

**CANCER DE VESICULA BILIAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2005 HASTA  
EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2008**



**WILMER BOTACHE  
LUIS RAMIRO NUÑEZ**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL  
NEIVA – HUILA  
2009**



**CANCER DE VESICULA BILIAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO  
MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA ENTRE EL 1 DE ENERO DEL 2005 HASTA  
EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2008**

**WILMER BOTACHE  
LUIS RAMIRO NUÑEZ**

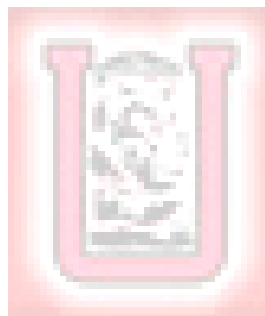
**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de  
Especialista en Cirugía General**

**Asesores**

**Dr. RAFAEL HERNANDO PINO  
Cirujano Gastro oncológico**

**Dr. LUIS GERARDO VARGAS  
Cirujano Gastro oncológico**

**Dr. HECTOR ADOLFO POLANIA LIZCANO  
Cirujano Endoscopista y Epidemiólogo**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL  
NEIVA – HUILA  
2009**

**Nota de aceptación**

-----  
-----  
-----  
-----

-----  
**Firma presidente del jurado**

-----  
**Firma del jurado**

-----  
**Firma del jurado**

**Neiva, Mayo de 2009**

## DEDICATORIA

*A Dios por darme la fortaleza necesaria, todos los días.*

*A mis padres quienes me infundieron la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida.*

*A Noëra y a Sebastián por su comprensión durante los años que le dediqué a mis estudios en residencia y a este trabajo de Tesis.*

*A mis hermanos por confiar en mí.*

*Wisner*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a

A mis Asesores Doctor Rafael Hernando Pino Tejada, Doctor Luis Gerardo Vargas y Doctor Héctor Adolfo Polania Lizcano, por su asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

Al Doctor Dagoberto Santofimio Sierra, por su predisposición permanente e incondicional en aclarar mis dudas técnicas y por sus substanciales sugerencias durante la redacción de la Tesis, así como en sus observaciones críticas en la redacción del trabajo, por su amistad.

A la Licenciada. Olena Palarmachuk, Enfermera en Oncología de la Secretaria de Salud Departamental, por su valiosa colaboración y buena voluntad en la información suministrada del Departamento del Huila.

Al Doctor. Ramón Amaya, Medico Radio oncólogo de la Unidad de Oncología Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, por su fundamental ayuda científica en el trabajo, así como en la clasificación y estadificación de los casos de cáncer biliar.

A la Doctora. Rina Luna, Coordinadora del servicio de Patología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y todo su equipo por suministrar información valiosa para la buena culminación del trabajo.

A la Doctora Pilar Gaitán, Trabajadora social y al Señor Camilo Torres, Jefe de Archivo de historias clínicas del Hospital Universitario de Neiva.

A todos los que intervinieron en este proyecto, mil gracias.

## CONTENIDO

	<b>pág.</b>
INTRODUCCIÓN	<b>14</b>
1. JUSTIFICACION	<b>16</b>
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	<b>17</b>
3. OBJETIVOS	<b>18</b>
3.1 OBJETIVO GENERAL	<b>18</b>
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	<b>18</b>
4. MARCO TEORICO	<b>19</b>
4.1 ANTECEDENTES Y EPIDEMIOLOGIA	<b>19</b>
4.2 FACTORES ASOCIADOS	<b>20</b>
4.3 PATOGENIA	<b>20</b>
4.4 CLINICA	<b>21</b>
4.5 LABORATORIO CLINICO	<b>22</b>
4.6 IMÁGENES	<b>22</b>
4.7 INMUNOHISTOQUIMICA	<b>24</b>
4.8 CLASIFICACION DEL CVB	<b>24</b>
4.9 TRATAMIENTO QUIRURGICO	<b>25</b>
4.10 MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER DE VESICULA BILIAR	<b>25</b>

	<b>pág.</b>
4.11 LA RADIOTERAPIA	<b>30</b>
4.12 LA QUIMIOTERAPIA	<b>30</b>
5. DISEÑO METODOLOGICO	<b>31</b>
6. RESULTADOS	<b>32</b>
7. DISCUSION	<b>40</b>
8. CONCLUSIONES	<b>42</b>
BIBLIOGRAFÍA	<b>44</b>
ANEXOS	<b>47</b>



## LISTA DE GRAFICAS

	<b>pág.</b>
<b>Grafica 1.</b> Número de casos de colecistectomias realizadas por genero y grupo atareo en el HUHMP de 2005 a 2006	<b>32</b>
<b>Grafica 2.</b> Presentación clínica del CVB en el HUHMP de 2005 a 2006	<b>34</b>
<b>Grafica 3.</b> Porcentaje de detección del CVB de acuerdo a los tiempos de atención del paciente	<b>35</b>
<b>Grafica 4.</b> Frecuencia de los hallazgos intraoperatorio del CVB	<b>36</b>
<b>Grafica 5.</b> Porcentaje de los hallazgos histológicos del CVB	<b>37</b>
<b>Grafica 6.</b> Número de casos con cáncer de vesícula biliar y mortalidad por estudios	<b>39</b>
<b>Grafica 7.</b> Curva de supervivencia en los pacientes con cáncer de vesícula biliar calculado en meses desde el diagnóstico hasta el fallecimiento	<b>39</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Caracterización Epidemiológica del CVB	<b>33</b>
<b>Tabla 2.</b> Distribución de CVB en grupo atareos	<b>33</b>
<b>Tabla 3.</b> Imagen diagnostica en el CVB	<b>35</b>
<b>Tabla 4.</b> Tipo de cirugía	<b>36</b>
<b>Tabla 5.</b> Número de pacientes según clasificación TNM	<b>37</b>
<b>Tabla 6.</b> Número de casos con morbimortalidad	<b>38</b>
<b>Tabla 7.</b> Número de pacientes y estado final	<b>38</b>

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Tabla de CVB, estadística del instituto nacional de cancerología. 2008	<b>48</b>
<b>Anexo B.</b> Tabla de CVB, estadística del instituto nacional de cancerología. 2008	<b>49</b>
<b>Anexo C.</b> Mapa del Huila, Municipios con reporte de casos con CVB. 2005 a 2007	<b>50</b>
<b>Anexo D.</b> Tabla de CVB, tasa por 1000 Hab mayores de 40 años en municipios con reporte de casos con CVB. 2005 a 2007	<b>51</b>
<b>Anexo E.</b> Cuadro de las variables en los casos reportados con CVB en el hospital de Neiva año 2005 a 2008	<b>52</b>
<b>Anexo F.</b> Tabla de colecistectomía realizadas en el en el Hospital Universitario de Neiva. año 2005 a 2008	<b>54</b>
<b>Anexo G.</b> Tabla de estado final de los casos reportados con CVB en el Hospital Universitario de Neiva. año 2005 a 2008	<b>55</b>
<b>Anexo H.</b> Cuadro de AJCC. Clasificación TNM de CVB. Sexta edición. año 2002	<b>56</b>

## RESUMEN

El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una neoplasia infrecuente asociada a una alta mortalidad propia del diagnóstico tardío y el cuadro clínico no específico. El abordaje quirúrgico, sus complicaciones y el impacto de éste a largo plazo en desenlaces de sobrevivencia, aun son motivos de controversia en la práctica clínica. Este es un estudio retrospectivo, observacional entre enero de 2005 a diciembre de 2008, en el cual se revisó el comportamiento epidemiológico del CVB en 740 colecistectomías realizadas. Se encontraron 30 casos para una prevalencia del 4% entre los especímenes quirúrgicos estudiados, con una relación mujer:hombre de 4:1, el promedio de edad fue de 65 años, se encontró dolor en el 100%, la triada dolor, masa palpable e ictericia en el 23% de los pacientes, se realizó ecografía a 28 pacientes con una seguridad diagnóstica del 10,7%, tomografía axial computada (TAC) a 13 pacientes con seguridad diagnóstica del 15,3%, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) a 16 pacientes con una seguridad diagnóstica del 0%, en 22 pacientes (74%) se realizó colecistectomía simple total, en 4 pacientes se realizó colecistectomía parcial (13%) y en 4 pacientes solo laparotomía exploratoria (13%). No hubo colecistectomías radicales. La morbilidad operatoria fue del %, y la mortalidad fue 27%. Ocho pacientes fueron candidatos a tratamiento adyuvante con radio y/o quimioterapia. El promedio de vida después de la cirugía fue de 6.4 meses.

El CVB es una patología que se presenta con una mayor incidencia en nuestro medio, su pronóstico es pobre, se deben aumentar esfuerzos para un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer de vesícula biliar, Adenocarcinoma, Colelitiasis, Colecistectomía.

## SUMMARY

The cancer of biliary vesicle (CVB) it is an uncommon neoplasia associated to a high mortality characteristic of the I diagnose late and the clinical square doesn't specify. The surgical boarding, their complications and the impact of this long term in sobrevivida outcomes, they are even reasons of controversy in the clinical practice. This is a retrospective study, observational among January of 2005 to December of 2008, in which you revises the the epidemic behavior of the CVB in 740 realized colecistectomías. They were 30 cases for a prevalencia of 4% among the studied surgical especimes, with a relationship mujer:hombre of 4:1, the age average was of 65 years, he/she was pain in 100%, the triad pain, palpable mass and jaundice in 23% of the patients, one carries out ecografía to 28 patients with a security it diagnoses of 10,7%, computed axial tomography (TAC) to 13 patients with security diagnoses of 15,3%, colangiopancreatografía retrogrades endoscopic (CPRE) to 16 patients with a security diagnoses of 0%, in 22 patients (74%) one carries out total simple colecistectomía, in 4 patients one carries out partial colecistectomía (13%) and in 4 patients single exploratory laparotomía (13%). There was not radical colecistectomías. The operative morbilidad was of the%, and the mortality was 27%. Eight patients went candidates to adjuvant treatment they are radio and/or chemotherapy. The average of life after the surgery was of 6.4 months.

