarcinoma: Escirroso infiltrante; papilar; mucinoso.

Carcinoma Escamoso.

Tumor de Células Mixtas (adenoacantoma)

Donhauser en 1958, referido por Nield (18) afirma que el adenocarcinoma alcanza hasta un 75 o/o o más de las neoplasias de las vías biliares extrahepáticas. Acherman y Del Regato, referidos por Howard (13), también le asignan una notable predominancia a este tipo de malignidad, y consideran que entre las diferentes variedades del adenocarcinoma, el más frecuente es el escirroso infiltrante con el 55 al 75 o/o, le sigue el papilar con el 15 al 20 o/o y por último el mucinoso con el 10 o/o.

Otros autores como Bockus (5) refieren similares porcentajes.

Cada una de estas variedades histológicas del adenocarcinoma tienen rasgos macroscópicos que hacen sospechar su tipo histológico. Así el tipo infiltrante invade toda la pared vesicular,

convirtiéndola en un órgano pequeño y plegado; si se localiza en las vías biliares produce una estenosis franca. Por esta razón es infortunadamente más maligno que el papilar, cuyas excrescencias fungosas protruyen en el lumen vesicular o coledociano.

Los tumores malignos encontrados en esta revisión fueron:

Adenocarcinoma 47 casos
Carcinoma Escamoso 2 casos
Tumor de Células mixtas 2 casos.

En el estudio histológico de los adenocarcinomas, sólo en 8 de los tumores se informó el tipo de adenocarcinoma encontrado:

Escirroso infiltrante 5 casos
Mucinoso 3 casos

Del tipo papilar no fue reportado ningún caso.

5.4.2. Litiasis Asociada.

El papel de los cálculos biliares en la etiología de las *neoplasias de la vesícula y/o de las vías biliares*, persiste en discusión y como tema importante. La revisión las comunicaciones sobre este tema, nos muestran la frecuencia elevada de litiasis del tracto biliar asociada con casos de neoplasias. La Sociedad Americana de Cáncer (14) publica que, al menos el 75 o/o de los casos de cáncer de vesícula y vías biliares presentan litiasis asociada. Esta frecuencia de litiasis asociada a carcinoma de vías biliares debe de considerarse muy elevada, tomando en cuenta que en necropsias indiscriminadas, sólo el 9 o/o de los casos presentan litiasis del tracto biliar extrahepático.

En los pacientes con *carcinoma de la vesícula biliar*, 20 de los 34 casos

revisados presentó definitivamente litiasis del tracto biliar. El resto de los casos o fue negativo para litiasis, o bien por lo extenso de la lesión neoplásica solo fue posible la biopsia y por lo tanto no se demostró la presencia de cálculos en el sistema biliar extrahepático.

En los pacientes con *carcinoma de las vías biliares* el número, proporcional, de casos que presentó litiasis asociada, es menor que en los pacientes con carcinoma de la vesícula. Sin embargo, en 6 de los 17 pacientes, fue confirmada la presencia de cálculos. Como en los casos de *carcinoma de la vesícula*, en el resto de pacientes con *carcinoma de las vías biliares* o no se encontraron cálculos asociados o neoplasia, o por lo extenso de ésta sólo se tomó biopsia.

6. TRATAMIENTO

6.1 Operaciones practicadas

En Guatemala, el tratamiento para estas neoplasias es la cirugía. Sin embargo, no todos los pacientes de esta serie fueron intervenidos. En los enfermos que fueron operados, se practicaron procedimientos *quirúrgicos paliativos*, pues muchos de los casos fueron intervenidos cuando las neoplasias eran extensas e invasivas o bien sólo se practicó extirpación de la vesícula y drenaje del colédoco, atribuyendo la sintomatología a enfermedad benigna del tracto biliar. Los recientes procedimientos quirúrgicos, pretendidamente radicales, que aparecen en diversas publicaciones (10) (14) (22) para este tipo de cáncer, *todavía* no se han practicado en Guatemala. Debe enfatizarse, por su importancia, que antes de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos determinados, deben balancearse una serie de circunstancias tales como: Edad y estado general del paciente, preparación pre-operatoria, caracteres anatomopatológicos de la enfermedad neoplásica, tanto macro como microscópicos y biología tumoral (10). La institución en donde se administra el tratamiento, debe contar con personal entrenado y eficiente, facilidades de equipo, atención adecuada para

el pre y post operatorio. Todos estos diferentes aspectos que se han enumerado, deben converger en tal forma, que hagan posible una cirugía más eficaz para las *neoplasias del tracto biliar*.

