

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARCINOMA INCIDENTAL DE VESICULA BILIAR

Incidencla Diagnóstico Tratamiento y Seguimiento Clínico en Pacientes
con Carcinoma de Vesicula Biliar

Estudio descriptivo retrospectivo de enero de 1991 a diciembre de 1997
en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

JORGE ADOLFO ORTIZ MONTERROSO

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

INTRODUCCION

Actualmente, se reportan aproximadamente 4,200 muertes anuales como consecuencia de cáncer de vesícula biliar (3).

Debido a que no se contaba con un dato estadístico confiable en la población atendida en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el cual se investigó la incidencia diagnóstica, tratamiento y seguimiento clínico en pacientes con carcinoma de vesícula biliar, de 1991 a 1997.

Habiéndose encontrado una incidencia del 2.53% de 1926 pacientes con patología biliar a quienes se les realizó como estudio complementario un ultrasonido de vías biliares aunado a la exploración física al momento del ingreso. Debido, quizás, a la inespecificidad de los síntomas presentados.

De los casos positivos para malignidad el adenocarcinoma de vesícula biliar ocupó el primer lugar. En lo referente al seguimiento postoperatorio un 80.85% tuvo control por parte de consulta externa.

Obteniendo un 93.62% de sobrevida en pacientes con diagnóstico de carcinoma incidental de vesícula biliar según lo anotado en la última consulta postoperatoria.

DEFINICION DEL PROBLEMA

El Carcinoma de Vesícula Biliar ha sido considerado una enfermedad de alta letalidad que se ha diagnosticado mediante estudio histopatológico posterior a una colecistectomía. Por lo que se considera que es difícil de detectar y de operar y que su diagnóstico se hace de manera incidental. Ya que los obstáculos para el diagnóstico incluyen síntomas inespecíficos y una relativa inaccesibilidad a la vesícula y el cístico para realizar biopsia (6).

La incidencia de esta neoplasia varía en diferentes partes del mundo y en diferentes grupos étnicos (7). Según estudios realizados el promedio de edades entre hombres y mujeres no es significativo, siendo más común entre los 60 y 70 años con predominio en el sexo femenino con una relación de 3.5:1. (10)

El Carcinoma de Vesícula Biliar actualmente es la lesión más común del tracto biliar y el quinto más común de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal. Se caracteriza por su bajo porcentaje de operabilidad (1) y peor pronóstico.

Basados en la observación de 30 casos clínicos, de un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, los autores discuten sobre los aspectos principales de la clínica y los métodos diagnósticos para esta neoplasia (3). Cuando se han observado a estos pacientes - en estado avanzado la mayoría de los casos- confirma un peor pronóstico de sobrevida.

A pesar de que, hoy en día el ultrasonido (USG) y la tomografía axial computarizada (TAC) juegan un papel importante para el diagnóstico preoperatorio (3), no se ha podido hacer diagnóstico temprano de esta patología y así tratar de establecer un tratamiento temprano que mejore el pronóstico de sobrevida en estos pacientes.

Este estudio investiga el porcentaje de pacientes a quienes se ha diagnosticado carcinoma de Vesícula Biliar como hallazgo incidental, describe los métodos diagnósticos utilizados antes de la intervención quirúrgica el tratamiento ofrecido y el seguimiento dado por consulta externa, para poder así conocer el porcentaje de sobrevida que éstos tuvieron.

Se incluyeron a todos los expedientes clínicos de los pacientes intervenido quirúrgicamente en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt con indicación de patología biliar como diagnóstico inicial durante el periodo de enero de 1991 a diciembre de 1997 y que en el reporte definitivo de patología se diagnosticó cáncer de vesícula biliar.

En Guatemala actualmente no se cuenta con un estudio sobre este problema, se desconoce el porcentaje de pacientes afectados por carcinoma de vesícula, los métodos utilizados para su diagnóstico y el seguimiento que se tuvo postoperatoriamente así como su identificación y clasificación según estadio de la enfermedad.

Actualmente el porcentaje de intervenciones quirúrgicas del tracto biliar es alto (aproximadamente 275.14 por año); por lo que se considera necesario tener un control

sobre los resultados de los estudios histopatológicos de muestras de vesícula biliar en los pacientes colecistectomizados para conocer el número real de pacientes en quienes se ha diagnosticado carcinoma de vesícula.

Esta neoplasia es uno de los tumores gastrointestinales con peor pronóstico. El porcentaje de sobrevida a cinco años es de 5%. El peor pronóstico se determinó por la metástasis existente a ganglios linfáticos. Resultados de estudios hechos indicaron el brindar una segunda intervención quirúrgica más agresiva con mayor extensión o resección hepática inclusive para aumentar las probabilidades de sobrevida en estos pacientes (5).

La complicación linfática es un factor importante en el pronóstico de carcinoma de vesícula, la cual es indicación de disección sistemática de ganglios linfáticos con carcinoma de vesícula biliar en estadio avanzado (4).

JUSTIFICACION

Determinar la incidencia y tratamiento dado así como el seguimiento postoperatorio que se dió a los pacientes con diagnostico incidental de Carcinoma de vesicula biliar; de suma importancia para recomendar la correcta utilización de los diversos métodos diagnósticos aplicables. Y a través de estos resultados obtener una idea del resto de la población atendida. Así como también conocer que métodos se utilizaron para llegar al diagnostico definitivo.

Debido a que actualmente en el departamento de Cirugia del Hospital Roosevelt se ha detectado un alto porcentaje de pacientes afectados por carcinoma de vesicula biliar, el cual ha sido un hallazgo incidental al momento de practicar el tratamiento quirúrgico (colecistectomía en este caso) lo que ha permitido observar que quizá la incidencia de este sea alto.

Se ha podido observar que la única prueba de gabinete realizada al paciente al momento de su ingreso fue un ultrasonido de vias biliares el cual la mayoría de las veces reportó únicamente cambios compatibles con colecistitis crónica calculosa, impresión clínica de ingreso que orientó al cirujano a realizar un procedimiento quirúrgico limitado; mientras que si se lograra tener un diagnostico más acertado, se realizaría una intervención más amplia y que permitiera un abordaje diferente.

Al obtener el diagnostico definitivo hasta semanas posteriores a la colecistectomía, expone al paciente a ser sometido a una nueva intervención abdominal más agresiva, pudiéndose evitar si se utilizaran en una manera más adecuada otros métodos diagnósticos existentes como lo son colangiograma, angiografía, endoscopia retrograda cístico pancreático o tomografía axial computarizada.

