

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

---

**CARCINOMA PRIMARIO**

DE LA

**VESICULA BILIAR**

EN NUESTRO MEDIO

---

**TESIS DOCTORAL**

PRESENTADA POR

**MANUEL Ma. CAMPOS QUESADA**

PREVIA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

---

SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 1958.

F  
No. 11  
21182  
F.M.2  
E-1

0615. 9

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

RECTOR:

DR. ROMEO FORTÍN MAGAÑA

SECRETARIO GENERAL:

DR. MANUEL HENRÍQUE CÓRDOVA

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

DR. SATURNINO CORTÉS MARTÍNEZ.

SECRETARIO:

DR. JOSÉ LLERENA GAMBOA.



## U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

## FACULTAD DE MEDICINA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE  
DOCTORAMIENTO PRIVADO

## PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

## CLINICA OBSTETRICA:

PRESIDENTE: DR. ANTONIO LAZO GUERRA  
PRIMER VOCAL: DR. JOAQUÍN RAMOS RAMÍREZ  
SEGUNDO VOCAL: DR. ARTURO JOVEL MUNGUÍA

## SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

## CLINICA MEDICA:

PRESIDENTE: DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ  
PRIMER VOCAL: DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ  
SEGUNDO VOCAL: DR. LUIS J. ESCALANTE

## TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

## CLINICA QUIRURGICA:

PRESIDENTE: DR. LUIS A. MACÍAS  
PRIMER VOCAL: DR. FERNANDO ALVARADO PIZA.  
SEGUNDO VOCAL: DR. ORLANDO DE SOLA

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE:

DR. CARLOS GONZÁLEZ BONILLA I. P. D.

PRIMER VOCAL:

DR. ROBERTO MASFERRER

SEGUNDO VOCAL:

DR. SALVADOR INFANTE DÍAZ.

D E D I C A T O R I A

A LA MEMORIA DE MI PADRE

ABEL CAMPOS LOBO.

A MI MADRE

BERTA QUEZADA DE CAMPOS

A MI ESPOSA

ALICIA TOBIAS DE CAMPOS.

## P L A N D E I R A B A J O

- I.- INTRODUCCIÓN.
- II.- INCIDENCIA.
- III.- EDAD Y SEXO.
- IV.- ETIOLOGÍA.
- V.- ANATOMÍA PATOLÓGICA.
- VI.- SINTOMATOLOGÍA.
- VII.- DIAGNÓSTICO.
- VIII.- TRATAMIENTO.
- IX.- RESUMEN Y CONCLUSIONES
- X.- BIBLIOGRAFÍA.

## I N T R O D U C C I O N

EL OBJETO DEL PRESENTE TRABAJO DE TESIS, ES HACER UN ESTUDIO DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR EN NUESTRO MEDIO, DADO QUE EN LA LITERATURA MÉDICA NACIONAL NO ENCONTRAMOS REVISIÓN ALGUNA AL RESPECTO.

EL ESTUDIO SE HIZO SOBRE CASOS COMPROBADOS MICROSCÓPICAMENTE DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR, PARA LO CUAL SE REVISÓ LOS ARCHIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL ROSALES, COMPRENDIENDO LOS AÑOS DE 1952 A 1957, FECHAS INCLUSIVAS. ESTA REVISIÓN SE PRACTICÓ EN LAS DOS SECCIONES DE DICHO DEPARTAMENTO: EN LA DE BIOPSIAS Y EN LA DE AUTOPSIAS.

EL NÚMERO DE BIOPSIAS REVISADAS EN ESE PERÍODO DE SEIS AÑOS FUÉ DE 20.919 Y EL DE AUTOPSIAS DE 969.

EN ESTE MATERIAL REVISADO SE ENCONTRARON 18 CASOS COMPROBADOS DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR, CATORCE CASOS EN LA SECCIÓN DE BIOPASIAS Y CUATRO EN LA DE AUTOPSIAS. LA HOJA CLÍNICA DE UNO DE LOS CASOS COMPROBADOS POR BIOPSIA NO PUDO ENCONTRARSE EN LOS ARCHIVOS DEL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN DEL HOSPITAL, POR LO CUAL EL PORCENTAJE GENERAL SE HARÁ BASÁNDOSE EN LOS 18 CASOS Y EL ESTUDIO ANALÍTICO SE HARÁ ÚNICAMENTE CON 17 CASOS.