Los procedimientos quirúrgicos practicados en los 21 pacientes con *carcinoma de la vesícula biliar* se consignan en el cuadro No. 15.

CUADRO No. 15

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR

Frecuencia de Procedimientos Quirúrgicos Practicados en 21 pacientes.

| | |
|--|------|
| Colecistectomía | 3 |
| (biopsia hepática simultánea 1 caso) | |
| Colecistectomía y Coledocostomía | 6.5* |
| Biopsia hepática simultánea 1 caso) | |
| Colecistostomía y Coledocostomía | 2.0 |
| (biopsia del colédoco simultánea 1 caso) | |
| Colecistostomía y Biopsia | 2.5* |
| Sólo Biopsia, carcinoma inoperable | 6.0 |
| Celiotomía exploradora, drenaje de absceso | 1.0 |
| <hr/> | |
| Total de pacientes operados | 21.0 |

*Un mismo paciente fué intervenido en dos ocasiones: la primera con colecistostomía y después de 3 1/2 meses colecistectomía y coledocostomía.

Un solo paciente, después de habérsele resecado la vesícula biliar y drenaje del colédoco, fue enviado con diagnóstico histológico de carcinoma de vesícula biliar a otro hospital especializado (Instituto de Cancerología) en donde recibió *radioterapia* como complemento al tratamiento quirúrgico efectuado, (—2,000 r. aplicados progresivamente como tratamiento paliativo).

En los 13 pacientes con diagnóstico de *carcinoma de las vías biliares*, se llevaron a cabo los procedimientos quirúrgicos señalados en el cuadro No. 16

CUADRO No. 16

CARCINOMA DE VIAS BILIARES

Frecuencia de procedimientos Quirúrgicos practicados en 13 pacientes

| | |
|---|-----------|
| Colecistostomía y Bipsia | 7 |
| Colecistostomía y Hepaticostomía | 1 |
| Colecistectomía y Coledocostomía (biopsia hepática y colédoco simultánea 1 caso) | 2 |
| Sólo Biopsia, carcinoma inoperable | 3 |
| Total de pacientes | 13 |

En todos los enfermos con el diagnóstico de *cancer de vías biliares* el diagnóstico se hizo durante el acto operatorio, (ver cuadro No. 13). Los procedimientos fueron todos paliativos.

6.3 *Tiempo de hospitalización:*

Se considera importante estudiar los días de hospitalización de un enfermo, para conocer el rendimiento asistencial del hospital. En el presente trabajo se estudian dos situaciones tiempo de hospitalización *antes* de la intervención quirúrgica y tiempo de hospitalización *antes* de la necropsia.

CUADRO No. 17

CARCINOMA DEL SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO

Distribución de frecuencias de los días de Hospitalización pre-operatoria por paciente.

| | Pacientes |
|--|-----------|
| De 1 a 5 días de hospitalización antes de operación | — 11.5 |
| De 6 a 10 días de hospitalización antes de operación | — 11.5 |
| De 11 a 20 días de hospitalización antes de operación | — 7.5 |
| De 21 a 30 días de hospitalización antes de operación | — 1.0 |
| De 30 a más días de hospitalización antes de operación | — 1.5 |

De los 51 pacientes que consta esta revisión, 31 fueron operados y *murieron fuera* del hospital.