OBJETIVOS

General

Describir la incidencia de carcinoma de vesicula biliar, diagnóstico incidental, tratamiento y evolución.

Específicos

1. Identificar el motivo por el cual consulta el paciente.
2. Identificar el diagnóstico clínico al ingreso del paciente.
3. Describir los exámenes complementarios realizados previo a la cirugía los cuales establecieron el diagnostico clínico
4. Describir cual fue la conducta médico-quirúrgica luego de establecer el diagnostico clínico.
5. Describir el diagnostico histopatológico de la vesicula biliar tomada como muestra posterior a la colecistectomía.
6. Determinar el tratamiento postoperatorio y número de reconsultas que tuvo el paciente después de su egreso del hospital.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio: Descriptivo-retrospectivo se identifica la incidencia, y tratamiento dado a los pacientes con carcinoma de vesícula a quienes se les realizó colecistectomía previa.

Objeto de Estudio: Se incluye a todos los expedientes clínicos de pacientes a quienes se les halla realizado colecistectomía como primera cirugía.

Universo de Estudio: Se tomará el 100% de los registros médicos e informes histopatológicos de los pacientes a quienes se les halla intervenido quirúrgicamente por indicación de problema intrínseco de vías biliares durante el periodo de enero de 1991 a diciembre de 1997.

Criterios de Inclusión: Se incluirán a todos los expedientes clínicos de los pacientes a quienes se les halla realizado colecistectomía como primera cirugía.

Criterios de Exclusión: Se excluirán a todos los expedientes clínicos de los pacientes quienes no hallan sido sometidos a intervención quirúrgica.

RECURSOS:

1. Humano:

- Personal del archivo de Hospital Roosevelt
- Personal de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala
- Personal de Biblioteca del Hospital Roosevelt

2. Físicos:

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala
- Biblioteca del Hospital Roosevelt
- Expedientes clínicos
- Boleta de recolección de datos
- Equipo de oficina

3. Económicos:

- Reproducción de material bibliográfico Q100.00
- Gastos de elaboración de protocolo 100.00

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medida	Unidad de Medida
Carcinoma de vesícula biliar	Nombre utilizado para designar tumor maligno que afecta a este órgano el cual está situado en el lecho hepático y sirve como reservorio para la bilis	Patología específica a estudiar y detectada en expediente clínico	Nominal	Presente Ausente
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Tiempo en años a los que consulta el paciente registrado en boleta de recolección de datos.	Cuantitativo	Años
Sexo	Diferencias anatómicas y fisiológicas que diferencian los géneros de la especie	sexo del paciente anotado en el expediente médico	Nominal	Masculino Femenino
Método Diagnóstico	Prueba de gabinete que se utiliza para orientar, sobre determinada patología	Prueba de laboratorio y/o radiológica que indica proceso patológico que presenta el paciente al momento de su ingreso anotado en el expediente médico	Nominal	USG* Colangiograma ERCP* TAC*
Tratamiento Quirúrgico	Dícese del procedimiento dentro del campo de la cirugía operacional	Procedimiento realizado al paciente por diagnóstico de ingreso anotado en el expediente médico	Nominal	a) Laparotomía exploradora b) Colecistectomía c) Colecistectomía más exploración de vías biliares
Evolución	Se refiere al curso de la enfermedad en el paciente en determinado proceso patológico que puede estar encaminado hacia su resolución o complicación	Estado de salud del paciente al momento del estudio referido en el expediente clínico	Nominal	Buena Mala
Diagnóstico Clínico de Ingreso	Diagnóstico realizado con la ayuda exclusiva de la historia clínica, exploración física y estudios de laboratorio realizados.	Diagnóstico por el cual se decidió ingreso del paciente y orientó a la realización de procedimiento quirúrgico anotado en expediente clínico	Nominal	a) Colecititis crónica calculosa b) Masa de Etiología c) Colangitis

- USG Ultrasonografía
- ERCP Endoscopia retrógrada cística pancreática
- TAC Tomografía axial computarizada

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

EL METODO EPIDEMIOLOGICO

La epidemiología del cáncer es un estudio sobre la frecuencia de la aparición de cáncer en el hombre. El foco de estudio en esta patología da comienzo cuando aparecen los primeros indicios de la enfermedad.

Métodos de Estudio:

Los métodos epidemiológicos en general son los mismos para el estudio de cáncer; ciertas características del cáncer humano, requieren especial énfasis o ciertos tipos de investigación, estas características incluyen periodos latentes prolongados e inicio de la enfermedad clínica, baja incidencia y altos casos de mortalidad, diagnóstico y procedimientos encaminados a la rehabilitación del paciente entre otros.

Clasificación de la Enfermedad:

Sitio: Uno de los factores principales dentro de la clasificación del cáncer es el conocer la ubicación anatómica. Ciertas categorías presentan tipos celulares específicos, por ejemplo, el melanoma de piel es distinguible de otras neoplasias de la piel; el corioepitelioma de útero posee características distintas de otras neoplasias malignas en el útero.

Morfología: Una vez determinada la localización anatómica se procede a determinar la apariencia microscópica de los especímenes biopsiados, por ejemplo, las diferencias entre el adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas. Por lo general, cada tipo celular se distingue del tejido normal de un órgano con proliferación tisular con una o más tipos morfológicos neoplásicos.

Estadio: Se refiere a la extensión del tumor, al momento de su diagnóstico. Una de las clasificaciones más sencillas describe tres tipos de estadio: local, regional y distante.

Grado: Se refiere a la diferenciación del tumor en determinada sección de tejido observado al microscopio; la extensión y el grado son características comunes que progresan simultáneamente con el tiempo.

Frecuencia: Los métodos epidemiológicos fundamentalmente enumeran a los pacientes afectados con una unidad de medida cuantitativa.

Incidencia: Se refiere al número de casos nuevos en un periodo de tiempo específico.

Mortalidad: Son los números de muerte atribuidos al cáncer en un periodo de tiempo específico y en una población definida.

BASES MOLECULARES Y CELULARES DE LA CARCINOGENESIS

En años recientes, se han acumulado datos acerca de sustancias carcinógenas implicadas a la exposición tanto de agentes químicos como físicos; factores importantes en la etiología de la mayoría de los carcinomas en los humanos. El entendimiento de estos datos es particularmente significativo pues implica la posibilidad de lograr prevenir el mayor número de neoplasias malignas.

Principios Generales: En revisiones previas se escribieron puntos básicos para el entendimiento de la biología de la carcinogénesis.