The CVB is a pathology that is presented with a bigger incidence in our means, its presage it is poor, efforts should be increased for an I diagnose early and an appropriate treatment.

**PASSWORD:** Cancer of biliary vesicle, Adenocarcinoma, Cholelithiasis, Colecistectomia.

## INTRODUCCION

El CVB es una neoplasia relativamente rara y ha sido considerada como una enfermedad altamente letal (1), siendo descrita por primera vez por Stoll y cols en 1777 (20). Se caracteriza por ser un tumor de mal pronóstico y diagnóstico tardío, que presenta una alta incidencia en países de la India y de América, donde se destacan Chile, Argentina, Bolivia y México.

En Colombia, es una neoplasia poco frecuente, llegando a ocupar el lugar distante después el cáncer gástrico, pulmón, próstata, mama, etc. Sin embargo las características epidémicas de mortalidad y diagnóstico tardío son similares a otros países. En el Huila la razón de Mujer: Hombre es de 4: 1, la mortalidad se presenta en el 71% de los pacientes y la edad más frecuente de presentación es entre los 71-80 años. A nivel departamental y según informe de la oficina de registro poblacional de cáncer de la secretaria de salud departamental los municipios con más incidencia son la Argentina, Villavieja y Tesalia.

La cantidad de pacientes menores de 50 años afectados por ella no es despreciable correspondiendo al 22,7%. (3-4). La sintomatología es poco específica siendo el dolor abdominal el primero. El principal factor relacionado con esta neoplasia es la colelitiasis, alcanzando una asociación de 95% en diversos estudios. (5)

Los resultados en término de sobrevida son muy desalentadores y no han variado a lo largo de los años. Piehler (6) en 1978 encontró una sobrevida a 5 años del 4.1 % y una sobrevida media entre 5 y 8 meses. Los esfuerzos actuales están orientados al diagnóstico precoz de esta enfermedad, sin embargo a pesar de los grandes avances tecnológicos en cuanto a técnicas diagnósticas este sólo se logra luego o durante la colecistectomía.

El curso de esta enfermedad es inevitablemente fatal en la gran mayoría de los casos debido a su diagnóstico en etapas avanzadas, sin embargo existen estudios en la actualidad orientados al diagnóstico precoz de ella mediante el uso de marcadores serológicos en los 40 años en las mujeres y antes de los 50 en hombres, lo que disminuiría el riesgo de desarrollar una neoplasia. (1)

El objetivo del presente trabajo es mostrar la prevalencia en los pacientes colecistectomizados en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la descripción de una revisión con los criterios clásicos de diagnóstico clínico, Imagenológico, laboratorio y tratamiento de esta patología en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva entre los años 2005 y 2008 y presentar recomendaciones para los protocolos de manejo en pacientes portadores de cáncer vesicular en nuestro hospital.

## 1. JUSTIFICACION

En Colombia el cáncer de vesícula biliar es una neoplasia poco frecuente comparado con las de estomago, cuello uterino y seno. Sin embargo el diagnostico temprano de este carcinoma es difícil por la ausencia de síntomas específicos y por la asociación frecuente con colecistitis crónica y cálculos.

En el mundo el CVB se diagnostica en el 0.2 a 5% de las colecistectomias y Colombia está dentro de este rango (7-8). En el Hospital Universitario de Neiva poco se conoce sobre el comportamiento de este tumor, su afectación a los grupos poblacionales ni su distribución. No se conoce la historia natural de la enfermedad ni tampoco su sobrevida. Por lo tanto, este estudio se convierte en una herramienta importante para conocer el comportamiento de esta neoplasia, sirviendo como base para futuros estudios prospectivos y guías de manejo.



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de vesícula biliar es una patología poco frecuente, sin embargo, es altamente agresiva por su diagnóstico tardío a pesar de los logros alcanzados en el tratamiento.

No se han realizado estudios previos del CVB en nuestra región, se sabe que la patología biliar es muy frecuente y por ende se intuye que el CVB lo sea por ser la colelitiasis el principal factor de riesgo.

Al reconocer la importancia que tiene el diagnóstico oportuno en el tratamiento del CVB se ha planteado el siguiente trabajo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir el comportamiento del Cáncer de Vesícula Biliar en pacientes colecistectomizados del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2008.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar la prevalencia de Cáncer de Vesícula Biliar en pacientes sometidos a colecistectomías del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el periodo 2005-2008.

Identificar las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con CVB en el HUN.

Describir los métodos de laboratorio, imagenológicos y patológicos utilizados.

Analizar la morbimortalidad operatoria del CVB en el HUHMP.

Describir el manejo multidisciplinario que se les dio a los pacientes con CVB.

Describir las características histológicas y el tipo de neoplasia encontrada.

Clasificar los pacientes con CVB de acuerdo a la clasificación TNM.

Informar la sobrevida media de los pacientes hallados en el presente estudio.

Realizar recomendaciones relacionadas con diagnóstico y manejo de la patología.

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1 ANTECEDENTES Y EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de vesícula biliar (CVB), descrito por primera vez por Maximillian de Stoll en 1777 (20). Sin embargo, la primera intervención quirúrgica por esta patología se atribuye a Keen en 1891, la primera asociación entre litiasis biliar y el cáncer de vesícula fue reportada por Mayo en 1903. (8)

El CVB es una neoplasia relativamente rara y ha sido considerada como una enfermedad altamente letal. (1) El diagnóstico preoperatorio de este carcinoma es sospechado en la tercera parte de los pacientes y el resto, el diagnóstico es hecho en el trans operatorio ó en el análisis histopatológico final. (12)

En el ámbito mundial se presenta una alta incidencia en países de la India y de América, donde se destacan Chile, Argentina, Bolivia y México. En Chile, este tumor es muy frecuente llegando a constituir la principal causa de mortalidad de tipo oncológico en la mujer. En Norte América se presenta una incidencia entre 0,8% al 1,2% y es el tumor más común de la vía biliar. (5)

En Colombia, De acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología, del universo de los casos las mujeres ocupan un 83.3%, y los hombres un 16,.7%. La edad promedio es 58.5 años (rango 41-71); el síntoma más común es el dolor abdominal; la mayoría (66.7%) tenían colelitiasis (6)

En el Departamento del Huila durante el periodo de 2005-2007 se encontraron 80 casos con CVB. La razón Mujer: Hombre es de 4: 1, Hasta el momento este registro informa de que han fallecido el 71% de estos pacientes (57/80). El grupo

etareo de 71-80 años fue el más frecuente, ocupando un 40% y los municipios de más incidencia fueron La Argentina 2,3 x 1000 Habitantes mayores de 40 años, Villavieja 2,9 x 1000 hab. Y Tesalia 1,6 x 1000 hab. (21)

De acuerdo con la sintomatología, no hay síntomas o signos clínicos específicos y la mayoría de los pacientes tienen una enfermedad avanzada al momento de su presentación (6). Por ello los problemas que presenta el cáncer vesicular son tres; El diagnóstico tardío, la alta mortalidad, incluso en las formas tempranas; y un tratamiento no adecuado en la mayoría de los casos. El pronóstico del CVB es extremadamente pobre de 5% a 5 años para todos los estadios de CVB y la supervivencia media de 9,2 meses y aquellos cánceres diagnosticados incidentalmente es de 26,5 meses.

## **4.2 FACTORES ASOCIADOS**

De los factores relacionados con el desarrollo del CVB, el principal es la presencia de coledocitis, prácticamente, no hay cáncer si no hay litiasis en la vesícula biliar. El porcentaje de pacientes con CVB se hace presente en aproximadamente el 2% de las vesículas extirpadas por litiasis. (10) y con cálculos más de 3 cm de diámetro, el riesgo de CVB es 10 veces mayor.

## **4.3 PATOGENIA**

El CVB representa una progresión desde displasia hasta el carcinoma in situ, y luego a carcinoma invasor en cerca de 15 años. Entonces el tiempo estimado en la progresión de la displasia a cáncer in situ y posterior carcinoma ha sido determinada en pacientes de edad avanzada, según estudio de Arroyo (9) la edad de presentación promedio para la displasia es de 51.9 años, carcinoma temprano

de 56.8 años, y cáncer avanzado sobre los 62.9 años, lo que sugiere progresión del CVB en un periodo de 10 a 15 años.

El 98% de los CVB son de origen epitelial, de ellos 90% como adenocarcinomas.

Estos a su vez pueden ser categorizados en los tipos tubular (70%), papilar (20%), mucinoso (10%). El carcinoma anaplásico, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma adenoescamoso son otros tipos menos comunes de CVB, mientras que otros tipos, tales como los tumores carcinoides, carcinomas de células pequeñas, melanomas malignos, linfomas y sarcomas, son muy raros, menos del 5%. Hay una pequeña variedad de tumores neuroendocrinos de la vesícula, que también han sido descritos.

#### **4.4 CLINICA**

Los síntomas asociados con el cáncer primario de la vesícula hacen difícil el diagnóstico temprano de esta enfermedad. El CVB es largamente asintomático hasta los estadios avanzados de la enfermedad, con litiasis e inflamación crónica como las manifestaciones clínicas más comúnmente asociadas.

