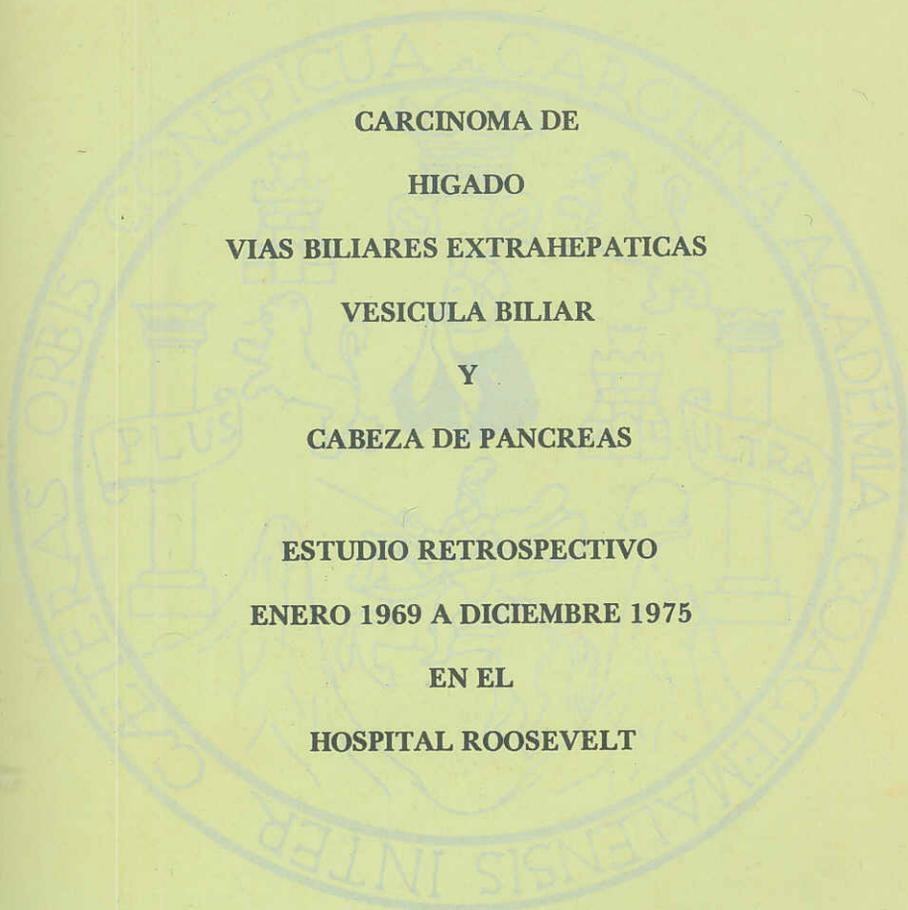


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CARCINOMA DE
HIGADO
VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS
VESICULA BILIAR
Y
CABEZA DE PANCREAS
ESTUDIO RETROSPECTIVO
ENERO 1969 A DICIEMBRE 1975
EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT

CARLOS ANIBAL UTRILLA MAYEN

GUATEMALA - NOVIEMBRE 1976

PLAN DE TESIS;

- I) INTRODUCCION
- II) OBJETIVOS
- III) MATERIAL Y METODOS
- IV) RESULTADOS GLOBALES
- V) DISCUSION Y RESULTADOS POR REGIONES ANATOMICAS.

Carcinoma de Hígado
Carcinoma de Vías Biliares
Extrahepáticos
Carcinoma de Vesícula Biliar
Carcinoma Cabeza del Páncreas

- VI) CONCLUSIONES
- VII) RECOMENDACIONES
- VIII) BIBLIOGRAFIA

CONTENIDO:

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV RESULTADOS GLOBALES

IV. A

- 1) Frecuencia
- 2) Edad
- 3) Sexo
- 4) Procedencia

IV. B DATOS CLINICOS;

- 1) Síntomas
- 2) Signos
- 3) Exámenes de Laboratorio
- 4) Exámenes Radiológicos
- 5) Diagnóstico Preoperatorio

IV. C PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

IV. D DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

IV. E LITIASIS Vrs. CARCINOMA DE VIAS BIL. EXTRAHEPAT. Y VESICULA BIL.

IV. F PRONOSTICO

IV. G MORBIMORTALIDAD.

V RESULTADOS Y DISCUSION POR REGIONES ANATOMICAS DE;

CARCINOMA DE HIGADO

- Vías Bil. Extrahepát.
- Vesícula Biliar
- y Cabeza del Páncreas

VI CONCLUSIONES

VII RECOMENDACIONES

VIII BIBLIOGRAFIA

I.) INTRODUCCION;

La lista de enfermedades que ha heredado el hígado comprende una amplia gama de trastornos vasculares, metabólicos, tóxicos, obstructivos y neoplásicos, siendo éste el trastorno principal más frecuente, ya que junto con el sistema biliar extrahepático, formado por la vesícula y las vías biliares extrahepáticas, mantiene una comunicación directa hacia el tubo gastrointestinal y además por ser el lecho de filtración del flujo portal, está sujeto a diseminación linfática y sanguínea de todas las enfermedades que nacen en el área de dicho drenaje.

Los tumores primarios, cuyo origen casi siempre es epitelial, entre ellos, el Hepatocarcinoma, son los más importantes, siendo los demás tumores, en su mayor parte de origen metastásico.

Los tumores del sistema biliar se presentan en todos los sitios posibles de los conductos y vesícula biliar, quedando muchas veces obscurecido el asiento primario del tumor, tales como los tumores primarios de páncreas y duodeno, lo que complica el tratamiento quirúrgico y su pronóstico, sombrío. -

En nuestro medio la aplicación de los diferentes procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, se efectúan en etapas avanzadas de éstas neoplasias, debido a que el crecimiento de las mismas, es silencioso y el paciente consulta demasiado tarde, siendo consecuencia de ello, los procedimientos quirúrgicos paliativos en la mayoría de casos los de elección y que influyen poco a nada en la sobrevida estimada para las mismas, por ser irresecables y encontrarse diseminadas hacia

las estructuras adyacentes.

Por ello, son muchos los estudios efectuados y varios los factores predisponentes que se considera tienen relación en su etiopatogenia, tal como la cirrosis, las parasitosis, los medios radioactivos de contraste etc.; además se han postulado otros agentes: Hepatotóxicos, hepatitis por virus, sífilis deficiencias nutricionales, los cuales no son bien fundados y no deben considerarse tengan importancia principal.

Se ha postulado un factor endógeno cancerígeno para la relación litiasis y carcinoma vesicular, tal como el metilcolantreno, quien guarda estrecha relación química con el colesterol y las sales biliares, o bien una acción mecánica por cuerpos extraños en el lumen de la vesícula o traumática, pero desafortunadamente se desconoce en esencia la naturaleza y la acción del factor mencionado, el cual ha inducido a la mayoría de cirujanos a efectuar colecistectomías a edades tempranas y asintomáticas.

Quienes mencionaron por vez primera la posible relación de Carcinoma de vesícula y Litiasis, fueron Hall en 1786 y Friederich en 1861.

Luego sobre los aspectos quirúrgicos y anatómicos del Carcinoma vesicular, en 1906, lo mencionaron Mueser, Ames y Courvoisier.

En nuestra patria, de quienes primeramente efectuaron estudios sobre éste tema están; los Drs, G. Aramburú y C.E. Azpuru, en 1955; luego los Drs. Héctor René Ramirez, Roberto Pellecer y Carlos E. Azpuru, en 33 casos estudiados hasta 1966; en 1970 el Dr,

José A. Flores, en su tesis de Médico y Cirujano, expone el estudio de 51 casos de Cancer de Vías Biliares extrahepáticas, efectuado en el Hospital Roosevelt de Guatemala; en 1975, el Dr. Antonio Wong Galdámez, efectúa un estudio retrospectivo de 24 años de Cancer de Vesícula, en el Hospital General "San Juan de Dios". (1950-1973), donde encuentra el 100% de litiasis asociada a dicha entidad.