Los efectos carcinógenos son dependientes de las dosis acumulativas a diversas sustancias mutágenas. Altas dosis incrementan la producción de neoplasias y reducen el periodo latente de la aparición de la enfermedad. El número total de exposiciones determina la producción de los tumores, así como también se reporta que la exposición a una combinación de carcinógenos tienen un efecto sinérgico.

Los cambios celulares en la carcinogénesis son transmitidos a las células hijas mediante mutaciones en las cadenas de ADN; existen ciertos tejidos más susceptibles a padecer estos cambios como lo son tejido fetal o de recién nacidos, tejido de regeneración o estimulado químicamente.

Iniciación del Tumor: La iniciación resulta de la exposición a carcinógenos en forma rápida e irreversible, en donde el metabolismo celular juega un papel importante ya que los químicos carcinógenos son metabolizados por enzimas que reaccionan rápidamente al ser expuestas. En algunos casos, los procesos de activación metabólica poseen múltiples pasos enzimáticos.

La inmediata e irreversible iniciación del tumor ha demostrado que los carcinógenos tienen efectos mutágenos genéticos a nivel de la síntesis de ADN.

Los eventos moleculares asociados a la promoción del tumor requieren repetidas exposiciones; estos cambios incluyen estimulación de la síntesis de macromoléculas, hiperplasia, estimulación en la síntesis de poliaminas, prostaglandinas y proteasas, así como alteraciones de la membrana celular, actividad enzimática y de la estructura de glucoproteínas de la membrana.

Se refiere que el cáncer hepático entre otros es inducido por aminas aromáticas y nitrosaminas. Entre los laboratorios realizados para orientar el diagnóstico se han hallado niveles séricos de alfafetoproteína elevados.

Receptores Celulares: Los hidrocarburos aromáticos procarcinógenos como el dibenzo p-dioxinas halogenadas inducen síntesis de enzimas metabólicas como receptores celulares para estos químicos. En la década pasada estudios sobre metabolismo

carcinógeno reveló que una de las principales vías metabólicas es mediante el citocromo p-450 y enzimas oxidativas.

Dentro de los carcinógenos más estudiados están los hidrocarburos aromáticos, sulfatos, nitroxidos, nitratos y otros.

NOCIONES ANATOMICAS

La vesícula y las vías biliares extrahepáticas se derivan del intestino primitivo y se forman en conjunción con el hígado. La forma de la vesícula es aproximadamente la de una pera con fondo bulboso en el extremo distal, una parte media que se adelgaza gradualmente para formar un cuello y un conducto cístico proximal que entra al colédoco. La vesícula tiene aproximadamente 7 cms. De largo y contiene de 30 a 50 ml de bilis.

El órgano está adosado al hígado por un repliegue peritoneal. El conducto cístico se sitúa atrás en un plano con el duodeno y arriba a nivel de la primera vértebra lumbar. El conducto cístico mide 2 a 4 cms de longitud y contiene las válvulas en espiral de Heister, que permite la entrada fácil de la bilis a la vesícula pero ofrece resistencia a la salida. Normalmente los conductos biliares de los segmentos anteriores y posterior se unen para formar el conducto hepático derecho. Los conductos de los segmentos medial y lateral izquierdos forman el conducto hepático izquierdo que se une al hepático derecho para formar el hepático común. Los conductos hepáticos derecho e izquierdo tienen de 1 a 4 cms de longitud.

El colédoco sigue su curso a través del páncreas y la pared del duodeno para formar la ampolla de Vater sobre la pared media de este. Su extremo distal está cubierto por el esfínter de Oddi que regula el flujo de bilis desde el hígado hacia el interior del duodeno.

El colédoco recibe su riego sanguíneo de las arterias hepática derecha, común y gastroduodenal. Sus ramas forman un plexo sobre el conducto que está unido por dos vasos axiales.

La vesícula es irrigada por ramas de la arteria cística que se origina en la arteria hepática derecha. El drenaje venoso de la vesícula y los conductos extrahepáticos se realiza dentro de la vena porta. Los linfáticos de la vesícula drenan dentro del ganglio linfático del conducto cístico.

El triángulo hepatobiliar está limitado por los conductos cístico y hepático, así como por el borde inferior del hígado. Las arterias hepática derecha y cística están localizadas dentro de él.

Las variaciones anatómicas de la vesícula, las vías biliares, las arterias que la riegan y el hígado son importantes para el cirujano, por que el no reconocer estas variantes es causa de lesión iatrogénica de las vías biliares.

El conducto cístico puede pasar por detrás del colédoco para entrar por su pared posterior o por la cara lateral izquierda.

Un conducto cístico muy largo puede entrar en el colédoco a una distancia variable del esfínter de Oddi y fusionarse con el colédoco. Un conducto accesorio del hígado puede entrar al cístico o al colédoco.

CANCER DEL TRACTO BILIAR

Los carcinomas del tracto biliar, incluyen los de vesícula y conductos biliares extrahepáticos afectando principalmente al sexo femenino con 1.2 contra 0.8 en el sexo masculino.

Aproximadamente, 4,200 muertes a consecuencia de cáncer han sido reportadas anualmente en los Estados Unidos. Siendo en un 95% del tipo adenocarcinoma. El pronóstico generalmente es malo, el porcentaje relativo de sobrevivencia a 3 años es del 11%, falleciendo en el transcurso de un 1 año la mayoría de los pacientes.

Características Demográficas: En estudios recientes acerca de la incidencia de cáncer en cinco continentes, el cáncer de vesícula se diferenciò mayormente entre otras neoplasias del tracto biliar. En esta población las neoplasias del tracto biliar se diagnosticaron con mayor frecuencia en mujeres. El porcentaje de cáncer en ciudades de América latina ha sido tan alto como en los Estados Unidos; en poblaciones mexico-americanas e hispanas el cáncer de vesícula se presentó frecuentemente en mujeres jóvenes.

Análisis recientes sobre mortalidad revelan variaciones geográficas respecto al cáncer de vesícula. Esta patología es más común en mujeres casadas y divorciadas según se refiere.

Cálculos Biliares como Precursores de Cáncer: En Estados Unidos aproximadamente 15,000 personas presentaron cálculos biliares y únicamente una pequeña fracción desarrolló neoplasias de vías biliares, en varios casos de cáncer de vesícula se reportó la presencia de cálculos oscilando entre un 60 a 80% de los casos.

Los cálculos biliares son características epidemiológicas predominantes en el sexo femenino, así como la susceptibilidad étnica y la distribución geográfica.

Se ha descrito que los cálculos biliares juegan un papel importante en la génesis de neoplasias del tracto biliar lo cual es un factor de riesgo elevado por la presencia de cálculos, debido al tipo de colesterol identificado en ellos ya que predisponen litogénesis, y a la producción de bilis con colesterol super saturado.