SE REVISÓ TAMBIÉN EL ARCHIVO DE LA SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL ROSALES EN EL MISMO PERÍODO DE SEIS AÑOS (DE 1952 A 1957) Y SE ENCONTRÓ QUE SE PRACTICARON 524 COLECISTECTOMÍAS; DE LAS CUALES ÚNICAMENTE 497 FUERON ESTUDIADAS MICROSCÓPICAMENTE, HABIÉNDOSE ENCONTRADO 9 CASOS DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR.

ADEMÁS HABÍAN CINCO CASOS EN QUIENES SE PRACTICÓ ÚNICAMENTE

2.-

Y PARA TERMINAR, QUIERO TESTIMONIAR MI AGRADECIMIENTO AL DR. ROBERTO MASFERRER POR EL MATERIAL SUMINISTRADO, SIN EL CUAL NO HUBIERA SIDO POSIBLE EL PRESENTE TRABAJO. AGRADECIENDO AL MISMO TIEMPO AL - DR. SALVADOR INFANTE DÍAZ SU VALIOSA COLABORACIÓN.

## I N C I D E N C I A

EN LAS 20.919 BIOPSIAS REVISADAS, SE ENCONTRARON 502 CORRESPONDIENTES A VESÍCULA BILIAR; DE ESTAS 502 VESÍCULAS EXAMINADAS, 14 TUVIERON CARCINOMA, LO CUAL NOS DA EL PORCENTAJE DEL 0.066% DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR EN TODAS LAS BIOPSIAS, Y EL 2.98% DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR EN VESÍCULAS CON PATOLOGÍA ESTUDIADAS MICROSCÓPICAMENTE. (CUADRO 1).

CUADRO No. 1

INCIDENCIA DEL CARCINOMA DE LA VESICULA BILIAR EN 20.919 BIOPSIAS, EN 502 VESICULAS CON PATOLOGIA ESTUDIADAS MICROSCOPICAMENTE.

No. DE BIOPSIAS	VESÍCULAS CON PATOLOGÍA ESTUD.	No. DE CARCINOMAS EN ESTAS VESÍCULAS.	PORCENTAJE DE CARCINOMAS DE LA VESÍCULA B.	
			EN TODAS LAS BIOP.	EN LAS VESÍCULAS ESTUD
20.919	502	14	0.066%	2.98%

EN LAS 969 AUTOPSIAS SE ENCONTRÓ 79 CASOS DE CARCINOMA, DE LOS CUALES CUATRO ERAN CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR. EN EL CUADRO No. 1 SEÑALAMOS LA INCIDENCIA DEL CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR EN RELACIÓN AL NÚMERO TOTAL DE CARCINOMAS ENCONTRADOS A LA AUTOPSIA.

CUADRO No. 11

INCIDENCIA DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESICULA BILIAR EN 969 AUTOPSIAS Y EN 79 CARCINOMAS ENCONTRADAS A LA AUTOPSIA.

TOTAL DE AUTOPSIAS	TOTAL DE CARCINOMAS	No. DE CARCINOMAS DE LA VESÍCULA B.	% DE CARCIN. DE VESÍCULA B. EN TOTAL AUTOP.	% CARCINOMAS DE VESÍCULA EN TOTAL DE CARCINOMAS.
969	79	4	0.41	5

EN UN ANALISIS QUE HIZO CASTRO, REVISANDO CINCO AÑOS DE 1950 A 1954, EN EL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL ROSALES ENCONTRÓ EL CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR EN EL 0.44% DE TODAS LAS AUTOPSIAS. LO CUAL ESTA DE ACUERDO CON LO ENCONTRADO POR NOSOTROS.

