

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

CARCINOMA DE VIAS BILIARES EXTRA-HEPATICAS.

**Estudio retrospectivo de 10 años
(1967 - 1977)**

JOSE MARIANO HERNANDEZ PAPADOPULO

PLAN DE TESIS

- *INTRODUCCION*
- *ANTECEDENTES*
- *OBJETIVOS:*
Generales
Específicos
- *HIPOTESIS*
- *MATERIAL Y METODOS*
- *PRESENTACION DE RESULTADOS*
- *CONCLUSIONES*
- *RECOMENDACIONES*
- *BIBLIOGRAFIA*

INTRODUCCION

Este trabajo pretende dar a conocer signos, síntomas, diagnóstico, clasificación, tratamiento e incidencia del Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares por: Sexo, edad, etc. Este estudio retrospectivo se realizó en el Departamento de Patología Dr. Carlos Martínez Durán del Hospital General San Juan de Dios; habiéndose efectuado la revisión de ciento trece (113) casos, en pacientes de ambos sexos y diferentes edades, durante un período de diez (10) años, 1967-1977, basado en la revisión de las hojas de consulta de Anatomía Patológica y de las hojas de Informes de Estudios Histopatológicos.

La primera parte incluye revisión bibliográfica relacionada con el tema; la segunda parte reporta la interpretación de las tablas y gráficas estadísticas. Con la tercera parte concluimos el estudio, básicamente está relacionado con las conclusiones y las recomendaciones que sacamos de este trabajo de investigación; considerando que será de mucha utilidad como recurso de referencia para los estudiantes de medicina y médicos, para ampliar sus conocimientos referentes a esta clase de patología (Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares) en nuestro país.

ANTECEDENTES

En la actualidad sólo contamos con dos trabajos de Tesis, que son los siguientes:

- *Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas (de José Alberto Flores Castellanos, 1970).*
- *Carcinoma de la Vesícula Biliar (de Antonio Wong Galdámez, 1975).*

Generales:

- 1) *Aportar a los estudiantes de medicina y médicos una monografía que les sirva como auxiliar o guía de consulta en relación con los diferentes tipos de Carcinomas Malignos de Vesícula y Vías Biliares.*
- 2) *Contribuir al manejo de pacientes con diagnóstico de Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares.*
- 3) *Determinar de acuerdo con la edad de los pacientes, las enfermedades más comunes que puedan producir signos y síntomas de Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares para ser considerados en el diagnóstico diferencial.*
- 4) *Realizar estudio retrospectivo, análisis estadísticos y revisión bibliográfica del Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas.*

Específicos:

- 1) *Aplicar las normas del método científico para la elaboración de esta investigación.*
- 2) *Conocer la clasificación histopatológica del Carcinoma de las Vías Biliares Extrahepáticas.*
- 3) *Conocer signos, síntomas, diagnóstico diferencial, pruebas de laboratorio, rayos X con medios de contraste y otras pruebas de diagnóstico.*
- 4) *Conocer la incidencia por grupo etáreo, sexo, edad, etc.*

- 5) Conocer el error de diagnóstico que se determina en base a la comparación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico.
- 6) Conocer el tratamiento del Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares.

HIPOTESIS

- a) El Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares es más frecuente en hombres que en mujeres.
- b) El Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares incide en los pacientes de 40 años y más.
- c) El Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares es frecuente en nuestro país.
- d) El diagnóstico del Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares se logra efectuar clínicamente.

MATERIAL Y METODOS

Material:

- 1) 101 pacientes examinados y diagnosticados con Carcinoma de Vesícula.
 - a) 93 Hombres.
 - b) 8 Mujeres.
- 2) 12 pacientes examiandos y diagnosticados con Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas.
 - a) 8 Hombres.
 - b) 4 Mujeres.
- 3) 113 pacientes en total, revisados durante un período de 10 años (1967-1977).

Método:

Inductivo.

- 1) Elaboración de cuadros para recavar información sobre:
 - a) Registros Clínicos
 - b) Registros Patológicos
 - c) Edad, sexo, signos y síntomas
 - d) Exámenes de Laboratorio.
 - e) Diagnóstico Pre y Post-operatorio, Diagnóstico Histopatológico.
- 2) Tabulación de los datos.
- 3) Elaboración de gráficas y cuadros estadísticos.
- 4) Interpretación de resultados.
- 5) Conclusiones

6) Recomendaciones

Duración Aproximada del trabajo de investigación: *Un mes.*

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR

EPIDEMIOLOGIA:

El carcinoma de la Vesícula Biliar ocupa el 60. lugar de los carcinomas del aparato digestivo, y representa aproximadamente del 1 al 3o/o de todos los tumores malignos. Es más común en la edad avanzada, sobre todo en el sexto y séptimo decenios, aunque un número importante ocurre en sujetos de cuarenta años o muy ancianos.

Estos tumores predominan en las mujeres en proporción aproximada de 4 a 1.

ETIOLOGIA:

Se ha prestado gran interés a la participación de los cálculos vesiculares y a la colecistitis. En el 65 al 95o/o de las vesículas cancerosas se descubren cálculos lo que hace pensar en un posible papel etiológico. También es frecuente la inflamación asociada por ello se cree que la irritación crónica tiene importancia en el origen de estos cánceres. Es interesante recordar que los derivados del ácido cólico, componente de la bilis, se cuenta entre los carcinógenos más potentes conocidos. Lo anterior implica que los cálculos probablemente son el agente causal aunque no el único.

DESCUBRIMIENTO CLINICO:

El paciente se presenta con anorexia de instalación insidiosa, dolores abdominales vagos, pérdida de peso. A menudo hay historia previa de cólicos hepáticos repetidos y los signos y síntomas que son por lo general indistinguibles de aquellos asociados con colesistitis y coleditiasis. La mayoría de los pacientes presentan en el curso de la enfermedad dolor en el

cuadrante superior derecho del abdomen, el cual es constante y progresivamente severo. Eventualmente aparece ictericia aproximadamente en el 60o/o de los casos; esta ictericia es de tipo obstructivo y no es completa o intensa; la vesícula biliar se palpa aumentada de tamaño.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO:

Usualmente el diagnóstico se establece al hacer Laparotomía. El paciente es operado con un diagnóstico de enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar.

1.- Rayos X como medio de Diagnóstico:

Un colesistograma puede demostrar cálculos, pero usualmente la vesícula biliar no se visualiza debido a obstrucción del conducto cístico y/o inhabilidad de concentrar el medio de contraste.

2.- Estudios de Laboratorio como medio de Diagnóstico:

- a) Si los pacientes están ictericos, la bilirrubina sanguínea nos muestra datos de una ictericia obstructiva biliar.
- b) En ausencia de ictericia, la elevación de la fosfatasa alcalina puede indicar invasión parénquima hepática.

CLASIFICACION:

Estadío Anatómico

No existe una clasificación por estadío anatómico. En la mayoría de los casos, el tumor está avanzado y ha penetrado dentro del parénquima hepático.