Algunos factores incrementan la secreción hepática de colesterol hacia la bilis con la consiguiente disminución en la secreción de sales biliares y fosfolípidos, los cuales mantienen la solubilidad del colesterol. La formación de cálculos está ligado a alteraciones estructurales y funcionales de la vesícula; los factores de riesgo por presencia de cálculos son importantes para entender el origen del cáncer del tracto biliar.

Edad y Sexo: La incidencia de cálculos biliares aumenta dos veces más de lo común en mujeres, predomina el inicio de la formación de cálculos en la pubertad y se incrementa durante el embarazo.

Durante la pubertad los cambios hormonales y la obesidad contribuyen al incremento de la saturación de colesterol en la bilis. Durante el embarazo el aumento de niveles hormonales femeninos y la disminución en la motilidad de la vesícula provocan que la bilis sea rica en colesterol.

Etnia: Existe una mayor frecuencia de colecistitis en mujeres negras de los Estados Unidos. El potencial litogénico de la bilis provoca la formación de cálculos sumado a los factores genéticos que aumentan el riesgo de enfermedad en la vesícula biliar.

Obesidad y Nutrición: Estudios realizados indican que pacientes con cálculos biliares tienen sobre peso. En un estudio de cohortes se incluyeron 63,000 mujeres con sobre peso y se observó que la obesidad es un factor de riesgo dominante en el padecimiento de colecistitis.

La dieta baja en colesterol, grasas saturadas y poliinsaturadas así como de plantas que contienen esteroles predisponen a la precipitación de cálculos.

Estrógenos: Los riesgos de cirugía de vesícula biliar incluyen cálculos, riesgo que puede incrementarse por el uso de anticonceptivos orales o en la terapia menopáusica con estrógenos, debido a que estos incrementan la saturación de bilis con colesterol.

Desórdenes Gastrointestinales: La colecistitis ocurre con mayor frecuencia en pacientes con enteritis y otros desórdenes del intestino. El mecanismo por el cual sucede este fenómeno es debido a la interrupción de la circulación enterohepática de sales biliares. En la fibrosis quística la frecuencia de colecistitis es elevada relacionado a la presencia de moco biliar anormal, estasis biliar y mala absorción de ácidos grasos.

Hemólisis: Varios desórdenes hemolíticos se han asociado con los pigmentos de los cálculos; según indican reportes recientes.

La hemólisis mecánica por colocación de una prótesis valvular cardíaca incrementa el riesgo de cálculos.

Inflamación, Estasis e Infección: Los procesos inflamatorios del conducto biliar producen eventualmente displasia o estados neoplásicos. Se han reportado casos en los cuales se ha cursado con colecistitis calculosa y han desarrollado cáncer de vesícula, así como también en procesos inflamatorios de la vesícula. Estudios patológicos de cortes de vesícula sugirieron cambios precursores con cambios en el hepitelio como hiperplasia y carcinoma in situ.

La estasis biliar es un factor contribuyente en el riesgo de padecer cáncer de vesícula más colecistitis calculosa ya que las sales biliares pueden convertirse en carcinógenos aunado a la degradación bacteriana.

CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR.

Aunque el carcinoma de la vesícula es la lesión maligna más común de las vías biliares, sólo causa el 5% de los cánceres descubiertos en la necropsia. El 91% de los pacientes que presentan este tumor maligno tienen por los menos 50 años de edad. La incidencia es tres o cuatro veces mayor en mujeres que en varones, en comparación con el predominio de cáncer de los conductos biliares en los hombres.

INCIDENCIA Y TRASTORNOS COEXISTENTE

La más alta incidencia de cáncer de vesícula biliar ocurre en habitantes de América del Norte, estadounidenses de origen mexicano, nativos de Alaska, europeos del noreste, israelíes y japoneses emigrantes a los Estados Unidos.

Existe una asociación bien establecida entre el cáncer de la vesícula biliar y los cálculos que se encuentran en por lo menos 70% de los pacientes con esta forma de cáncer. El cáncer de la vesícula en coexistencia con colelitiasis se observa en 0.5% de las necropsias en tanto que esta cifra varía entre uno y dos por ciento en pacientes sometidos a colecistectomía.

Además de los cálculos, otras enfermedades de la vesícula biliar están posiblemente relacionados con la aparición de cáncer: fistula colecistoentérica, vesícula de porcelana y colitis ulcerosa. Se estima en 15% la incidencia del carcinoma de vesícula en pacientes que tienen o han tenido una fistula colecistoentérica, y el tumor puede aparecer hasta 16 años después. Se ha informado que la incidencia de carcinoma en una vesícula calcificada o de porcelana varía de 12.5 a 61%.

PATOGENIA

Se desconoce la etiología del carcinoma de la vesícula biliar. Algunos estudios experimentales sugieren que la transformación maligna puede ser causada por cuerpos extraños. Otros datos sugieren que los cálculos solos no causan carcinoma, pero en presencia de un carcinógeno facilitan el desarrollo del tumor.

TIPOS

El adenocarcinoma constituye el 82% de los casos y puede ser escirroso, papilar o productor de mucina. El carcinoma indiferenciado se encuentra en 7% y el de células escamosas en 3%. Se cree que este estímulo se origina de células pluripotenciales en las capas basales del epitelio. El carcinoma mixto o adeno acantoma constituyen el 1% de los casos. Entre los tumores poco comunes se incluye linfosarcoma, melanoide y carcinoide. Aunque algunos consideran que los papilomas y adenomas son premalignos, los cambios en estas lesiones ocurren solamente en raros casos.

TIPO DE NEOPLASIA

1. Adenoma
 - 1.a Tubular*
 - 1.b Papilar
 - 1.c Tubulo papilar

2. Cistadenoma

3. Papiloma

4. Displasia y Carcinoma In Situ

5. Adenocarcinoma
 - 5.a Mucinoso
 - 5.b Células en anillo
 - 5.c Adenoescamosas
 - 5.d Células claras

6. Carcinoma de Células Pequeñas

7. Carcinoma Indiferenciado

8. Tumor Carcinoide
 - 8.a Insular
 - 8.b Tubular

9. Paraganglioma

10. Linfoma

11. Sarcoma de Kaposi

12. Tumor de Células Granulosas

13. Lesiones parecidas a Tumores

CARACTERISTICAS

Compuesto de glándulas pilóricas ocasionalmente contienen células endocrinas.