Infortunadamente, en la mayoría de los pacientes el CVB ocasiona los primeros síntomas cuando la enfermedad es incurable. El dolor en el hipocondrio derecho o el epigastrio puede estar presente hasta en el 60 a 95% de los casos, pero no tiene características de cólico y su intensidad es variable, La ictericia esta presente en el 25 a 50% los casos. La anorexia y la pérdida de peso con deterioro general son frecuentes. El prurito acompaña al cuadro clínico especialmente en sus etapas avanzadas, pero también puede constituir un síntoma inicial. (10)

Síntomas constitucionales no específicos como náusea, emesis, pérdida de peso están presentes en la mayoría de los pacientes. En la enfermedad altamente avanzada o metastásica puede coexistir con ascitis, hepatomegalia y síndromes paraneoplásicos. (9)

#### **4.5 LABORATORIO CLINICO**

Los exámenes analíticos no presentan alteraciones específicas que puedan orientar el diagnóstico en los casos de cáncer de vesícula biliar. La presencia de perfil hepático con colestasis sólo acompaña a los pacientes con tumores avanzados localmente que presentan ictericia secundaria a infiltración de la vía biliar principal. Una discreta tendencia a presentar anemia y leucocitosis también se ha identificado como indicador de enfermedad neoplásica avanzada. (1)

Los niveles alterados de bilirrubinas, fosfatasa alcalina, transaminasas, no son sensibles para diagnosticar el CVB temprano, y solo lo hacen sospechoso en estadios avanzados. (1)

#### **4.6 IMÁGENES**

La Ecografía es la técnica más ampliamente usada en el estudio preoperatorio del CVB y el estudio estándar inicial en los pacientes con dolor en el hipocondrio derecho.

El cáncer temprano puede ser identificado como una lesión de forma irregular hipo o iso ecogénica, también como una masa subhepática que usualmente enmascara a la vesícula. La presencia de cálculos atrapados dentro del tumor durante su crecimiento es un signo muy útil de posible CVB. El grosor de la pared vesicular no excede normalmente los 3 mm, pero puede presentarse como un

engrosamiento parcial hasta de 1 cm, usualmente irregular y frecuentemente asimétrico. Este hallazgo requiere un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que también pueden producir este engrosamiento, tales como una colecistitis aguda o crónica y una colecistosis hiperplásica.

La TAC puede detectar anomalías dentro de la vesícula (tumor reemplazando a la vesícula, engrosamiento de la pared, pólipo intraluminal) como a distancia principalmente en hígado.

La Resonancia magnética nuclear es particularmente útil para visualizar la invasión del ligamento hepatoduodenal, la inclusión de la vena porta y el compromiso de los ganglios linfáticos.

Otras técnicas como la CPRE y la colangiografía percutánea transhepática (CPT) son las más útiles para diagnosticar el CVB y su diseminación dentro del árbol biliar.

La CPRE es útil principalmente en los pacientes sin ictericia con síntomas biliares, en ausencia de conductos biliares intrahepáticos dilatados. También puede demostrar una unión pancreatobiliar anómala, brindando la oportunidad de un cepillado citológico y biopsia.

La arteriografía del tronco celíaco y de la mesentérica superior con retorno venoso portal es una prueba que es realizada hoy día de forma selectiva por algunos grupos muy concretos, ya que existen técnicas menos invasivas (angio-RMN, ecografía-Doppler color y TAC helicoidal) que aportan una información altamente sensible y específica de la relación de las neoplasias vesiculares con las estructuras vasculares hiliares y del ligamento hepatoduodenal.

La ultrasonografía endoscópica (USE) es una técnica diagnóstica de uso muy reciente en la patología biliopancreática, contribuyendo especialmente al diagnóstico de extensión y estadificación de las neoplasias biliares.

#### **4.7 INMUNOHISTOQUIMICA**

Marcadores tumorales como el antígeno carcinoembrionario (ACE) y el CA 19-9 son tradicionalmente usados para el CVB. El aumento de sus valores debería aumentar la sospecha de malignidad.

Las concentraciones del ACE mayores a 4 µg/L presentan una especificidad del 93% y una sensibilidad del 50% , mientras que las concentraciones del CA 19-9 mayores de 20 U/ml tienen una especificidad del 79,2% y una sensibilidad del 79,4%.

#### **4.8 CLASIFICACION DEL CVB**

En cuanto a la clasificación TNM, El T1 es el tumor mucoso, el T1b el tumor muscular, el T2 es el tumor subseroso. En Chile se hace una diferencia en el T2, si es hacia el lado peritoneal o hacia el lado hepático, porque la sobrevida es completamente diferente. Los pacientes con tumor hacia el lado hepático, es decir, un tumor que infiltra el plano de clivaje en el cual efectuamos la colecistectomía, tienen una sobrevida mucho más corta que los pacientes con invasión subserosa del lado peritoneal. La clasificación TNM del CVB está vigente desde el año 2002, según la AJCC y es la utilizada hasta la actualidad. (9)



## 4.9 TRATAMIENTO QUIRURGICO

El único tratamiento curativo es la cirugía; desafortunadamente, la mayor parte de los casos son inoperables al momento del diagnóstico. Aún para estadios IV con cirugía radical (colecistectomía más lobectomía hepática derecha y linfadenectomía regional), la supervivencia a cinco años es tan sólo de 11%. (11)

## 4.10 MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER DE VESICULA BILIAR

El tratamiento quirúrgico es la única terapia potencialmente curativa para el Cáncer de Vesícula Biliar (CVB). Se establecen las siguientes opciones terapéuticas quirúrgicas para estos pacientes:

- **Colecistectomía Simple:** No requiere tratamiento adicional en casos Tis/T1a y en T1b con margenes de reseccion negativos.
- **Colecistectomía radical o extendida:** Remocion de la vesicula Biliar con 2 cms del lecho vesicular + diseccion de nodulos linfaticos desde el ligamento hepatoduodenal posterior a la segunda porcion del duodeno, cabeza del páncreas.
- **Colecistectomía Radical + reseccion hepatica** (Segmentaria o Lobar)
- **Colecistectomía Radical + Reseccion extensa de nodulos linfaticos paraaorticos**
- **Colecistectomía Radical + Reseccion** de conductos biliares o pancreatoduodenectomia.

- **Cualquiera de los previos + rescion** de los sitios de colocacion de puertos (Laparoscopica)

En general el hallazgo de una lesión sospechosa de CVB se presenta en 4 situaciones:

**Pacientes con hallazgo incidental de pólipo de la vesícula biliar:**

- Los pólipos sesiles, solitarios y  $> 1\text{cm}$  son altamente sospechosos de malignidad.
- Si estos aparecen en  $> 50$  años asociados a cálculos o sintomáticos, tienen un alto riesgo de ser malignos o de malignizarse.
- El tratamiento es una colecistectomía laparoscópica. Si hay sospecha de malignidad, se debe realizar abierta, con Biopsia por congelación y estar preparado para una resección extendida.
- Si son menos de tres pólipos, independiente del tamaño, deben ser llevados a colecistectomía laparoscópica, sin embargo aquellos con mas de 3 pólipos, son tendientes a tener pseudo tumores.
- Los pólipos de bajo riesgo pueden ser observados con ecografía semestral, durante dos años si no hay cambios.

### **Hallazgo de CVB durante la realización de una colecistectomía por colelitiasis, o en el estudio histopatológico de la vesícula extraída.**

- El CVB se encuentra como hallazgo incidental en el 27 a 41% de los casos cuando el paciente era llevado a cirugía biliar benigna, Con la llegada de la Colelap, este hallazgo se presenta en el ,3 a .9 % de los casos.
- El método quirúrgico de elección para colecistectomía en pacientes con alta sospecha de CVB es la técnica abierta. La insuflación con CO2 y la ruptura de la vesícula con diseminación de bilis, producen siembras metastasicas en los sitios de inserción de los puertos hasta en un 40% de los casos.
- El uso de la bolsa de recuperación para la vesícula no previene las siembras metastasicas.
- Las sospecha intraoperatoria de CVB debe realizarse en casos de colecistectomías difíciles. Se debe revisar la pieza quirúrgica cuidadosamente y en caso de descubrir Cáncer, se debe tener confirmación histológica por Bx Congelación y evaluar la extensión de la enfermedad, y evaluar la posibilidad de una colecistectomía radical, teniendo en cuenta que el paciente no está preparado ni ha dado su consentimiento para dicha cirugía.
- En pacientes a quienes el diagnostico de CVB se realiza posteriormente en la patología de la pieza quirúrgica, el manejo depende de la extensión de tumor (Estatificación T), y el compromiso de los márgenes de resección. Usualmente el compromiso de nódulos linfáticos no es evaluable.
- Los pacientes con una extensión tumoral T1a tiene excelente pronostico con la colecistectomía simple (2.5% de invasión a nódulos linfáticos).

- Los T1b pueden ser manejados con la colecistectomía simple, especialmente si no se presentó perforación de la vesícula durante la resección, y los bordes de resección están libres de tumor, sin embargo, la invasión a nódulos linfáticos llega a ser del 16%-50%.
- En caso de tener márgenes positivos en el conducto cístico, se recomienda que estos pacientes sean llevados a cirugía para resección del muñón de cístico o resección del conducto hepático común y reconstrucción de la vía biliar.
- Los estadios T2 deben ser llevados nuevamente a cirugía para la realización de colecistectomía radical, lo cual implica resección de los segmentos IV y V con una profundidad de mínimo 3 cms del lecho vesicular, resección de los niveles ganglionares N1 y N2, y resección de la vía biliar extrahepática con reconstrucción. Los puertos de inserción de laparoscopia deben ser resecados.

### **Paciente con CVB sospechado previamente por clínica y para clínicos**

El diagnóstico preoperatorio correcto de CVB es difícil, y en general son aquellos localmente avanzados los que producen síntomas o se detectan en imágenes. Hasta 1/3 de los pacientes pueden ser correctamente diagnosticados en el preoperatorio.

Se debe evaluar correctamente los pacientes que son candidatos para una cirugía radical.

La sobrevivencia de los pacientes en estadios T3 y T4 es pobre. La resección radical es la única opción de curación y/o prolongación de sobrevivencia. Se debe realizar previo una laparoscopia diagnóstica o de estadificación.

La resección radical implica la resección hepática de los segmentos IVb y V pudiendo ampliarse a otros segmentos de acuerdo a los hallazgos. La linfoadenectomía par aórtica no ha demostrado aumentar sobrevida.

El compromiso directo del colon, duodeno, o el hígado no contraindica la cirugía. Cirugías ampliadas (Pancreatoduodenectomía) con vaciamiento ganglionar pueden aumentar la sobrevida a largo plazo. Sin embargo se debe evaluar el riesgo beneficio dada la alta morbilidad de este tipo de procedimientos.