II) OBJETIVOS

1.
 - A) Revisar la incidencia de Cáncer Hepático y de Vías Biliares Extrahepáticas, incluso el Carcinoma de la Cabeza del Páncreas.
 - B) Conocer el cuadro clínico, hallazgos de laboratorio, incluso Radiológico e histopatológico Detallado.
 - C) Intentar señalar las causas predisponentes de su origen.

2.
 - A) Analizar los Registros Médicos en los Archivos del Hospital Roosevelt, de los pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente, por DX. preoperatorio de Cáncer en las regiones mencionadas, comprendidas del año 1969 a 1975, (7 años).
 - B) Aplicar el método estadístico en su elaboración.
 - C) Sintetizar en forma sistémica y comprensible los principales problemas del tema.

3.
 - A) Hacer conciencia de la gravedad del problema a nivel médico y del público.
 - B) Señalar la importancia del DX. precoz en el tratamiento del Cáncer Hepático, de Vías Biliares, y de la Cabeza del Páncreas.

III) MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se revisaron los libros de sala de operaciones de Aultos, del Archivo del Hospital Roosevelt de Guatemala, de los cuales se tomaron los Registros Médicos de los pacientes que fueron intervenidos por patología de la región Hepatobiliar. Hecho esto, se recopilaron los números de los registros médicos de los pacientes que con Dx. pre-operatorio de Cáncer Hepático, Vías Biliares extra-hepáticas, Vesícula Biliar y por Carcinoma de la Cabeza del Páncreas se les intervino, encontrándose 120 casos, en un período de 7 años, comprendidos del 1 de Enero de 1969 al 31 de Diciembre de 1975.

Revisados estos registros médicos, se tomaron los datos que para nuestro estudio cobraron mayor importancia, tales como; Procedencia, Edad, Sexo, Sintomatología y Signos clínicos, estudio de laboratorio y radiológicos más frecuentes; Dx. pre-operatorio; técnica o procedimiento efectuada en cada caso; Dx Histopatológico; Evolución intrahospitalaria del paciente, complicaciones y evolución posterior al egreso.

Obtenidos estos datos se procedió a analizarlos y aplicar el Método Estadístico en su elaboración, los cuales aparecen en los cuadros estadísticos más adelante.

Además se revisó la literatura nacional y mundial, para conocer los resultados que los diferentes autores, han obtenido sobre el presente tema.

IV.) RESULTADOS:

Carcinoma Hepático de
Vías Biliares Extrahepá-
ticas.
Vesícula Biliar y
de Cabeza del Pancreas.

RESULTADOS GLOBALES DE:

De los 7 años analizados, se encontraron: 7 Carcinomas Hepáticos Primarios, 61 carcinomas de vías biliares, 35 de Vesícula Biliar y 17 de la Cabeza del Pancreas. El análisis general se describe en los cuadros siguientes;

EDAD;

La edad de los pacientes osciló de los 18 años a los 82 años. La década de apareamiento más frecuente fué la quinta y la sexta. La edad promedio para el Carcinoma Hepático fue de 38.14 años. Para el Carcinoma de Vías Biliares fue de 54.44 años; para el Carcinoma de Vesícula Biliar fue de 63.54 años y para el Carcinoma de la Cabeza del pancreas de 56.82 años. Gráfica # 1.

Distribución por edad; Gráf. #1.

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
10-19	1	0.83 %
20-29	3	2.50
30-39	7	5.83
40-49	25	20.83
50-59	31	25.00
60-69	34	28.33
70-79	16	13.33
80-89	3	2.50

SEXO;

El sexo femenino presentó el mayor porcentaje de frecuencia, así;

SEXO	CASOS	PORCENTAJE
Femenino	81	67.50%
Masculino	39	32.50%

La relación encontrada para Carcinoma Hepático fue de; 1.33 a 1 Para el Carcinoma de Vías Biliares extrahepáticas fue; 2 a 1 Para el Carcinoma de Vesícula Biliar fue de; 6 a 1, y para el Carcinoma de la Cabeza del Páncreas de; Masc.; 1.42 a 1 del fem.

PROCEDENCIA:

El mayor porcentaje encontrado fue originario de la Ciudad Capital con 38 casos (31.77%), siguiendo en orden decreciente los Depts. de Santa Rosa y Jutiapa, con 11 y 9 casos respectivamente. La procedencia general se dá en el siguiente cuadro.

Cuadro # 3.

PROCEDENCIA GENERAL DE LOS PACIENTES;

PROCEDENCIA	# DE CASOS	PORCENTAJE
Guatemala	38	31.77%
Santa Rosa	11	9.77
Jutiapa	9	7.50
Sacatepéquez	7	5.83
Escuintla	6	5.00
Quezaltenango	6	5.00
Suchitepéquez	4	3.33
San Marcos	4	3.33
Retalhuleu	3	2.50

Continuación Cuadro # 3

PROCEDENCIA	# DE CASOS	PORCENTAJE
Progreso	3	2.50%
Huehuetenango	3	2.50
Petén	3	2.50
Baja Verapáz	3	2.50
Chiquimula	2	1.66
Quiché	2	1.66
Izabal	2	1.66
Alta Verapáz	2	1.66
Chimaltenango	2	1.66
Sololá	1	0.83
Zacapa	1	0.83
Chichicastenango	1	0.83
Tapachula	1	0.83
San Salvador	1	0.83

SINTOMAS Y SIGNOS QUE MOTIVARON LA CONSULTA;

El dolor abdominal fue el síntoma más frecuente por el cual consultaron los pacientes, encontrado en el 99.16%; y la irradiación fue hacia la espalda y al hombro; los trastornos gastrointestinales, como la intolerancia a las comidas grasas, las náuseas y los vómitos, fueron muy frecuentes. Cuadro # 4.

SINTOMATOLOGIA;

SINTOMATOLOGIA	CASOS	PORCENTAJE
Dolor en Hipoc. Derecho	63	52.50%
Epigastrio	36	30.00
Mesogastrio	20	16.16
Dolor se Irradia a; Hombro	10	8.33
Espalda	17	14.16
Hipoc. Der.	8	6.66
Epigastrio	7	5.83

Continuación Cuadro # 4.

SINTOMATOLOGIA	CASOS	PORCENTAJE
Trastornos Gastrointestinales; Intolerancia a Comidas Grasas e irritantes	42	33.00%
Náuseas	39	33.50
Vómitos	48	40.00
OTROS		
Fiebre	37	31.56
Acolia	25	20.83
Coluria	41	33.33
Prurito	17	14.16
Hematemesis y Melena	1	0.83
Edema	3	2.50

SIGNOS:

El Dolor abdominal, la Ictericia y Masa palpable, fueron los hallazgos físicos más frecuentes; siguiendo le la fiebre, ascitis y hepatomegalia.

CUADRO # 5.

SIGNOS	CASOS	PORCENTAJE
Ictericia	119	99.16%
Masa Palpable en Hipoc. Derecho y Epigastrio		
De; 3 a 10 cms	85	71.93
10 a más cms.	25	20.83
No palpable	35	29.63
Fiebre	31	25.00
Ascitis	28	23.33
Hepatomegalia	28	23.33

EVOLUCION

El tiempo de evolución referido, desde el inicio de los síntomas hasta el agravamiento súbito encontrado, varió de 3 días a 8 años, dando un promedio de 2 semanas a 2 meses.