Uno de los más comunes en conducto biliar extrahepático y de vías biliares. Su estructura histológica posee características primitivas de mesénquima de estroma de ovario. Su potencial maligno es desconocido.

Se define clinicopatológicamente como lesiones papilares multifocales que se extienden a conductos biliares intra y extra hepáticos. Se le considera como carcinoma papilar de bajo grado.

Estas lesiones son consideradas como precursores de carcinoma invasivo.

Suele confundirse con metástasis de carcinoma renal o intestinal. Compuesto principalmente de células esféricas.

Posee características histológicas, inmunohistoquímicas y electrolíticas similares al carcinoma de células pequeñas de pulmón.

Tiene parecido a sarcomas y están compuestos principalmente de células gigantes.

Técnicas inmunohistoquímicas han demostrado presencia de hormonas peptídicas específicas para serotonina algunas con somatostatina, gastrina y polipeptido pancreático.

Tumor endocrino benigno compuesto por células jefe y células sustentaculares puede ocasionar obstrucción de vías biliares.

Son manifestaciones de procesos sistémicos.

Asociado a tumores malignos mesenquimales y también al SIDA.

Tiene características de ser multicéntrica extendiéndose al tejido conectivo periductal y adhiriéndose a ganglios linfáticos.

Es importante el estudio de antecedentes patológicos familiares en este tipo de lesiones, junto con la colesistitis xantogranulomatosa, puede confundirse con tumores malignos mesenquimatosos o histiocitoma fibroso.

VIAS DE METASTASIS

El carcinoma de vesícula biliar se disemina por varias vías: linfática, vascular, siembra directa intraperitoneal, neural, dentro de los conductos y por extensión directa. Los cuatro tipos principales de tumor (Adenocarcinoma, indiferenciado, de células escamosas y mixto) se disemina al parecer de la misma manera.

Las metástasis linfáticas afectan los ganglios pericolédocos en el epiplón menor y los de atrás de la primera porción del duodeno.

La diseminación al hígado como la que ocurren a los linfáticos se verifica tempranamente. Entre las diversas formas de afección hepática se incluyen la diseminación a lo largo de canaliculos biliares, venas, linfáticos y la extensión directa. El modo habitual de diseminación al hígado es por extensión directa y a través de los vasos linfáticos. Las metástasis venosas afectan más a menudo las venas del conducto cístico que drenan dentro del lecho vesicular y terminan en el lóbulo cuadrado.

El tumor puede extenderse también a lo largo del conducto cístico dentro del colédoco.

DIAGNOSTICO

Los síntomas de carcinoma de la vesícula biliar son inespecíficos. Ocurre dolor en 66% de los pacientes, pérdida de peso en 59%, ictericia en 51%, anorexia en 40% y una masa en el cuadrante superior derecho en 40% (17). La presentación clínica será diferente según la etapa de la enfermedad. El tumor maligno en pacientes con síntomas biliares preexistentes por lo general produce un cambio notable de los síntomas. Debido a la forma engañosa en que se presenta la enfermedad y a su relativa rareza pocas veces se establece el diagnóstico preoperatorio correcto.

El diagnóstico se establece rara vez por estudios radiológicos. Las ocasiones en que se observa (1 a 2%) suele ser una imagen de mala calidad y el diagnóstico es confuso. Una serie gastroduodenal superior con bario puede revelar compresión del área antroduodenal.

Casi 66% de los casos pueden ser diagnosticados correctamente por gammagrafía tomográfica computarizada. Se informa que la angiografía tiene el más alto grado de exactitud diagnóstica.(8)

Algunos estudios experimentales han revelado que la elevación de los niveles séricos de alfa feto proteína es reconocido como marcador tumoral de carcinoma hepatocelular. La revisión de la literatura indica que solamente se han reportado cuatro casos de carcinoma primario de vesícula que han mostrado aumento en los niveles séricos de alfa feto proteína; los cuales tenían compromiso hepático por metástasis (9).

PRONOSTICO

En una revisión de casi 6,000 pacientes aproximadamente el 88% murieron en el transcurso de un año a partir del diagnóstico y sólo al rededor del 4% estaban vivos a los 5 años.

Los tumores localizados suelen acompañarse de una supervivencia más prolongada. El adenocarcinoma papilar, tiende a ser localizado y conlleva una supervivencia media de casi 6 meses después del diagnóstico, con 24% de los pacientes vivos al cabo de un año.

Para el carcinoma anaplásico el lapso es de menos de un mes de sobrevida con solamente 4% de los pacientes vivos después de un año. Los tumores de células escamosas tienden a comportarse de manera similar al carcinoma anaplásico.

Todos los pacientes con invasión confinada a la mucosa y a la muscularis y que sobreviven a la operación están vivos a los 5 años, mientras que sólo el 7% con invasión serosa o adventicia viven 5 años o más. (5)

El carcinoma de vesícula biliar es altamente letal y ocurre en grupos de pacientes de edad avanzada. Se ha considerado que el peor pronóstico de sobrevida está asociado con la extensión del tumor al hígado y órganos adyacentes. Por lo tanto, la invasión hepática es la mayor causa de muerte en estos pacientes (7).

TRATAMIENTO

Los cirujanos que proponen una acción radical sostienen que más del 30% de los pacientes con tumores pudieron ser tratados por colecistectomía radical, que incluye la resección en continuidad del lecho hepático o la lobectomía hepática derecha, y la disección de los ganglios linfáticos regionales.

No existen suficientes datos para apoyar la proposición de que el paciente con carcinoma inesperado descubierto histopatológicamente sea sometido a una segunda intervención en un intento de efectuar resección radical. Se sostiene en general que la cirugía radical no influye de manera importante en el pronóstico de vida.

Ocasionalmente podría lograrse paliación moderada mediante la cirugía y la asociación de agentes quimioterapéuticos y también radioterapia. Este tipo de tratamiento se encamina principalmente al alivio de los síntomas que pudiera presentar el paciente.

COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO ONCOLOGICO

En un estudio hecho en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center se atendió a varios pacientes con condiciones compatibles a un abdomen agudo y quienes necesitaron intervención quirúrgica como tratamiento a algún tipo de enfermedad relacionada con padecimientos malignos, manifestándose como dolor abdominal dando un amplio espectro de posibilidades diagnósticas. Se refiere a que el dolor abdominal agudo es una de las manifestaciones iniciales de procesos malignos. De 5,675 pacientes con dolor abdominal que consultaron en varios hospitales de Inglaterra, Escocia y Dinamarca solamente 106 tuvieron hallazgos de cáncer intraabdominal, riesgo que aumenta en un 10% en pacientes mayores de 50 años. En este mismo estudio se reporta que de 209 procedimientos quirúrgicos abdominales 108 presentaron cáncer. Veintiséis de estos pacientes requirieron más de un procedimiento, 2 pacientes requirieron 3 procedimientos y a uno fue necesario realizarle laparotomía exploradora con un hallazgo operatorio de hemoperitoneo.