La presencia de metástasis al hígado, son una contraindicación para colecistectomía radical o hepatectomía extendida, dado que es una manifestación de enfermedad diseminada.

### **Pacientes con CVB avanzado**

Si se encuentra evidencia clínica o radiológica de CVB avanzado, una laparotomía para biopsia no es justificable, dado que una citología con aguja fina puede ayudar a un diagnóstico positivo en la mayoría de los casos.

En el grupo de pacientes no candidatos a procedimiento quirúrgico, la paliación se debe enfocar al alivio del dolor, la ictericia, prevención de colangitis, de la obstrucción gástrica y colónica.

La reconstrucción de la vía biliar y la gastroeyunostomía son los procedimientos preferidos para la paliación de estos pacientes. El uso de Stent auto expandible, representa menor morbilidad para el alivio de la ictericia.

#### **4.11 LA RADIOTERAPIA**

La radioterapia es complementaria, se basa fundamentalmente en la alta probabilidad de tener tumor residual microscópico o macroscópico posterior a la resección del tumor. De igual modo, el análisis de los patrones de recurrencia en pacientes portadores de esta neoplasia, demuestra que en la mayoría, ésta es de tipo locoregional. Lamentablemente, la baja frecuencia de la enfermedad en otras áreas del mundo, hace difícil la realización de series prospectivas con el fin de conocer el verdadero valor de esta forma de tratamiento. (5)

#### **4.12 LA QUIMIOTERAPIA**

La quimioterapia ha sido preferentemente empleada como paliación en estos pacientes. La mayoría de las series emplean 5 fluoracilo (5 FU) como droga principal, con respuestas de aproximadamente 10 a 20%, pero sin observar cambios significativos en la curva de sobrevida. De igual manera, la combinación de drogas incluido al 5 FU no ha mejorado el pronóstico comparado al 5 FU sólo. El uso de quimioterapia como adyuvante es aún más controversial, pues si bien existen algunas series con que muestran aumento de la sobrevida, ninguna ha sido efectuada en forma randomizada lo que limita considerablemente las conclusiones obtenidas. (5). En conclusión es común el uso de 5FU-leucovorina por 6 meses, inmediatamente después de la radioquimioterapia (23).

## 5. DISEÑO METODOLOGICO

El diseño que se utilizó fue un estudio de corte transversal. Fueron revisados retrospectivamente los registros de 740 pacientes (181 hombres y 559 mujeres) consecutivos sometidos a colecistectomías (incluye cirugías electivas por cálculos biliares asintomáticos y cirugías urgentes en colecistitis aguda) durante un período de 4 años (2005-2008) en el servicio de cirugía del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Los datos fueron extraídos de los informes quirúrgicos, reportes de patología e historia clínica del paciente.

En una base de datos de Epi info se crearon variables de Edad, sexo, sintomatología (masa abdominal, ictericia, dolor) tiempo de evolución, motivo de consulta, historia biliar previa, laboratorio hepático básico (bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina), estudio Imagenológico (ecografía hepatobiliar, TAC abdominal, CPRE), hallazgos intraoperatorios, cirugía realizada, tipo histológico, tratamiento post quirúrgico (quimioterapia, radioterapia), Sobrevida.

El análisis estadístico se realizó con las opciones del programa antes mencionado.

La clasificación de TNM del año 2002? fue adaptada para la estratificación en cada una de los casos.

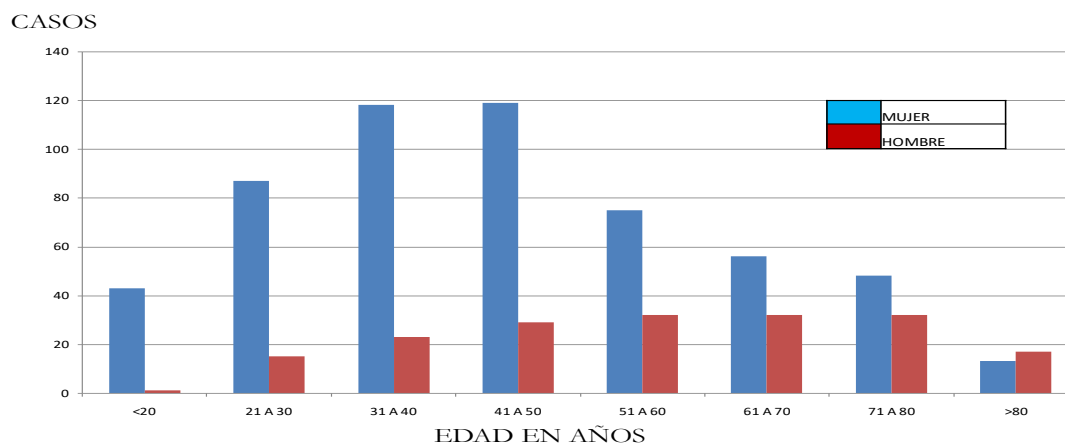
La sobrevida se calculó según la curva de Kaplan-Meier y los datos de ella se obtuvieron de los certificados de defunción, los reportes de informe quirúrgico, de patología y seguimiento de los pacientes durante el tiempo, vía telefónica y por la oficina de trabajo social.

## 6. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio de 2005-2008 se realizaron 740 colecistectomías (559 Mujeres, 181 Hombres) en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. (Ver Anexo E).

El 42% de la población de mujeres estaba entre el rango de 30-50 años (237 casos) y el 35% de la población de Hombres en el rango de 50-70 años (64 casos). Los reportes evidenciaban litiasis biliar en el 82% de las mujeres y el 67% en los hombres. Un total de 579 colecistectomía con colelitiasis. (Ver grafica 1)

**GRAFICA N° 1.** NUMERO DE CASOS DE COLECISTECTOMIAS REALIZADAS POR GENERO Y GRUPO ETAREO EN EL HUN HMP DE 2005 A 2008



FUENTE REGISTRO DE INFORME QUIRURGICOS DE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA EN EL HUN HMP

Se presentaron 30 casos de CVB, representando el 4% de las colecistectomías realizadas, se presentaron en 22 mujeres y 8 hombres (Relación 4:1). (Ver Anexo F). La edad promedio de presentación para las mujeres fue de 65 años (34-84 años) y en hombres de 59 años (43-83 años). (Ver tabla 1)



**Tabla 1.** Caracterización epidemiológica de CVB.

<b>CIRUGIA</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
Colecistectomías	559	181	740
Dx Histológico CVB	22	8	30
Prevalencia/100 colecistectomías.	4	4	4
Promedio Edad	65 años (34-84)	59 años (43-83)	56% (60-80 años)
Razón M/H	4	1	

Por grupos etareos la presentación del CVB se inicia desde los 30 años hasta los 90 años en nuestra revisión de casos, con promedio de 7,5 casos por año y Un 73% del CVB se encuentra en el rango de edad 51 a 80 años, siendo el grupo de 71 a 80 años con el número de casos mas frecuentes de 10. (tabla 2)

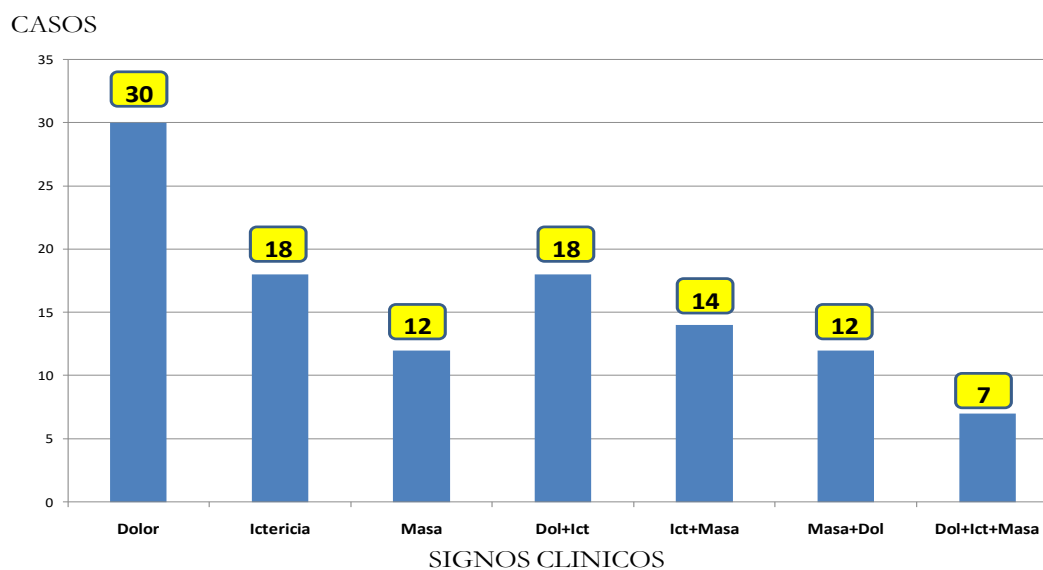
**Tabla 2.** Distribución de CVB en grupo etáreos.

<b>AÑOS</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>TOTAL</b>
<b>31-40</b>	1	1	0	0	2
<b>41-50</b>	1	1	1	1	4
<b>51-60</b>	2	0	1	2	5
<b>61-70</b>	2	3	1	1	7
<b>71-80</b>	1	2	5	2	10
<b>81-90</b>	1	1	0	0	2
<b>91-100</b>	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	8	8	8	6	30

**Fuente.** Base de datos pacientes CVB Hospital Universitario HMP Neiva.

El motivo de consulta mas frecuente fue el dolor abdominal, se presento en todos los 30 pacientes. Al examen físico, la ictericia fue el signo preponderante con un 60% (18/30), posteriormente masa palpable en hipocondrio derecho en el 40% (12/30). El 60% de los pacientes presentaron Dolor e ictericia (18/30) y el 23% (7/30) presentaban la triada de dolor, ictericia y masa. (grafica N°2)

**GRAFICA N° 2. PRESENTACION CLINICA DEL CVB  
EL HUN HMP DE 2005 A 2008**



FUENTE REGISTRO DE HISTORIA CLINICAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HUN HMP

Dentro de los hallazgos de laboratorio, se destaca la alteración de la Fosfatasa alcalina en 87% (26/30), elevación de las Bilirrubinas en el 70% de los casos (21/30), de las transaminasas: TGO en el 70% y TGP en el 67% de los casos.