CUADRO # 6.

EVOLUCION; AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
1 año	8	6.66%
2 años	7	5.83
5 años	3	2.50
8 años	1	0.83
MESES		
1 mes	23	19.16%
2 meses	21	17.50
3 meses	18	15.00
4 meses	8	5.66
5 meses	3	2.50
6 meses	9	7.50
SEMANAS		
1 Semana	4	3.33
2 Semanas	12	10.00
3 Semanas	2	1.67
DIAS		
3 Días	2	1.67

EXAMENES DE LABORATORIO:

Los exámenes más frecuentes efectuados, fueron; Bilirrubina, Transaminasas, Fosfatasa Alcalina y Tiempo de Protrombina, en el 87.50% del total de casos.

BILIRRUBINAS: Fue anormal en el 80%, a expensas

de la Bilirrubina Directa.

Fosfatasa Alcalina; Anormal en más del 70%.

Transaminasas; Oxalacética y Pirúvica; Anormal en el 72 y 55 % respectivamente.

Tiempo de Protrombina y Concentración en Plasma; A normal en más del 55 %.

CUADRO # 7.

EXAMENES DE LABORATORIO;

EXAMEN	# DE CASOS	PORCENTAJE
Bilirrubina Total; Anormal	96	80.00 %
Directa; Anormal	104	86.66
Indirecta; Anormal	94	79.16
No se efectuó Ex. en	4	3.33
Transaminasas; Oxalacética; Anl;	87	72.50
Pirúvica; Anl;	68	55.00
No se efectuó Ex. en;	19	15.83
Fosfatasa Alcalina; Anormal	86	71.71
normal	14	11.66
No se efectuó Ex. en	20	16.66
Tiempo de Protrombina; Anormal	68	56.66
normal	26	21.66
No se efectuó Ex. en	26	21.66

NOTA; Debido a los diferentes métodos de laboratorio utilizados hasta hoy, sólo se compararon los resultados en cada uno de ellos, y se resumió como aparecen en éste cuadro.

PROCEDIMIENTOS RADIOGRAFICOS;

Los estudios para visualizar el árbol biliar y vesícula se efectuaron en el 43.43 %; la serie gastroduo-

denal se efectuó en el 36.34% (36 casos). Los estudios por radioisótopos, son poco frecuentes. Ver cuadro 8.

EXAMENES RADIOGRAFICOS;

EXAMEN	# DE CASOS	PORCENTAJE
Colecistograma P. O	13	13.13 %
Colangiograma I. V	11	
Directo	6	
Percutaneo	12	
Total	27	26.26
Colangiocolecistograma	4	4.04
Centellograma Hepático	16	16.12
Pool Sanguineo	2	2.22
Arteriograma Hepático	1	1.02
Serie Gastroduodenal	36	36.34

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO;

Por la sintomatología, hallazgos clínicos, de laboratorio y radiográficos, el Carcinoma de la región de las vías biliares se sospechó en más del 65%, el Carcinoma Hepático en el 6.66% y en más del 20% de las enfermedades crónicas vesiculares.

CUADRO # 9;

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO;

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Carcinoma de Vías Biliares	37	30.83 %
Ictericia Obstructiva	36	30.00
Colecistitis Crónica Calculosa	18	15.00
Colecistitis Aguda	8	6.66
Carcinoma Hepático	8	6.66
Carcinoma del Pancreas (Cabeza)	6	5.00
Carcinoma Gastrico	4	3.33
Carcinoma de Vesícula	2	1.66
Abceso Hepático	1	0.83

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS;

La laparotomía exploradora efectuada en el 80 % de los pacientes y la toma de Biopsia (en el 94.17 %) de las diferentes regiones anatómicas comprendidas es la conducta más usada, de acuerdo al cuadro 10.

Los procedimientos paliativos, como la Coledocostomía y colecistostomía se efectuaron en más del 35%.

Los procedimientos paliativos descompresivos, se efectuaron en el 12.50% La Hepatectomía fue efectuada en el 0.83%, (28.57% de 7 casos).

CUADRO # 10;

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS;

PROCEDIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Laparotomía exploradora y Biopsia	104	87.00%
Coledocostomía	26	21.66
Colecistostomía	12	15.00
Colecistectomía	23	19.16
Coledocoyeyunostomía Terminado Lateral	1	0.83
Colecistoyeyunostomía	1	0.83
Coleducoduodenostomía Terminado Lateral	5	5.16
Colecistoyeyunostomía-Yeyunoyeyunostomía Latero Lateral (Asa de Warren) Y de Roux	3	2.50
Colecistoyeyunostomía-Yeyunoyeyunostomía Terminado Lateral	2	1.66
Hepatectomía	1	0.83
Pancreatoduodenectomía	3	2.50
Drenaje de Absceso	1	0.83

Continuación Cuadro # 10 a

PROCEDIMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
Cuadro # 10 b.	-	-
COMPLICACIONES;		
Hepaticostomía	1	0.83
Lesión suprarrenal Der. y de Vena Cava Sup.	1	
Ruptura de Coledoco	1	0.83
Duodenoplastia (Ruptura de Duodeno).	1	0.83

SITIO DE BIOPSIA;

El sitio de donde con más frecuencia se tomó biopsia fue el Hígado, (Cuadro 11) con 66 muestras (55.00%), siguiendo en orden decreciente la Vesícula biliar con 23 casos, el sistema linfático regional con 12, e Hilio hepático con 8 casos.

CUADRO # 11

SITIO DE BIOPSIA;

REGION ANATOMICA	# DE CASOS	PORCENTAJE
Hígado	66	55.00%
Vesícula	23	19.16
Ganglio de Mesenterio	12	10.00
Epiplon	12	10.00
Hilio Hepático	8	6.66
Coledoco	6	5.00
Pancreas	6	5.00
Vías Biliares	1	0.83

CUADRO # 12

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO:

ORGANO # DE CASOS PORCENTAJE

HIGADO:

Carcinoma Hepático Primario	7	100.00 %
Sexo; Femenino	3	
Masculino	4	

VIAS BILIARES:

Carcinoma	23	37.70
Adenocarcinoma	38	62.30
Sexo, en Carcinoma		
Femenino	20	
Masculino	3	
Sexo en Adenocarcinoma		
Femenino	22	
Masculino	16	

VESICULA BILIAR

Carcinoma	5	14.28
Adenocarcinoma	30	85.72
Sexo, en Carcinoma		
Femenino	5	
Sexo, en Adenocarcinoma		
Femenino	25	
Masculino	5	

PANCREAS:

Carcinoma de cabeza del pancreas	10	58.82 %
Adenocarcinoma cabeza del Pancreas	7	41.18
Sexo, en Carcinoma		
Femenino	3	
Masculino	7	

Continuación del Cuadro # 12

ORGANO # DE CASOS PORCENTAJE

Sexo, en Adenocarcinoma

Femenino	4
Masculino	3

LITIASIS- CARCINOMA (Vías Biliares y Vesícula Biliar)

La relación entre litiasis y Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas fue de 28.31% (32 casos) del total de casos (113)

MORTALIDAD POST-OPERATORIA INTRAHOSPITALARIA

La mortalidad post-operatoria fue de: 12 horas post-operatorias a 3 meses, registrándose la mayor mortalidad debida a Carcinoma de la Cabeza del Páncreas con 4.28% (6 casos de 14 registrados); 5 casos por Carcinoma de Vías Biliares y el resto de vesícula e Hígado.

CUADRO # 13.