Análisis de Supervivencias: Sesenta y seis complicaciones se hicieron presentes atribuibles a la cirugía y quimioterapia; entre alguno de los diagnósticos se incluye tumor sólido, linfoma y leucemia. Se reportó un total de 72 muertes como consecuencia del cáncer y/o quimioterapia y 30 como consecuencia del procedimiento quirúrgico.

Sesenta y cinco pacientes tuvieron una sobrevida menor de un año como consecuencia de un cáncer incontrolado o por la quimioterapia.

Se calcula que el costo aproximado en el manejo del paciente con cáncer es de aproximadamente \$500,000 dólares anuales.

En varios estudios hechos se reportan que una de las complicaciones más frecuentes son los abscesos postoperatorios y la sepsis.

La recepción hepática amplia presentó como complicación la formación de abscesos subfrénicos; a consecuencia de ello uno de los pacientes falleció por fallo hepático y renal.

De acuerdo a reportes recientes se dice que la laparotomía de urgencia por una sepsis localizada a disminuido la mortalidad.

Colecistitis Aguda: Dos pacientes tratados previamente por cáncer evidenciaron posteriormente colecistitis aguda. Un paciente de 36 años de edad con historia de melanoma metastásico desarrolló colecistitis un año después de resuelto el problema de base, como consecuencia de un remanente de células malignas en la vesícula. Luego de recibir quimioterapia un paciente de 51 años por linfoma histiocítico difuso estadio IV, presentó colecistitis química como consecuencia de los quimioterapéuticos.

Ciertos aspectos sobre colecistitis calculosa agudizada conciernen a la cirugía oncológica sobre todo en pacientes quienes han sido tratados con quimioterapia intensiva o altas dosis de corticoesteroides, a quienes se les realizó cirugía oncológica en la cual no estaban afectadas las vías biliares.

El ultrasonido es de vital ayuda para confirmar distensión de la vesícula, edema, cálculos, abscesos adyacentes o dilatación de vías biliares.

La colecistitis secundaria, luego de procedimientos quirúrgicos abdominales o como consecuencia de otras enfermedades es de suficiente importancia para justificar la colecistectomía simultánea con procedimientos abdominales, cuando existe una vesícula enferma.

La colecistitis química es una complicación ocasional a la quimioterapia con 5-fluoro-2 desoxybetauridina en infusión por la arteria hepática y es razón para realizar colecistectomía al mismo tiempo de la laparotomía para la inserción del cateter, ya que la vesícula progresa rápidamente hacia la gangrena y perforación. La variante acalculosa está asociada con un aumento de la mortalidad en un intervalo del 5 al 50%, mientras la calculosa únicamente con un 5%.

Peritonitis Biliar: Algunos pacientes con metástasis de carcinoma pancreático desarrollaron peritonitis biliar como consecuencia de la colocación de un cateter para drenaje biliar percutáneo transhepático.

Colangitis Aguda: Se ha reportado un episodio ocurrido como complicación de manipulación endoscópica por carcinoma de páncreas con metástasis. Otro paciente con diagnóstico de linfoma falleció 24 horas postoperatorias porolangitis purulenta y abscesos hepáticos.

Recientes descubrimientos acerca de prótesis endoscópicas o percutáneas y la esfinterotomía contribuyen al cuidado de pacientes con obstrucción biliar extrahepática, particularmente a pacientes con enfermedades extensas o de peor pronóstico. También se han reportado 16 casos deolangitis supurativa causada por obstrucción maligna, principalmente en adenocarcinoma del conducto biliar común, ampolla de Vater o páncreas.

DISTRIBUCION POR RANGO DE EDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Edad en años	No. de Pacientes	Porcentaje %
1 - 4	1	0.05
5 - 14	11	0.57
15 - 44	1196	62.1
45 - 59	455	23.62
60 ó más	253	13.66
TOTAL	1926	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

DISTRIBUCION POR SEXO EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Sexo	No. de Pacientes	Porcentaje %
Masculino	295	15.32
Femenino	1631	84.68
TOTAL	1926	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

MOTIVO DE CONSULTA EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA
CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN EL
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO
DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Motivo de Consulta	No. de Pacientes
Dolor abdominal	47
Ictericia	7
Fiebre	14
Pérdida de peso	3
Otros (anorexia, diarrea, náusea vómitos, masa de etiología)	10

Fuente: Boleta de recolección de datos

IMPRESION DE INGRESO EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA
CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN EL
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO
DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Impresión clínica de Ingreso	Número de Pacientes	Porcentaje
Colecistitis crónica calculosa	31	65.96
Colelitiasis	11	23.4
Masa de etiología	5	10.64
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

METODO UTILIZADO PARA DIAGNOSTICAR CARCINOMA DE VESICULA BILIAR
EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA EN EL DEPARTAMENTO DE
CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE
DE 1997

Diagnóstico realizado por	Número de Pacientes	Porcentaje
Clinica	0	0
Ultrasonido	0	0
Tomografía	0	0
Colangiograma	0	0
Clinica más ultrasonido	47	100
Clinica, ultrasonido más colangiograma	0	0
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO A PACIENTES CON CARCINOMA
DE VESICULA BILIAR EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Procedimiento Quirúrgico Realizado	Número de Pacientes	Porcentaje
Colecistectomía	34	72.34
Laparotomía		
exploradora	4	8.51
Colecistectomía más		
exploración de vías biliares	9	19.15
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

HALLAZGOS OPERATORIOS ENCONTRADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Hallazgos Operatorios	No. de Pacientes
Múltiples cálculos	43
Engrosamiento paredes de vesícula	20
Dilatación de colédoco	5
Múltiples adherencias	10
Masa de etiología	8
Ascitis	1
Piocolocisto	6
Otros (mucosa ulcerada, vesícula en porcelana, carcinomatosis, infiltración nodular a vasos sanguíneos)	5

Fuente: Boleta de recolección de datos

SEGUIMIENTO CLINICO REALIZADO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Seguimiento Clínico	Número de Pacientes	Porcentaje
Si	38	80.85
No	9	19.15
Total	47	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

NUMERO DE CONSULTAS POSTOPERATORIAS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Número de Consultas Postoperatorias	Número de Casos	Casuística
Una	5	5 de 38
Dos	14	14 de 38
Tres	8	8 de 38
Cuatro o más	11	11 de 38

Fuente: Boleta de recolección de datos

TRATAMIENTO DADO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Tratamiento Dado	No. de Pacientes	Porcentaje
Sólo cirugía	45	95.74
Cirugía más quimioterapia	1	2.13
Cirugía más radioterapia	1	2.13
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Actualmente el carcinoma de vesícula biliar se considera como una de las lesiones más comunes del tracto intestinal.