La ecografía hepatobiliar fue realizada en 28 pacientes donde el 89% presentaron coleditiasis (25/28) y en 3 se sospecho CVB (10,7%). La TAC abdominal se realizo en 13 casos y tenían asociación con CVB el 15,3%. La CPRE fue practicada a 16 pacientes de los cuales 10 presentaron dilatación de la vía biliar (62%), 3 con

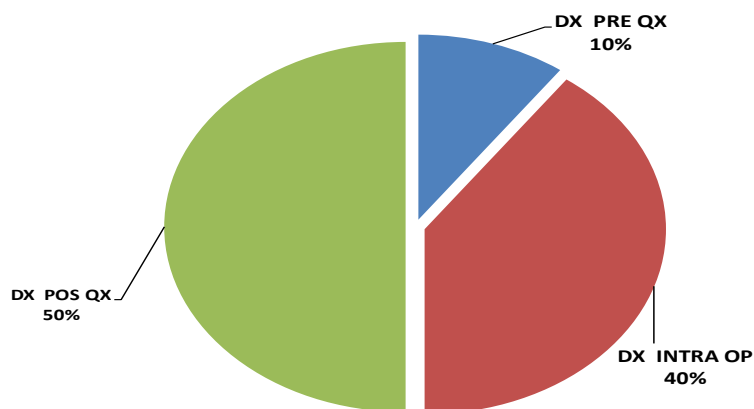
coledocolitiasis (18%) y en ningún caso se sospechó CVB por este método. ( Ver tabla 3.)

**Tabla 3.** Imagen diagnostica en el CVB.

IMAGEN DIAGNOSTICA	CASOS	%	CASOS CON CVB	%
ECOGRAFIA HEPATO BILIAR	28 / 30	93	3/28	10,7
TAC ABDOMINAL	13 / 30	43	2/13	15,3
CPRE	16 / 30	53	0/16	0

Todos los 30 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. Solo el 10% de los pacientes (3/30) ingresaron a cirugía con diagnóstico probable de CVB, en el 40% el diagnóstico se hizo intraoperatorio (12/30) y el 50% restantes se llegó al diagnóstico finalmente por resultados de patología (15/30).

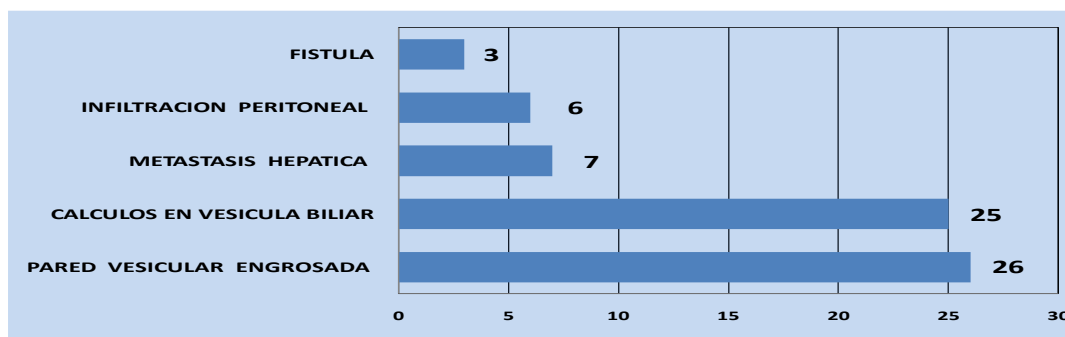
**Grafica N 3. Porcentaje de detección del CVB de acuerdo a los tiempos de atención del paciente**



FUENTE REGISTRO DE HISTORIA CLINICAS DE DEPARTEMENTO DE CIRUGIA GENERAL . HUN HMP

Dentro de los hallazgos intraoperatorios, el mas frecuente fue el engrosamiento de la pared vesicular en el 87% de los casos (26/30), le siguen en su orden, la litiasis biliar en el 83% (25/30), la metástasis hepática en el 23,3% (7/30), la infiltración peritoneal en el 20% de los pacientes (6/30) y fistula biliar en el 10% (3/30).

**Grafica N 4. Frecuencia de los hallazgos intraoperatorio del CVB**



Fuente. Base de datos pacientes CVB Hospital Universitario HMP Neiva.

El tipo de cirugía mas frecuente realizado en los pacientes fue colecistectomía simple en el 74% de los pacientes, luego colecistectomía parcial y laparotomía exploratoria, como se describe en la tabla 4.

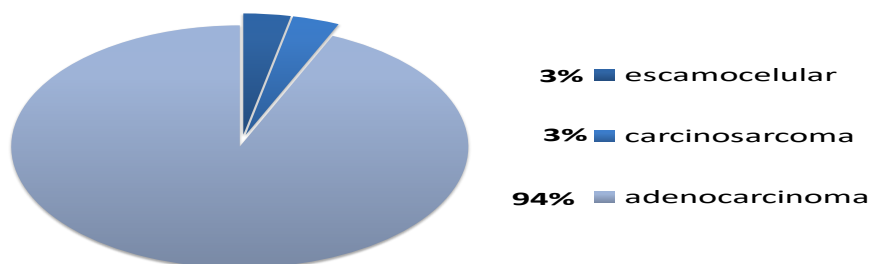
**Tabla 4.** Tipo de Cirugía

	No Pacientes	Porcentaje	Estadio 0-I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Colecistectomía						
Total	22	74%	9	7	3	3
Colecistectomía						
Parcial	4	13%	0	1	0	3
Laparotomía	4	13%	0	0	0	4

Fuente. Base de datos pacientes CVB Hospital Universitario HMP Neiva.

El tipo histológico mas frecuente fue Adenocarcinoma en 93,3% de los pacientes (28/30) seguido de carcinoma escamocelular (1/30) y carcinosarcoma (1/30). De acuerdo al grado histológico 4 pobremente diferenciado, 12 moderadamente diferenciado, 6 bien diferenciados y 8 sin clasificar.

**Grafica N 5. Porcentaje de los hallazgos histológicos del CVB**



Fuente. Base de datos pacientes CVB Hospital Universitario HMP Neiva.

Por clasificación del TNM en CVB por la AJCC, 6ª edición del año 2002, el estadio correspondiente se encontró así. (Tabla 4)

**Tabla 5.** Numero de pacientes según clasificación TNM

<i>Estadio</i>	<i>No. Pacientes</i>
0	5
I	4
II	13
III	1
IV	7
Total	30

Fuente. Base de datos pacientes CVB Hospital Universitario HMP Neiva. AJCC 2002.

Los resultados post operatorios son los siguientes: La morbilidad 28% y una mortalidad operatoria fueron del 18%.(tabla 5)

**Tabla 6.** Numero casos con morbi mortalidad

MORBI MORTALIDAD			CASOS	%
MORBILIDAD	ISO	GRADO I	3	10
MORTALIDAD	PULMONAR	NEUMONIA	2	6
		EDEMA PULMONAR	1	3
		TROMBO EMBOLISMO	1	3
	ABDOMINAL	COLANGITIS	2	6
<b>TOTAL</b>			9	28

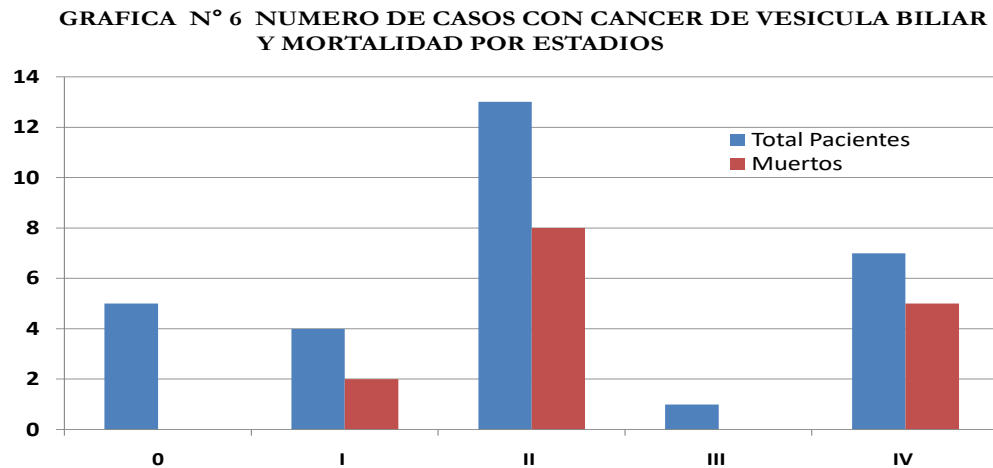
Solamente 8 pacientes recibieron quimio y/o radioterapia. (Tabla 7).