MORTALIDAD POST-OP. INTRAHOSPITALARIA POR CARCINOMA DE: # DE CASOS PORCENTAJE

Cabeza del Páncreas	6	4.28 %
Vías Biliares	5	3.57
Vesícula Biliar	2	1.42
Hígado	1	0.71
TOTAL	14	11.66

De 106 pacientes egresados, reconsultaron 8 pacientes (se encontró anotado en la papeleta) (7.54%), variando de 8 días (quitar puntos) a 5 meses.

El pronóstico fue malo y la sobrevida no se pudo establecer.

NOTA: En más del 70% de los pacientes fallecidos en el Hospital, se les efectuó autopsia y se encontraron como causas concomitantes: causas broncopulmonares como; Bronconeumonía, atelectasias y edema pulmonar; además se encontró la nefrosis colemica y la peritonitis fibrinosa en 2 casos; la hemorragia intraabdominal masiva y la trombosis mesentérica en un caso respectivamente; 1 caso de diabetes mellitus y en el resto, debido a la entidad primaria y el mal estado general del paciente.

RESULTADOS Y DISCUSION POR REGION ANATOMICA

A) CARCINOMA HEPATICO PRIMARIO

V.) RESULTADOS Y DISCUSION POR REGION ANATOMICA.

a) CARCINOMA HEPATICO PRIMARIO

El Carcinoma Hepático Primario, es casi siempre de origen epitelial (5). La frecuencia encontrada de 6%, es mayor que la reportada (34) para Estados Unidos de N.A. (2.5%) y no puede ser aplicada a la población en general de nuestro país. La década de apareamiento más frecuente encontrada fue la Cuarta y la Quinta, la cual es igual a la reportada por otros autores (7) e intermedia a la de E.U de N.A y Africa. Se encontró que en el sexo masculino es más frecuente y dió una relación de 1.33 a 1. El paciente más joven de 18 años (femenino) y el más viejo 58 años (masc)

CUADRO # 14

EDAD;	# DE CASOS	PORCENTAJE
10-19	1	14.28%
20-29	1	14.28
39-39	1	14.28
40-49	2	28.57
50-59	2	28.57
TOTAL	7	100
SEXO:		
Femenino	3	42.85
Masculino	4	57.14
TOTAL	7	100

SINTOMATOLOGIA;

La Sintomatología más frecuente referida por el paciente, de Dolor en hipocondrio derecho, masa palpable, ascitis y fiebre, son semejantes a los referidos por otros autores (7, 34); el tiempo de evolución de los síntomas fue de 4 meses.

CUADRO # 15

SINTOMATOLOGIA;	# DE CASOS	PORCENTAJE
Dolor en Hipocondrio Derecho	5	71.42%
Epigastrio	1	14.20
Mesogastrio	1	14.20
Dolor se Irradia A; Espalda	2	28.58
Intolerancia a Comidas Grasas e Irritantes	1	14.28
Náuseas	1	14.28
Vómitos	1	14.28
OTROS;		
Fiebre	2	28.58
prúrigo	1	14.28
SIGNOS;		
Dolos Abdominal	7	100.00%
Hepatomegalia	7	100.00
Ascitis	3	43.85
Fiebre	2	28.58
Esplenomegalia	1	14.28
Masa Palapable en Hipoc. Der. y Epig. de 3 a 10 cms.	3	42.85%
de 10 a más cms.	4	57.14
EVOLUCION;		
Años; 2 años	1	14.28%
Meses; 1 mes	1	14.28
3 meses	4	57.14
5 meses	1	14.28

EXAMENES DE LABORATORIO;

Es importante destacar que las pruebas de función hepática, pueden presentar muy pocas anomalías, pues parece haber notable tolerancia por parte del Hígado al crecimiento del tumor. Solo cuando gran parte del parénquima es destruido o hay bloqueo de un conducto biliar de grueso calibre, se tornan anormales las

CUADRO # 17:

<u>PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:</u>	# DE CASOS	PORCEN- TAJE.
Laparotomía Exploradora	5	71.42%
Biopsia hepática	7	100.00
Coledocostomía	1	14.20
Hepatectomia Parcial, Lóbulo Derecho	1	14.20

COMPLICACIONES

Lesión Suprarrenal Der. y Vena Cava Sup.	1	
Eventración	1	28.58%
Fallecidos Intrahospital	1	14.20

El tratamiento con Radioterapia y quimioterapia no se le proporcionó a ningún paciente, por hallazgos durante la exploración (metástasis diseminadas en estructuras adyacentes) y algunos casos encontrarse en fase final.

De 66 Biopsias Hepáticas efectuadas, del total de 120 casos, se diagnosticó por estudio Histológico; Carcinoma Hepático Primario en el 16.06% (7 casos). Metástasis de Carcinoma de Vías biliares en el 76.48% (36 casos) Metástasis de Carcinoma de Vesícula Biliar en el 23.52% (12 casos) y en el 5.88%, Metástasis por Carcinoma de la cabeza del Páncreas; en 8 casos se reportó; Coles-tásis (6 casos) y cirrosis biliar en 2 casos (12.12% total).

La sobrevida estimada, después de establecido el diagnóstico, (de 3 a 4 meses) en los pacientes egre-sados (6 casos), no pudo ser comprobada, ya que no se encontró nota de evolución y por fines estadísticos se

dá por fallecido al paciente al poco tiempo de haber e-
fectuado su última reconsulta. El pronóstico fue ma
lo, en todos los casos.

B) CARCINOMA PRIMARIO DE LOS CONDUCTOS BILIARES;

El diagnóstico específico de Carcinoma Primario de Conductos Biliares, a pesar de ser una lesión poco frecuente y asociada con un pronóstico extremadamente grave, es raro. En éste estudio se encontraron 4 casos, así; 1 Carcinoma de la Ampolla de Vater; 3 Adenocarcinomas Papilares, bien diferenciados de Colédoco. A pesar que el Carcinoma de la Ampolla de Vater, (carúncula) puede nacer del epitelio de las vías biliares extrahepáticas (mucosas del Conducto hepático, Cístico y Colédoco, (5,21) muchos cirujanos piensan que con más frecuencia nace de la mucosa duodenal (7), y muchas veces el asiento primario del mismo queda obscurecido por su extensión.

La relación encontrada de 2 a 1 para carcinoma de Vías Biliares y Vesícula biliar, es mayor a lo reportado por otros autores. La década de mayor frecuencia fue la cuarta y quinta, similar a lo reportado por Caballeros (10). Predominó el sexo femenino, con una relación de 2 a 1, hallazgo igual a lo reportado (10,36), para nuestro país. Publicaciones extranjeras, refieren que es más frecuente en el sexo masculino (5,6,7,34), Cuadro # 18.

Estas neoplasias se extienden al Hígado, siguiendo el trayecto de los conductos biliares y por invasión linfática, hacia los ganglios regionales.

CUADRO # 18.

EDAD;	# DE CASOS	PORCENTAJE
20-29	1	1.63%
30-39	2	3.27
40-49	17	25.75
50-59	19	31.14
60-69	12	19.65
70-79	9	14.75
80-89	1	1.63
TOTAL	61	

El total de casos nos dá la edad promedio de **54.44** años.

SEXO

Femenino	41	67.21%
Masculino	20	14.28%

Relación de **2** a 1.

SINTOMATOLOGIA;

Los síntomas más frecuentes fueron: Dolor abdominal en más del 90% e irradiado hacia la espalda en su mayor frecuencia; luego, los trastornos gastrointestinales, como náuseas y vómitos en el 37 y el 42% respectivamente. La ictericia presentada por los pacientes, fué de aumento progresivo, con coluria y acolia con 37 y 27%; el prurito fue presentado por 9 pacientes. Masa palpable se encontró en el 66.66% (40 pacientes); hepatomegalia en el 22.95% (14 casos).