HACIENDO UN ESTUDIO COMPARATIVO DE NUESTROS PORCENTAJES CON LO PUBLICADO AL RESPECTO, ENCONTRAMOS QUE ARMINSKI (2), EN UN ESTUDIO DE 23 AUTORES DE DISTINTOS PAISES (E.E.U.U., INGLATERRA Y EUROPA CONTINENTAL) ANALIZA 206.098 AUTOPSIAS, ENCONTRANDO 13.914 CASOS DE CARCINOMA EN GENERAL; CORRESPONDIENDO A CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR 908 CASOS, LO QUE DA UN PORCENTAJE DEL 0.43% DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA EN TODAS LAS AUTOPSIAS Y UN PORCENTAJE DEL 4.53% DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA EN TODOS LOS CARCINOMAS ENCONTRADOS A LA AUTOPSIA. CIFRAS ESTAS QUE GUARDAN SEMEJANZA CON LAS ENCONTRADAS EN NUESTRA SERIE.

GRAHAM(10) ANALIZA LAS ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD DEL BUREAU OF THE CENSUS DE LOS E.E.U.U. EN LOS AÑOS DE 1925 Y 1926, LLEGA A LA CONCLUSIÓN DE QUE EL CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR REPRESENTA ALRE

DEDOR DEL 8 AL 10% DE TODOS LOS CARCINOMAS, Y QUE LA INCIDENCIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL ES DE 9 PARA 100.000.

EN LAS MISMAS AUTOPSIAS ESTUDIADAS HICIMOS UNA REVISIÓN CON RESPECTO AL NÚMERO DE COLELITIASIS ENCONTRADAS, HABIÉNDOSE HALLADO 47 CASOS DE VESÍCULAS CON CÁLCULOS. EN ESTAS VESÍCULAS CON CÁLCULOS ENCONTRAMOS TRES CARCINOMAS PRIMARIOS, LO QUE NOS DA UN PORCENTAJE DE 6.38% DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR ASOCIADA A LITIASIS BILIAR, CIFRA QUE ES MUCHO MÁS ALTA QUE LA DADA POR OTROS AUTOPRES. PARA ANDERSON (1)), EL 3% DE LAS COLELITIASIS A LA AUTOPSIA TIENE CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR.

EN LA REVISIÓN QUE SE HIZO DEL ARCHIVO DE LA SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL ROSALES, SE ENCONTRÓ, EN LOS SEIS AÑOS, 524 COLECISTECTOMÍAS, DE LAS CUALES ÚNICAMENTE 497 FUERON EXAMINADAS MICROSCÓPICAMENTE, HABIÉNDOSE ENCONTRADO EN ELLAS NUEVE CASOS DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR EN 497 COLECISTECTOMÍAS EXAMINADAS HISTOLÓGICAMENTE (CUADRO No. III).

CUADRO No. III

INCIDENCIA DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESICULA BILIAR EN 497 COLECISTECTOMIAS, EXAMINADAS HISTOLÓGICAMENTE.

TOTAL DE COLECISTECTOMÍAS CON EST. HISTOLÓGICO.	VESÍCULAS CARCINOMATOSAS	%
497	9	1.81

EN LA LITERATURA MÉDICA ENCONTRAMOS QUE EL PORCENTAJE DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS:

DA UNA CIFRA VARIABLE NO SÓLO SEGÚN EL NÚMERO DE CASOS ESTUDIADOS, SINO QUE EN UNA MISMA CLÍNICA VARÍAN SEGÚN LA DÉCADA; DEL 1921 A 1930 Y EN 14.487 COLECISTECTOMÍAS, JUDD Y GRAY (14) ENCONTRARON UN PORCENTAJE DEL 0.88% DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR; EN LA MISMA CLÍNICA DE 1930 A 1940 Y EN 11.135 COLECISTECTOMÍAS ENCONTRARON GRAY Y SHARPE (11) 0.71% DE CARCINOMAS. COOPER (6) EN 1.500 CASOS ENCONTRÓ 3% DE CARCINOMAS, Y CATTELL (5) EN 2187 COLECISTECTOMÍAS ENCONTRÓ 1.32% DE CARCINOMAS.

ENTRE NOSOSTROS, CASTRO (4) ENCONTRÓ UN PORCENTAJE DEL 2.16% DE CARCINOMAS DE LA VESÍCULA BILIAR EN 185 CASOS DE ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR COLECISTECTOMIZADOS Y ESTUDIADOS MICROSCÓPICAMENTE.