Diseminación Metastásica:

El tumor se ha extendido directamente dentro del hígado en por lo menos dos terceras partes de los casos cuando se establece el diagnóstico. Las metástasis a distancia por vía de los vasos linfáticos, ocurre a los ganglios linfáticos periportales y duodenales y, a partir de ellos a los ganglios retroperitoneales.

Las metástasis a órganos distantes son a los pulmones, los huesos y cápsulas suprenales.

Tipos Histológicos:

Hay dos tipos: Adenocarcinoma (95o/o) y carcinoma epidermoide o escamoso (5o/o). Este último invariablemente se halla asociado con cálculos y metaplasia escamosa.

La vesícula biliar con cáncer muestra las paredes sumamente engrosadas con consistencia de cuero. Esto se debe a diseminación intramural del tumor y/o a los ataques repetidos de la colecistitis. Los lugares más frecuentes de ataque son el fondo y el cuello; un 20o/o de los tumores afectan las paredes laterales. A menudo hay infección asociada. Si hay oclusión del conducto cístico, la bilis detenida se reabsorbe y es sustituida por secreción mucosa (bilis blanca), lo que produce hidropesía vesicular y puede resultar empiema.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO:

Cirugía

La única esperanza de curación de un paciente con carcinoma de la vesícula biliar es la colecistectomía. Debido a la invasión dentro del parénquima hepático por el proceso neoplásico, es necesario llevar a cabo una hepatectomía parcial o subtotal en la continuidad con la colecistectomía. La operación

está contra indicada si hay metástasis a distancia, las cuales son comunes.

Radioterapia:

El tumor no es radio sensitivo.

Quimioterapia:

El tratamiento con el 5-Fluoracilo es de resultados dudosos; ninguna droga ha probado ser efectiva en el tratamiento del carcinoma de la vesícula biliar.

RESULTADOS Y PRONOSTICO:

Los resultados del tratamiento son extremadamente pobres. Menos del 30/o de los pacientes sobrevivirán por más de 5 años. El 99o/o de los pacientes morirán en el primer año en que se hizo el diagnóstico.

Casos aislados de curación a los 5 años se han reportado recientemente cuando se ha practicado una lobectomía hepática derecha en continuidad con una colecistectomía.

CARCINOMA DE VIAS BILIARES

El nombre de carcinoma de vías biliares incluye la participación de los conductos biliares extrahepáticos y del segmento intraduodenal. Esta última forma a veces se distingue dándole el nombre de carcinoma de la Papila de Vater.

EPIDEMIOLOGIA:

El carcinoma de las vías biliares extrahepáticas es relativamente raro, es aproximadamente en un cuarto tan común

como el cáncer del páncreas y un tercio tan común como el carcinoma de la vesícula biliar. En general la participación carcinomatosa de estos conductos es algo menos frecuente que el carcinoma de la vesícula biliar.

Ocurren en las mismas edades que el carcinoma de la vesícula biliar, pero a diferencia de este último, los varones parecen ser atacados más frecuentemente que las mujeres.

ETIOLOGIA:

La causa que los produce es desconocida. El efecto predisponente de la inflamación y los cálculos se ha comprobado menos claramente para el carcinoma de las vías biliares que para la vesícula. Sólo en el 33o/o de los casos, más o menos, hay cálculos concomitantes.

DESCUBRIMIENTO CLINICO:

- 1.- *La ictericia es el síntoma más temprano particularmente en los tumores localizados en la región periampular. Eventualmente todos los pacientes desarrollarán ictericia. La ictericia es usualmente progresiva y eventualmente se hace intensa conforme la oclusión u obstrucción se vuelve completa. Siempre existe prurito asociado con la ictericia. Ocasionalmente la ictericia es debida primero a edema del segmento envuelto por el proceso neoplásico, la cual desaparece transitoriamente antes de que ocurra la invasión. En esta situación la ictericia sólo da alarma de curación para luego reincurrir. También no es raro que fragmentos del tumor se esfacelen causando alivio temporal de la ictericia.*
- 2.- *Característicamente hay dolor escaso en los estadios tempranos. Sin embargo, el dolor eventualmente ocurre en la mayoría de pacientes y puede ser severo.*

Ocasionalmente el dolor puede ser similar al de un cólico hepático.

- 3.- La pérdida de peso es frecuente.
- 4.- La vesícula biliar se encuentra aumentada de tamaño y es palpable en un tercio de los casos, sobre todo en los neoplasmas localizados en la región de la Ampolla de Vater.
- 5.- *Diagnóstico Diferencial:* El cáncer de las vías biliares deberá ser diferenciado de otras causas que producen ictericia obstructiva tales como cálculos de el colédoco, carcinoma del páncreas y colestásis intrahepática inducida por drogas.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO:

La mayoría de las veces el diagnóstico se establece en el momento del acto quirúrgico.

El paciente es explorado debido a la presencia de ictericia obstructiva.

1.- Rayos X como medio de diagnóstico:

Estos raramente son de ayuda, pero en algunas ocasiones puede demostrar un defecto de llenado en el duodeno si el carcinoma envuelve el colédoco distal.

2.- Colangiografía Trans-hepática como medio de diagnóstico:

Puede ayudar en el diagnóstico demostrando el sitio de la obstrucción o irregularidades dentro del sistema biliar.

3.- Estudios de Laboratorio como medio de diagnóstico:

Las pruebas de funcionamiento hepático son compatibles con obstrucción biliar extrahepática sobre todo cuando se encuentran elevaciones altas de la fosfatasa alcalina del suero y de la bilirrubina directa. La sangre oculta positiva en las heces a menudo se encuentra con el carcinoma de la Ampolla de Vater, el cual puede ulcerarse y sangrar.

CLASIFICACION:

Estadío Anatómico:

No existe un estadío anatómico del cáncer de las vías biliares. La mayoría de los casos se encuentran en estadío avanzado. Aproximadamente un tercio ocurren en el colédoco y un cuarto en los conductos hepáticos. El tumor usualmente envuelve el espesor completo del conducto, produciendo una obstrucción completa en aproximadamente el 30o/o de los casos. Hay extensión directa hacia el hígado en cerca de las tres cuartas partes de los casos. Las lesiones, dan metástasis tempranas a los ganglios linfáticos regionales, exceptuando al carcinoma de la Ampolla de Vater, el cual a menudo produce síntomas tempranos antes de que ocurran las metástasis. Los sitios más frecuentes de metástasis de distancia son el hígado y los pulmones.

Tipos Histológicos:

En su mayoría todos los tumores de las vías biliares extrahepáticas son adenocarcinomas y en su minoría son carcinomas.

Si se les deja crecer pueden haber extensiones de tal magnitud que envuelvan todo el tracto biliar extrahepático. En las lesiones periampulares, el tumor puede originarse del colédoco, conducto de Wirsung o de la mucosa del duodeno que cubre la

papila.

Los tumores pueden ser papilares, aplanados y ulcerados, los tumores localizados distalmente producirán obstrucción del colédoco lo cual se traduce en dilatación del colédoco proximal al tumor y de la vesícula biliar.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO

Cirugía:

El tratamiento quirúrgico es la única terapia que ofrece una oportunidad de curación. El cáncer de los conductos hepáticos prácticamente nunca son operables debido a su extensión directa dentro del hígado. Lo mismo es verdad para los carcinomas que se originan en el colédoco; de tal suerte que solamente los carcinomas de la región periampular tienen la posibilidad de ser curados. La operación consiste en una pancreático-duodenoctomía (procedimiento de Whipple).