Hallándose en la población atendida en el departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt una incidencia del 2.53 por ciento de un total de 1926 pacientes intervenidos quirúrgicamente en un periodo de siete años. En comparación con una incidencia del 12.5 por ciento en pacientes norteamericanos en quienes se hallaron cambios macroscópicos a nivel de las paredes de la vesícula al momento de realizar la intervención quirúrgica. El adenocarcinoma fue la lesión maligna más común con un 82 por ciento entre las diversas neoplasias encontradas; lo cual coincide con lo reportado en estudios hechos en el extranjero los que reportan al adenocarcinoma con un 88 por ciento. Se encontró un porcentaje de sobrevida alto (93.62%) debido quizás al estadio inicial en el cual se encontraba dicha patología al momento de realizar el procedimiento quirúrgico ya que en la mayoría de los casos hallados el cáncer estaba delimitado a la capa mucosa o muscular de la vesícula biliar, según datos bibliográficos el 100 por ciento de los pacientes con enfermedad confinada a estas capas están vivos a los cinco años posteriores a la cirugía (5). En comparación con un 11 por ciento de sobrevida esperado en Estados Unidos a tres años en pacientes con enfermedad maligna de vesícula que infiltra hasta serosa u órganos vecinos.

Debido al protocolo establecido en el Departamento de Cirugía en cuanto al manejo de pacientes con problemas intrínsecos de vías biliares, únicamente se realiza al momento del ingreso del paciente un ultrasonido de vías biliares. Debido también a que los síntomas presentados por los pacientes afectados son poco específicos; lo cual hace que sea difícil incluir como diagnóstico diferencial el carcinoma de vesícula biliar, así como también porque esta patología no se considera de trascendencia epidemiológica dentro de nuestra población. Lo cual no es una limitante para ofrecer al paciente pruebas de gabinete más completas y específicas como colangiografía, angiografía (la cual tiene el más alto grado de exactitud diagnóstica), tomografía axial computarizada o endoscopia retrógrada cístico pancreático; pruebas que tienen un costo elevado y quizás sea la razón por la que existe una limitante en la accesibilidad a éstos por parte de los pacientes afectados, o bien por carecer del equipo necesario para realizar dichas pruebas dentro de las instalaciones hospitalarias por parte del personal médico.

Se debe mencionar que influye de gran manera la experiencia que posea la persona quien realiza el ultrasonido para obtener una adecuada interpretación de la imagen ultrasonográfica.

Se encontraron tres casos en los cuales hubo la necesidad de reintervenir quirúrgicamente por presentar entre otros salida del tubo de drenaje de colecistostomía, infiltración a linfáticos o ascitis.

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE VESICULA BILIAR EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Estado actual del Paciente	Número de Pacientes	Porcentaje
Vive	44	93.62
Falleció	3	6.38
TOTAL	47	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO EN ESPECIMENES DE VESICULA BILIAR EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE ENERO DE 1991 A DICIEMBRE DE 1997

Tipos de Carcinoma	No. de Pacientes	Porcentaje
Adenocarcinoma	39	2.02
Carcinoma adenoescamoso	1	0.05
Carcinoma epidermoide	1	0.05
Adenocarcinoma de colédoco	1	0.05
Metástasis a vesícula	2	0.1
Adenoma	3	0.16
Otros (Colecistitis crónica calculosa, colecistitis agudizada, aguda necrotizante folicular, colelitiasis)	1879	97.55
TOTAL	1926	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Se encontraron como hallazgos operatorios principalmente múltiples cálculos (91 % en los casos positivos para malignidad) los que son considerados como precursores de la carcinogénesis; también se hallaron cambios macroscópicos en la pared de la vesícula como únicos indicadores en la sospecha de algún proceso carcinogénico. Por lo que se debería realizar al momento de la cirugía una biopsia por congelación (según los hallazgos operatorios) para poder tomar una decisión en cuanto a la extensión de la cirugía de manera inmediata.

Debido que al obtener los resultados histopatológicos de las muestras de vesícula biliar, se reportaba infiltración a las capas profundas se decidió únicamente observar la evolución clínica de los pacientes intervenidos quirúrgicamente; a excepción de dos casos a quienes se les brindó quimio y/o radioterapia más cirugía y quienes tuvieron seguimiento por parte de la unidad de cirugía oncológica (clínica de tumores) hasta lograr resolver la patología encontrada.

Dentro de los pacientes colecistectomizados en el departamento de cirugía del Hospital Roosevelt se halló un caso en un paciente de tres años en quien se obtuvo un diagnóstico postoperatorio de colecistitis crónica calculosa, con hallazgos operatorios de múltiples cálculos en el interior de la vesícula. Pudiéndose atribuir a un aumento de la viscosidad de la bilis secundario posiblemente a un cuadro de fibrosis quística como principal causa epidemiológica correspondiente a su grupo etareo debiéndose investigar este caso por aparte.

En cuanto al seguimiento clínico un porcentaje alto de la población afectada si asistió a un control postoperatorio por parte de consulta externa, pero no en una manera uniforme debido a que el número de reconsultas varió; pudiéndose atribuir a: Estado del paciente (vive o falleció), conocimiento real del problema que padecía, falta de plan educacional, o quizás al período en el tiempo existente entre cada consulta, debido al gran número de pacientes atendidos en este centro asistencial y específicamente en este servicio, en el cual existen casos en el que asigna una nueva consulta con un intervalo de seis meses inclusive, lo cual hace que el paciente le reste importancia al seguimiento al cual debe ser sometido, haciéndolo desistir de presentarse a la siguiente consulta, lo cual influye directamente en el número de reconsultas halladas al momento de realizarse el estudio, y limitando a conocer el estado del paciente según las anotaciones hechas en la última consulta postoperatoria.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de Carcinoma de Vesícula Biliar es de 2.53 por ciento de un universo de 1926 pacientes durante un período de siete años.
2. Actualmente no se brindan pruebas de gabinete más específicas para realizar un diagnóstico certero antes de realizar el tratamiento quirúrgico.
3. La presencia de cálculos biliares, tiene una relación proporcionalmente directa con el apareamiento de cáncer de vesícula biliar.