EN FRANCIA, LEMIERE (17) COLOCA EL CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR EN QUINTO LUGAR CON RESPECTO A LOS CÁNCERES DEL TUBO DIGESTIVO, DESPUÉS DEL ESTÓMAGO, ÍNTESTINO GRUESO, RECTO Y ESÓFAGO. Y PARA ESTE MISMO AUTOR, DICHO CARCINOMA DE LA VESÍCULA REPRESENTA DEL 60 AL 82% DE LOS CARCINOMAS DE LAS VÍAS BILIARES EXTRAHEPÁTICAS.

EDAD Y SEXO

ES UNA AFECCIÓN DE LA EDAD ADULTA, MÁS LA CARACTERÍSTICA ESENCIAL ES QUE APARECE, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, COMO UNA COMPLICACIÓN DE LA LITIASIS BILIAR; DE AHÍ QUE SEA EN LA MUJER MÁS FRECUENTE QUE EN EL HOMBRE.

PARA LOS EFECTOS DE CLASIFICACIÓN, EN LO QUE A EDAD SE REFIERE HEMOS DIVIDIDO EL TOTAL DE NUESTROS PACIENTES EN CINCO GRUPOS CORRESPONDIENTES A LAS DÉCADAS DESDE LA CUARTA A LA OCTAVA; SIENDO NUESTRO CASO MÁS JOVEN DE 39 AÑOS Y EL MÁS VIEJO DE 77 AÑOS. EL PROMEDIO DE EDAD ENCONTRADO POR NOSOTROS FUÉ DE 54.1 AÑOS.

CUADRO No. IV

FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD SEGUN LA EDAD Y EL SEXO Y SUS PORCENTAJES

EDAD	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	MASC.	FEMEN.		
39 AÑOS	---	1	1	5.88%
40-49 "	1	4	5	29.4%
50-59 "	---	6	6	35.23%
60-69 "	---	3	3	17.64%
70-79 "	---	2	2	11.76%

COMO PUEDE APRECIARSE EN EL CUADRO No. IV, LA MAYOR FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD SE PRESENTÓ EN LA SEXTA DÉCADA DE LA VIDA, EN QUE ENCONTRAMOS UN PORCENTAJE DEL 35.23%. AL GENERALIZAR, PODRÍAMOS DECIR QUE EN CONJUNTO, EL 94.1% OSCILABA ENTRE LOS CUARENTA Y LOS OCHENTA AÑOS, ENCONTRÁNDOSE SOLAMENTE UN CASO POR DEBAJO DE ESA EDAD. ESTA FRECUENCIA ESTÁ DE ACUERDO CON LO QUE NOS PRESENTA LA LITERATURA MÉDICA AL RESPECTO. EN LA SERIE LICHTENSTEIN Y TANNEN-

8.-

BAUM (18) DE 75 CASOS ENCONTRARON 26 EN LA SEXTA DÉCADA DE LA VIDA, LO QUE REPRESENTA UN 34.25%. LAM (16), EN UNA SERIE DE 34 CASOS ENCUENTRA UN 34% EN LA MISMA DÉCADA; SIENDO ÉSTA LA DÉCADA EN QUE DICHS AUTORES ENCONTRARON EL PORCENTAJE MÁS ALTO.

BOCKUS (3) ESTIMA QUE LA INCIDENCIA ES MUY BAJA EN PACIENTES MENORES DE CUARENTA AÑOS Y HACE VER QUE OCURRE MÁS COMÚNMENTE DE LOS CINCUENTA A LOS CINCUENTA Y NUEVE AÑOS.

TODOS LOS AUTORES ESTÁN ACORDES EN SEÑALAR QUE LA MÁXIMA FRECUENCIA DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR OCURRE EN LA MUJER. ASÍ FINNERY (7) ENCONTRÓ 88.8% EN MUJERES; ROLLESTON Y MCNEE (20), EN UNA REVISIÓN HECHA EN INGLATERRA Y GALES DE 1913 A 1920 Y QUE COMPRENDE 3242 CASOS, ENCONTRARON UNA INCIDENCIA DEL 71% EN MUJERES. PARA PONS (20) ES CUATRO VECES MÁS FRECUENTE EN LA MUJER -- QUE EN EL HOMBRE. DE NUESTRA SERIE, DIECISEIS CASO O SEA EL 94.1% ERAN MUJERES.