La paleación de la ictericia puede lograrse en casos no resecables por una colecistoyeyunoctomía si la lesión se haya localizada distalmente a la unión del conducto cístico y del colédoco.

Quimioterapia:

No se ha obtenido resultados consistentes con los agentes quimioterapéuticos actualmente en uso.

RESULTADO Y PRONOSTICO:

Para los carcinomas periampulares resecables tratados con pancreático - duodenoctomía, hay un 33o/o de probabilidad de sobrevivencia de aproximadamente 5 años.

El pronóstico para el carcinoma de los conductos hepáticos o colédoco, es invariablemente muy pobre. La mayoría de los pacientes tienen metástasis a distancia en el momento en que se hace el diagnóstico y fallecen en el primer año después de haber hecho el mismo, a pesar de los procedimientos paliativos que puedan ofrecérseles.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación fueron divididos en varios incisos tomando en consideración:

A.- Número total de pacientes con carcinoma del sistema biliar extrahepático, que se muestra en el listado de registro patológico, y cuadro No. 1. Durante el período de investigación de 10 años 1967-1977 divididos en:

- 1.- Carcinoma de la Vesícula Biliar, y
- 2.- Carcinoma de Vías Biliares.

Con un total de ciento trece pacientes diagnosticados por muestra de biopsia con registro.

B.- Pacientes con menor y mayor edad, con diagnóstico de Carcinoma de la Vesícula Biliar y Vías Biliares. Tal como se muestra en el Cuadro No. 2.

C.- Signos y Síntomas principales del Carcinoma de la Vesícula y de las Vías Biliares como se demuestra en el cuadro No. 3. En donde se pone de manifiesto que los signos y síntomas principales para ambos cuadros patológicos son: dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho, ictericia, masa en el hipocondrio derecho e intolerancia de grasa.

D.- Número total de pacientes con Carcinoma de las vías Biliares extrahepáticas, durante los diez años de observación 1967-1977. Como se demuestra en la gráfica No. 4, dándonos un total de ciento trece pacientes.

- 1.- Número total de pacientes con Carcinoma de Vesícula Biliar (101 pacientes).
- 2.- Número total de pacientes con Carcinoma de Vías Biliares (12 pacientes).

E.- Número total de pacientes, por grupo etáreo del Carcinoma de Vías Biliares extrahepáticas, durante los diez años de observación (1967-1977). Como se demuestra en la gráfica No. 5 en donde se demuestra la mayor incidencia a partir de la cuarta década.

F.- Número total de pacientes por grupo etáreo de Carcinoma de la Vesícula Biliar, durante los 10 años de estudio, como se demuestra en la gráfica No. 6. Haciendo notar que la mayor incidencia se inicia en la cuarta década; teniendo su pico más alto entre los 56-60 años de edad, y menor incidencia de 16-20, 76-80 años.

G.- Número total de pacientes por grupo etáreo de Carcinoma de Vías Biliares extrahepáticas, durante los 10 años de estudio, teniendo la mayor incidencia a partir de la cuarta década, y sus mayores picos entre los 41-45; 51-55 años como lo demuestra la gráfica No. 7.

H.- Distribución por sexo del Carcinoma de Vías Biliares extrahepáticas durante los 10 años de estudio 1967-1977. Con un total de 101 pacientes de sexo femenino y 12 masculinos. Según se demuestra en la gráfica No. 8.

1.- Número total de pacientes por sexo de Carcinoma de la Vesícula Biliar: 93 femeninos y 8 masculinos.

2.- Número total de pacientes por sexo de Carcinoma de las Vías Biliares: 8 femeninos y 4 masculinos.

Como se demuestra en la gráfica, hay predominio del sexo femenino, tanto en el Carcinoma de la Vesícula como en el de las Vías Biliares.

I.- Frecuencia de pacientes por años de Carcinoma de la Vesícula Biliar: demostrándose mayor incidencia en el año de 1962, y menor incidencia en el año de 1977. Durante los 10 años de estudio 1967-1977, tal como se demuestra

en la gráfica No. 9.

J.- Frecuencia de pacientes por año de Carcinoma de las Vías Biliares durante los 10 años de estudio, demostrándose que la mayor incidencia ocurrió de 1969-70-72, y la menor de 1967-71-74-75-76-77, tal como se demuestra en la gráfica No. 10.

K.- Tiempo de evolución de Carcinoma de la Vesícula y Vías Biliares: teniendo como mínimo 6 meses y como máximo más de 6 años, como lo demuestra la gráfica No. 11. Observándose que 48 pacientes con carcinoma de la Vesícula Biliar, no se encuentra registrado el tiempo de evolución, de igual manera 6 pacientes con Carcinoma de las Vías Biliares; en las hojas de biopsia de patología.

L.- Exámenes de Gabinete realizados para el diagnóstico de Carcinoma de Vesícula y Vías Biliares, como lo demuestra el Cuadro No. 12. Haciéndose notar que 44 pacientes con diagnóstico de Carcinoma de la Vesícula Biliar y, 6 pacientes con diagnóstico de Vías Biliares, no se especifica los exámenes realizados.

M.- Diagnóstico Pre-operatorio y Post-operatorio de Carcinoma de la vesícula y Vías Biliares, Cuadros Nos. 13-14. Encontrándose 25 pacientes con diagnóstico pre-operatorio de Carcinoma de Vesícula y, 35 pacientes post-operatorio, de los 101 pacientes en total. Un paciente con diagnóstico pre-operatorio, de Carcinoma de las Vías Biliares, y 2 pacientes post-operatorios, con el mismo diagnóstico con un total de 12 pacientes.

N.- Tipo Histológico de Carcinoma más frecuente en la Vesícula y Vías Biliares; según se observa en el Cuadro No. 15.

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR

REGISTRO PATOLOGICO

1.- 17-698-67	26.- 30-588-70	51.- 41-633-72	76.- 51-773-74
2.- 18-307-67	27.- 30-637-70	52.- 42-035-72	77.- 52-287-74
3.- 18-841-67	28.- 30-639-70	53.- 42-057-72	78.- 56-068-74
4.- 19-196-67	29.- 30-747-70	54.- 42-210-72	79.- 57-505-74
5.- 19-436-67	30.- 31-131-70	55.- 42-256-72	80.- 59-130-74
6.- 20-330-67	31.- 31-140-70	56.- 42-475-72	81.- 61-200-75
7.- 20-391-67	32.- 31-220-70	57.- 42-699-72	82.- 61-869-75
8.- 20-793-67	33.- 31-262-70	58.- 43-089-72	83.- 61-949-75
9.- 20-965-67	34.- 31-861-70	59.- 44-091-72	84.- 62-109-75
10.- 21-500-68	35.- 31-864-70	60.- 44-838-73	85.- 63-785-75
11.- 23-585-68	36.- 32-329-70	61.- 44-949-73	86.- 64-526-75
12.- 24-124-68	37.- 32-892-70	62.- 45-211-73	87.- 65-596-76
13.- 24-746-68	38.- 33-272-71	63.- 45-617-73	88.- 65-765-76
14.- 25-545-68	39.- 34-341-71	64.- 46-021-73	89.- 65-772-76
15.- 25-571-68	40.- 35-038-71	65.- 46-340-73	90.- 66-091-76
16.- 25-729-68	41.- 35-614-71	66.- 46-504-73	91.- 66-946-76
17.- 26-115-69	42.- 36-451-71	67.- 47-472-73	92.- 67-144-76
18.- 26-387-69	43.- 38-094-71	68.- 48-039-73	93.- 67-903-76
19.- 26-688-69	44.- 38-150-71	69.- 48-642-73	94.- 68-098-76
20.- 26-889-69	45.- 38-630-72	70.- 49-049-73	95.- 68-118-76
21.- 27-436-69	46.- 48-743-72	71.- 49-052-73	96.- 68-734-76
22.- 27-886-69	47.- 38-961-72	72.- 49-222-74	97.- 53-77
23.- 28-214-69	48.- 39-133-72	73.- 50-475-73	98.- 1-283-77
24.- 28-922-69	49.- 39-631-72	74.- 51-262-74	99.- 1-880-77
25.- 29-812-70	50.- 39-902-72	75.- 51-420-74	100.- 2-606077
			101.- 2-805-77

CARCINOMA DE VIAS BILIARES

REGISTRO PATOLOGICO

1.- 15-832-67	5.- 51-865-70	9.- 55-967-74
2.- 27-728-69	6.- 37-319-71	10.- 63-492-75
3.- 28-046-69	7.- 40-842-72	11.- 68-747-76
4.- 29-819-70	8.- 42-363-72	12.- 514-77

CUADRO NUMERO 1

NUMERO DE PACIENTES CARCINOMA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS

Sexo	Ca. de Vesícula	Ca. de Vías Biliares
Sexo Femenino	93	8
Sexo Masculino	8	4
Total de Pacientes	101	12

CUADRO NUMERO 2

	Ca. de Vesícula	Ca. de Vías Biliares
Más Joven	16 á	42 á
Más Viejo	78 á	85 á

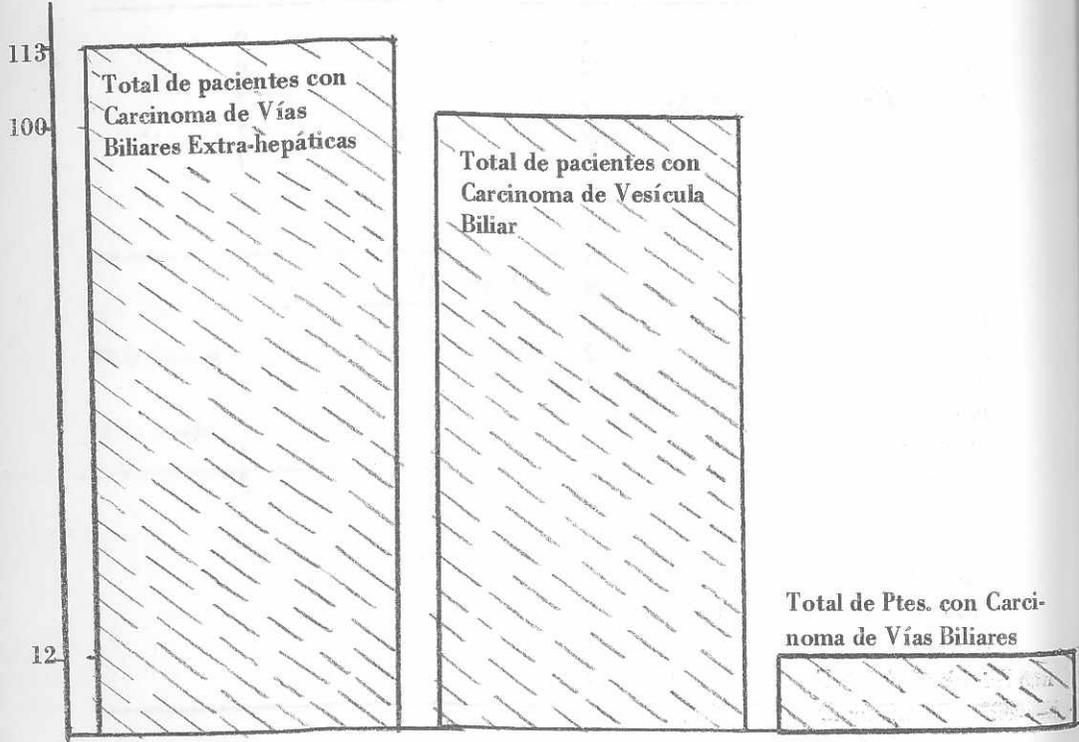
CARCINOMA DEL SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO
FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

CUADRO NUMERO 3

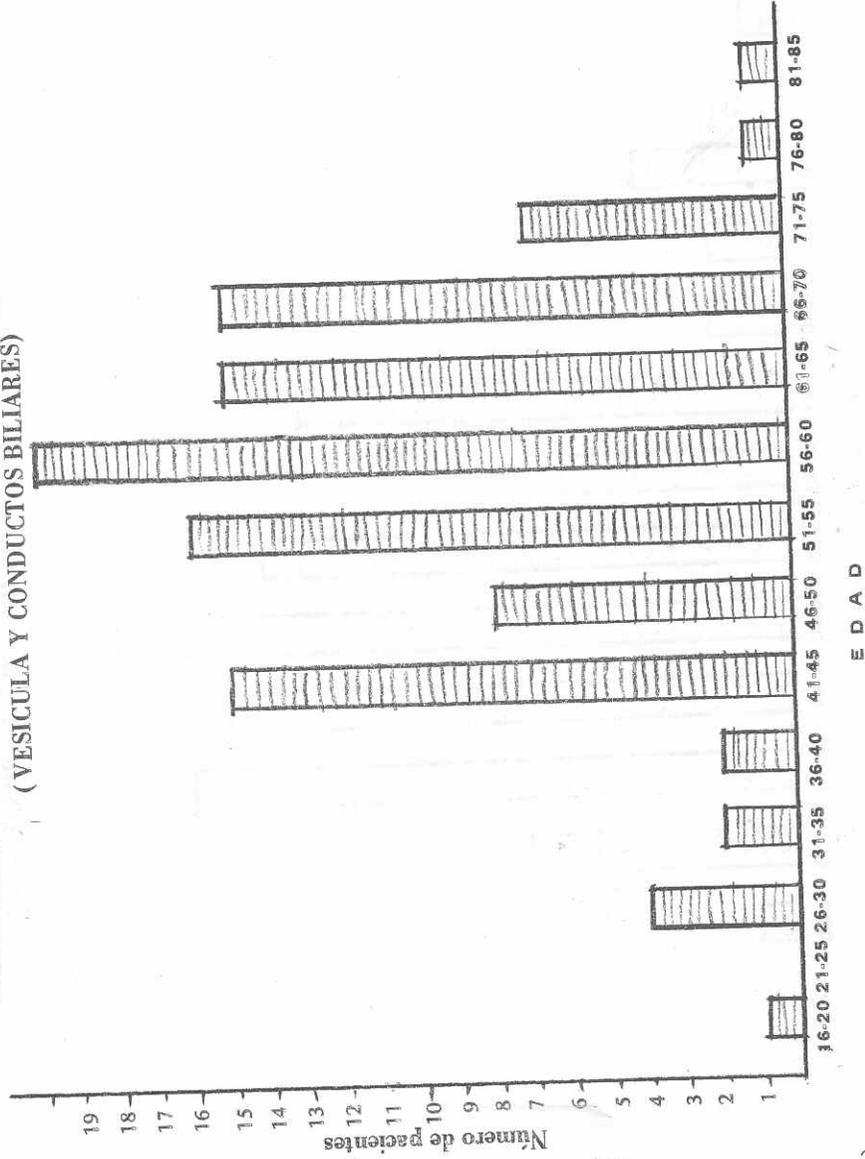
Ca. de	CA. de Vesícula	CA. de Vías Biliares
Dolor Tipo Cólico	78	9
Ictericia	32	9
Masa en Hipocondrio Derecho	33	2
Intolerancia de Grasa	27	2
Vómitos	19	1
Náuseas	17	1
Anorexia	8	
Pirosis	3	
Flatulencia	3	
Dispepsia	2	
Diarrea	2	
Acolia	1	1
Pérdida de peso	17	
Malestar General	7	1
Fiebre	3	2
Hepatomegalia	3	1
Prurito	2	
Caquexia	2	
Astenia	3	
Adinamia	1	
Lipotimia	1	

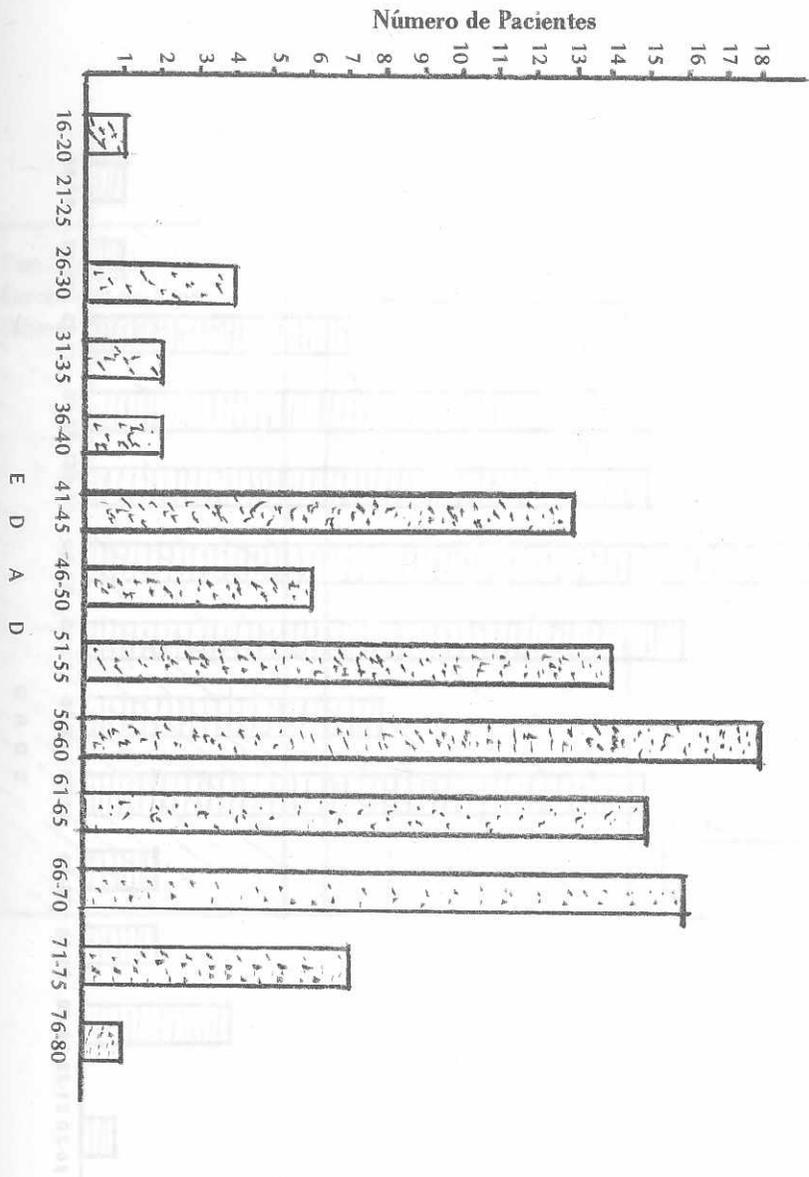
CA. de Vesícula: 6 pacientes no tienen signos y síntomas reportados en hoja de Biopsia.

CA. de Vías Biliares: 2 pacientes no tienen reportados signos y síntomas en hoja de biopsia.



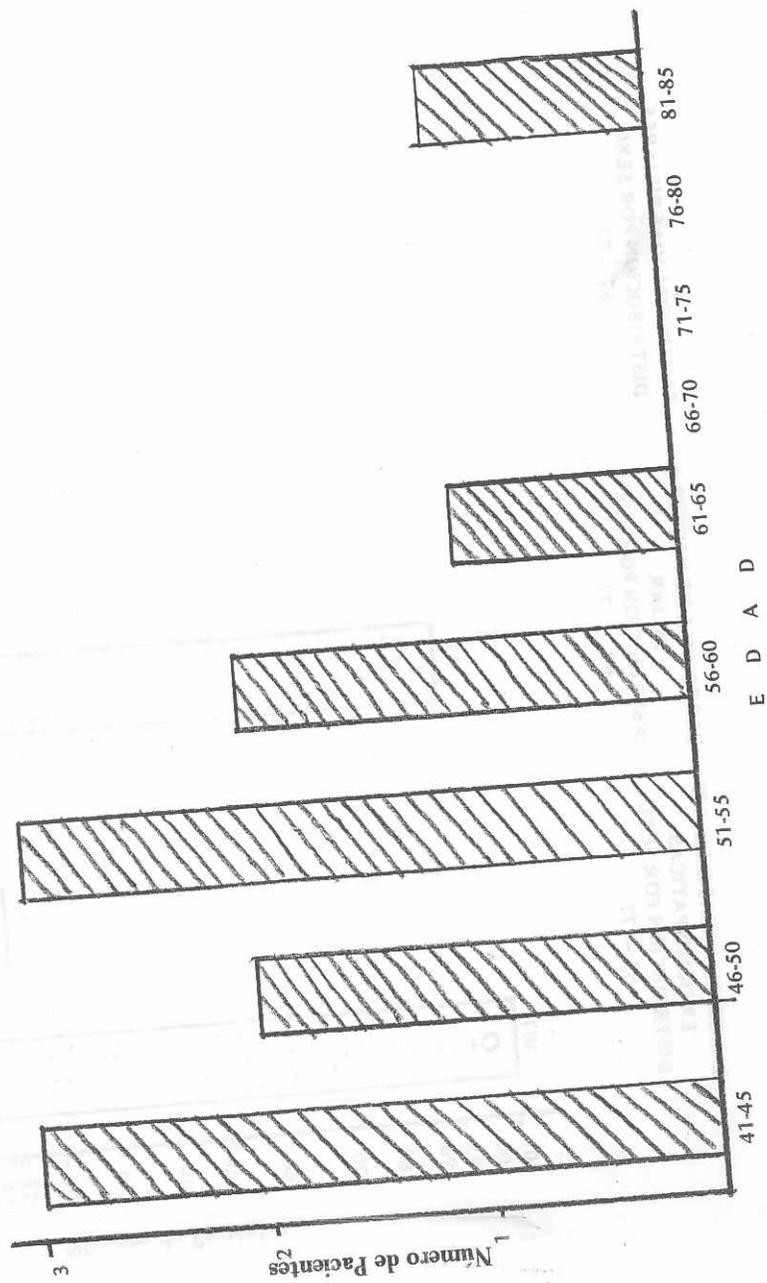
CARCINOMA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS POR EDADES 67 - 77
(VESICULA Y CONDUCTOS BILIARES)

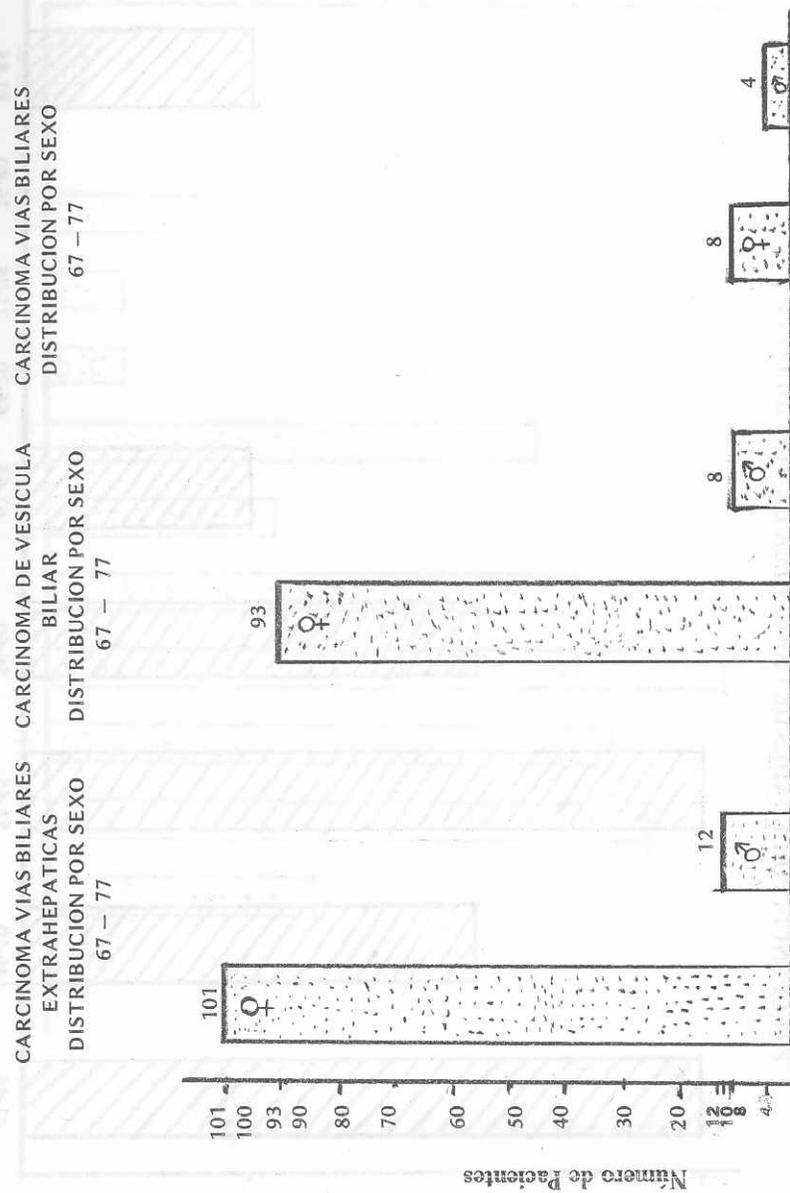




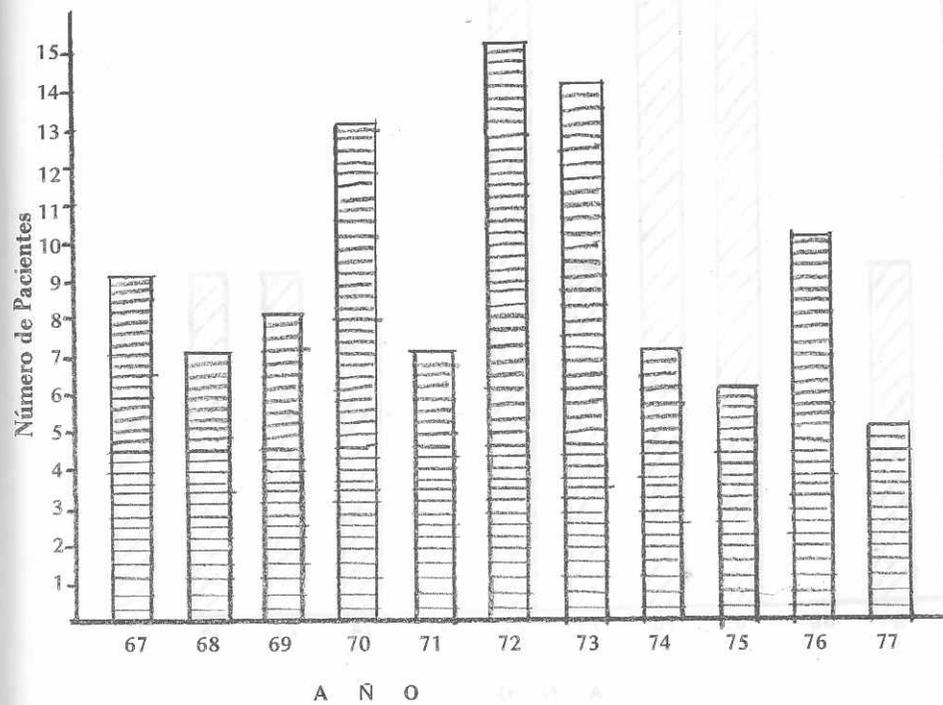
FRECUENCIA POR EDADES DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR 67 - 77

FRECUENCIA POR EDADES DE CARCINOMA DE VIAS BILIARES 77 - 77

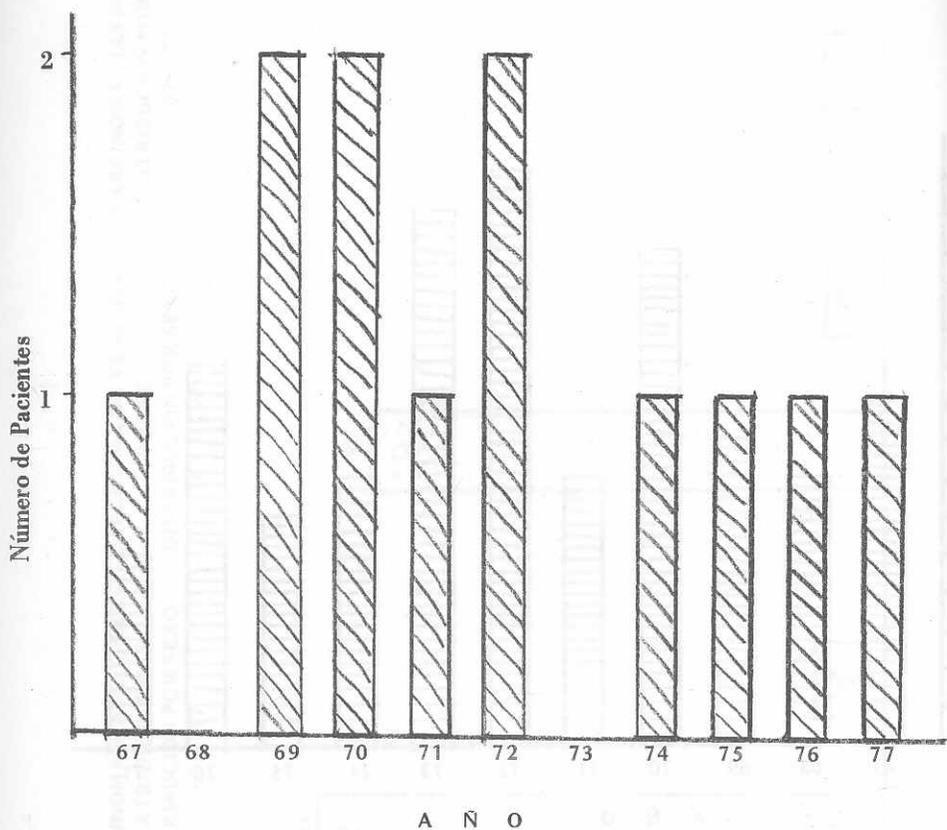




FRECUENCIA POR AÑO DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR 67 - 77



FRECUENCIA POR AÑO DE CARCINOMA DE VIAS BILIARES 67 - 77



CARCINOMA DE VIAS BILIARES
EXTRAHEPATICOS

CUADRO NUMERO 11
TIEMPO DE EVOLUCION

Tiempo de Evolución	CA. Vesícula	CA. Vías Biliares
0 - 6 m	33	5
7 - 12 m	6	
1 - 2 a	4	1
3 - 4 a	3	
5 - 6 a	3	
6a - +	4	
Total de pacientes	53	6

CA. de Vesícula: 48 pacientes no tienen tiempo de evolución.

CA. de Vías Biliares: 6 pacientes no tiene tiempo de evolución.

CUADRO NUMERO 12

EXAMENES DE LABORATORIO

	CA. Vesícula	CA. Vías Biliares
Colecistograma PO	28	2
Colangiograma IV	3	
Colangiograma percutáneo	2	
T G O	4	3
T G P	4	3
Bilirrubinas	13	4
Hb Ht	8	1
RX Tórax	11	1
Heces	3	
Fosfatasa Alcalina	10	1
Tiempo de Timol	2	2
Serie Gastroduodenal	7	

CA. Vesícula: 44 pacientes no se especifica exámenes realizados.

CA. Vías Biliares: 6 pacientes no se especifica exámenes realizados.

CUADRO NUMERO 13

CA. Vesícula Biliar	DX Pre-Op.	DX Post-Op.
Colecistitis Crónica	31	18
CA. de Vesícula Biliar	25	35
CA. de Vías Biliares	21	30
Coledocolitiasis	4	2
Piocolocistitis	3	3
Colecistitis Aguda	2	1
Icteria Obstructiva	2	1
CA. Cabeza de Páncreas	1	
Litiasis Biliar	1	
Colelitiasis	1	
Total de pacientes	91	91

CA. de Vesícula Biliar no tienen DX. reportado 10 pacientes.

CUADRO NUMERO 14

Ca. Vías Biliares	Dx Pre-Op.	Dx Post-Op.
Ca. Vías Biliares	9	8
Ca. Vesícula	1	2
Coledocolitiasis	1	1
Ca. Cabeza de Páncreas	1	1
Total de Pacientes	12	12

CUADRO NUMERO 15

	CA. de Vesícula	CA. de Vías Biliares
Adenocarcinoma	85	9
Carcinoma epidermoide	16	3
Total de Pacientes	101	12

CONCLUSIONES

- 1.- Se estudió 113 pacientes con diagnóstico microscópico patológico de Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas, en el Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios en un período de diez años (1967-1977).
- 2.- Los signos y Síntomas principales del Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas; fueron; dolor, ictericia, y trastornos digestivos: tal como lo refiere la literatura médica.
- 3.- Del número total de pacientes (113), con Diagnóstico de Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas; la mayor incidencia correspondió para el de la Vesícula, con 101 pacientes, después al de Vías Biliares (colédoco) 12 pacientes. Al igual que en la literatura médica, el carcinoma más frecuente es el de la Vesícula, y más raramente el de vías Biliares (colédoco).
- 4.- El grupo etáreo mayor afectado, para el Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas; es a partir de la cuarta década, incidiendo mayormente en la quinta década. No como se reporta en la literatura médica, de 60 a 70 años.
- 5.- Se puede afirmar que por grupo etáreo en el Carcinoma de la Vesícula Biliar, el grupo mayor afectado es a partir de la quinta década (56 a 60 años). Y en el de Vías Biliares en la Cuarta Década (41 a 45 años), y Quinta (51 a 55 años). Descartándose así la segunda hipótesis planteada.
- 6.- En relación con el sexo, se descartó la primera hipótesis: El sexo femenino, se encuentra mayormente afectado, encontrándose un total de 93 pacientes, para el Carcinoma de la Vesícula y 8 en el de Vías Biliares, de un total de

113 pacientes.

- 7.- La incidencia de Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas; es más significativa para el de la Vesícula, que para el de las Vías Biliares en nuestro medio, descartándose así la tercera hipótesis. Ya que por término medio corresponden 11 por año.
- 8.- Con respecto al tiempo de evolución, del Carcinoma de Vías Biliares Extrahepáticas, no podemos definir concretamente, si es de corta o larga evolución, ya que tales datos no se encontraron en la mayoría de los pacientes, en la hoja de biopsia reportada para su estudio.
- 9.- Respecto a las pruebas diagnósticas, de los 113 pacientes estudiados; se puede afirmar que no fueron debidamente estudiados, ya que en la mayoría se notó deficiencia en los exámenes complementarios. Tales como: Colangiograma percutáneo, Colecistograma iv., Bilirrubinas, fosfatasa alcalina, reacción de timol, transaminasas, hematología.
- 10.- El diagnóstico Clínico del Carcinoma de las Vías Biliares Extrahepáticas, no se puede realizar clínicamente; sin las pruebas diagnósticas, ya que generalmente se efectúa en el acto operatorio. Confirmándose así la cuarta hipótesis de nuestra investigación.
- 11.- Del diagnóstico Pre-Op. de 101 pacientes con Carcinoma de la Vesícula, únicamente 25 de ellos tuvieron diagnóstico correcto. Y de Carcinoma de Vías Biliares de 12 pacientes, únicamente 1 fue correcto.
- 12.- Del diagnóstico Post-Op. de Carcinoma de la Vesícula Biliar, 35 pacientes de los 101 pacientes, fueron correctos, y de el de Vías Biliares 2 fueron correctos de 12 pacientes estudiados.

- 13.- Entre los diagnósticos diferenciales hay que tener en cuenta, los siguientes cuadros: Colecistitis, Coledocolitiasis, Carcinoma de la cabeza del páncreas, colestásis intrahepática, Piocolecistitis.
- 14.- De los tipos histológicos del Carcinoma de la Vesícula: el más frecuente es el Adenocarcinoma, seguido del Carcinoma Epidermoide o escamoso. Y para el Carcinoma de las Vías Biliares, también el Adenocarcinoma seguido del Carcinoma Epidermoide.
- 15.- Sobre el tratamiento podemos decir que no hay nada definitivo, pudiéndose ofrecer únicamente paliativamente la Cirugía. Para la Vesícula; colecistectomía y hepatectomía parcial o subtotal y dudosamente quimioterapia (5-Fluoracilo), y para el de las Vías Biliares una Pancreaticoduodenoctomía (procedimiento de Whipple), solamente los carcinomas que se originan en la región periampular.
- 16.- El pronóstico de vida en el Carcinoma de las Vías Biliares Extrahepáticas, es muy pobre generalmente de 1 a 5 años.
- 17.- En nuestra investigación se puede observar que el Carcinoma de la Vesícula y Vías Biliares, no es frecuente en nuestro medio. Descartándose la tercera hipótesis.

RECOMENDACIONES

- 1.- Efectuar estudios similares en los hospitales departamentales, y capitalinos, para conocer y comparar con los hallazgos clínicos, de laboratorio y de patología, las mismas observadas en este estudio.
- 2.- Para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, con Carcinoma de las Vías Biliares Extrahepáticas; es necesario tener en mente este cuadro patológico, en pacientes ictericos a partir de la cuarta década de la vida.
- 3.- La investigación clínica de estos pacientes, debe ir orientada integralmente. Para mejor diagnóstico, ésto es:
 - Determinación de valores de Bilirrubinas en suero.
 - Fosfatasa Alcalina
 - Transaminasas (TGO-TGP)
 - Turbidez de timol
 - Reacción de colesterol y cefalina
 - Amilasa
 - Colangiograma percutáneo
 - Diagnósticos Diferenciales
- 4.- Llenar correctamente las solicitudes de estudio patológico
 - Número de historia clínica
 - Colocar correctamente nombre y apellidos
 - Sexo
 - Edad
 - Signos y Síntomas
 - Tiempo de evolución
 - Diagnóstico Pre y Post Operatorio
 - Operación efectuada
 - Hallazgos

Ya que sin estos requisitos no se pueden recabar datos fidedignos, para futuras investigaciones.

- 5.- Que los informes patológicos, describan bien el (tiempo) tipo histológico del Carcinoma de las Vías Biliares extrahepáticas. Ya que en nuestra experiencia, nos pudimos comprobar deficiencia al respecto, al revisar los datos histológicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bockus H.L. GASTROENTEROLOGY. Tomo III. Leiver, Biliary Tract, and Pancreas (Philadelphia W. B. Saunder Co.) 1946, Páginas 357-370.
- 2.- CANCER DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS. José Alberto Flores Caballeros. Trabajo de Tesis. 1970. V-3 DF.
- 3.- CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR. Revisión de 145 casos registrados en el Hospital General "San Juan de Dios" 1/Enero/1950 - 31/Dic./73. Trabajo de Tesis. Antonio Wuong Galdámez. 1975.
- 4.- CONSIDERACIONES CLINICO TERAPEUTICAS SOBRE EL CANCER DE LA VESICULA BILIAR. Filgueira, J.L. Fac. Med. Montevideo 51:117-24. 1966.
- 5.- CARCINOMA OF THE EXTRAHEPATIC BILI DUCTS A CLINICO PATHOLOGIC STUDY. Van Hernden J.A. et. al. American Journal Surgery. Pág. 49-56, Jan. 1967.
- 6.- CARCINOMAS OF THE EXTRAHEPATIC BILLIARY SYSTEM. Amer. S. 29:719-23 Oct. 1963. Pallet E. M. et. al.
- 7.- DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. Marcus A. Krupp-Milton J. Chatton. Editorial El Manual Moderno S. A. 1976. 11a. Edición.
- 8.- MANUAL DE HISTOLOGIA. Drs. Luis Figueroa Marroquín-Francisco Sosa Galicia. Segunda Edición. 1972. Páginas 317-319.
- 9.- MEDICINA INTERNA DE HARRISON (Tratado) La

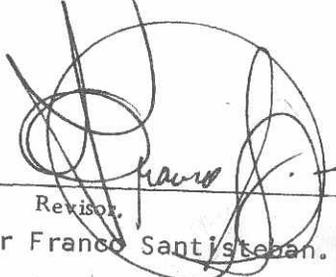
Prensa Médica Mexicana, 4a. Edición en español. 1973.

- 10.- *MEDICINA INTERNA (Tratado) Cesil Loeb. Volumen II. Editorial Interamericana, Décima Tercera Edición. 1972.*
- 11.- *ONCOLOGIA CLINICA. Dr. Federico Castro, Dr. J. Valentín Aguilar, Dr. Alfredo Enrique Barillas. Hospital General "San Juan de Dios".*
- 12.- *PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DE ROBBINS. Editorial Interamericana, Primera Edición en Español. 1975. páginas 1012-1017.*
- 13.- *PATOLOGIA QUIRURGICA DE SABISTON-DAVIS. Tomo I. Editorial Interamericana, Décima Edición. 1974. Páginas 964-967, 1012-1022.*
- 14.- *PRIMARY CARCINOMA OF THE GALLBLADER. Jeffrey M. Piehler, MD. and Robert W. Crichlower, MD. F.A.C.S. Hanover New Hampshire. Volume 147. December, 1978.*
- 15.- *SINOPSIS DE PATOLOGIA DE W.A.D. ANDERSON. López Libreros Editores S.R.L. Buenos Aires, Argentina. Primera Edición en español. 1963. páginas 356-357.*


Br. José Mariano Hernández Papadópulo.


Asesor.

r. H. Federico Castro Maldonado.


Dr. Oscar Franco Santisteban.
Revisor.

Dr. Oscar Franco Santisteban.

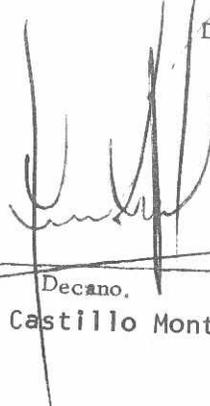

Director de Fase III

r. Hector Alfredo Nuila E.


Dr. Raúl A. Castillo R.
Secretario

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo.


Dr. Rolando Castillo Montalvo.
Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.