RECOMENDACIONES

1. Ofrecer a los pacientes con problema intrínseco de vías biliares una gama más amplia de estudios complementarios (angiografía, colangiografía, tomografía axial computarizada o endoscopia retrógrada cístico pancreático) para poder llegar a un diagnóstico preoperatorio más específico y así poder brindar un tratamiento más eficaz.
2. Dar un mejor plan educacional a los pacientes con diagnóstico de carcinoma de vesícula biliar para que éstos asistan a todos sus controles postoperatorios por parte de consulta externa.
3. Realizar al momento de la cirugía una biopsia por congelación (según los hallazgos operatorios) para poder tomar una decisión en cuanto a la extensión de la cirugía de manera inmediata.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:
REGISTRO MEDICO:

SEXO:

EDAD:

1. Motivo de consulta:

- a.) Dolor abdominal
- b.) Ictericia
- c.) Fiebre
- d.) Pérdida de peso
- e.) otros _____

2. Impresión clínica de ingreso:

3. Diagnóstico realizado por:

- a.) Clínica
- b.) USG
- c.) TAC
- d.) Colangiograma
- e.) a y b
- f.) a, b y c

4. Procedimiento quirúrgico realizado: a.) Colectectomía

- b.) Laparotomía exploradora
- c.) Colectectomía más exploración de vías biliares

5. Hallazgos operatorios:

- a.) Múltiples cálculos
- b.) Engrosamiento paredes de vesícula
- c.) Dilatación de colédoco
- d.) Múltiples adherencias
- e.) Masa de etiología
- f.) Ascitis
- g.) Piocolecisto
- h.) Otros _____

6. Diagnóstico histológico:

7. Seguimiento clínico:

- a.) Si
- b.) No

8. Número de consultas postoperatorias:

- a.) Una
- b.) Dos
- c.) Tres
- d.) Cuatro o más

9. Tratamiento dado:

- a.) Sólo cirugía
- b.) Cirugía más quimioterapia
- c.) Cirugía más radioterapia

10. Estado actual del paciente:

- a.) Vive
- b.) Falleció

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Damianov-D; Vladimirov-B; Aleksandrova-A, Thy surgical and alternative treatment potentials in biliary tract cancer. 1. Surgical treatment, Khirurgiia-Sofia. 1996;49(5): 8-12.
- 2.- Chijjiwa-K; Yamaguchi-K; Tanaka-M, Clinicopathologic differences between long-term and short-term postoperative survivors with advanced gallbladder carcinoma, World-J-Surg. 1997 Jan; 21(1): 98-102.
3. Manenti-A; Marchetti-M; Rossi-A; et. Al., Gallbladder carcinoma today: light and shadow, Minerva-Chir 1996 Sep; 51(9): 63 1-4.
4. Shimada-H; Endo-I; Togo-S; et. Al., the role of lymph node dissection in the treatment of gallbladder carcinoma; Cancer, 1997 Mar 1; 79(5): 892-9.
5. Ruckert-JC; Ruckert-IR; Gellert-K; et. Al.; Surgery for carcinoma of the gallbladder; Hepatogastroenterology; 1996 May-Jun; 43(9): 527-33.
6. Dodd-LG, Moffatt-Ej., et. Al.; Fine-Needle aspiration of primary gallbladder carcinoma. Diagn-Cytopathol. 1996 Aug; 15(2): 151-6.
7. Donald Earl Henson, M.D., Jorge Albores-Saavedra, M.D. and Donald Corle, M.S. Carcinoma of the Gallbladder. Cancer. 1992 Sep 15; 71(4): 1493-97.
8. Jorge Albores-Saavedra, M.D., Donald Earl Henson, M.D. and Leslie H. Sobin, M.D. The WHO Histological Classification of Tumors of the Gallbladder and Extrahepatic Bile Ducts. Cancer. 1992 Jun 15; 69(8): 410-13.
9. James A. Brown, M.D., F.A.C.S., And Charles S. Roberts, M.D. Elevated Serum Alpha-Fetoprotein Levels in Primary Gallbladder Carcinoma without Hepatic Involvement. Cancer. 1992 Oct 1; 67(3): 1838-40.
10. Johns, Natarian M.D., et. Al. The Pathogenesis, Diagnosis, and Surgical Options in Cancer of the Gallbladder. Advances in Hepatic, biliary and Pancreatic Surgery. 1985; 327-333.
11. Ogura, Y., Miaumoto, R., Isaji S., and others. Radical operation for carcinoma of the Gallbladder: present status in Japan. World J. Surg., 1991, 15:337-343.
12. Jones, R. S. Carcinoma of the gallbladder. Surg. Clin, of North Am., 1990, 70:1419-1428.
13. Yamaguchi, K. And Tsuneyoshi, m. Subclinical Gallbladder Carcinoma. Am. J. Surg., 1992, 163:382-386.

14. Piehler, J., and Crichlow, R. Primary Carcinoma of the Gallbladder. Surg. Gynecol. Obstet., 1978, 147: 929-942.
15. Cubertanfond, P., Gainant, A., and Cucchiaro, G. Surgical treatment of 724 carcinomas of the Gallbladder. Results of the French Surgical Association survey. Ann. Surg., 1994, 219: 275-280.
16. Wanebo, H. J., Castle, W. N., and Fechner, R. E. Is carcinoma of the gallbladder a curable lesion? Ann. Surg., 1982, 208:624-631.
17. Gagner, M., and Rossi, R. L. Radical operations for carcinoma of the Gallbladder; present status in North America. World J. Surg., 1991, 15: 344-347.
18. Ouchi, K., Suzuke, M., Sijo, S., and others. Do recent advances in diagnosis and operative management improve the outcome of gallbladder cancer? Surgery, 1992, 113(3): 324-329.
19. Shirai, Y.M.D., Yoshida, K., Tsukada K., and Muto T. Inapparent Carcinoma of the Gallbladder, an appraisal of a radical second operation after simple cholecystectomy. Ann. Surg. 1992 326-330.
20. Sabinston D.C., Tratado de Patología Quirúrgica, 13ª Edición, Interamericana McGraw Hill pp. 1182-1185.
21. Robbins C. K., Patología Estructural y Funcional, 4ª Edición, Intermericaca McGraw-Hill pp. 1025-1032.
22. Alan D. M. Turbull, Surgical Emergencies in the Cancer Patient. 5ª. Edición Pp. 23 - 37, 3 - 10, 683 - 690.
23. Schottenfer and Fraumeni, Cancer Epidemiology and Prevention 3ª Edición Pp. 142 - 170.