**Tabla 7.** Numero de pacientes y estado final

Estadio	Muerte en los 30 dias del post operatorio	Egresado	
		Tratamiento Radioterapia	
		Si	No
I	1	2	6
II	3	5	5
III	0	1	0
IV	2	0	5
<b>Total</b>	6	8	16

**Fuente.** Base de datos pacientes CVB Unidad De cancerología De Huila. Neiva.

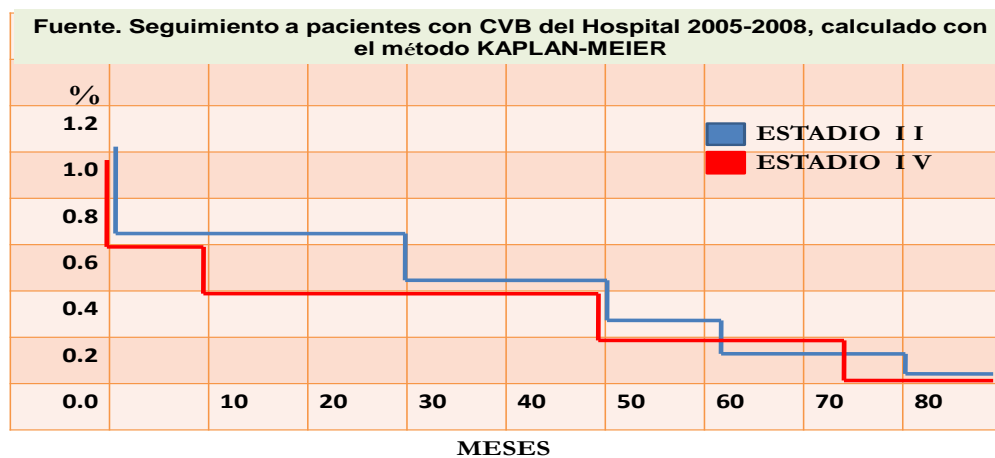
La mortalidad en general durante el tiempo del estudio fue más frecuente en el estadio II con el 53,3% (8/15) de los casos; y ningún fallecido en los estadios O y III. (Grafica 6) (Ver Anexo H).



Fuente. Base de datos pacientes CVB Hospital Universitario HMP Neiva.

La curva de sobrevivida aplicando la curva de Kaplan Meier durante el tiempo del estudio, solo nos permite revisar la grafica en los estadios II y IV.

**GRAFICA N° 7 CURVA DE SUPERVIVENCIA EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR CALCULADO EN MESES DESDE EL DIAGNOSTICO HASTA EL FALLECIMIENTO.**



## 7. DISCUSION

Las características epidemiológicas del CVB en Colombia con respecto al género masculino es el 16% y con edad promedio a 58 años (2), en nuestra población de estudio fue mayor tanto el porcentaje de presentación como la edad promedio, 22% y 62 años respectivamente. Sin embargo nuestros casos están más cerca al perfil estudiado en México. (11) (Ver Anexo A y B).

En nuestro estudio las mujeres son el 73% y se presento el CVB sobre los 65 años de edad con rango (34-84 años), siendo muy similar a la población chilena (Maluenda y col. 2002), un 76,1% en el género femenino y edad promedio de 60,4 años con rango (28-92 años) (22).

Aunque el carcinoma de la vesícula es una entidad escasa, es la quinta malignidad gastrointestinal más común y la más común del tracto biliar. Normalmente se descubre de manera accidental (13). En este estudio al igual que la literatura el hallazgo se evidencio en el intraoperatorio 40% y en los resultados de patología 50%.

Según Ramírez y col (España, 2002) el diagnóstico preoperatorio de este carcinoma es sospechado en el 33% de los pacientes y el resto es hecho en el trans operatorio ó en el análisis histopatológico final (11); En el estudio de Maluenda y col (Chile, 2002) la oportunidad diagnostica preoperatoria esta en el 45,2% (22); y en nuestro estudio solo el 10% fue un diagnostico preoperatorio.

El porcentaje de pacientes con cáncer vesicular se hace presente en aproximadamente el 2% del total de las vesículas extirpadas por litiasis (14); sin embargo es nuestro casuística corresponde al 4% en el tiempo del estudio.



En Chile, Csendes en 1975 publicó 46 casos de cáncer de la vesícula biliar con 6 meses de promedio de supervivencia y el 80% fallece antes de un año. En este estudio se obtiene sobre 30 casos un promedio de vida después de la cirugía fue de 6.4 meses y el 50% fallece antes de un año.(22)

## 8. CONCLUSIONES

A pesar de que el CVB es una neoplasia poco frecuente en el Departamento del Huila, comparándolo con el cáncer Cérvix, Piel, Gástrico, Mama, Próstata y esta por fuera de las 10 primeras causas de neoplasias, según los registros de la Secretaría Departamental de Salud del Huila, se encontró con una Prevalencia de 4 por cada cien por colecistectomía en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Demográficamente en cáncer de vesícula biliar es más común en mujeres que en hombres de 4:1 y su frecuencia aumenta con la edad principalmente entre la séptima y octava década de la vida. (Ver Anexo C y D).

Dentro de los factores de riesgo que se encontró en los pacientes con cáncer de vesícula biliar además de la edad y el género fue la presencia de litiasis biliar en el 89% (25/28 ecografías hepatobiliar realizadas).

El CVB se encontró en el 4% asociado a litiasis biliar del total de colecistectomía del HUN en el periodo de estudio.

Cuando aparecen los síntomas, se incluye el dolor en hemiabdomen superior en todos los pacientes, ictericia en el 60% de los pacientes y masa palpable en hipocondrio derecho en el 40% de los casos.

En los hallazgos intraoperatorio sobresale el engrosamiento de la pared vesicular en el 87% y presencia de cálculos en el 86%.

Los hallazgos de laboratorio, muestran elevación de la Fosfatasa alcalina en 87%, de la bilirrubina directa en el 70%, TGO en el 70% y TGP en el 67% de los casos.

Las lesiones malignas por histología en la vesícula es 98% Adenocarcinoma y menos de 2% de otro origen histológico.

Respecto al tratamiento de quimioterapia o radioterapia solo fue usado en 8 pacientes, por tanto no hay una conclusión definitiva al respecto debido a la muerte en algunos pacientes, fallecimiento precoz institucional y no se realizo seguimiento oncológico a los pacientes restantes.

La mortalidad fue alta en el grupo de pacientes, llegando a ser el 50% en los casos con CVB en el periodo de estudio. El tiempo de vida media es de 6,4 meses luego del diagnostico siendo un pronostico pobre debido a la escasa sintomatología en estadios precoces y llegando al diagnóstico cuando la enfermedad se encuentra avanzada.

El 50% de los casos se diagnostico en el posoperatorio por informe histopatológico. La sobrevida a 3 años se estimo en menos del 10%.

## BIBLIOGRAFIA

1. GRAIG BOX J. MD; gallbladder cancer and colelap. division of surgical oncology, roswell park cancer institute, state university of new york at buffalo, atlanta medical center. semin surg oncol 1999.
2. DRES. GOURGIOTIS S, KOCHER HM, SOLAINI L, YAROLLAHI A, TSIAMBAS E, Salemis NS Kaseje N, Agarwal Am J Surg. USA. 2008; 196(2): 252-264
3. XABIER DE ARETXABALA. Cáncer de la vesícula biliar. Manejo de pacientes con invasión de la túnica muscular. Rev Méd Chile 2004; 183-188.
4. ARISTI URISTA, Gerardo. Carcinoma de vesícula biliar: Una neoplasia subestimada. revista medica del hospital general de Mexico,. Vol. 62, Núm. 2 Abr.-Jun. 1999
5. ARETXABALA X, ROA I, BURGOS L. Cáncer de la vesícula biliar. Algunas consideraciones. Rev Méd Chile 1996.
6. CORTÉS, Armando, Carcinoma insospechado de la vesícula biliar. Rev Colombia Medica. 2004; vol 35
7. PIET C. DE GROEN, Gregory J. Biliary Tract Cancers, The New England Journal of Medicine. Inglaterra. 2004
8. CANCER OF THE GALLBLADDER AND EXTRAHEPATIC BILE DUCTS. Curr Probl Surg. USA 2007

9. ARROYO G.F. Artículo de revisión Cáncer de vesícula biliar *Oncología Clínica*, Vol. VIII N° 1. Argentina 2001.
10. RESTREPO, Paula. Carcinoma escamocelular de vesícula con infiltración al lecho hepático no diagnosticado prequirúrgicamente. Departamento de Patología. *Universitas Medica* 2006 Vol. 48. Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá. Colombia
11. C.P. RAMÍREZ, Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Hospital de Malaga. España 2002
12. MUHAMMED ASHRAF MEMON. Gallbladder carcinoma: a retrospective analysis of twenty-two years experience of single teaching hospital. Department of Surgery, Creighton University, Omaha, Nebraska, USA, 2005
13. MARTINEZ, Luis . Nuevos horizontes en cáncer de vesícula biliar. *yuman fong* 2000. pag 17.
14. CHIANALE J, DEL PINO G, NERVI F: Increasing gallbladder cancer mortality rate during the last decade in Chile, a high risk area. *Int J Cancer* 1990; 46: 1131- 33.
15. DE ARETXABALA X, RIEDEMAN P, BURGOS L, ROA I, WENZEL C ET AL: Cáncer de vesícula biliar. Estudio de casos y controles. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 581-86.
16. \_\_\_\_\_ Cáncer de la vesícula biliar. Algunas consideraciones. *Rev Méd Chile* 1996; 124: 732-39.