Tres fueron operados y fallecieron en el hospital, por lo que tienen estudio post-mortem y aparecen en ambos cuadros No. 17 y 18. Las fracciones que aparecen en los cuadros 17 y 18 se explican por el sistema usado para expresar las frecuencias (7)

CUADRO No. 18

CARCINOMA DEL SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO

Distribución de Frecuencias de los días de hospitalización antes de la necropsia por pacientes.

| | Pacientes |
|---|-----------|
| De 1 a 5 días de hospitalización antes de necropsia | — 5 |
| De 6 a 10 días de hospitalización antes de necropsia | — 6 |
| De 11 a 20 días de hospitalización antes de necropsia | — 4 |
| De 21 a 30 días de hospitalización antes de necropsia | — 3 |
| De 30 a los 57 días de hospitalización antes de necropsia | 0.5 |

| | |
|---|-------------|
| Total de pacientes del cuadro No. 17 | 32.5 |
| Total de pacientes del cuadro No. 18 | 18.5 |
| Total de pacientes hospitalizados en estudio | 51.0 |

En los primeros 10 días más de la mitad de los enfermos de esta revisión recibieron tratamiento quirúrgico o se les hizo estudio postmortem. El tiempo de hospitalización más largo fue de 57 días, el paciente había sido intervenido en el 34 día de hospitalización. Otro enfermo del cuadro No. 17 fué intervenido hasta el 38o. día de permanencia en el hospital.

7. PRONOSTICO

Todos los enfermos que en este estudio se incluyen, tuvieron un mal pronóstico. La sobrevida fue corta y en ninguno de los pacientes llegó a una duración mayor a cinco años. En los enfermos con *carcinoma de vesícula biliar*, la sobrevida de los 18 pacientes que aparecen en el cuadro No. 2, es como sigue:

Nueve enfermos asistieron a la consulta externa del hospital después de la operación, en tiempos que varían desde *1 mes hasta 22 meses*. Después se ignora su evolución por no asistir a control de la consulta externa y para fines estadísticos se consideran muertos a corto plazo después de su última consulta.

Cinco enfermos tenían carcinoma tan avanzado, que desde el momento mismo de la intervención quirúrgica su sobrevida era corta y fueron clasificados como *inoperables*. Cuatro enfermos fueron intervenidos y después de salir del hospital se ignora su evolución al no asistir a la sección de consulta externa.

En los enfermos con *carcinoma de las vías biliares*, los resultados del estudio de sobrevida y pronóstico son similares a los referidos para el *carcinoma de vesícula*. La sobrevida de los 13 enfermos que aparecen en el cuadro No. 2, es como sigue:

Cinco enfermos asistieron a la consulta externa del hospital después de la operación, en tiempos que varían desde *1 mes hasta 4 meses*. Después se ignora su evolución por no asistir a control de la consulta externa y para fines estadísticos se consideran muertos a corto plazo después de su última consulta.

Seis enfermos tenían carcinoma tan avanzado, que desde el momento mismo de la intervención quirúrgica su sobrevida era corta y fueron clasificados como *inoperables*. Dos enfermos fueron intervenidos y después de salir del hospital se ignora su evolución al no asistir a la sección de consulta externa.

El resto de los enfermos que este estudio comprende, tanto de carcinoma de vesícula biliar, como de *carcinoma de vías biliares*, (ver cuadro No. 1) falleció en el hospital y se les hizo estudio postmortem.

Hay que hacer notar que para completar el seguimiento de estos pacientes y establecer el período de sobrevida, se hicieron visitas domiciliarias a las direcciones anotadas en los registros médicos, muchas de ellas resultaron infructuosas por tratarse de direcciones inexactas o de hospedajes temporales y en otras se comprobó la corta sobrevida que tuvieron los enfermos al salir del hospital.

Se revisaron en los archivos de la Sección de Patología del Hospital Roosevelt de la Ciudad de Guatemala, los informes de anatomía patológica de 1,534 protocolos de necropsias clínicas y 7,290 informes anatómo-patológicos de especímenes quirúrgicos durante los años de 1967, 1968 y 1969.

Se encontraron 51 pacientes con *carcinoma de la vesícula biliar y de las vías biliares*. La revisión de los 51 casos demostró que el *cancer de la vesícula biliar* y de las *vías biliares* se presentó con más frecuencia en la 6a. y 7a. década de la vida, preponderantemente en mujeres multíparas. El paciente más joven de 30 años de edad y el más viejo de 82 años.

La revisión analítica de los exámenes de laboratorio y rayos "X" mostró en la generalidad de los casos, poca eficacia en el diagnóstico porque no se llevaron a cabo los exámenes complementarios con un criterio integral.