La evolución de los síntomas fue de 3 días a 10 años, encontrándose un promedio de 15 días y 3 meses en su mayor frecuencia. Cuadro # 20.

CUADRO # 19		
SINTOMATOLOGIA	# DE CASOS	PORCENTAJE
Dolor en Hipocondrio derecho	41	67.21%
Epigastrio	13	21.30
Mesogastrio	3	4.91
Dolor se Irradia a; Hombro	5	8.19
Espalda	11	18.22
Hipocondrio Derecho	4	6.55
Epigastrio	3	4.91
Trastornos Gastrointestinales;		
Intolerancia a Comidas Grasas e Irritantes	20	22.78
Nausas	23	37.75
Vómitos	26	42.62
OTROS:		
Fiebre	20	32.78
Acolia	17	27.86
Coluria	23	37.75
Prurito	9	14.75
Hematemesis-Melena	1	1.65
Edema M.I.	1	1.65
SIGNOS;		
Dolor Abdominal	57	93.42%
Fiebre	16	26.18
Ictericia	52	85.24
Ascitis	12	19.97
Hepatomegalia	14	22.95
Esplenomegalia	3	4.91
Masa Palapable; de 3 a 10 cms	28	
de 10 cms a más	12	
TOTAL	40	66.66%

CUADRO # 20;		
EVOLUCION:	# DE CASOS	PORCENTAJE
AÑOS:		
1 año	5	8.19%
2 años	2	3.30
10 años	1	1.65
MESES;		
1 mes	7	11.49
2 meses	7	11.49
3 meses	10	16.39
4 meses	6	9.84
5 meses	3	4.91
6 meses	3	4.91
7 meses	1	1.65
9 meses	1	1.65
SEMANAS;		
1 semana	1	1.65
2 semanas	8	13.10
3 semanas	3	4.91
DIAS;		
3 días	2	3.30

agresivos.

La mortalidad intrahospitalaria fué de 6.55% (4 pacientes).

Se encontró Litiasis asociadas en 13 casos de los 61 (21.31%); éste dato es menor al 33% (34) y 75% dado por la Sociedad Americana del Cancer. Hallazgo mayor (35%) es reportado por Caballeros (10).

Se encontró que la litiasis es más frecuente en el sexo femenino en una relación de 2 a 1.

La quimioterapia es inefectiva, y no prolonga la morbimortalidad.

El pronóstico es sombrío y la sobrevida se ha estimado en 3 a 6 meses una vez hecho el diagnóstico.

CUADRO # 23;

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS;	# DE CASOS	PORCENTAJE
Laparotomía Exploradora	52	85.24%
Biopsia	61	100.00
Coledocostomía	10	16.39
Colecistostomía	9	14.75
Colecistectomía	4	6.55
Coledocoyeyunostomía Terminal Lateral	1	
Colecistoyeyunostomía	1	
Colecistoyeyunostomía, (Yeyunoyeyunostomía Latero Lateral) de Roux.	1	

CUADRO # 23b.

COMPLICACIONES	# DE CASOS	PORCENTAJE
Duodenoplastia (Rupetura de Duodeno).	1	

	# DE CASOS	PORCENTAJE.
Fallecidos Intrahosp. OTROS	4	6.55%
Litiasis;		
Sexo; Femenino	10	
Masculino	3	
TOTAL	13	21.31%

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO;

El carcinoma fue encontrado en el 37.70% (23 casos de 61)

Más frecuentemente fue el Adenocarcinoma con sus diferentes tipos histológicos (62.30%), dato menor a lo informado por Caballeros (10) de 87% y 75% reportado por Donhouses en 1958, referido por Nield (28); el adenocarcinoma bien diferenciado fue el más frecuente.

CUADRO # 24;

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO CARCINOMA	# DE CASOS	PORCENTAJE.
Carcinoma de Vías Biliares	14	68.69%
Carcinoma de Ampolla de Vater	1	4.34
Carcinoma Anaplástico	1	4.34
Carcinoma Poco diferenciado	2	8.69
Carcinoma Infiltrante Indiferenciado	5	21.73
TOTAL	23	100.00
Sexo; Femenino	20	
Masculino	3	
Relación de 6.66 a 1.		

ADENOCARCINOMA POCREMENTE DIFERENCIADO	# DE CASOS	PORCENTAJE.
Adenocarcinoma Modernamente Diferenciado	9	23.68%
	2	5.26%

Continuación cuadro # 24.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	# DE CASOS	PORCENTAJE
Adenocarcinoma Mod. bien diferenciado	1	2.63
Adenocarcinoma bien diferenciado	20	52.63
Adenocarcinoma Indiferenciado	2	5.26
Adenocarcinoma Papilar de <u>Co</u> lédoco bien diferenciado	3	7.88
Adenocarcinoma G-II Infiltrativo	1	2.63
TOTAL	38	62.30 %
Sexo Femenino	22	
Masculino	16	
TOTAL	38	

C) RESULTADOS Y DISCUSION DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR

C.) CARCINOMA DE VESICULA BILIAR;

El carcinoma de la Vesícula biliar es generalmente una enfermedad fatal, de rápida progresión y es primariamente una enfermedad de personas de edad avanzada (edad promedio 63.54 años); en vista que la esperanza de vida ha aumentado, la incidencia del Carcinoma también ha aumentado.

En nuestro medio, son varios los trabajos efectuados (1, 10, 36), y ha sido reportada a 2 hallazgos "mayores": Colelitiasis y una pobre tasa de supervivencia.

Como hallazgo quirúrgico, la frecuencia encontrada es de 2.28%; similar a la reportada por Wong (36) de 2% y menor a la de Caballeros (10) de 3.2%

Esta frecuencia (2.28%), es menor a la reportada por otros autores (37) de 4.6%, y a la reportada por Howard (14) de 2.6% y Ralph (32) de 3 a 4%. Es Mayor a la reportado por (2, 13), de 1%.

La sexta década fue la más frecuente encontrada. Hallazgos similares son reportados por diferentes autores (7, 10, 13, 31, 32, 34, 36) El sexo femenino predominó en una relación de 6 a 1. Esta es menor a la reportada por Wong y Caballeros de 28 a 1 y de 10 a 1.

CUADRO # 25

EDAD;	# DE CASOS	PORCENTAJE
30-39	2	5.71%
40-49	6	17.14
50-59	8	22.85
60-69	12	34.28
70-79	6	17.14
80-89	1	2.85

Continuación Cuadro # 25

	# DE CASOS	PORCENTAJE
<u>SEXO:</u>		
Femenino	30	85.71%
Masculino	5	14.28
Relación de 6 a 1.		

SINTOMATOLOGIA:

Los síntomas más frecuentes por los cuales consultaron los pacientes fueron: Dolor abdominal en el 100.00%, el cual varió de sordo a constante o exacerbación súbita de tipo cólico; los trastornos gastrointestinales, como náuseas y vómitos también fueron los más frecuentes. En más del 65% de los pacientes (23 casos) se encontró ictericia, la cual es mayor a lo reportado por otros autores, (16, 25, 35, 36). Masa palpable se encontró en 20 casos (57%), mayores a los reportados por Wong y Caballeros (36, 10).

El tiempo de evolución, desde el inicio de los síntomas varió de 8 años a 3 días, similar a lo descrito por caballeros (10); tiempo promedio 2 semanas a 2 meses.

CUADRO # 26:

SINTOMATOLOGIA:	# DE CASOS	PORCENTAJE.
Dolor en Hipocondrio Derecho	23	65.71%
Epigastrio	7	20.00
Mesogastrio	5	14.28
Dolor se irradia a: Hombro	4	11.42
Espalda	6	17.14
Hipoc. Der.	4	11.42
Epigastrio	5	14.24
Intolerancia a comidas grasas e irritantes	11	31.52

SINTOMATOLOGIA # DE CASOS PORCEN-
JE

Náuseas	14	40.00
Vómitos	15	42.85
Fiebre	14	40.00
Acolia	5	14.24
Coluria	12	34.28
Prurito	4	11.42
Edema M.I.	2	5.71

SIGNOS:

Dolor Abdominal	35	100.00%
Fiebre	12	34.28
Ictericia	23	65.71
Ascitis	8	22.85
Hepatomegalia	6	17.14
Esplenomegalia	1	2.85
Masa Palpable en Hipoc. Der.		
De 3 a 10 cms	15	42.85
De 10 cms a más	5	14.24

EVOLUCION:

Años; 1 año	2	5.71%
8 años	1	2.85
Meses 1 mes	7	20.00
2 meses	5	14.24
3 meses	4	11.42
4 meses	2	5.71
6 meses	1	2.85
7 meses	1	2.85
Semanas; 1 semana	2	5.71
2 semanas	6	17.14
3 semanas	3	8.57
Días; 3 días	1	2.85

EXAMENES DE LABORATORIO:

Los exámenes de lab., fueron anormales en mas del 85% de los casos, especialmente las Bilirrubinas, las que estuvieron anormales a expensas de la Billirru bina Directa en el 80%. Estos exámenes no son defi- nitos para diagnóstico de Carcinoma Vesicular, ya que también son alterados por las neoplasias como las del presente estudio, por lo que asociados con la sintoma- tología y hallazgos clínic s, se debe pensar en esta en- tidad, mayormente si la persona se encuentra compren- dida de la cuarta década de la vida en adelante.

CUADRO # 27

EXAMENES # DE CASOS PORCEN-
TAJE.

BILIRRUBINAS; Total;		
Normal	8	
Anormal	27	
Directa; Normal	7	20.00%
Anormal	28	80.00
Indirecta; Normal	9	
Anormal	26	
Transaminasas; Oxalacética		
Normal	3	10.78%
Anormal	23	89.22%
Pirúvica Normal	6	11.53
Anormal	20	76.92
Fostatasa Alcalina; Normal	1	
Anormal	20	95.23%
Tiempo de Protrombina		
Normal	10	41.63
Anormal	14	58.33

EXAMENES RADIOGRAFICOS:

Los estudios colangiocolécistográficos, son a l' igual que los exámenes de laboratorio de ayuda diagnóstica relativa, ya que en su mayoría son informados como "vesícula excluida", por lo que siempre hay que tener en mente la posibilidad de neoformaciones o ent. crónicas.

CUADRO No. 27-a

EXAMEN	# DE CASOS	PORCENTAJE
Codecistograma oral		
Anormal	7	20.00%
Colangiograma Intravenoso		
Anormal	5	
Directo Normal	1	
Anormal	1	
Percutáneo Anormal	2	
TOTAL Anormal	8	88.88%
Colangiocolécistograma		
Anormal	2	5.71
Centellograma Hepático		
Anormal	4	11.42
Serie Gastroduodenal		
Normal	5	14.28
Anormal	5	14.28
Aortograma		
Anormal	1	

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

El tratamiento para el Carcinoma de Vesícula, consiste en efectuar Colecistectomía radical y Lobectomía hepática, ya que, éstas neoplasias se diseminan a menudo por extensión directa al Hígado, y por los linfáticos a los ganglios linfáticos regionales (7)

En éste trabajo se encontró metástasis de Carcinoma de Vesícula Biliar, al Hígado en el 23% y en ningún caso se efectuó Lobectomía Hepática, por encon-

trarse metástasis diseminadas en estructuras adyacentes, lo cual hacía inoperable dicha neoplasia, por lo que se decidió efectuar, procedimientos paliativos como; la Coledocostomía y Colecistostomía, en vez de cirugía radical.

De las 17 Colecistectomías efectuadas se encontró Litiasis y el Diagnóstico histológico fue de Carcinoma vesicular (100.00%). (48.57% de 35 casos)

Este dato es igual a lo reportado por Wong y mayor a lo reportado por Ralph H. Keill (32) de 75.8%;

CUADRO # 28

PROCEDIMIENTOS # DE CASOS PORCENTAJE.

Laparotomía exploradora	27	77.14%
Biopsia	32	91.40
Coledocostomía	10	28.57
Colecistostomía	7	20.00
Colecistoyeyunostomía, Yeyunoyeyunostomía Término Lateral.	1	2.85

CUADRO # 28.b

OTROS:

LITIASIS; (14 mujeres, 3 hombres)	17	28.57%
Fallecidos	3	8.55%
Teleterapia	1	2.85%

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico definitivo se basa en el estudio directo del espécimen enviado para su estudio Histopatológico al Depto de Anatomía Patológica.

El Adenocarcinoma se encontró en el 85.71% de los casos, similar a lo reportado por Wong de 87.58%.

Es mayor a lo reportado por Ralph H. Keill de 78.8% (32) El Adenoacantoma como tipo histológico raro, fue encontrado en el 10% (3 casos), similar al dato de Keill del 12%.

La sobrevida estimada de 1 año (5,34), y menor de 6 meses (7, 10,36) no se pudo comprobar.

CUADRO # 29;

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	# DE CASOS	PORCENTAJE
Carcinoma Anaplástico	2	40.00%
Carcinoma Mucinoso	1	20.00
Carcinoma Indiferenciado	1	20.00
Carcinoma de Células Escamosas Infiltrante	1	20.00
Sexo; Femenino; 5 Casos:		
Adenocarcinoma Pobremente Diferenciado	5	16.66%
Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado	1	3.33
Adenocarcinoma Bien Diferenciado	13	43.33
Adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante	3	10.00
Adenocarcinoma Indiferenciado	1	3.33
Adenocarcinoma Papilar Moderadamente Diferenciado	2	6.66
Adenocarcinoma Papilar bien diferenciado	2	6.66
Adenocarcinoma Variedad Adenoacantoma	3	10.00
Sexo; Femenino	25	
Masculino	5	
Relación	5 a 1.	

D) RESULTADOS Y DISCUSION DE CARCINOMA DE LA CABEZA DEL PANCREAS

D.) CARCINOMA DE LA CABEZA DEL PANCREAS

El Carcinoma de la Cabeza del Páncreas, cuyos factores etiológicos son desconocidos, la mayoría de éstas neoplasias tienen comienzo en el epitelio de los conductos y de los acinos. Este tipo de neoplasias, fue incluido en éste estudio por su Sitio anatómico, ya que comprime fácilmente la ampolla de vater, colédoco y duodeno, y por ello, causan síntomas de obstrucción biliar, y su diagnóstico diferencial con las neoplasias de las vías biliares extrahepáticas, plantea un problema difícil y complicado, ya por sus manifestaciones proteiformes como por su localización retroperitoneal y su carácter silencioso en etapas tempranas.

La década de mayor aparecimiento (sexta y séptima), coincide con las reportadas por otros autores; es mas frecuente en el sexo masculino en una relación de 1.42 a 1; este dato es menor a lo reportado de 2 a 1.

CUADRO # 30

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
20-29	1	5.88%
30-39	1	5.88
40-49	1	5.88
50-59	4	23.52
60-69	8	47.05
70-79	2	11.77

La edad varió de 20 años a 75 años.

SEXO	CASOS	PORCENTAJE
Femenino	7	41.17%
Masculino	10	58.82

SINTOMATOLOGIA;

La sintomatología más frecuente encontrada fue; Dolor abadominal en el 100.00 %, pérdida de peso en el 69.55% (12 Pacientes); ictericia y masa palpable en más del 50% (34). Otros síntomas menos frecuentes fueron; vómitos, coluria, fiebre, prurito y ascitis.