## E T I O L O G I A

SU ORIGEN, COMO EL DE TODOS LOS CÁNCERES, PERMANECE OSCURO. LA LITIASIS PARECE INFLUIR MUCHO, PUES SE ENCUENTRA ASOCIADA A LA NEOPLASIA EN UN 65 A 95% DE LOS CASOS. EN LA SERIE REVISADA POR NOSOTROS, DOCE CASOS PRESENTARON CÁLCULOS EN LA VESÍCULA O SEA -- 70.54%.

LA LITERATURA MÉDICA SEÑALA QUE DEL 1 AL 2% DE LOS COLELITIASIS PRESENTA CARCINOMA PRIMITIVO DE LA VESÍCULA BILIAR.

NOSOTROS ENCONTRAMOS QUE EL 2.98% DE VESÍCULAS CON PATOLOGÍA ESTUDIADAS MICROSCÓPICAMENTE PRESENTÓ CARCINOMA PRIMARIO (CUADRO 1).

LA MAYORÍA DE LOS AUTORES ESTÁ DE ACUERDO EN SEÑALAR LOS CÁLCULOS COMO RESPONSABLES DEL CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR; BASANDO SUS CONCLUSIONES EN LOS HECHOS SIGUIENTES: 1.- LA MAYORÍA DE CASOS DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA ESTÁN ASOCIADOS A COLELITIASIS; 2.- EL CARCINOMA SECUNDARIO DE LA VESÍCULA ESTÁ RARAMENTE ASOCIADO A COLELITIASIS; 3.- LA FRECUENCIA MUCHO MÁS GRANDE DE CÁNCER EN LA MUJER; 4.- LA PREEXISTENCIA DE CÁLCULOS, DIAGNOSTICADOS AÑOS ANTES DE LA APARICIÓN DEL CÁNCER; 5.- LA REPRODUCCIÓN EXPERIMENTAL DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA, INTRODUCIENDO CUERPOS EXTRAÑOS EN LA MISMA, AUNQUE TAL REPRODUCCIÓN NO SE PUEDE TENER EN REALIDAD COMO DEFINITIVA, DADO QUE CIERTOS AUTORES OBJETAN QUE SI SE HA OBTENIDO UNA PROLIFERACIÓN EPITELIAL INDISCUTIBLE, ES DIFÍCIL AFIRMAR DE UNA MANERA ABSOLUTA LA NATURALEZA CANCEROSA DE LAS LESIONES.

NUMEROSOS INVESTIGADORES HAN TRATADO DE PRODUCIR CARCINOMA

DE LA VESÍCULA BILIAR EXPERIMENTALMENTE EN ANIMALES DE LABORATORIO FORTNER (8), DEL MEMORIAL CENTER OF CANCER DE N. Y., ENCONTRÓ CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR CON INVASIÓN A LOS ÓRGANOS ADYACENTES Y CON METÁSTASIS EN CINCO DE SEIS GATOS QUE SOBREVIVIERON DE 23 A 32 MESES DESPUÉS DE LA INPLANTACIÓN DE PÍLDORAS DE METILCOLANTRENO EN EL LUMEN VESICULAR. OCHO GATOS QUE MURIERON DE 3 A 6 MESES DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO SIMILAR NO PRESENTARON EVIDENCIA DE CÁNCER. CINCO DE SEIS PERROS EXPUESTOS AL MISMO PROCEDIMIENTO Y POR UN PERÍODO DE TIEMPO SIMILAR, SE MANTUVIERON VIVOS Y BIEN. UN PERRO MURIÓ UNOS TREINTA MESES DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A LA SUBSTANCIA CARCINOGENICA, PERO NO SE ENCONTRÓ EVIDENCIA DE CÁNCER.

LA CONCLUSIÓN A QUE LLEGA EL AUTOR, ES QUE ESTOS HALLAZGOS MUESTRAN QUE EL EPITELIO DE LA VESÍCULA BILIAR DE ANIMALES FILOGENÉTICAMENTE ALTOS ES SUSCEPTIBLE DE CÁNCER INDUCIDO POR UN COMPUESTO QUÍMICAMENTE RELACIONADO CON LAS SUBSTANCIAS NATURALES DE LA BILIS.