El tratamiento de los pacientes con *carcinoma de las vías biliares extrabepáticas*, en más de la mitad de los pacientes fué quirúrgico y eminentemente paliativo. En algunos casos se extirpó la vesícula biliar sin sospecharse la lesión maligna.

La sobrevida de todos los pacientes fue corta, ninguno de los pacientes llegó a los 2 años de sobrevida. Diez y ocho enfermos fallecieron en el hospital.

Comentario: Debe señalarse que se revisó una muestra considerada como altamente seleccionada y que por lo tanto, las frecuencias que se obtuvieron con esta revisión no pueden aplicarse a la población general de Guatemala. Al Hospital Roosevelt ingresan pacientes de condición socio-económica baja, procedentes predominantemente de la capital y los departamentos vecinos.

IV CONCLUSIONES:

1. El carcinoma de la vesícula biliar y de las vías biliares es un hallazgo relativamente frecuente en una muestra seleccionada de los informes de especímenes quirúrgicos de vías biliares extrahepáticas y de protocolos de necropsia del Hospital Roosevelt de Guatemala.
2. La frecuencia de las neoplasias de la vesícula biliar es similar o ligeramente superior en Guatemala que en otros países, al comparar revisiones similares de especímenes quirúrgicos y necropsias publicadas por otros autores.
3. En la muestra analizada, el carcinoma de las vías biliares extraepáticas se presenta en la 6a. y 7a. décadas de la vida. El carcinoma de la vesícula biliar se presenta aproximadamente 10 años después que el carcinoma de las vías biliares. El carcinoma de la vesícula biliar y el de las vías biliares fué significativamente más frecuente en pacientes del sexo femenino.
4. Los signos clínicos más frecuentes en los 51 pacientes de carcinoma de la vesícula biliar y de las vías biliares fueron: ictericia, masa palpable, hepatomegalia y dolor en el hipocondrio derecho provocado a la exploración física. El tratamiento en más de la mitad de los pacientes con carcinoma de la vesícula biliar y de las vías biliares fue quirúrgico.
5. El diagnóstico clínico de carcinoma de la vesícula biliar en los 34 pacientes con esta neoplasia, no se hizo en ningún caso pre-operatoriamente o antes de la solicitud del estudio postmortem. En 14 de los 21 pacientes con carcinoma de la vesícula biliar e intervenidos quirúrgicamente, sólo se despachó el diagnóstico en 7 durante el acto operatorio y el carcinoma de la vesícula biliar fue un hallazgo de los exámenes anatómo-patológico en los otros 7 casos.
6. El diagnóstico clínico de carcinoma de vías biliares no se hizo pre-operatoriamente en ninguno de los 13 casos intervenidos quirúrgicamente. De los 4 pacientes a quienes se les hizo estudio postmortem, solo en 1 enfermo se sospechó clínicamente la neoplasia de las vías biliares. El tratamiento quirúrgico proporcionado a 21 pacientes con carcinoma de la vesícula biliar y a 13 pacientes con

carcinoma de las vías biliares y el tratamiento de radioterapia post-operatorio a un enfermo, no modificaron el pronóstico en ninguno de los casos. Ninguno de los pacientes tuvo una sobrevida de más de dos años.

7. Para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con neoplasias de la vesícula biliar o vías biliares es necesario tener en mente siempre esta posibilidad diagnóstica en pacientes ictericos a partir de la 4a. década de la vida, por ser estas neoplasias un hallazgo relativamente frecuente en Guatemala. En consecuencia la investigación clínica y radiológica de estos enfermos debe estar orientada con un criterio integral que debería establecerse como norma en el medio hospitalario. Esto es, determinación de valores de Bilirrubina en suero, fosfatasa alcalina, transaminasas glutámico exalacetica y pirúvica, turbidez del timol y cefalina colesterol. El examen radiológico de elección cuando se sospecha clínicamente neoplasia de las vías biliares extrahepáticas es el colangiograma percutaneo.