17. SILECCHIA G, RAPARELLI L, JOVER NAVALON JM, ET AL. Laparoscopic cholecystectomy and incidental carcinoma of the extrahepatic biliary tree. *JLS* 2002; 6: 339-344.
18. CORTES, Armando, Botero María Po, Carrascal Edwin, Bustamante Fabio. Carcinoma insospechado de la vesícula biliar. *Colombia Medica* 2004; Vol 35: 18-21.
19. ROMANO F, Franciosi C, Caprotti R, et al. Gallbladder carcinoma and laparoscopic cholecystectomy. An emergent problem. *Minerva Chir* 2000; 55: 817-822.
20. GOETZE T, PAOLUCCI V. Does the laparoscopic worsen the prognostic of incidental gallbladder cancer? *Surg Endoscop* 2006;20:286-93.
21. BOLETIN DE REGISTRO POBLACIONAL DE CANCER DEL HUILA SSDH. 2008
22. MALUENDA GATICA F. Cáncer de la vesícula biliar. Resultados de la cirugía resectiva. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 54 - Nº 5, Octubre 2002; págs. 464-473.
23. GALLARDO E JJ .Nuevas alternativas terapéuticas en cáncer de vesícula biliar. *Rev gastro latinoamericana* 2003; Chile. vol 14, nº 3: 218-221

# **ANEXOS**

**Anexo A. Tabla de CVB, estadística del instituto nacional de cancerología. 2008**

**Tabla 81. Cáncer de vesícula biliar**  
**Incidencia estimada y mortalidad según departamentos**  
**Hombres, Colombia, 1995-1999**

Departamento	Incidencia estimada anual			Mortalidad corregida anual		
	Casos	Tasa cruda	TAE	Muertes	Tasa cruda	TAE
Antioquia	71	2,9	4,3	49	2,0	3,1
Atlántico	11	1,1	1,8	8	0,8	1,4
Bogotá	42	1,5	2,7	28	1,0	1,9
Bolívar	12	1,3	1,9	8	0,8	1,2
Boyacá	10	1,5	1,9	7	1,0	1,4
Caldas	21	4,0	5,5	14	2,5	3,6
Caquetá	1	0,3	0,5	0	0,2	0,4
Cauca	12	2,0	2,9	8	1,3	1,9
Cesar	2	0,4	0,8	1	0,3	0,6
Córdoba	7	1,1	1,6	4	0,7	1,0
Cundinamarca	11	1,1	1,2	7	0,7	0,9
Chocó	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Huila	5	1,1	1,7	3	0,8	1,2
La Guajira	2	0,7	1,3	1	0,6	1,0
Magdalena	2	0,3	0,5	1	0,2	0,4
Meta	4	1,1	2,2	3	0,8	1,6
Nariño	15	2,0	3,2	11	1,5	2,3
Norte de Santander	11	1,8	3,0	8	1,2	2,1
Quindío	7	2,8	3,6	5	1,9	2,6
Risaralda	13	2,9	4,4	9	2,1	3,3
Santander	17	1,8	2,6	12	1,2	1,8
Sucre	5	1,4	2,3	4	1,1	1,8
Tolima	12	1,9	2,3	9	1,3	1,6
Valle del Cauca	47	2,4	3,5	33	1,7	2,5
Arauca	1	0,7	1,2	1	0,5	1,0
Casanare	4	2,7	2,3	1	0,8	0,7
Putumayo	1	0,5	1,1	1	0,4	0,8
San Andrés y Providencia	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Amazonas	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Guainía	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Güaviare	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Vaupés	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Vichada	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0

**Tabla 82. Cáncer de vesícula biliar**  
**Incidencia estimada y mortalidad según departamentos**  
**Mujeres, Colombia, 1995-1999**

Departamento	Incidencia estimada anual			Mortalidad corregida anual		
	Casos	Tasa cruda	TAE	Muertes	Tasa cruda	TAE
Antioquia	196	7,4	9,5	136	5,1	6,7
Atlántico	31	3,0	4,3	21	2,1	3,0
Bogotá	136	4,4	6,1	93	3,0	4,3
Bolívar	25	2,7	4,1	18	2,0	3,0
Boyacá	19	2,8	3,1	14	2,1	2,3
Caldas	38	7,0	8,9	26	4,9	6,2
Caquetá	5	2,7	6,1	4	2,0	4,4
Cauca	24	4,1	6,1	18	3,0	4,5
Cesar	4	0,9	1,8	3	0,7	1,3
Córdoba	17	2,7	4,1	12	1,9	3,0
Cundinamarca	29	2,9	3,2	22	2,2	2,4
Chocó	5	2,5	3,0	3	1,3	1,7
Huila	14	3,1	4,7	10	2,2	3,3
La Guajira	7	3,2	4,6	5	2,2	3,2
Magdalena	14	2,4	3,4	10	1,7	2,4
Meta	7	2,2	4,0	5	1,5	2,8
Nariño	79	10,3	13,7	56	7,3	9,8
Norte de Santander	24	3,9	5,5	18	2,8	4,0
Quindío	17	6,3	8,2	13	4,7	6,1
Risaralda	37	8,2	10,9	26	5,8	7,9
Santander	41	4,3	5,4	28	3,0	3,8
Sucre	7	1,9	2,6	5	1,5	1,9
Tolima	30	4,8	5,6	20	3,2	3,8
Valle del Cauca	93	4,6	5,9	67	3,3	4,3
Arauca	3	2,4	6,2	2	1,8	4,6
Casanare	2	1,4	3,4	1	1,0	2,4
Putumayo	4	3,0	4,3	2	1,3	2,3
San Andrés y Providencia	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Amazonas	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Guainía	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Güaviare	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Vaupés	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Vichada	1	2,4	9,3	1	1,8	7,0



**Anexo B.** Tabla de CVB, estadística del instituto nacional de cancerología. 2008



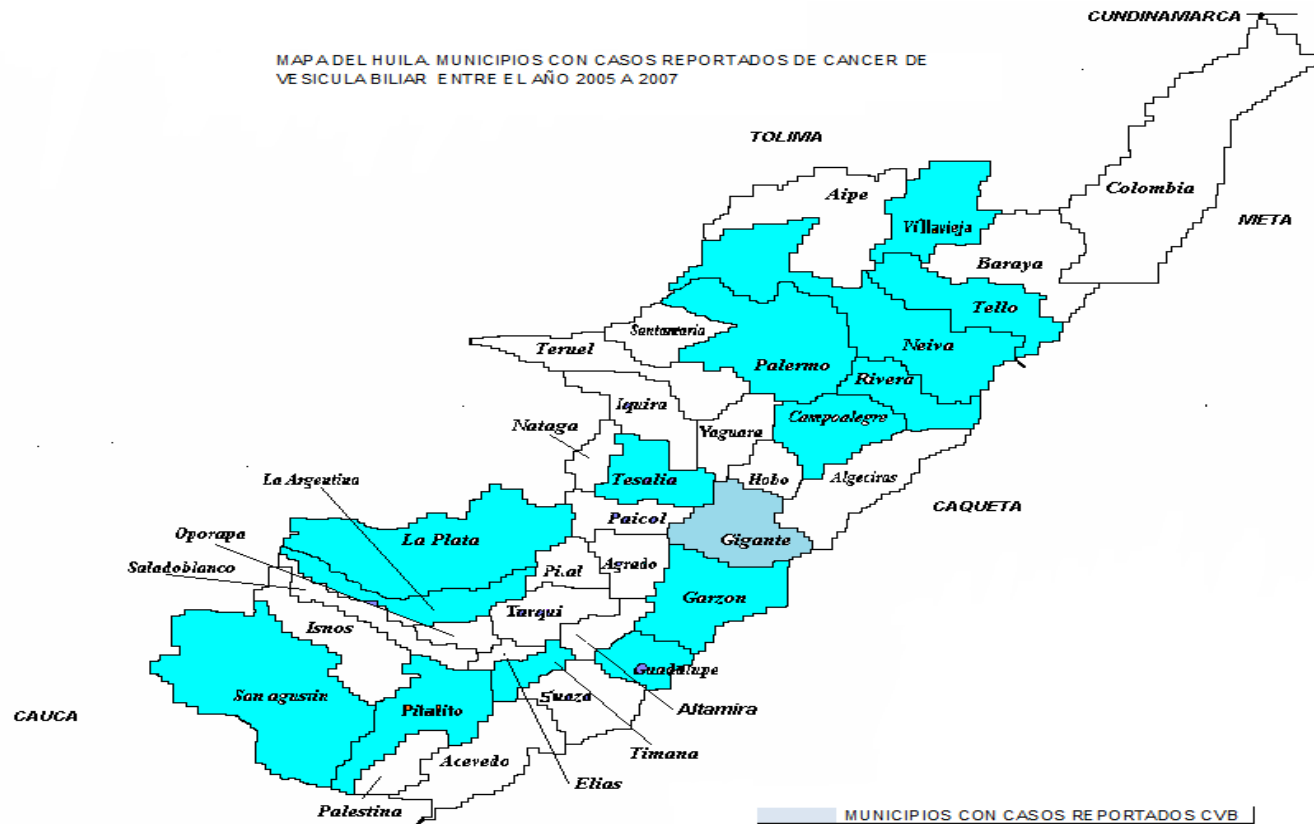
**Tabla 37. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer, según localización, hombres, Huila, 1995-1999**

Localización	Incidencia estimada anual			Mortalidad corregida anual		
	Casos	Tasa cruda	TAE	Muertes	Tasa cruda	TAE
Cavidad oral, faringe	21	4,7	7,0	8	1,8	2,8
Esófago	18	4,0	6,4	18	4,0	6,4
Estómago	147	33,3	52,6	113	25,7	40,8
Colon y recto	24	5,4	8,2	14	3,2	5,0
Hígado	10	2,2	3,6	22	5,0	8,2
Vesícula biliar	5	1,1	1,7	3	0,8	1,2
Páncreas	7	1,7	2,6	7	1,7	2,6
Laringe	11	2,4	3,8	6	1,4	2,1
Pulmón	46	10,4	17,3	45	10,3	17,2
Próstata	103	23,5	38,0	46	10,4	16,0
Vejiga	5	1,2	1,9	2	0,4	0,7
Sistema nervioso central	14	3,2	4,2	10	2,2	3,0
Linfoma no-Hodgkin	14	3,2	4,5	7	1,6	2,4
Leucemias	25	5,7	6,5	19	4,2	4,8
Todos los cánceres (excepto piel)	569	129,2	196,7	379	86,1	133,2

**Tabla 38. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer, según localización, mujeres, Huila, 1995-1999**

Localización	Incidencia estimada anual			Mortalidad corregida anual		
	Casos	Tasa cruda	TAE	Muertes	Tasa cruda	TAE
Cavidad oral, faringe	8	1,8	2,3	3	0,7	0,9
Esófago	4	0,9	1,3	4	0,9	1,2
Estómago	82	18,5	25,8	63	14,3	19,9
Colon y recto	30	6,8	9,2	16	3,6	4,8
Hígado	9	2,1	3,1	22	4,9	7,0
Vesícula biliar	14	3,1	4,7	10	2,2	3,3
Páncreas	8	1,9	2,6	8	1,8	2,5
Laringe	2	0,5	0,7	2	0,5	0,7
Pulmón	23	5,1	7,1	23	5,1	7,2
Mama	68	15,4	20,6	28	6,3	8,6
Cuello uterino	110	24,9	32,5	53	11,9	16,3
Cuerpo del útero	26	5,8	8,5	5	1,2	1,7
Vejiga	10	2,2	3,3	3	0,6	0,8
Sistema nervioso central	14	3,2	3,8	10	2,2	2,8
Linfoma no-Hodgkin	10	2,2	2,5	5	1,0	1,2
Leucemias	18	4,0	4,8	13	3,0	3,5
Todos los cánceres (excepto piel)	610	137,6	184,0	340	76,8	105,1