ALGUNOS AUTORES HAN REPORTADO QUE LOS CÁLCULOS DE LOS CASOS DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA ERAN RADIOACTIVOS SUGIRIENDO QUE EL RADIUM CONTENIDO EN ESTOS CÁLCULOS ESTABA ESTRECHAMENTE LIGADO A LA OCURRENCIA DE CARCINOMA ALREDEDOR DE ELLOS. POSTERIORMENTE FORTNER (8) HIZO UN ESTUDIO AL RESPECTO Y NO PUDO COMPROBAR LA PRESENCIA DE RADIUM EN LOS CÁLCULOS DE CASOS DE VESÍCULA CANCEROSA.

ES GENERALMENTE ACEPTADO QUE LA INFECCIÓN ES UN PROCESO PATOLÓGICO MÁS COMÚN QUE LOS CÁLCULOS, Y QUE EN ESTAS VESÍCULAS QUE MUESTRAN INFLAMACIÓN, HAY EVIDENCIA DE PROLIFERACIÓN E HIPERPLASIA REGERATIVA DE LA MUCOSA EPITELIAL. SI UN CARCINOMA SE ENCUENTRA TEMPERANAMENTE Y SE LIMITA A UNA PEQUEÑA ÁREA DE MANERA QUE LO QUE QUE-

## 11.-

A DE LA VESÍCULA PUEDA SER ESTUDIADO MICROSCÓPICAMENTE, SE ENCONTRAN DIFERENTES GRADOS DE INFECCIÓN CON ÁREAS FIBROSAS, DENOTANDO UN BUENO PROCESO INFLAMATORIO. ESTOS HECHOS HAN INCLINADO A LOS AUTORES A SUGERIR LA PROBABLE INFLUENCIA DE LA INFLAMACIÓN EN LA ETIOLOGÍA DEL CARCINOMA.

EN GENERAL SE CREE QUE ES UNA COMBINACIÓN DE FACTORES LO QUE DETERMINA LA FORMACIÓN DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR; IRRITACIÓN MECÁNICA POR LOS CÁLCULOS, INFLAMACIÓN QUE EXCITA LA HIPERPLASIA CELULAR, METABOLISMO DEL COLESTEROL Y LA ACCIÓN IRRITATIVA DE LA BILIS.

SE HA CITADO TAMBIÉN QUE EL CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR PUEDE ORIGINARSE DE LESIONES BENIGNAS COMO PAPILOMAS Y ADENOMAS, PERO ESTA RELACIÓN ES AÚN MUY INCIERTA.

## ANATOMIA PATOLOGICA

PATOLOGÍA MACROSCÓPICA.— EL CUADRO MACROSCÓPICO DE LA ENFERMEDAD DEPENDE DE LOS SIGUIENTES FACTORES: 1º. EL TIPO DE TUMOR PRESENTE; 2º. EL SITIO DE ORIGEN DEL TUMOR; 3º. EL ESTADO DE LA ENFERMEDAD; 4º. LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES.

LA VESÍCULA PUEDE ESTAR AUMENTADA, RETRAIDA, ENGROSADA, O NORMAL EN APARIENCIA.

EL TIPO INFILTRANTE O ESCIRRO DEL ADENOCARCINOMA ORDINARIAMENTE PRODUCE UNA RETRACCIÓN, CONTRAYÉNDOSE LA VESÍCULA. TODA LA PARED ESTÁ INVADIDA, INFILTRADA E INDURADA; LA VESÍCULA ESTÁ COMO ENCLAVADA EN UNA MASA DE TEJIDO DEGENERADO; ESTE ES UN TEJIDO FIRME QUE CRUCE BAJO EL CORTE. EN CAMBIO EN EL TIPO COLOIDE, LA VESÍCULA ESTÁ MÁS O MENOS AUMENTADA Y LLENA DE UNA SUBSTANCIA COLOIDE. EN EL TIPO APILAR, EL TUMOR CRECE HACIA EL INTERIOR DE LA CAVIDAD DE LA VESÍCULA, FORMANDO UNA MASA EN COLIFLOR, SESIL O PEDICULADA, EN GENERAL LLANA Y FRIABLE, QUE SE ULCERA FÁCILMENTE.