V **BIBLIOGRAFIA**

1. Anderson W.A.D. et al.
Pathology Textbook, 5th edition St. Louis. The C.V. Mosby Company, 1966.
2. Aramburu B. German.
Consideraciones sobre el Cancer de Vesícula biliar. Tesis, Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Medicina. Mayo 1955.
3. Balcells A.
La Clínica y el Laboratorio, 7a. ed. Barcelona. Editorial Marin, S.A. 1969.
4. Berge T. et al.
Clinical significance of the amputation neuroma and length of the cystic duct remanent. Acta Chir Scand. 133:55-60, 1967.
5. Bockus, H.L.
Gastroenterology III: Liver, Biliary tract and Pancreas Philadelphia W.B. Saunders Co. 1946 pp. 357-70.
6. Christopher.
Tratado de Patología Quirúrgica ed. por Loyal Davis. 7a. Edición. México, Editoria Inter-americana 1961.
7. Croxton E. F.
Elementary Statistics, with applications in Medicine and the Biological Sciences. N.Y. Dover Publications, Inc. 1959.
8. Den-Besten, L. et al.
Cancer of the Biliary Tree. The American Journal of Surgery, 109:587-9, May 1965.
9. Douglas A. Person.
Carcinoma of the Gallbladder Presenting as Acute Cholecystitis and Leading to a Missed Clinical an Pathologic Diagnosis. American Journal of Surgery, 108:95-7, July-December 1964.
10. Filgueira J.L.
Consideraciones Clínico-terapéuticas sobre el Cancer de la vesícula Biliar. An. Fac. Med. Montev. 51:117-24, 1966.
11. Ham J.M.
Tumors on biliary epithelium and ulcerative colitis. Ann. Surg. 168:1088-93, Dec. 68
12. Harrison R. et al.
Principles of Internal Medicine, Texbook, 5th ed N.Y. Mc. Graw-Hill Book Company, 1966.
13. Howard H.J.
Biliary tract carcinoma. Amer Surg 29:471-8, Jul. 63.
14. Howard f.R. et al.
Cancer of the Pancreas, Biliary tract and Liver. N.Y. The American Cancer Society, Inc. 1961.
15. Hyman J.Z.
The Differential Diagnosis of Jaundice. Medical Clinics of North America 52(6) 1417-44. Nov. 1968
16. Litwin, M.S.
Primary carcinoma of the Gallblader. Arch. Surg (Chicago) 95:236-40, Aug. 67.
17. Mc. Farlane J.R. et al.
Carcinoma in Choledochal cyst. J.A.M.A. 202:1003-6, 11 Dic. 67.
18. Nield J.M.
Primary Carcinoma of the Gallbladder. Australian and New Zealand Jorunal of Surgery; 34:43-6, Aug. 1964.
19. Pradines J.C.
Pathologic anatomy of malignant Ephetial tumors of the Gallbladder and extrahepatic bile ducts. Annals. Fac. Med. Montev. 49:103-13, 1964.
20. Pallette E.M., et al.
Carcinomas of the extrahepatic biliary system. Amer. Surg 29:719-23, Oct. 63.

21. Robbins S.T.
Pathology. Textbook, 3th edition. México,
Editorial Interamericana, 1968
22. Salmon P.A.
Carcinoma of the Pancreas and extrahepatic
biliary system. Surgery 60: 554-65, Sept. 66
23. Stuart A.F. et. al.
Inapparent Carcinoma of the Gallbladder. The
American Surgeon 33(5):367-72, May 67.
24. Van Heerden J.A. et al.
Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. A
clinicopathologic study. Amer. J. Surgery 112:
49-56, Jan 67.
25. Valenzuela, Tejada C. et al.
Patología Guatemalteca a mediados del Siglo XX.
Revista del Colegio Médico de Guatemala,
15(3)113-56 Septiembre 1964.
26. Withcomb F.F. Jr. et al.
Leiomyosarcoma of the Bile Ducts.
Gastroenterology 52:94-7, Jan 67.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. José Alberto Flores Caballeros

Dr. Héctor Federico Castro M.
Asesor

Dr. Jorge Rosal Meléndez
Revisor

Dr. Julio Deleón M.
Director de la Fase

Vo. Bo.

Dr. Carlos Alberto Bernhard
Secretario

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano