FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

1676

1980

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

CANCER DE LA VESICULA BILIAR

FRANCISCO JOSE ROSALES RUEDA

CONTENIDO DE TESIS

I INTRODUCCION

II OBJETIVOS

III JUSTIFICACIONES

IV DEFINICION DEL PROBLEMA

V DELIMITACION DEL PROBLEMA

VI MATERIAL

VII METODO Y TECNICA

VIII RECURSOS

IX ANTECEDENTES

A= HISTOANATOMICOS
B= GENERALES Y COMPARACION CON RESULTADOS DEL ESTUDIO

B/ 1 TUMORES BENIGNOS
B/ 2 TUMORES MALIGNOS
B/ 3 EDAD Y SEXO
B/ 4 PARIDAD
B/ 5 ETIOPATOGENIA
B/ 6 DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS
B/ 7 TIEMPO DE EVOLUCION
B/ 8 EXAMENES DE LABORATORIO
B/ 9 EXAMENES RADIOLOGICOS
B/10 ANTECEDENTES MEDICOS

B/11 DIAGNOSTICO
B/12 COMPLICACIONES
B/13 DISEMINACION
B/14 TRATAMIENTO
B/15 PRONOSTICO Y RESULTADOS OPERATORIOS

X PRESENTACION DE DATOS

XI CONCLUSIONES

XII RECOMENDACIONES

XIII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La siguiente investigación es un trabajo realizado en Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt, bajo la Asesoría del Dr. Eduardo González y la Revisión del Dr. Juc de Dios Maldonado, con la finalidad de conocer que frecuencia y cómo se ha presentado en nuestro medio el Cáncer de Vesícula Biliar en los últimos diez y siete años, así como c establecer las normas que se han seguido para su diagnóstico tratamiento.

Se pretende con este trabajo retrospectivo sobre esta tología establecer un protocolo de tratamiento eficaz lo más a cuado posible a cada caso en el Departamento de Cirugía.

OBJETIVOS

1- Revisar bibliografía tanto nacional como extranjera para adquirir y dar a conocer a los interesados en la investigación conceptos y normas existentes sobre la patología del Cáncer de la Vesícula Biliar.

2- Establecer las condiciones y conocimientos que se obtuvieron en esta investigación sobre el Cáncer de la Vesícula Biliar.

3- Tratar de definir conductas a seguir con pacientes que padezcan de esta patología lo más adecuada posible.

4- Señalar la importancia de efectuar un diagnóstico precoz en el Cáncer de la Vesícula Biliar.

5- Contribuir a la bibliografía nacional.

JUSTIFICACIONES

Las razones por las que se elaboró este trabajo, además ser un requisito del curriculum de la Facultad de Cie Médicas previo a optar el Título de Médico y Ciruj son:

1- Escasez de investigaciones anteriores específicas sob te tema en el Hospital Roosevelt.

2- Escasez Bibliográfica Nacional sobre este tema.

3- Interés por conocer la realidad en el Hospital Roos sobre el Cáncer de la Vesícula Biliar.

4- Predilección por la Cirugía.

DEFINICION DEL PROBLEMA

Se pretende en este trabajo establecer los signos y síntomas más frecuentes que llevan al diagnóstico del Cáncer de la Vesícula Biliar, así como de conocer su prevalencia e incidencia en el Hospital Roosevelt, además, evaluar la metodología de los estudios auxiliares que se utilizan en esta clase de patología y observar la conducta médica a través de los tratamientos efectuados durante los años revisados para este estudio.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

Se ha elaborado este trabajo con el análisis de las hi
torias clínicas del archivo del Hospital Roosevelt de los p
cientes en que se diagnosticó Cáncer de la Vesícula B
liar.

Los parámetros para realizar este trabajo fueron la Ed
Sexo, Raza, Paridad, Procedencia, Antecedentes Médicos,
Tiempo de Evolución de la sintomatología, tipo de sintoma
logía, signos encontrados al examen físico de ingreso, Cor
ción entre los signos y los síntomas según su frecuencia, T
de Cáncer más frecuente histopatológicamente, Diagnósticos
ingreso y preoperatorios, procedimientos quirúrgicos realizado
exámenes de laboratorio y radiológicos efectuados, seguimi
en la determinación del tiempo de vida luego de hecho
diagnóstico.

MATERIAL

Se utilizaron los datos del registro clínico de cada paciente, obtenidos en el departamento de Registros Médicos para llenar los objetivos de este trabajo.

METODO Y TECNICA

Se utilizó el método científico de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas y el análisis estadístico de los datos obtenidos.

RECURSOS

1- Se contó con la colaboración de los Drs. Juan de Dios Maldonado y Eduardo González en la Revisión y Asesoría de este trabajo.

2- Personal de los Departamentos de Estadística, Registros Médicos y Anatomía Patológica quienes suministraron las Historias clínicas para efectuar la revisión.

3- Personal de la Biblioteca del Hospital Roosevel, de la Biblioteca de la Facultad de Medicina, del Departamento de Patología del Hospital Roosevelt y del personal de la Biblioteca Médica de la Escuela de Médicina de Miami, Florida, E.E.U.U. para obtener la bibliografía necesaria.

ANTECEDENTES

HISTOANATOMICOS: (21, 22, 37, 38)

La Vesícula Biliar es un órgano canalicular perifor membranoso, situado en la cara inferior del higado, en l sita cística, y que sirve de reservorio a la bilis. Mide cms. de largo y 2.5 a 3 cms. de diámetro, pudiéndose d tar notablemente.

Se le conocen cuatro capas histológicas y tres parte natómicas, las cuales se describen en seguida.

CAPAS: FIGURA No. 1

A Mucosa: Presenta múltiples pliegues de los cuales son temporareos (se borran a la distensión) y otros permanentes. Está formada por un epitelio monoes ficado cilíndrico alto, y cuyas células están provist de microvellosidades. La función principal de este telio es la de absorción más que de secreción.

La lámina propia es laxa y posee fibras elásticas y focitos, en su parte superficial hay una membrana sal.

Los divertículos e invaginaciones que posee la muc funcionan como glándulas y son llamados Senos de tansky-Aschoff.

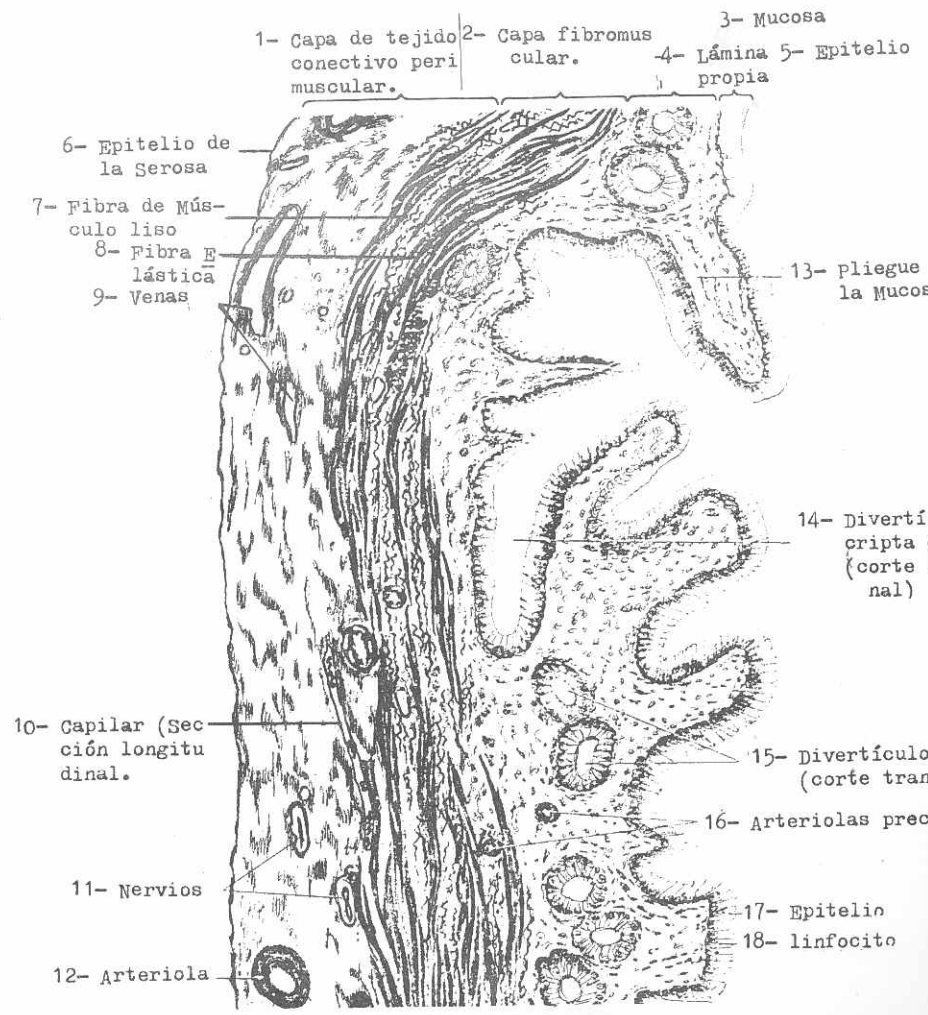
B Muscular: Es una capa de músculo liso que forma plexo con orientación longitudinal y circular.

C Perimuscular: Está formada de tejido Areolar que puede contener grupos de células grasas. Lleva arterias, venas, linfáticos y nervios, además de los canales de Lushcka que pueden desembocar en el cístico.

D Adventicia: También llamada Serosa. La Vesícula se encuentra en la cara inferior del Hígado y su capa externa de tejido fibroconectivo denso se une en ciertas regiones con la cápsula de Glisson. La cara pegada al hígado no tiene peritoneo (adventicia).

La Vesícula Biliar no tiene muscularis mucosae ni sub mucosa.

LA VESICULA BILIAR



FROTE: HEMATOXILINA-EOSINA, 120 X

PARTES ANATOMICAS: DIBUJO No. 1

A El Fondo: que es el extremo anterior redondeado de la Vesícula, y que se relaciona con la pared abdominal inmediatamente por debajo del reborde costal derecho a nivel de la 10a. costilla. Corresponde al punto de unión del reborde costal con el borde externo del músculo recto mayor.

B Cuerpo: Es algo aplanado de arriba a abajo, presenta una cara inferior y una superior. La cara superior se relaciona con la fosita cística de la cara inferior del Hígado y se sostiene aquí por una capa de tejido celular laxo. La cara inferior de la Vesícula está cubierta por el peritoneo de la cara inferior del Higado y se relaciona con la parte supra cólica de la segunda porción del duodeno y con el colon Transverso.

C Cuello: Tiene forma de cono, en su vértice se continua con el conducto cístico, forma con el cuerpo un ángulo abierto en el que se encuentra el ganglio linfático del cuello. Se relaciona por arriba con la fosita cística y por debajo con la primera porción del duodeno.

Está irrigada la Vesícula Biliar por la arteria Cística, que es una rama de la arteria hepática derecha. Las venas salen en número de dos por arteria y son llamadas Císticas, éstas son tributarias de la vena porta.

Los linfáticos están formados por las cadenas aferentes que se sitúan en el origen del Tronco Celíaco que pertenecen al grupo preaórtico.

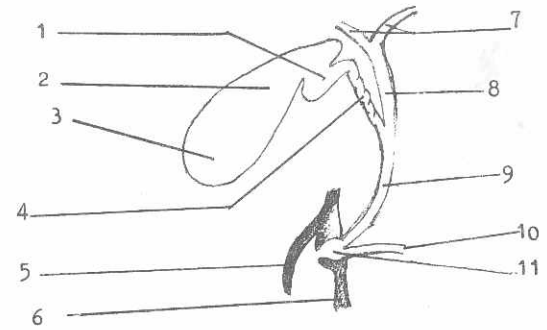
La inervación está proporcionada por las fibras eferentes

el plexo Solar.

En el ángulo formado por el cuello de la Vesícula y el cuerpo se encuentra la bolsa de Hartman que es el lugar más frecuente de depósito de cálculos (8, 22).

El triángulo de Calot está formado por la arteria cística y los conductos hepático común y Cístico (22).

VIAS BILIARES EXTRA HEPATICAS



1 CUELLO O PELVIS
2 CUERPO DE LA VESICULA BILIAR
3 FONDO DE LA VESICULA BILIAR
4 CONDUCTO CISTICO
5 VALVULA CONNIVENTE
6 PARED DUODENAL
7 CONDUCTO BILIARES HEPATICOS DERECHO E IZQUIERDO
8 CONDUCTO HEPATICO COMUN
9 CONDUCTO COLEDOCO
10 CONDUCTO DE WIRSUNG
11 AMPOLLA DE VATER

GENERALES Y COMPARACION CON LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO:

Los tumores de la Vesícula biliar pueden ser benigos y malignos (1, 4, 5, 11, 38, 48), de los cuales los malignos son más frecuentes que los benignos (1, 4, 11, 5, 36, 48).

A TUMORES BENIGNOS: Son raros y no se sabe con certeza si son precursores de malignidad, (11, 36), frecuentemente son encontrados en las colecistografías u otros procedimientos convencionales sin poderse determinar con cierta exactitud si son malignas o benignas como lo pueden hacer un sonograma y mejor aún la tomografía axial computarizada y la ultrasonografía quienes detectan las tumoraciones benignas con más ecogenicidad que las malignas (1, 40, 49, 50).

Los más frecuentes de éstas neoplasias son los papilomas y adenomas, siguiéndoles en orden de frecuencia están los miomas, lipomas, mixomas y fibromas (10, 36).

A/i Los papilomas son proliferaciones focales epiteliales de neoplasia benigna verdadera (22) que no son más grandes de 5 a 6 veces que las vellosidades normales, y los que pasan éstas medidas son raramente frecuentes y se asocian con litiasis, pueden ser pediculados o no y al desprenderse quedar libres y ser únicos o múltiples. En las colecistografías proporcionan una imagen de laguna que se implanta en los lados de la Vesícula y no en el fondo (40, 36). Tabah y McNeer los definen como un pedículo de tejido conectivo vascular recubierto por una capa única de células epiteliales cilíndricas, puede ser sésil o pediculado y únicos o múltiples (11). En las estadísticas de Philips el 41% son únicos y el 51%

son múltiples, y según Shepard el 28% son únicos y el 72% son múltiples (11).

A/ii Los adenomas se localizan en el fondo de la Vesícula y su tamaño varía de 0.5 a 4 cms. de diámetro, producen sombras hemisféricas en las colecistografías (36). Se cree que provienen del infundíbulo ya que es una zona glandular, pueden ser sésiles o pediculados y únicos o múltiples. Su color va desde el rojo hasta el gris, de aspecto y forma quística, papilar o semi sólida su consistencia. La mayoría de las veces es blando por lo cual no se puede palpar a través de las paredes de la Vesícula. En éstos Jones y Walker han reportado transformación maligna (10, 11, 36).

Kiklin ha señalado una frecuencia de 8.5% de papilomas en 17,000 extirpaciones de Vesícula Biliar, Irvin y McCarty descubrieron el 4% en 2,168 Vesículas Biliares extirpadas, y otros autores han reportado el 1% (1, 4, 11, 36, 38), en este estudio se encontró una frecuencia de 0.2 que representan 6 casos en 3,011 procedimientos quirúrgicos (colecistectomías), se encontró un 0.06% de frecuencia de adenomas que representan a 2 cacos, 2 casos de papilomas que representan 0.06 %, 1 caso de mioma que representa el 0.03% y el 0.03% a un caso de pólipo, estos son porcentajes en 3,011 colecistectomías que se efectuaron en el Hospital Roosevelt y que fueron examinadas por el Depto. de Anatomía Patológica. De 137 casos representan el 4.4% de los tumores.

Según Jones y Walkers los tumores benignos pueden clasificarse de la siguiente manera (11):

I Epiteliales: adenomas y papilomas.

II Mesenquimatosos: Pólipos de Colesterol
Pólipo inflamatorio
Colecistitis Glandular Proliferante
Malformaciones Congénitas

II/a Los pólipos de colesterol son un foco exagerado colesterosis consistentes en grandes colecciones de m crófagos cargados con lípidos situados debajo de la m brana basal del epitelio simple, cilíndrico o cúbico, puede llegar a ser una tumefacción sésil o pediculad

II/b Los polipos inflamatorios son solitarios y/o pue aparecer en forma de 2 ó 3 lesiones directas, que no acompañan de alteraciones proliferativas difusas y consistencia es sólida.

II/c La colecistitis glandular proliferante se trata una lesión inflamatoria difusa que se acompaña de considerable engrosamiento de la pared de la Vesícu Biliar asociada a una mucosa muy granulosa. Histol camente las estructuras prominentes se ven a menudo mo islotes quísticos, en determinadas zonas la prolif ción adquiere la forma de un crecimiento papilomato

Los procesos benignos de la Vesícula Biliar tienen un cidencia de 0.66% y una frecuencia de 1.9 según los e dios de Russel en 1932-1948 (1), en nuestro medio de las teraturas revisadas no se describe ninguna y en éste estudio obtuvo una frecuencia de 4.37% de los 137 casos patoló y de 0.2% de las 3,011 colecistectomías y una incidencia 1.9%.

B TUMORES MALIGNOS: Son más frecuentes que los benignos y según los estudios de Anckerman se encuentran en una relación de 5:1 (1) y en éste estudio se encontró la relación de 21.8:1. Se les puede clasificar de la siguiente manera:

B/i Adenocarcinomas: a- Papilar
b- Mucinoso
c- Infiltrativo o escirroso
d- Mucoide

B/i/a Según Cooper el tipo papilar está formado por bandas de tejido conectivo recubierto por células cilíndricas e infiltrados por alveolos secundarios revestidos con células cúbicas. A veces presentan hemorragias y necrosis, se desarrollan hacia la luz de la Vesícula, son de crecimiento lento y metastatizan tardíamente en el curso de la enfermedad (9, 10, 11, 28, 48, 36).

B/i/b El mucinoso se presenta bien diferenciado (11, 48).

B/i/c El escirroso se extiende a través de la pared de la Vesícula, tiene consistencia dura y la prueba de que la vesícula ocupa el lugar primario de la masa es encontrar cálculos en el centro del tumor (9, 10, 11, 36, 48).

B/i/d El Mucoide es llamado también Coloide, es blando y gelatinoso, ocupa la luz de la Vesícula y está formado por células cilíndricas las cuales producen gran cantidad de moco (4, 9, 11, 36, 48).

De los Adenocarcinomas en las literaturas extranjeras se

han reportado frecuencias entre el 1% y el 5% sobre total de las colecistectomías efectuadas, en literatu nacionales se han reportado el 2% por Wong (48), 0.12 al 1.16% por Flores C. y el 2.28% por Utril del total de las colecistectomías efectuadas. En es estudio se encontró una frecuencia del 3.45% sobre 3,011 colecistectomías y que representan el 75.9% los 137 casos de neoplasias.

B/ii El tumor de células Escamosas: Está formado por cé las escamosas, es llamado también epidermoide y es asociado con litiasis. La vesícula que padece de e tipo de tumor tiene las paredes engrosadas con aspe de cuero debido a la invasión intramural del tumor ataques repetidos de Colecistitis (4, 10, 11, 36). Andalkar reporta una frecuencia del 3% del total de cinomas en su estudio (2) y el presente trabajo enc tró una frecuencia del 4.37% de los 137 casos de moraciones y una frecuencia de 0.2% sobre el total las 3,011 colecistectomías efectuadas y que fueron r sadas por el departamento de Patología.

B/iii De los tumores que se reportan como indiferenciados dalkar reporta el 0%, Arnaud reporta el 8%, John lock y Paul Marsidi reportan el 6.1% sobre el total los cánceres encontrados en las Vesículas estudiadas, en este estudio se encontró una frecuencia del 11. de 137 tumoraciones y de 3,011 colecistectomías son 0.53% que representan a 16 casos.

De las 3,011 colecistectomías el 76% se relacionan litiasis, el 4.5% padecen de tumoraciones, y de estas tu ciones el 95.6% son malignas las cuales a su vez se rela nan con la litiasis en 38.68%. De las tumoraciones be

nas que se representan en 4.4% se relacionan con litiasis en 33.3%. El restante 24.1% de las colecistectomías tenían inflamaciones agudas, subagudas, crónicas, infecciones, infiltraciones colesterolóticas en las paredes, fibrosis o erosiones.

EDAD Y SEXO: Entre el grupo etareo y el sexo se han reportado en la literatura que las más frecuentes son las décadas entre los 60 y 80 años, y el sexo el femenino, en una relación de 3; 1 y/o 4:1 (2,5, 6, 8, 10, 12, 28, 29, 30, 49). En nuestro medio se reporta una relación de 28:1 por Wong (48), Flores C. 10:1 (18), Utrilla 6:1 (46) y el grupo etareo más afectado fué entre los 50 y 60 años. En este estudio se encontró una relación de 5:1 y el grupo etareo más frecuente afectado es de los 51 a 70 años, con la media principal de los 60.5 años.

PARIDAD: Se encontró una mayor tendencia entre las mujeres con paridad de 1 a 2 y de 9 a 11 las cuales son menores que las reportadas por Wong de 5 a 16 (48). Estos grupos representan 27% y el 20% respectivamente, lo que demuestra que no hay una relación directa entre la paridad y la litiasis o el origen del cáncer de la Vesícula Biliar.

ETIOPATOGENIA: Entre los factores que se han incluido como etiológicos están:

a- Litiasis (1, 5, 6, 10, 12, 28, 48).

b- Irritación e infección crónica (1).

c- Radioactividad de algunos cálculos (1).

d- Presencia de otros agentes carcinógenos en los cálculos biliares (1, 3, 6, 48).

e- Existencia de un tejido irritante que actúe en presencia de una elevada concentración de colesterol (1, 6).

La realidad de la etiología del cáncer en cualquier órgano del cuerpo es inespecífica (5, 6, 10, 12, 28, 3), pero se han asociado en este caso al cáncer de la Vesícula Biliar, la marcada presencia de litiasis (5, 9, 10, 28, 29, 37, 48, 47).

En nuestro medio Utrilla (46) ha reportado el 49% de cáncer relacionado con la litiasis, Flores C. el 57% (18), y en este estudio se encontró un porcentaje del 38.68% en las 137 tumoraciones encontradas.

DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS: (1, 5, 29) Pueden originarse por:

a- La producida por la litiasis previa al carcinoma, o cualquier proceso benigno antes del desarrollo de alguna tumoración.

b- Por el desarrollo del tumor en la Vesícula y órganos próximos.

c- La producida por la metástasis tanto por la continuidad o a distancia.

W. Mitchell reporta una frecuencia del 100% para el dolor en el hipocondrio derecho, ictericia, náuseas y vómitos en el 50%, pérdida de peso en el 25%, hepatomegalia en el

25%, masa palpable en el hipocondrio derecho en 37.5 % (30), otros autores han reportado una frecuencia del 69% para el dolor en el hipocondrio derecho (Cooper, 1), Utrilla 67.4% (46), Wong reporta el 98% (48), Flores C. reporta el 70% (18) y un promedio del 62% para el resto de la sintomatología mencionada por Mitchell. En éste estudio se reporta el 73.72% para el dolor en el hipocondrio derecho el 40.87 % para el dolor en el epigastrio, el 40.87% para la ictericia, el 64.71% para las masas palpables en el cuadrante superior derecho, el 32.1% para las hepatomegalias, el 53.28 % para las náuseas y vómitos, el 38% para la pérdida de peso.

Tanto la sintomatología como los signos clínicos son vagos e inespecíficos, pues cualquier otro proceso de la Vesícula Biliar puede originarlos (32, 5).

El diagnóstico certero se efectúa en un porcentaje del 5 al 10% (32) de los diagnósticos, en este estudio se encontró una frecuencia de 2.1%. Este porcentaje de diagnóstico clínico preoperatorio, y sobre los 137 casos representa el 5.1%.

TIEMPO DE EVOLUCION: La exacta duración de los síntomas no puede ser determinada con certeza en la mayoría de los casos cuando son debidas a alguna malignidad (5, 10, 30, 46, 18).

EXAMENES DE LABORATORIO: Entre las pruebas de laboratorio que se han utilizado por los distintos autores para llegar a un diagnóstico de los padecimientos del paciente están los niveles elevados de SGOT, Fosfatasa alcalina, gamma glutamil transpeptidasa, bilirrubinas, además de las amilasas y lipasas en los

líquidos de la vesícula y conductos biliares (2, 19, 10, 29, 32, 3). En nuestro medio tenemos que los principales reportes de valores anormales los da Flores C., Utrilla y Wong (18, 46, 48) indicando las hiperbilirrubinemias, elevación de la fosfatasa alcalina, y la velocidad de sedimentación, en este estudio se encontró hiperbilirrubinemia a expensas de la directa en el 20.6%, elevación de la SGOT en el 5.56%, elevación de los segmentados en el 14.2% y no de los eosinófilos como lo reporta Robbins (38), velocidad de sedimentación elevada en el 14.1%, estos porcentajes son sobre 737 laboratorios anormales.

EXAMENES RADIOGRAFICOS: En la literatura se ha reportado el uso de los enemas de bario para diagnosticar las fístulas entre la vesícula y las vísceras adyacentes (32, 5, 10), radiografías simples de abdomen en el intento de encontrar cálculos o porcelanización de la vesícula (5, 6), las colecistografías y series gastroduodenales que indiquen anormalidades (5, 10, 34), los escudriñadores hepáticos (scan de Hígado) muestran anormalidades al igual que los ultrosonogramas y la tomografía axial computarizada (5, 34, 43, 49, 50), los hallazgos ultrasonográficos principales son masas llenando la vesícula con una homogenicidad de ecos o que semejan Ojos de Toro, masas difusas y masas infiltrantes las cuales producen adelgazamiento de las paredes de la vesícula y metástasis hepática, las tumoraciones malignas son presentadas con más probabilidades por las zonas de mas baja intensidad largas e irregulares (50-).

La Endoscopía Colangiográfica Retrógrada para de-

terminar la obstrucción o estenosis existente a cualquier nivel del árbol biliar y determina si es intrínsica o extrínsica, ya que esto ayuda a determinar el sitio primario de la masa prioritariamente a la intervención quirúrgica, tiene usos para lograr biopsias de las partes en que se sospeche alguna malignidad (13, 43).

La colangiografía percutánea transhepática es usualmente hecha en pacientes ictéricos para demostrar la anormalidad, tiene la gran ventaja de que la bilis puede ser drenada por el cateter y el paciente mejorar su estado para la operación.

En este estudio se encontró que las placas simples de abdomen que sugieren la presencia de algún tipo de patología representan el 60.9%, las radiografías de tórax en las que se reportaron enfisemas, fibrosis pulmonar y elevación de uno o ambos diafragmas, además de 1 caso en el que se presentó derrame pleural derecho mínimo son el 36.6%, los colangiogramas percutáneos se representan con el 76.2 %, los colangiogramas intravenosos con anormalidades son el 100%, Series Gastrointestinales con anomalías el 54%, los colecistogramas orales el 100% mostró patología, de los Centellogramas efectuados el 67% fueron anormales que representan a 2 de los 3 efectuados, y de los enemas de bario efectuados el 40% presentaron patología.

ANTECEDENTES MEDICOS: Como única mención de importancia se encontró en éste estudio una frecuencia de Diabetes Mellitus del 5.1% en los 137 casos revisados y diarrea en el 8% de los casos.

DIAGNOSTICOS CLINICOS: Entre los diagnósticos de ingreso de los casos estudiados se encontró que los más frecuentes eran:

- Colecistitis Crónica Calculosa en el 21%
- Cáncer de Vías Biliares extrahepáticas en el 8.1%
- Hepatoma en el 6.6%
- Cáncer de la Cabeza del Páncreas en el 5.7%
- Ictericia Obstructiva en el 7.5%
- Cáncer Gástrico en el 4.5%

Estos porcentajes son sobre 333 tipos de diagnóstico. El diagnóstico de cáncer de la Vésícula Biliar fué hecha acertadamente en el 2.1% que representan a 7 casos, esto confirma lo reportado por W. Black (9) y por J. Siegel (32), quienes reportan que el diagnóstico clínico se efectúa en el 5 al 10% en el Cáncer de la Vesícula Biliar y que a veces es dudoso pensar en éste por su poca frecuencia.

COMPLICACIONES: Entre las más frecuentes ocasionadas por el Cáncer de la Vesícula Biliar están:

a- Hemorragia (9, 26, 36, 50).

b- Por la comprensión tumoral puede originarse ictericia (5, 9, 10, 28, 29, 30, 36) y cuando se llega al píloro o duodeno se puede dar náuseas y vómitos (24, 41).

c- Por la metástasis, cuando es peritoneal generalmente se presenta sanguinolenta (36), se provocan fístulas viscerales (32, 36, 17, 33) y/o se

mejar otra patología original en cualquier otro órgano (17, 8, 19, 26, 23, 32).

DISEMINACION: La diseminación puede ser vía linfática, hematógena y por vecindad. Fahim reporta diseminaciones por vía linfática, vascular, neural, intraperitoneal e intra ductal. La linfática se hace desde la vesícula a los nódulos linfáticos del Cístico y del conducto Biliar Común, y de estas a los nódulos pancreático duodenales y para-aórticos. La vía vascular que va al lóbulo cuadrado del Hígado, por las venas. Razón por la cual el cáncer de la Vesícula en su invasión hepática se encuentra cerca y no en la amplitud del Hígado, como sucede en los cánceres gastrointestinales. Esta metástasis es frecuentemente encontrada en el 69% (8, 33).

Steven Morris reporta que la diseminación tumoral se hace por vía linfática y por continuidad cuando se localiza en el fondo y en el cuerpo de la Vesícula, y se disemina hacia el duodeno, y conductos Biliares extra hepáticos cuando se localiza en el cuello (32, 45, 33).

Bocus Hamilton y Wong reportan que la metástasis linfática se inicia con la invasión del tejido linfoide de la capa subepitelial, en la subserosa y con la toma de los Senos de Rokytansky-Anchoff, llegan luego al ganglio Cístico y siguen en frecuencia la cadena mesentérica colocada en el colédoco, periportales, duodenales, hiliares, gánglios en el hepiplón menor, retroperitoneales, mediastínicos, traqueobronquiales y supraclaviculares. A la vez que invaden el hilio llegan a la vena Porta y se inicia la

diseminación hematógena, supuestamente (11, 22, 48).

A. Pedro-Pons han reportado que cuando el cáncer de la Vesícula Biliar es secundario al originado en otro sitio se debe con mayor frecuencia al gástrico, colon, duodeno y conductos biliares extra hepáticos (36), en éste estudio se encontraron 7 casos de los cuales 2 eran gástricos, 2 de Vías Biliares extra hepática, 1 de Páncreas, 1 de Ovarios y 1 de Colon. De estas tumoraciones solo se invadió la serosa, y además no fueron tomados en cuenta en la tabulación del trabajo.

De las metástasis más frecuentes encontradas en este estudio son:

a- Hígado que se representa con una frecuencia del 58% sobre el 131 casos de tumoración maligna.

b- Vías biliares extrahepáticas en el 48%.

c- Ganglios (Cístico, hiliares, mesentéricos, retropancreáticos y retroperitoneales) en el 42.7%.

d- Epiplón, peritoneo y Estómago en el 12.2%.

e- Páncreas en el 14.5%.

f- De los menos frecuentes se encuentran ovarios en el 1.6% y el diafragma en el 0.8%.

TRATAMIENTO DEL CANCER
EN LA VESICULA BILIAR: El tratamiento del Cáncer de la Vesícula Biliar es totalmente quirúrgico y se puede establecer de la siguiente manera:

I Colecistectomía a los pacientes que están en un período en el cual la masa es resecable y se limita a la zona de la Vesícula biliar (1, 22).

II Colecistectomía con lobectomía Harcial Hepática o subtotal si la masa ha invadido el parénquima hepático, y se contraindica cuando hay metastasis a distancia (1, 22).

En las literaturas se reportan tratamientos curativos cuando el cáncer ha sido descubierto en forma casual y en un estado inicial mientras que cuando es una masa ya avanzada aunque no salga de los límites de las paredes de la Vesícula el tratamiento es paliativo debido a que el tiempo de vida no sobrepasa de los dos años y la muerte es debida a reaparecimiento del cáncer en otros sitios del organismo (2, 10). Las mejores esperanzas para reducir la mortalidad es la colecistectomía temprana en pacientes con enfermedad benigna de la Vesícula Biliar, debido a que 1 de cada 5 tienen cáncer, en edad arriba de los 65 años (2, 5). Leif Bergdahl reporta que de sus estudios el 45.45% murieron por trastornos orgánicos debidos al Cáncer originado en la Vesícula Biliar, y que para el carcinoma de este órgano que ha invadido hasta la capa muscular no basta con la colecistectomía, sino que hay que seguir con una amplia resección que incluya de 3 a 5 cms. de tejido hepático normal y los nódulos linfáticos regionales (8).

Fayemi reporta que en los pacientes con metástasis a los ovarios se les haga oforectomía o que estén muy cercanamente a hacer la metástasis, además de intentar resecar lo más que se pueda de la masa tumoral primaria (17).

Otros autores como Mitchell (30), Ernest Moore (31), Utrilla (46), Wong (48), Flores C. (18), Charles E. Oswalt (35), Anckerman (1), Hamilton (22), han reportado que la temprana colecistectomía mejora el tiempo de vida luego de hecho el diagnóstico, y que en los casos avanzados por más que se intente resecar toda o parte de la tumoración no se logra mejorar ni el estado del paciente ni el tiempo de vida. Además de éstos autores se cuenta con Geoffrey Smorron (42), Terry Treadwell (45), Arnaud (5) quienes reportan que la quimioterapia y la radiación son muy poco o de ninguna ayuda para el tratamiento del cáncer de la Vesícula Biliar.

Entre los agentes quimioterápicos recomendados está el 5 Fluor Uracilo. Ernest Moore reporta como última alternativa para ofrecer alivio al paciente se hace la Colecistostomía (31).

En este estudio se encontró que los principales procedimientos quirúrgicos fueron:

- Colecistectomías en el 34.3% que representan 47 casos de los 137 estudiados.
- Laparotomías y biopsias en el 26.2% que representan a 36 casos.
- Biopsia de masa no hepática en 62.8% que representan a 86 casos, y biopsias hepáticas en el 30.6 % que representan a 42 casos.

- Exploración de Vías Biliares y Coledocostomías en el 22.6% que representan a 31 casos y en el 17.5 % que representan a 24 casos, respectivamente.

Se encontró que seis pacientes recibieron radioterapia a una dosis de 600 rads por semana y según Smoron la dosis mínima es de 900 rads por semana y la máxima de 6000 rads dosis total prescrita y solo cuando la tumoración ha cedido a la dosis de 4,500 rads (42).

Quimioterapia fué dada a dos pacientes con 5 FU que representa el 1.45%, pero según Oswalt no tiene efecto (35).

TIEMPO DE VIDA LUEGO DEL DIAGNOSTICO: En las literaturas extranjeras han reportado los autores que los pacientes con esta patología mueren en el primer año el 84%, el 2o. año el 8% más, a los 5 años el restante 8% y es raro cuando algún paciente sobrevive más de este tiempo, excepto por los que se les hace colecistectomía por una supuesta enfermedad benigna y se encuentra un cáncer que no pasa de invadir la muscular o que no llega a ella (2, 5, 8, 9, 10, 30, 1, 22).

En nuestro medio se ha reportado un tiempo de 4 a 9 meses para el 75% de los casos estudiados por Wong, Flores C. y Utrilla (48, 18, 46).

En este estudio se encontró una frecuencia del 55% para tiempo menor de 1 mes, el 25% entre 1 y 6 meses, 10% de 7 a 12 meses, de 1 a 2 años el 5% y mayor de los 5 años el 5%.

Estos porcentajes son sobre 20 pacientes que tenían seguimiento y no sobre los 137 casos estudiados.

PRESENTACION DE DATOS

CUADRO No. 1

Relaciona entre el total de diagnósticos revisados y los de cáncer de la Vesícula Biliar encontrados.

TOTAL DE DIAGNOSTICOS REVISADOS	333	100%
DIAGNOSTICOS DE CANCER DE LA VESICULA BILIAR	137	41.14%

CUADRO No. 2

Relaciona entre los grupos etareos y el sexo

EDAD	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
21 - 30	1	-
31 - 40	1	7
41 - 50	4	24
51 - 60	4	38
61 - 70	6	37
71 - 80	4	7
81 - 90	3	1
SUB TOTAL	23	114
TOTAL	137	
%	16.8	83.2

CUADRO No. 3

Muestra la relación entre los grupos ladino y el indígena

GRUPO ETNICO	No. DE CASOS	TOTAL	%
LADINO	132	137	96.3
INDIGENA	5		3.7

CUADRO No. 4

Procedencia de los casos estudiados

LUGAR	No.	%	TOTAL
CAPITAL	99	72.3	137
DEPARTAMENTO	38	27.7	

CUADRO No. 5

Paridad encontrada en los casos femeninos estudiados

PARIDAD	No.	%
1 - 2	24	21
3 - 5	16	14
6 - 8	19	16.7
9 - 11	23	20
+ de 12	10	8.8
Sin Datos	22	19.5
TOTAL	114	100

CUADRO No. 6

Especifica la sintomatología referida al momento del ingreso

SINTOMAS	No.	% en 137 casos c/u.
Distensión Abdominal	16	11.67
Ascitis	4	2.91
Ictericia	57	41.6
Dolor en el Hipocondrio Derecho	114	83.21
Dolor Epigástrico	66	48.17
Dispepsias	73	53.28
Fiebre	27	19.7
Baja de peso	52	37.95
Pirosis	14	10.21

CUADRO No. 7

Detalla la variedad de los signos clínicos encontrados en el examen médico de ingreso al Hospital.

SIGNOS	No.	% en 137 casos c/u.
HEPATOMEGALIA	44	32.11
DISTENSION ABDOMINAL	22	16.05
DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO	101	73.72
DOLOR EPIGASTRICO	46	33.57
CIRCULACION COLATERAL ABDOMINAL	6	4.37
MASAS PALPABLES EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	64	46.71
ASCITIS	14	10.21
ICTERICIA	56	40.87
D H E	12	8.75
MALAS CONDICIONES GENERALES	57	41.6
REGULARES CONDICIONES GENERALES	32	23.35
ADENOPATIA	11	8.1
DISNEA	11	8.1
OBESIDAD	9	6.56
SEPSIS	1	0.72
FIEBRE	3	2.18
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES	5	3.64

CUADRO No. 8

Tipos y frecuencias de las variedades histopatológicas de Cáncer de la Vesícula Biliar encontradas en este estudio.

TIPO DE CANCER	No.	%
ADENOCARCINOMA	104	75.91
ADENOACANTOMA	5	3.64
CELULAS ESCAMOSAS	6	4.37
INDIFERENCIADOS	16	11.67
BENIGNOS	6	4.37
TOTAL	137	100

CUADRO No. 9

Distintos intervalos de tiempo que se reportaron en el inicio de la Enfermedad

TIEMPO DE EVOLUCION	No.	%
1 mes	35	25.54
2 meses	22	16.05
3 meses	27	19.7
Hasta 1 año	40	29.19
+ de 1 año	13	9.48
TOTAL	137	100

CUADRO No. 10

Variedad de diagnósticos efectuados en el momento de ingreso de los pacientes al Hospital

TIPO DE DIAGNOSTICO	No.	%
Hepatoma	22	6.6
Absceso Hepático	7	2.1
Cáncer de Vías Biliares Extra Hepáticas	27	8.1
Cáncer de Vesícula Biliar	7	2.1
Colecistitis Crónica Calculosa	70	21
Cálculo enclavado en el colécodo	7	2.1
Cáncer de Colon	3	0.9
Ictericia Obstructiva	25	7.5
Cáncer Gástrico	15	4.5
Cirrosis Hepática	8	2.4
Cáncer de la Cabeza del Páncreas	19	5.7
Otros	114	34.23
TOTAL	333	100

CUADRO No. 11

Detalla los distintos diagnósticos y procedimientos efectuados

DIAGNOSTICOS POST OPERATORIOS Y PROCEDIMIENTOS	No.	% sobre 137 casos c/u.
Exploración de Vías Biliares	31	22.6
Laparatomías	36	26.2
Coledocostomías	24	17.5
Colecistectomías	47	34.3
Drenajes de Abscesos	4	2.9
Derivaciones Colecisto Intestinales	2	1.5
Colecistostomías	21	15.3
Gastroduodenostomías	1	0.7
Gastroyeyunostomías	2	1.5
Hepatectomías parcial derecha	1	0.7
Diagnósticos por necropcias	9	6.6
Diagnósticos por biopsias trans operatorias de masa no hepática	86	62.8
Diagnósticos por biopsias hepáticas operatorias y no operatorias	42	30.6
Diagnósticos operatorios que coordinaron con las biopsias transoperatorias efectuadas	29	21.2

CUADRO No. 12

Hallazgos transoperatorios de los casos estudiados.

HALLAZGOS OPERATORIOS	No.	% en 137 casos c/u.
Litiasis	53	38.7
Masa tumoral inoperable	72	52.55
Masa tumoral parcialmente operable (poco resecable para Tx paliativo)	29	21.2
Abscesos	8	5.8
METASTASIS:		
Estómago	16	12.2
Higado	76	58
Suprarrenales	1	0.8
Ganglios (Císticos, Hiliares, Mesentéricos, Retropancreáticos, y retroperitoneales)	56	42.7
Vías Biliares Extra Hepáticas	63	48
Páncreas	19	14.5
Intestino Delgado	14	10.7
Intestino Grueso	13	9.9
Pulmones	4	3
Peritoneo	16	12.2
Diafragma	1	0.8
Infección agregada	12	9.1
No se encontró metastasis	8	5.8

CUADRO No. 13

Muestra el porcentaje en los grupos sanguíneos de 53 pacientes en los cuales se encontró este dato. Todos son Rh positivo. Se hace la aclaración de que no es significativa la información de este cuadro debido a la dominancia del grupo 0 con factor Rh positivo en nuestra población.

GRUPO	No.	%
0	39	73.58
A	11	20.75
AB	1	1.88
B	2	3.77

CUADRO No. 14

Tiempo de vida luego de haber hecho el diagnóstico.

TIEMPO DE VIDA	No.	%
Menos de 1 mes	11	55
De 1 mes a 6 meses	5	25
De 7 meses a 12 meses	2	10
+ de 1 año y - de 2 años	1	5
+ de 5 años	1	5
TOTAL	20	100

CUADRO No. 15

Detalla el número y porcentaje de pacientes que regresaron, los que murieron en el hospital sin ser egresados y los que egresaron vivos y no volvieron.

TIPO DE PACIENTE	No.	%
Pacientes egresados vivos	115	83.94
Pacientes que murieron en el Hospital y no son reingreso por cáncer	13	9.48
Pacientes que regresaron al Hospital por el cáncer y allí murieron	9	6.56
TOTAL	137	100

CUADRO No. 16

Se muestra la variedad y frecuencia de los exámenes radiológicos efectuados

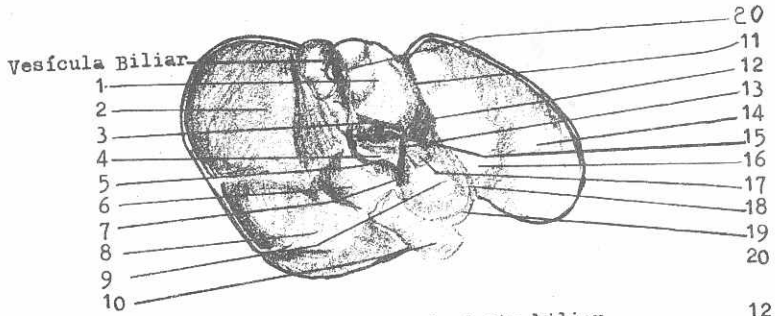
EXAMENES RADIOLOGICOS EFECTUADOS	No.	%	TOTAL
R-X de Abdomen normales (simples)	18	39.1	46
R-X de Abdomen simples con masas, tumefacciones, y desplazamientos viscerales	28	60.9	
Torax normales	59	63.4	93
Torax con enfisema, fibrosis pulmonar y elevación de uno o ambos diafragmas	34	36.6	
Colangiogramas percutáneos normales	5	23.8	21
Celangiograma percutaneo con Vesícula biliar excluida y Vías biliares extra hepáticas anómalas	16	76.2	21
Colangiograma direcno normal	10	27	
Colangiograma intra venoso anormal	23	100	
Series Gastroduodenales normales	17	46	37
Series Gastroduodenales con anomalías	20	54	
Colecistograma P.O. anormales	26	100	
Centellogramas anormales	2	67	3
Centellograma normales	1	33	
Pielogramas Intravenoso nls.	3	100	
Enemas de bario nls.	3	60	5
Enemas de bario anormales	2	40	

CUADRO No. 17

Se muestra el listado de exámenes de laboratorio utilizados auxiliarmente para diagnosticar clínicamente

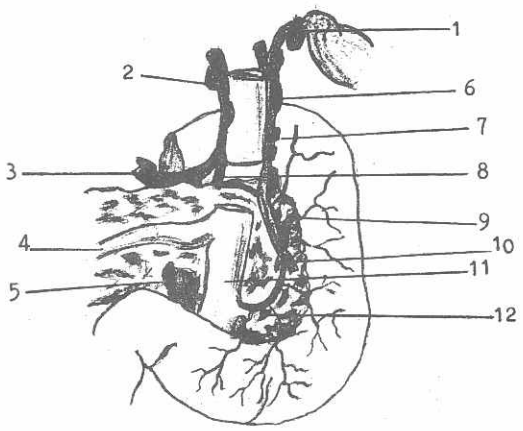
TIPO DE EXAMENES	No.	%
Fosfatasa alcalina	36	4.88
Bilirrubina directa eleva + que la indirecta	152	20.6
Bilirrubina indirecta elevada + que la directa	10	1.35
SGOT elevada + que la SGPT	41	5.56
SGPT elevada + que la SGOT	10	1.35
Hb. y Ht. abajo de 10 g.% y 31.7%	68	9.22
Segmentados elevados	105	14.2
Velocidad de Sedimentación elevada	104	14.1
Tiempo de Protrombina abajo del 68%	32	4.3
Glicemias elevadas	32	4.3
E K G con anormalidades	24	3.2
E K G normales o en límites de la nldad.	25	3.3
Transfuciones	60	8.1
Gravindex positivo	3	0.4
L C R anormal	2	0.2
B S T anormal	25	3.3
Células malignas encontradas en estudio de líquido ascítico	2	0.2
Cefalina Colesterol anormal	6	0.8
TOTAL DE LABORATORIOS ANLS. CONTANDO CON 110 LABORATORIOS COMO HECES, ORINAS, CULTIVOS, QQSS Y OTROS	737	100
LABORATORIOS NORMALES	565	100
RELACION ENTRE LABORATORIOS NORMALES Y ANORMALES	565	43.39
	737	56.60
TOTAL	1302	100

CARA INFERIOR DEL HIGADO



LOBULO CUADRADO	1	Conducto biliar	12
IMPRESION COLICA	2	CONDUCTO HEPATICO	13
CONDUCTO BILIAR	3	IMPRESION GASTRICA	14
TUBERCULO CAUDADO	4	ARTERIA HEPATICA	15
CONDUCTO CISTICO	5	TUBERCULO EPIPLOICO	16
IMPRESION DUODENAL	6	VENA PORTA	17
CONDUCTO COLEDOCO	7	CONDUCTO DE ARANCIO	18
IMPRESION RENAL	8	VENA SUPRA HEPATICA IZQUIERDA	19
LOBULO DE SPIEGEL	9	ARTERIA CISTICA	20
VENA CAVA INFERIOR	10		
VENA UMBILICAL	11		

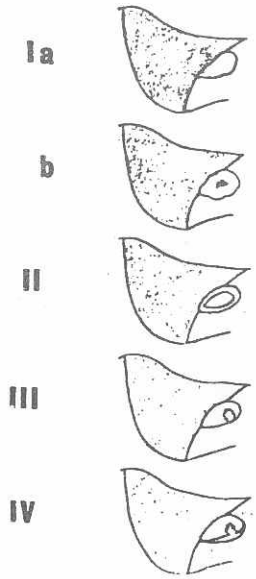
CARA POSTERIOR DEL DUODENO, Y DEL PANCREAS



1 GANGLIO CISTICO
2 GANGLIO DE LA CADENA HEPATICA
3 ARTERIA HEPATICA
4 VENA ESPLENICA
5 GANGLIO DEL GRUPO MESENTERICO SUPERIOR
6 GANGLIO DE LA CADENA COLEDOCAL
7 GANGLIO DE LA CADENA COLEDOCAL
8 ARTERIA GASTRODUODENAL
9 GANGLIO RETRO PANCREATICO
10 GANGLIO RETRO PANCREATICO
11 VENA PORTA
12 GANGLIO RETROPANCREATICO

C A N C E R D E L A
V E S I C U L A B I L I A R

TIPOS
EN LOS HALLAZGOS
ULTRASONOGRAFICOS

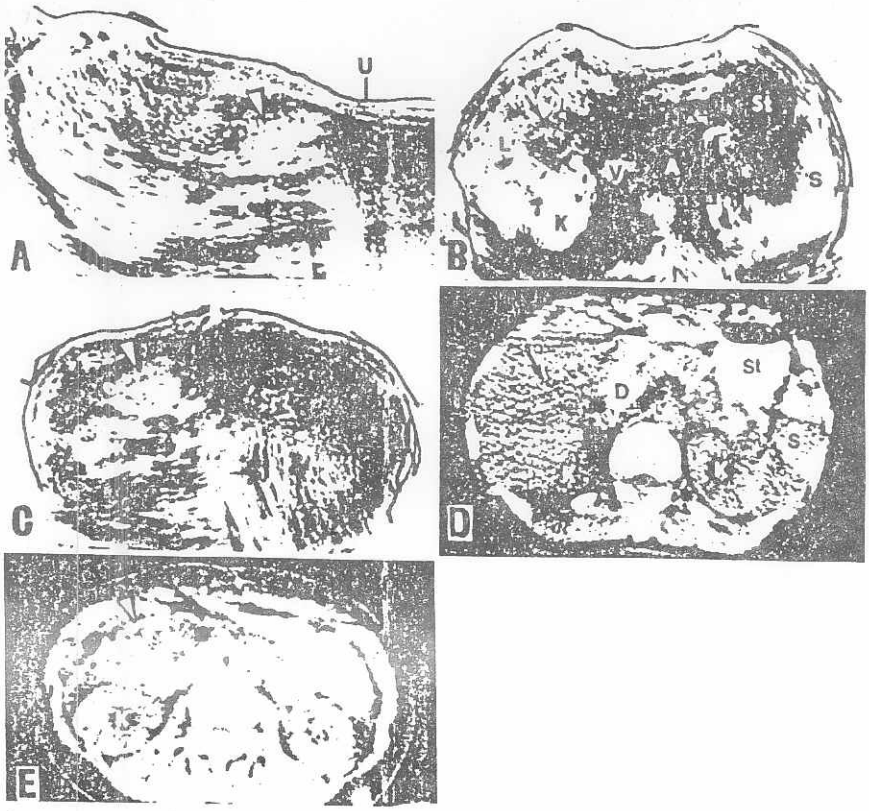


I= Masa llenando la Vesícula.
Ia= Eco difuso leve en la Vesícula
Ib= Eco central corto en la Vesícula en adisión a un eco difuso leve.

II= Adelgasamiento de las paredes de la Vesícula debido a un carcinoma infiltrante.

III= Masa protuberante sobre la pared de la Vesícula Biliar.

IV = Combinación del tipo II y III, donde se ve una masa protuberante y un adelgasamiento de las paredes por un carcinoma infiltrante.



Tipo Ia de Carcinoma de la Vesícula Biliar (flechas blancas). La lesión metastásica es más reluciente que el tumor de la Vesícula en la tomografía Computarizada.

A- Scan longitudinal a 4 cms. a la derecha de la línea media.

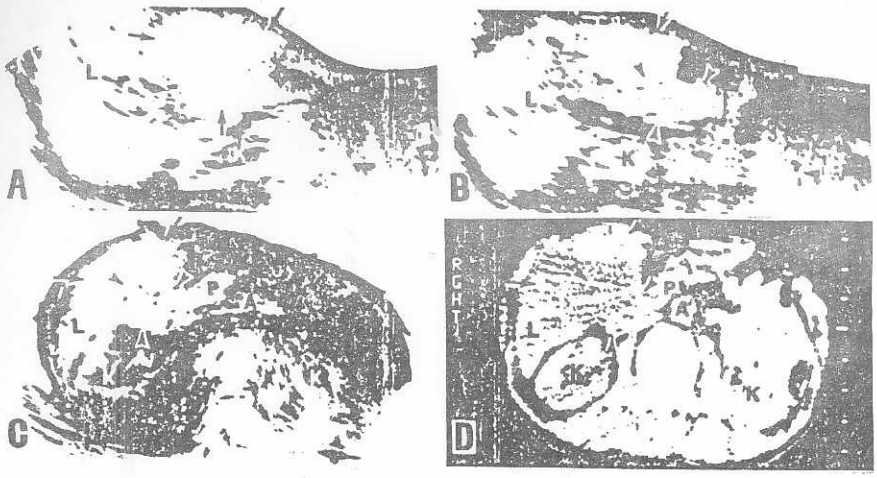
B- Scan transverso a 15 cms. arriba del ombligo.

C- Scan transverso a 11 cms. arriba del ombligo

D- Tomografía computarizada correspondiendo a la figura B

E- Tomografía computarizada corespondiendo a la figura C

A= Aorta D= Conducto hepático Común K= Riñón L= Hígado P= Páncreas
S= Bazo St= Estómago U= nivel umbilical V= Vena cava inferior.



Otro tipo de Cancer de la Vesícula Biliar (flechada), es una masa larga en el Hígado debida a una invasíon directa por el tumor. La lesíón hepática es menos ecogénica que el tumor de la vesícula biliar en el ultrasonograma y más reluciente que la vesícula biliar y el parénquima hepático en la tomografía computarizada.

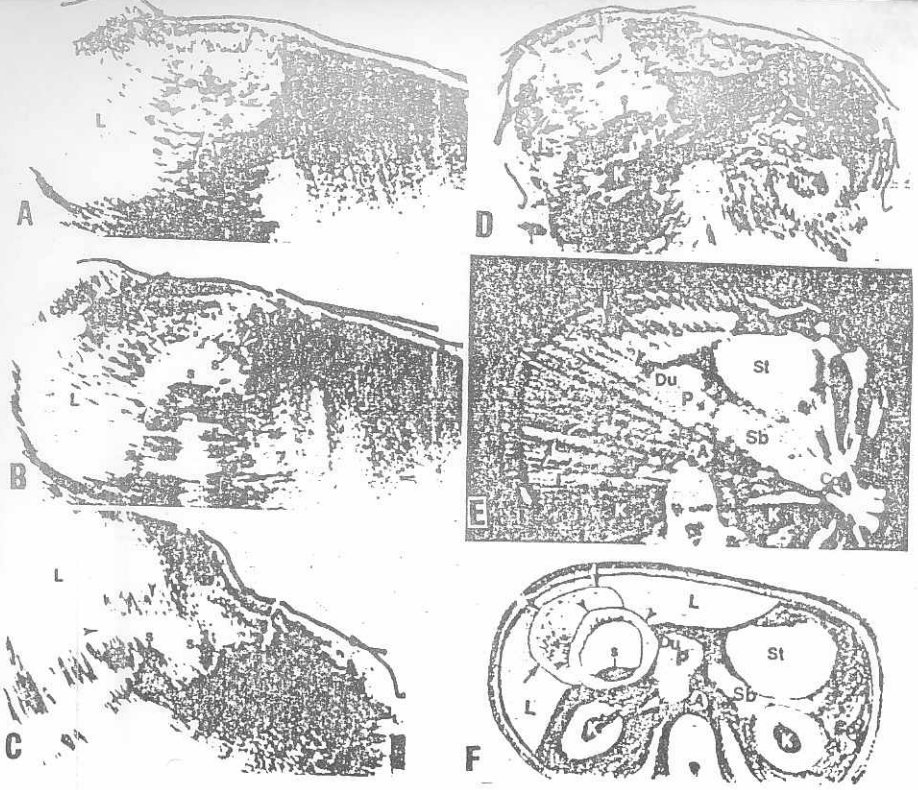
A= Aorta K= Riñón L= Hígado P= Páncreas

A- Scan longitudinal a 6 cms. a la derecha de la línea media.

B- Scan longitudinal a 2 cms. en medio de la figura A.

C- Scan Transverse a 5 cms. arriba del ombligo.

D- Tomografía correspondiente a la figura C.



Tipo II de carcinoma de la Vesícula Biliar. La pared de la Vesícula Biliar está irregularmente adelgazada debido a un tumor (carcinoma) infiltrante de la Vesícula. Los cálculos son incluidos en las paredes adelgazadas (s) cuando el paciente se coloca en decúbito lateral derecho(figura C). La masa larga delimitada por las flechas es debida a la invasión directa por el tumor en el hígado.

A= Aorta Co= Colon Du= Duodeno K= Riñón L= Hígado Sb= Intestino Delgado St= Estómago V= Vena cava inferior.

A- Scan longitudinal a 8 cms. de la línea media

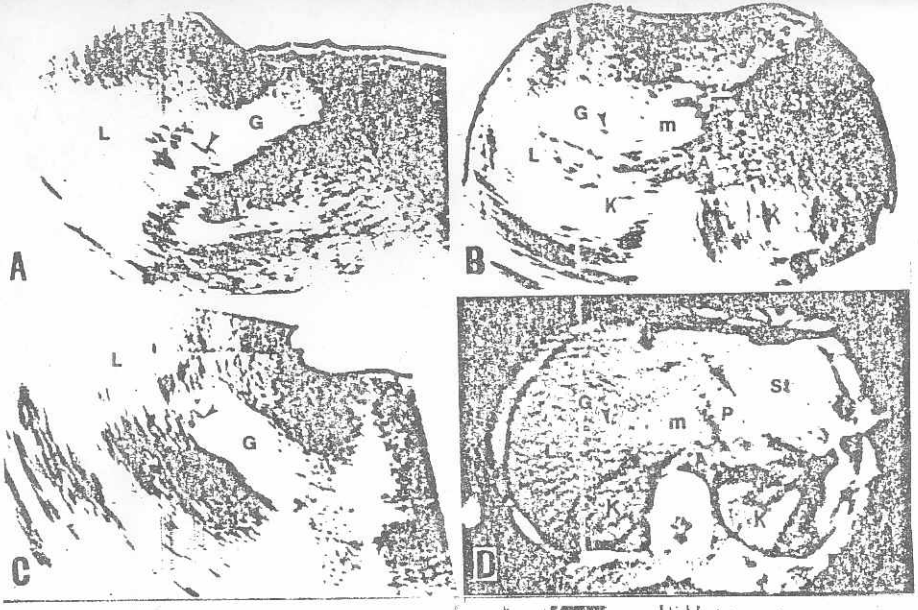
B- Scan longitudinal a 2 cms. de la parte media de la figura A

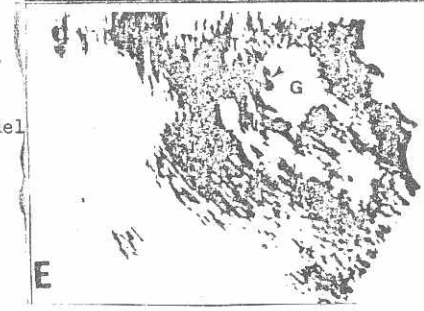
C- El mismo scan de la figura B pero en posición sentada.

D- Scan transverso a 11 cms. arriba del ombligo.

E- Tomografía computarizada correspondiente a la figura D. Aún hay múltiples artefactos rayados, varias estructuras pueden ser identificadas y corresponden bien a los hallazgos ultra sonográficos. Las densidades calcificadas (s) corresponden a los cálculos. La densidad de la masa hepática es menos la de las paredes de la Vesícula.

F- Combinación de las figuras D y E.





Tipo III de carcinoma de la Vesícula Biliar. Masa irregular (flechada) es medianamente localizada a nivel del cuello de la Vesícula. La figura C y E en las cuáles el paciente se encuentra en posición de decúbito lateral derecho, se muestra la masa fijada a la pared de la vesícula. Hay una lesión metastásica (m) debajo de la vena esplénica.

A= Aorta G= Vesícula Biliar K= Riñón L= Hígado P= Páncreas

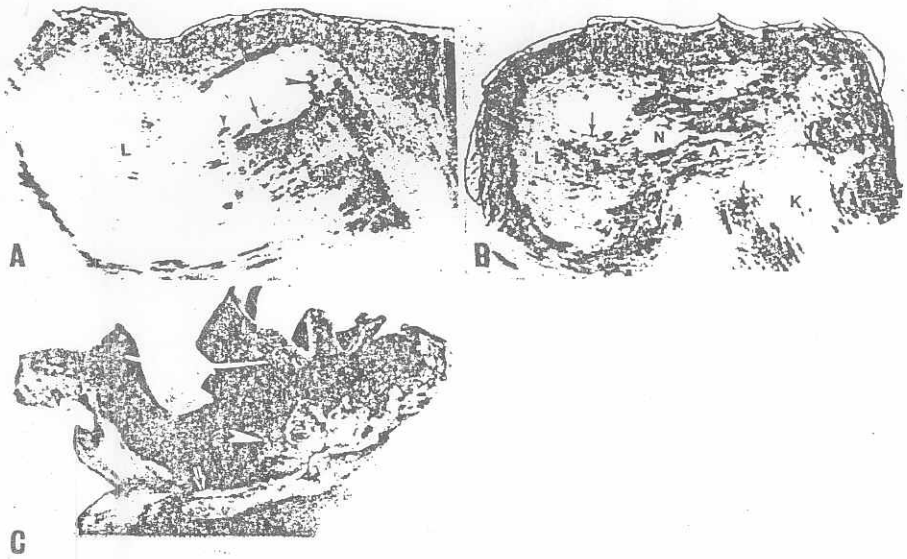
A- Scan longitudinal a 7 cms. a la derecha de la línea media.

B- Scan transverso a 12 cms. arriba del ombligo.

C- Scan longitudinal en posición sentada.

D- Tomografía computarizada correspondiendo a la figura E. Estómago (St) y el intestino delgado se observan densos debido a la Gastrografina

E- Scan transverso con el paciente dirigiendose a la izquierda y hacia abajo. La masa parece estar sobre la pared de la vesícula, la cual fluctúa cuando el paciente asume el decúbito dorsal.



Tipo IV de carcinoma de la Vesícula Biliar. Se observa que las paredes están marcadamente alargadas debidas a un empiema. Es una masa difusa (cabeza de flecha larga) sobre la pared posterior de la Vesícula cerca del fondo de la misma. La pared posterior (flecha completa) está adelgazada debido a la infiltración del tumor, un cálculo (cabeza de flecha corta) con una sombra acústica también se puede ver (s). Hay metástasis a un nódulo retroperitoneal (N) cerca de la cabeza del páncreas.

A= Aorta G= Vesícula L= Hígado

A- Scan longitudinal a 4 cms. a la derecha de la línea media.

B- Scan transverso a 13 cms. arriba del ombligo

C- Espécimen quirúrgico de las figuras A y B.

CONCLUSIONES

1- Las 137 tumoraciones de la Vesícula Biliar representan el 4.5% sobre 3,011 colecistectomías efectuadoas y revisadas en los 17 años que abarcó el estudio, 1963 a 1979.

2- De las tumoraciones de la Vesícula Biliar que son el 4.5 % el 4.3% corresponden a tumoraciones malignas y las cuales representan el 95.6% de los 137 casos estudiados. El 0.2% corresponden a tumoraciones benignas y representan el 4.4% de los 137 casos estudiados.

3- La incidencia de cáncer de la Vesícula Biliar durante los 17 años observados fué de 1.1% en los casos de colecistitis y colelitiasis.

4- El sexo mayormente afectado sigue siendo el femenino y con una relación hacia el masculino de 5:1, y se relaciona con las edades comprendidas entre la 6a. y 7a. décadas de la vida.

5- Las tumoraciones de la Vesícula Biliar afectan principalmente en nuestro medio al grupo étnico Ladino que vive en la capital en una relación del 2.6:1.

6- Los síntomas y signos clínicos siguen siendo vagos de cualquier otro proceso de los conductos biliares extra hepáticos y vesícula biliar.

7- El diagnóstico clínico de cáncer de la Vesícula Biliar se efectúa en el 2.1% de los casos, en nuestro medio.

8- El diagnóstico definitivo sigue siendo 100% histológico.

9- Entre las tumoraciones malignas, el adenocarcinoma sigue siendo el más frecuente, 75.91%, y entre los tumores benignos se encontraron los papilomas y los adenomas que se representan con el 33.3% cada uno, de las 6 neoplasias encontradas, y que de las 3,011 colecistectomías se presentan en el 0.06% cada una.

10- El tratamiento es 100% quirúrgico, y aproximadamente el 35% reciben procedimientos paliativos.

11- La relación entre la litiasis y el Cáncer de la Vesícula Biliar no se puede determinar con gran exactitud, debido a que en la mayoría de los casos, 72 casos que representan el 52.55%, padecían de masa inoperable y por lo tanto solamente se le efectúó biopsia de la masa o del hígado para hacer diagnóstico. Los 53 casos en que se encontraron litiasis y cáncer representan el 38.7%.

12- El aumento de las posibilidades de que el cirujano pueda efectuar mejores procedimientos y que éstos sean más eficaces dependen del diagnóstico temprano.

13- Tanto los laboratorios auxiliares como los estudios radiográficos convencionales no ayudan a determinar con precisión el proceso patológico que se padece en la Vesícula Biliar.

14- El tiempo de vida luego de hacer el diagnóstico para el 80% de los casos es de 6 meses y para el 95% es menor de 2 años.

RECOMENDACIONES

1- Pacientes que se presenten con procesos hepatobiliares y que se encuentren arriba de la 4a. década de la vida solicitarles exámenes radiológicos específicos como los son el colangiograma o el colecistograma para descartar algún proceso litiásico, y si en alguna forma se es más accesible a procedimientos más especializados como son el ultrasonograma, la tomografía computarizada, la endoscopía colangiográfica retrógrada o la endoscopía colangiopancreática retrógrada emplearlas debido a que son procedimientos que ayudan al diagnóstico temprano y poseen baja moralidad.

2- Tener en consideración que los pacientes con las características de la ley de Courvosier y se encuentren en la 6a. y/o 7a. décadas, sobre todo si son femeninos, se haga el Diagnóstico de Cáncer de la Vesícula Biliar.

3- Mientras no se cuente con medios y no se conozcan procedimientos adecuados eficaces para tratar a este tipo de pacientes se continúe ofreciendo en lo posible los procedimientos quirúrgicos paliativos.

4- En pacientes que son observados con procesos agudos de colecistitis y que con el tratamiento médico son aliviados o controlados ofrecerles efectuar la Colecistectomía, la cual evitaría padecer nuevamente de estos estados y el desarrollo de un cáncer, y si en caso ya lo tiene evitar su propagación si se encuentra en un estado inicial lo cual beneficiaría grandemente al paciente.

5- Tomar en consideración los estudios de Larry Hudson en San Antonio Texas, y de Robert E. Enck en Philadelfia sobre la Haptoglobina, que es una Alfa 2 globulina sintetizada en el hígado, la cual la han encontrado elevada por arriba de los 700 mg/dl. en el suero sanguíneo y han concluido que tiene una gran relación cuando el Cáncer de la Vesícula Biliar ha invadido el parénquima Hepático. (25).

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, Lauren V. Surgicalpathology. se. U.S.A. The C.V. Mosby. 1963. s.p.

2. Andalkar. R.
Gallbladder Malignancy At Stephens Memorial Hospital -- 1977.
J. Maine Med. Assoc. 69. 10. P291. Oct. 78.

3. Anderson M.C. Hauman R.L. Suriyapa C. Schiller W.R.
Pancreatic Enzime Leyels In Bile of Patients with Extrahepatic Biliary Tract Disease.
AM. J. Surg. 137. 3 P301-G. Mar 79.

4. Anderson, W.A.D. Patología. 4a. ed. U.S.A. The C.V. Mosby. 1956. pp. 870-874.

5. Arnaud J.P. Graf R. Gramfort J.L. Adloff M.
Primary Carcinoma of The Gallbladder: Review of 25 cases.
AM. J. Surg. 138. 3. P403-6. Sep 79.

6. Ashur H. Siegal B. Oland Y. Adam Y.G.
Calcified Ballbladder (Porcelain Gallbladder).
Arch Surg. 113. 5. P594-6. May 78.

7. Barrett H.S. JR.
Radiologic Seminar CC: Obstructive Jaundice Secondary to Carcinoma of The Gallbladder.
J. Miss State Med. Assoc, 21. 3. P49-50. Mar 1980.

8. Bergdahl L.
Gallbladders Carcinoma First Diagnosed At Microscopic - Examination of Gallbladders Removed for Presumed Benign

Disease.
ANN Surg. 191. 1, P19-22. Jan 1980.

9. Black W.C. Key C.R. Carmany T.B. Herman D.
Carcinoma of The Gallbladder in a Population of Southwestern American Indians.
Cancer. 39. 3. P1267-79. Mar 77.

10. Blalock J.B. JR.
An Analysis of 15 Cases of Gallbladder Carcinoma.
AM. Surg. 44. 5. P286-9. May 78.

11. Bockus, Henry L. Gastroenterología. Trad.: Francisco Vilardell. 2a. ed. México. Salvat. 1968. pp. 867 Tomo 3.

12. Broden G. Ahlerg J. Bemgtsson L. Hellers G.
The Incidence of Carcinoma of The Gallbladder and - Bile Ducts in Sweden 1958 to 1972.
Acta Chir Scand Suppl. 482. P24-5. 1978.

13. Broughton N.S. Evensen A. Osnes M.
Endoscopic Retrograde Cholangiography in Primary Biliary Tract Carcinoma.
Clin. Radiol. 29. 6. P929-42. Dec. 78.

14. Cutler, Elliot C. Atlas of surgical operations. U.S.A. The MacMillan. 1970. s.p.

15. David, Christopher. Tratado de patología quirúrgica. Trad.: Alberto Folch, et al. 10ed. México. Editorial Interamericana. 1974. s.p. Tomo I.

16. Di Foire, Mariano S.H., et al. New Atlas of histology. Philadelphia. 1977. pp. 201.

17. Fayemi A.O. Ali M. Braun E.V.
Metastatic Carcinoma Simulating Linitis Plastica of the Colon, a Case Report.
AM. J. Surg. Gastroenterol. 71. 3. P311-4. Mar 79.

18. Flores Caballeros, José Alberto. Cáncer de vías biliares extrahepáticas, consideraciones clínico patológicas. Guatemala, 1970. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.

19. Goldatein H.R. Wechsler M. Saruk M.
Carcinoma of Gallbladder Simulating Metastatic Prostatic Cáncer.
Urology. 14. 6. P597-9. Dec. 1979.

20. Guyton, Arthur C. Tratado de fisiología médica. Trad.: Alberto Folch y Pi. 4a. ed. México, Edit. Interamericana. 1971. 1084 p.

21. Ham, Arthur W. Histology. 5a. ed. Philadelphia. J.B. Lippincott.

22. Hamilton, Bailey-Macneill Love. Compendio de cirugía. Trad. Enrique Verrell Torné. España. Espax. 1965. pp. 867-898. Vol. 2.

23. Harrison, et al. Medicina Interna. Trad.: Carolina A. de Fournier, et al. 4a. ed. México, Prensa Médica Mexicana. 1973. 2298 p.

24. Howard, H.J. Biliary Tract Carcinoma. American Surgical 29: 471-8, jul. 1963.

25. Hudson L.D. Enck R.E.
Hyperhaptoglobinemia and Carcinoam of The Gallbladder.
AM. J. Gastroenterol. P284-6. Mar 79.

26. Lewis P.T.
Nontraumatic Hemobilia: Disparate Episodes 7 year Apart in The Same Patient.
Can J. Surg. 22. 22. P175-7. Mar 79.

27. López Antuney, Luis. Atlas de anatomía humana. México. Edit. Interamericana. 1970. s.p.

28. Maram E.S. Ludwing J. Kurland L.T. Brian D.D.
Carcinoma of The Gallbladder and Extahepatic Biliary Ducts in Rochester, Minnesota, 1936--1971.
AM. J. Epidemiol. 109. 2. P152-7. Feb. 79.

29. Marsidi P.J. Anwar M. Halsted G.D.
Arimany Carcinoma of The Gallbladder.
J. Med. Soc. NJ. 76. 5. P347-9. May 79.

30. Mitchell W.H. Bevins B.A. Clouse W.E.
Carcinoma of The Gallbladder: A Community Hospital Perspective.
J. KY. Med. Assoc. 77. 10. P509-10. Oct 79.

31. Moore E.E. Kelly G.L. Driver T. Eiseman B.
Reassessment of Simple Cholecystostomy.
Arch. Surg. 114. 4. P515-8. APR 79.

32. Morris S.J. Greenwald R.A. Barkin J.S. Tedesco F. J. Snyder P.
Cholecystoduodenocolic Fistula Secondary to Carcinoma of The Gallbladder.
AM. J. Dig Dis. 23. 9. P849-52. Sep 78.

33. Newman R.P. Jacobs L. Cumbo T.
Myelopathy Due To Spinal Metastasis from Adenocarcinoma of The Gallbladder.
Cáncer. 40. 5. P2338-42. Nov 77.

34. Olken S.M. Bledsde P. Newmark H 3 D.
The Ultrasonic Diagnosis of Primary Carcinoma of The Gallbladder.
Radiology. 129. 2. P481-2. Nov. 78.

35. Osmalt C.E. Cruz A. B. JR.
Effectiveness of Chematherapy in Addition to Surgery in Treating Carcinoma of The Gallbladder.
Rev. Surg. 34. 6. P436-8. Nov-Dec 77.

36. Pedro-Pons, A., Patología y Clínicas Médicas. México Edit. Salvat Editores S.A., 2a. edic., Tomo I, 1956.

37. Ralph H., Keill. Primary Carcinoma of The Gallbladder. The American Journal of Surgery. vol. 125(6):726, june 1973.

38. Robbins, Stanley L. Patología Funcional y estructural. Trad.: Alberto Folch y Pi, et al. México. Edit. Interamericana. 1975. 1516 p.

39. Ruviere, H. Compendio de Anatomía Humana. 3a. ed. España. Salvat. 1974. s.p.

40. Schinz, H.R. et al. Rontgendiagnóstico. Trad.: J.M. Vilaseca-Sabater. 5a. ed. España. Salvat. 1956. s.p.

41. Schwartz, Seymour I., Principles of Surgery, Carcinoma of The Gallbladder, Third edition, McGraw Hill - Book Company, U.S.A. 1979. P1341-2.

42. Smoron G.L. Radiation Therapy of Carcinoma of Gallbladder and - Biliary Tract. Cáncer. 40. 4. P1422-4. Oct 77.

43. Valenzuela, Tejada, C., et al. Patología Guatemalteca a Mediados del siglo XX. Revista del Colegio Médico de Guatemala. vol. 15(3): 113-56, sept. 1964.

44. Sosa, F. Manual de Histología. 2a. ed. Guatemala. Cultura Centroamericana. 1972. s.p.

45. Treadwell T.A. Jiménez-Chapa J.F. White RR. 3 D. Carcinoma of The Ampulla of Vater. South Med. J. 71. 3 P365-7. Apr 78.

46. Utrilla Mayén, Carlos A. Carcinoma de Hígado, vías biliares extrahepáticas, vesícula biliar y cabeza del páncreas. Guatemala, 1976. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala.

47. Siegel J.M. Ercp Update: Diagnostic and Therapeutic Aplications. Gastrointest Radiol. 3. 3. P311-8. 31 agust 78.

48. Wong Galdámez, Antonio. Cáncer de la vesícula biliar. Guatemala, 1975. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.

49. Yeh H.C. Ultrasonography and Computed Tomography of Carcinoma ot The Gallbladder. Radiology. 133. 1. P167-73. Oct 79.

50. Yum H.Y. Fink A.H. Sonographic Findings in Primary Carcinoma ot The Gallbladder. Radiology. 134. 3. P693-6. Mar 80.

NOTA:

Este documento será firmado por las Autoridades de la Facultad después de haber llenado los siguientes requisitos:

a) Tener aprobado el protocolo de tesis por la Oficina de Control Académico;
b) Visto Bueno del Asesor y Revisor; al estar concluído su trabajo de tesis;
c) Firma respectiva del Director de Fase III; al estar concluído el trabajo de tesis;
d) Poner los nombres completos a máquina. El interesado deberá poner su nombre como aparece en su Cédula de Vecindad.

Br. _____
Francisco José Rosales Rueda

Dr. _____
Asesor.
Dr. Eduardo González

Dr. _____
Revisor.
Dr. Juan De Dios Maldonado

Dr. _____
Director de Fase III
Dr. Carlos Waldheim

Dr. _____
Secretario
Dr. Raúl Castillo

Vo. Bo.

Dr. _____
Decano.
Dr. Rolando Castillo M.