Anexo C. Mapa del Huila, Municipios con reporte de casos con CVB. 2005 a 2007



**Anexo D.** Tabla de CVB, tasa por 1000 Hab mayores de 40 años en municipios con reporte de casos con CVB. 2005 a 2007

Procedencia	2005	n/1.000 hab.	2006	n/1.000 hab.	2007	n/1.000 hab.	Total	n/1.000 hab.
Neiva	5	0,1	9	0,2	7	0,1	21	0,4
Pitalito	4	0,3	4	0,3	5	0,4	13	0,9
Garzón	2	0,2	2	0,2	4	0,5	8	0,9
La Plata	4	0,6	3	0,5	2	0,3	9	1,3
San Agustín	2	0,5	2	0,5	1	0,3	5	1,3
Campoalegre	2	0,4	1	0,2	0	0,0	3	0,6
Timaná	1	0,4	2	0,8	0	0,0	3	1,2
Gigante	3	0,8	0	0,0	0	0,0	3	0,7
La Argentina	1	0,8	0	0,0	2	1,6	3	2,3*
Villavieja	2	2,0	1	1,0	0	0,0	3	2,9*
Tesalia	1	0,8	0	0,0	1	0,8	2	1,6*
Palermo	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Rivera	1	0,4	1	0,4	0	0,0	2	0,8
Guadalupe	0	0,0	1	0,5	1	0,5	2	1,0
Tello	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>0,3</b>	<b>26</b>	<b>0,2</b>	<b>23</b>	<b>0,2</b>	<b>80</b>	<b>0,7</b>

**Anexo E.** Cuadro de las variables en los casos reportados con CVB en el hospital de Neiva año 2005 a 2008

**PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CVB EN EL HUN EN EL PERIODO 2005 A 2008**

No	EDAD	GENERO	DOLOR	ICTERICIA	BILIRRUBINAS	FOSFATASA ALCALINA	LITIASIS BILIAR	COLECISTECTOMIA PARCIAL	COLECISTECTOMIA TOTAL	VESICULA CON PARED ENGROSADA	COLELITIASIS
1	72	femenino	si	si	NORMAL	ANORMAL	SI	si	no	si	si
2	34	femenino	si	no	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	no	si	no
3	53	masculino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
4	72	masculino	si	no	NORMAL	NORMAL	SI	no	no	si	no
5	69	femenino	si	no	NORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
6	41	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	NO	no	si	si	si
7	64	femenino	si	no	NORMAL	NORMAL	SI	no	si	si	si
8	84	femenino	si	no	ANORMAL	NORMAL	SI	no	si	si	no
9	46	masculino	si	no	NORMAL	ANORMAL	SI	no	no	si	no
10	63	masculino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	NO	no	si	si	no
11	78	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	no
12	38	masculino	si	no	ANORMAL	ANORMAL	NO	no	si	si	no
13	69	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
14	78	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	no	si
15	76	femenino	si	no	NORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
16	54	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	si	no	si	no
17	63	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	no
18	59	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	no
19	70	femenino	si	no	NORMAL	ANORMAL	SI	no	no	si	no
20	83	masculino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	NO	no	si	si	si

**PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CVB EN EL HUN EN EL PERIODO 2005 A 2008**

No	EDAD	GENERO	DOLOR	ICTERICIA	BILIRRUBINAS	FOSFATASA ALCALINA	LITIASIS BILIAR	COLECISTECTOMIA PARCIAL	COLECISTECTOMIA TOTAL	VESICULA CON PARED ENGROSADA	COLELITIASIS
21	75	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	si	no	si	si
22	75	masculino	si	no	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	no	si
23	78	femenino	si	si	NORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
24	43	masculino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	si	no	si	no
25	53	femenino	si	no	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
26	75	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
27	78	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
28	60	femenino	si	no	NORMAL	NORMAL	NO	no	si	no	si
29	42	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si
30	66	femenino	si	si	ANORMAL	ANORMAL	SI	no	si	si	si

**Anexo F.** Tabla de colecistectomía realizadas en el Hospital Universitario de Neiva. Año 2005 a 2008

<b>COLECISTECTOMIA EN HOMBRE</b>					
	2005	2006	2007	2008	TOTAL
<20	1	0	0	0	1
21 A 30	8	4	2	1	15
31 A 40	9	5	3	6	23
41 A 50	11	8	8	2	29
51 A 60	6	9	9	8	32
61 A 70	8	5	10	9	32
71 A 80	3	9	12	8	32
>80	4	0	10	3	17
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>54</b>	<b>37</b>	<b>181</b>
<b>PACIENTES CON LITIASIS BILIAR = 122</b>					
<b>COLECISTECTOMIA EN MUJERES</b>					
	2005	2006	2007	2008	TOTAL
<20	7	11	13	12	43
21 A 30	26	22	21	18	87
31 A 40	38	18	33	29	118
41 A 50	39	19	32	29	119
51 A 60	18	13	28	16	75
61 A 70	20	15	10	11	56
71 A 80	7	15	14	12	48
>80	4	2	4	3	13
<b>TOTAL</b>	<b>159</b>	<b>115</b>	<b>155</b>	<b>130</b>	<b>559</b>
<b>PACIENTES CON LITIASIS BILIAR = 457</b>					

<b>AÑOS</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>TOTAL</b>
<b>0-10 años</b>	0	0	0	0	0
<b>11-20 años</b>	0	0	0	0	0
<b>21-30 años</b>	0	0	0	0	0
<b>31-40 años</b>	1	1	0	0	2
<b>41-50 años</b>	1	1	1	1	4
<b>51-60 años</b>	2	0	1	2	5
<b>61-70 años</b>	2	3	1	1	7
<b>71-80 años</b>	1	2	5	2	10
<b>81-90 años</b>	1	1	0	0	2
<b>91-100 años</b>	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>30</b>

**Anexo G.** Tabla de estado final de los casos reportados con CVB en el Hospital Universitario de Neiva. Año 2005 a 2008

No	GENERO	EDAD (MESES)	ESTADIO	SOBREVIDA EN MESES	ESTADO ACTUAL
1	F	72	II	15	VIVO
2	F	34	IV	30	VIVO
3	M	53	O	44	VIVO
4	M	72	IV	1	MUERTO
5	F	69	I	14	VIVO
6	F	41	II	8	MUERTO
7	F	64	II	5	MUERTO
8	F	84	II	45	VIVO
9	M	46	IV	7	MUERTO
10	M	63	IV	26	VIVO
11	F	78	II	49	VIVO
12	M	38	II	0	MUERTO
13	F	69	II	6	MUERTO
14	F	78	I	9	MUERTO
15	F	76	I	20	VIVO
16	F	54	IV	5	MUERTO
17	F	63	IV	0	MUERTO
18	F	59	II	0	MUERTO
19	F	70	II	39	VIVA
20	M	83	I	0	MUERTO
21	F	75	II	0	MUERTO
22	M	75	O	23	VIVO
23	F	78	II	3	MUERTO
24	M	43	IV	0	MUERTO
25	F	53	O	8	VIVO
26	F	75	III	7	VIVO
27	F	78	O	7	VIVO
28	F	60	O	6	VIVO
29	F	42	II	7	VIVO
30	F	66	II	8	MUERTO

Anexo H. Cuadro de AJCC. Clasificación TNM de CVB. Sexta edición. Año 2002

**Table 2**

**American Joint Committee on Cancer (AJCC) TNM Staging for Gallbladder Cancer\***

**Primary Tumor (T)**

- TX** Primary tumor cannot be assessed
- T0** No evidence of primary tumor
- Tis** Carcinoma *in situ*
- T1** Tumor invades lamina propria or muscle layer
- T1a** Tumor invades lamina propria
- T1b** Tumor invades muscle layer
- T2** Tumor invades perimuscular connective tissue; no extension beyond serosa or into liver
- T3** Tumor perforates the serosa (visceral peritoneum) and/or directly invades the liver and/or one other adjacent organ or structure, such as the stomach, duodenum, colon, pancreas, omentum, or extrahepatic bile ducts
- T4** Tumor invades main portal vein or hepatic artery or invades multiple extrahepatic organs or structures

**Regional Lymph Nodes (N)**

- NX** Regional lymph nodes cannot be assessed
- N0** No regional lymph node metastasis
- N1** Regional lymph node metastasis

**Distant Metastasis (M)**

- MX** Distant metastasis cannot be assessed
- M0** No distant metastasis
- M1** Distant metastasis

**Stage Grouping**

<b>Stage 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Stage IA</b>	T1	N0	M0
<b>Stage IB</b>	T2	N0	M0
<b>Stage IIA</b>	T3	N0	M0
<b>Stage IIB</b>	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
<b>Stage III</b>	T4	Any N	M0
<b>Stage IV</b>	Any T	Any N	M1

**Histologic Grade (G)**

- GX** Grade cannot be assessed
- G1** Well differentiated
- G2** Moderately differentiated
- G3** Poorly differentiated
- G4** Undifferentiated

\*Used with the permission of the American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The original and primary source for this information is the *AJCC Cancer Staging Manual, Sixth edition (2002)* published by Springer-Verlag New York. (For more information, visit [www.cancerstaging.net](http://www.cancerstaging.net).) Any citation or quotation of this material must be credited to the AJCC as its primary source. The inclusion of this information herein does not authorize any reuse or further distribution without the expressed written permission of Springer-Verlag New York on behalf of the AJCC.