En más del 80% el tiempo de evolución fue de 2 y 3 meses.

CUADRO # 31;

SINTOMATOLOGIA;	# DE CASOS	PORCENTAJE.
Dolor en Hipocondrio Derecho	7	41.11%
Epigastrio	6	35.29
Mesogastrio	4	23.47
Intolerancia a Comidas Grasas e irritantes	2	11.76
Náuseas	1	5.88
Vómitos	6	35.29
Fiebre	1	5.88
Acolia	2	11.76
Coluria	6	35.29
Prurito	3	17.64
SIGNOS		
Dolor Abdominal	17	100.00%
Fiebre	3	17.64
Ictericia	9	52.91
Ascitis	5	29.31
Hepatomegalia	3	17.64
Masa palpable; de 3 a 10 cms	6	
10 o más cms.	3	
TOTAL	9	52.91%

SINTOMATOLOGIA; EVOLUCION:	# DE CASOS	PORCENTAJE
Años; 1 año	1	5.88
2 años	2	11.70
Meses; 2 meses	7	41.11
3 meses	7	41.11
Semana; 1 semana	1	5.88

EXAMENES;

Los resultados de los exámenes de laboratorio no difieren de los encontrados para los casos de ictericia obstructiva, ya que en más del 85 % se encontraron anormales, tales como las bilirrubinas principalmente y la Fosfatasa alcalina.

La fosfatasa alcalina, transaminasas y el tiempo de protrombina, resultan anormales cuando la disfunción hepática es mayor de 4 semanas, (7)

CUADRO #32

EXAMENES DE LAB.	# DE CASOS	PORCENTAJE
Bilirrubinas Total;		
Anormal	17	100.00%
Directa Anormal	17	
Indirecta Anormal	17	
Transaminasa Oxalacética;		
Anormal	13	92.85
Normal	1	
Pirúvica; Normal	3	
Anormal	11	78.56
Fosfata Alcalina Anormal	13	76.47
Tiempo de Protrombina Normal	2	
Anormal	14	87.50

EXAMENES RADIOGRAFICOS:	# DE CASOS	PORCENTAJE
Colangiograma Intravenoso		
Anormal	2	40.00%
Percutáneo; Anormal	3	60.00
Centellograma Hepático;		
Anormal	3	17.64
Serie Gastroduodenal;		
Anormal	4	23.52

PROCEDIMIENTOS;

La Pancreatectomía, como indicación quirúrgica y el tratamiento quimioterápico, recomendado por otros autores, de acuerdo a los resultados obtenidos, no se efectúa, ya que el diagnóstico se confirma cuando el cuadro clínico es patente en estadios avanzados y porque la sintomatología temprana es difícil de evaluarla.

Del diagnóstico temprano depende el éxito de la cirugía, además de las técnicas diagnósticas, como la angiografía, la escintigrafía y de que el médico tenga en mente la entidad(18).

A pesar de que en el 100% de los casos (17 casos), se efectuó descompresión paliativa y biliar-gastrointestinal, éstos procedimientos no prolongan la supervivencia estimada de 7 meses (5) después de la operación, y de 6 a 12 meses desde el inicio de los síntomas (34), pero mientras hallan una curación, proveen el mejor método de paliación, (8)

PROCEDIMIENTOS	# DE CASOS	PORCENTAJE
Laparotomía Exploradora	11	64.70 %
Biopsia	13	76.47
Coledocostomía	5	29.31
Colecistostomía	2	11.76
Colecistectomía	2	11.76
Pancreatoduodenectomía (Whipple)	3	17.64
Coledocoduodenostomía Término Lateral	5	29.31
Gastroyeyunostomía Transmesocólica	1	5.88
Colecistoyeyunostomía, en Y de Roux	2	11.76

CUADRO # 32 b.

COMPLICACIONES:

Ruptura de Colédoco	1	5.88
Litiasis Vrs. Ca. Cabeza del Páncreas	2	5.88
Mortalidad Post-Op. Intrahosp. la cual varió de 12 Hrs. Post-Op a 3 meses.	6	35.20

DIAGNOSTICO;

El diagnóstico definitivo se establece a través del estudio histopatológico del espécimen tomado durante el acto quirúrgico.

El Carcinoma fué el más frecuente (10 casos) y el Adenocarcinoma en 7 casos.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	# DE CASOS	PORCENTAJE
Carcinoma	8	80.00 %
Carcinoma Indiferenciado	2	20.00
TOTAL	10	58.81 %
Adenocarcinoma Moderadamente diferenciado	2	28.57
Adenocarcinoma Bien diferenciado	5	71.43

Continuación Cuadro # 33

SEXO	CARCINOMA	ADENOCARCINOMA.	# DE CASOS	PORCENTAJE.
Femenino	3	4		
Masculino	7	3		
TOTAL	10	7.		

VI.) CONCLUSIONES;

El tratamiento para el Carcinoma Hepático y de Vías Biliares Extrahepáticas, incluido el Carcinoma de la Cabeza del Páncreas, es eminentemente quirúrgico, (Lobectomía Hepática, Colecistectomía Radical, Pancreatectomía), el cual fue efectuado en el 1.66% del total de casos.

En más del 70%, el tratamiento ofrecido a los pacientes en ^{este} estudio fue paliativo con derivación del flujo biliar hacia el tracto gastrointestinal y al exterior, ya que durante la exploración se observó compromiso de estructuras vecinas y un procedimiento extenso y agresivo en éstos casos, no mejora la morbimortalidad.

La Exploración quirúrgica y la toma de Biopsia se efectuó en más del 25% de los casos ya que la neoplasia se consideró irresecable y en fase final.

En más del 80% se sospechó Carcinoma de éstos órganos antes del acto quirúrgico, a pesar de que los exámenes de laboratorio no son definitivos de ello, son de ayuda relativa de éstos casos, ya que el Diagnóstico definitivo se establece al efectuar Biopsia y el estudio Histopatológico de la misma.

Los estudios de laboratorio que con más frecuencia se alteran son; Las Bilirrubinas (principalmente la Directa), las Transaminasas y la Fosfatasa Alcalina, ya que la sintomatología principal es de carácter obstructivo y la evolución de

ésta varía de 2 semanas a 2 meses.

- 6.) La sintomatología de; Dolor en Hipocondrio derecho, las Náuseas, Vómitos, fiebre, coluria, acolia, Prurito y los Signos de Dolor abdominal, Ictericia y Masa palpable (hipoc. der., epig.), (a sociados a los hallazgos de Lab. y Radiológicos) fueron los más frecuentes y ayudaron a establecer el Dx. Pre-op. en más del 80%. Además si se trata de personas del sexo femenino y están comprendidas desde la cuarta década de la vida.
- 7) El pronóstico en todos los casos fue malo. La mortalidad intrahospitalaria fue de 11.66% (14 casos), variando desde el post-operatorio inmediato (12 horas) a 3 meses. Encontrándose como causas más frecuentes asociadas las broncopulmonares. La sobrevida en los pacientes egresados no se pudo comprobar.
- 8) El Adenocarcinoma fue diagnosticado en el 78.12% (68 casos), como la variedad de Carcinoma más frecuente, encontrada en los Conductos biliares y la Vesícula biliar.
- 9) La relación Litiasis-Carcinoma, se encontró en el 28.31% de 113 casos, (17 en Vesícula, 13 en Vías bil. y 2 por Ca de Cabeza del Páncreas), dato que puede servir a quienes consideran que la génesis del Carcinoma de las Vías Biliares Extrahepáticas (Vesícula biliar), le tiene como factor importante, por acción física o química que ejerce sobre la mucosa vesicular.

VII RECOMENDACIONES

- 1) En toda paciente mayor de 40 años, de sexo femenino con trastornos gastrointestinales, como intolerancia a comidas grasas, náuseas y vómitos, efectuar estudios colecistográficos como colangiográficos en busca de litiasis, como factor etiológico posible de éstas neoplasias.
- 2) Tener en mente ésta entidad, en toda paciente que presente sintomatología como la anterior, principalmente, si presente Ictericia y se encuentra masa palpable.
- 3) Incrementar el presupuesto hospitalario, para contar con mejores métodos de diagnóstico, tanto de Laboratorio como Radiológicos, para detectar en sus fases tempranas, la evolución silenciosa de éstas neoplasias y poder ofrecer así un tratamiento curativo a éstos pacientes.
- 4) Mientras se encuentre un tratamiento definitivo y se cuente con técnicas diagnósticas más adecuadas, los tratamientos paliativos como derivación del flujo biliar al tracto gastrointestinal, se efectúen en aquellos pacientes a quienes por la severidad de la neoplasia no se les puede ofrecer tratamiento radical; y si las condiciones generales del paciente así lo permiten, se efectúe en pacientes seleccionados.

VII BIBLIOGRAFIA;

- Aramburú, G y C. E. Azpuru. Consideraciones sobre el Carcinoma de la Vesícula Biliar. Tesis de Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1955.
- Bevan, G. Tumores de la Vesícula Biliar. *Clin Gastroenterol.* 2;175-84, Enero 1973.
- Surgical Techniques.
Technique of side-to-side Choledochoduodenostomy. Barner, H. *Surgery* 63; 1037, 1968.
- Epithelial Hamartoma of Liver. D. D. Roy and A. D. Bremer, "The British Journal of Surgery", Vol. 58, No. 6, June 1971, p. 405.
- Cecil Loeb. Tratado de Medicina Interna. Enf. del Páncreas-Enf. del sistema hepático, Vesícula y Conductos biliares, Ed. Interam. México 73.
- Primary carcinoma of the Extrahepatic bile ducts. Dabrey R. Yarbrough, MD. "The American Journal of Surg." June 1973.
- Davis-Christopher, Sabiston D. C.
Tratado de Patología Quirúrgica, Editorial Interamericana. 10a. Ed. 1974 pp. 1012-1042.

- 8) Cholangiocarcinoma and operative Cholangiography David D. Reeder. "Archives of Surgery", Vol. 103. No. 1. July, 1971, p 25.
- 9) Hepatic Lobectomy. E. Truman Mays, "Archives of Surgery", Vol. 103, No. 2, August, 71, Pag. 216.
- 10) Flores Caballeros, J.A. Cancer de Bías Biliares Extrahepáticas. Consideraciones clínico-patológicas. Tesis de Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Sep/70.
- 11) Primary Common bile-duct carcinoid. Gibson, A. and Ray, A. "The British Journal of Surgery" 55;147, 1968.
- 12) Gallardo F. Carlos. "Cirujía de vías biliares" Depto de Cirujía del Hosp. Roosevelt Guatemala. XVI Cong. Méd. Centro Am. Dic. 1975.
- 13) Homes, S.L. y Col. Carcinoma of the Gallbladder. Surg. Ginecol. Obstet. 133;561-4 oct. 1971.
- 14) Howard, R. y col. Cáncer of the Páncreas, biliary tract. and Liver. N. Y. The American Cancer Society Inc". 1961.
- 15) Howard H. J. Biliary tract. carcinoma. "Am. Surg". 29;471-8, Jul. 1963.

- 16) Hardy, M.A. y col. Primary carcinoma of the gallbladder. A ten year review. "Am. Jour. Surg", 120;800-3 Dic. 7
- 17) Adenomyomatosis of the Gallbladder, H. Sigs- "Acta Chirurgica Scandinavica", Vol no. 2, 71 Pág. 185.
- 18) Symptomatology of resectable periampullary carcinoma. H. Dencker, "Acta Chirurgica Scandinavica", Vol. 138, No. 6, 10 Pág. 613.
- 19) Hepatic Lobectomy. John Ocsner, "The American Jour. of Surg", Vol. 121, No. 3. Mar 71. Pág. 273.
- 20) Operative Cholangiography: The case for its broadened use in Biliary Tract Surgery. John H. Isch, "Archives of Surgery" Vol. 107, No. 1, July 73, Pag. 106
- 21) John a Dixon. Primary adenocarcinoma in cystic duct remnants. "The Amer. Jour. Surg", May, 1971, vol. 12. No. 5, 515.
- 22) Carcinoma of the Ampulla of Vater. Joseph P. "The Amer. Jour, of Surg.", Vol. 1 No. 3, March 71, Pág. 263.
- 23) John L Madden. Atlas de técnicas en cirugía. Segunda ed. Edit. Interamericana S.A. 30 Ab. 74. México.

- 24) Malignant Tumours of the Bile-Ducts. Kenneth W. Warren. "The British Journal of Surgery" Vol. 59, No. 7, July 72, Pag. 501
- 25) Litwin, M. S. Primary Carcinoma of the gallbladder. "Arch. Surg. 95;236-40. Aug. 1967.
- 26) Side to side choledochoduodenostomy. A neglected palliative procedure. Malcolm Stuart. "The Amer. Jour. of Surg", May 1971, vol 121. No. 5., P. 504
- 27) Results of Palliative Operations for Carcinoma of the Páncreas. Nicholas J. Feduska MD, "Archives of Surgery", Vol. 103, No. 2. August 71, Pág. 330.
- 28) Nield J. M. Primary carcinoma of the gallbladder. Australian and New Zealand. "Jour. and Surg. Aug. 64. 34;43-6.
- 29) Palliative Surgery for Carcinoma of the Páncreas Norton A. Pope. "The Amer. Jour. of Surg", Vol. 121, No. 3, March 71, Pág 271.
- 30) Prandine J. C. Pathologic Anatomy of The Gallbladder. Australian and New Zealand "Journal of Surg" 34;43-6 Aug. 64.
- 31) Ram, M. D. Carcinoma of the Gallbladder. Surg. Ginecol. Obstet. 132;1044-8, June 1971.
- 32) Primary Carcinoma of the gallbladder. Ralph H. Keill. "The Amer. Jour. of Surg", vol. 125 No. 6 June 1973, P. 726.

- 33) Total Pancreatectomy for Ductal Carcinoma. Richard E. Hicks, "Surg. Gynec. & Obst." July 1971, Vol 133, No. 1, p. 16
- 34) Robbins Stanley - Hígado - Sistema Biliar. "Tratado de Patología". ed. Edit. Interam. S. A. México 71.
- 35) VAN Heerden J. A. et. al. Inapparent carcinoma of the gallbladder. "The American Surgeon. 32(5): 367-72. May 67.
- 36) Wong, Galdámez A. Carcinoma de la Vesícula biliar. Rev. de 145 casos registrados en el Hospital General "San Juan de Dios". del 1o. de Enero de 1950 al 31 de Dic. 1973. Marzo 1973.
- 37) Zarapico, M. Cáncer Primitivo de Vesícula biliar. Rev. Esp. Enferm. Aper. Digest. 38:681-9 15 Nov. 72.

Br. Br. Carlos Aníbal Utrilla Mayén

Asesor: Dr. Carlos Arriága Escobar

Revisor: Dr. Fernando A. Rendón C.

Por Director Fase III: Dr. José Santos García Noval

Secretario General: Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo. Decano. Dr. Carlos Armando Soto