CUANDO LAS LESIONES SE ENCUENTRAN EN EL CUELLO O CERCA DEL CUELLO DEL ÓRGANO, APARECE LA OBSTRUCCIÓN MÁS TEMPRANAMENTE, CAUSANDO LA DILATACIÓN DE LA VESÍCULA, EN CUYA CAVIDAD SE ENCUENTRA UN LÍQUIDO VISCOSO Y POCO COLOREADO, O BIEN, AL CONTRARIO, UNA BILIS ESPESA; ENCONTRÁNDOSE TAMBIÉN EN OCASIONES LA VESÍCULA LLENA DE PUS O SANGRE. EN CUALQUIERA DE LOS CASOS SE ENCUENTRAN CÁLCULOS BILIARES MÁS O MENOS NUMEROSOS.

EN GENERAL EL PROCESO SE ENCUENTRA TAN AVANZADO A LA HORA DE LA OPERACIÓN O DE LA AUTOPSIA QUE ES MUY DIFÍCIL DETERMINAR EL SITIO DE ORIGEN DEL TUMOR.

UNA DE LAS COMPLICACIONES DEL CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR ES LA PERFORACIÓN, LA CUAL PUEDE HACERSE HACIA UNA VÍSCERA VECINA O LA CAVIDAD PERITONEAL. KIRSHBAUM Y KOZOLL (15) ENCONTRARON PERFORACIÓN AL DUODENO EN EL 5.4%, AL COLON EN EL 9% Y A LA CAVIDAD PERITONEAL GENERAL EN EL 5%.

OTROS HALLAZGOS PATOLÓGICOS MENCIONADOS SON: ABSCESO PERICOLEÍSTICO, ABSCESO HEPÁTICO, Y TODAS LAS FASES DE CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA PARED VESICULAR.

PATOLOGÍA MICROSCÓPICA. EL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR ES UN ADENOCARCINOMA EN MÁS DEL 90% DE LOS CASOS, PERO OCASIONALMENTE UN TIPO DE CÉLULAS ESCAMOSAS O A CÉLULAS MIXTAS. EN LOS CASOS EXAMINADOS POR NOSOTROS ENCONTRAMOS QUE TODOS FUERON DESCRITOS COMO ADENOCARCINOMAS. ARMINSKI (2), EN UN GRUPO DE 502 CASOS DE TUMORES MALIGNOS DE LA VESÍCULA ENCONTRÓ QUE EL 91.2% FUERON ADENOCARCINOMAS; 4.9% TUMOR A CÉLULAS MIXTAS Y 3.8% TUMOR A CÉLULAS ESCAMOSAS.

EN GENERAL SE SUBDIVIDEN LOS ADENOCARCINOMAS EN TRES GRUPOS: A FORMA ESCIRROSA O INFILTRANTE; LA PAPILAR O VELLOSA; Y EL TIPO MELANOCITARIO, MUCOIDE O COLOIDE; DE TODOS LOS ADENOCARCINOMAS DE NUESTRA SERIE ÚNICAMENTE UNO DE ELLOS FUÉ DESCRITO COMO DEL TIPO PAPILAR. TODOS LOS DEMÁS FUERON DESCRITOS COMO ADENOCARCINOMAS SIN ESPECIFICAR A QUÉ GRUPO O SUBDIVISIÓN PERTENECÍAN.

EL TIPO ESCIRRO O INFILTRANTE DE ADENOCARCINOMA SE PRESENTA MÁS FRECUENTEMENTE, 65% SEGÚN ANDERSON (1). CUANDO ES VISTO TEMPRANAMENTE SE ENCUENTRA UN ENGROSAMIENTO O INFILTRACIÓN DE LA PARED. CON EL PROCESAR EL PROCESO, LA PARED SE VUELVE MARCADAMENTE ENGROSADA Y CONTRACTURADA. EN CASOS AVANZADOS LO ÚNICO QUE QUEDA DE LA VESÍCULA

PUEDE SER UNA CUERDA DE TEJIDO FIBROSO ALREDEDOR DE ALGÚN CÁLCULO, ÉSTA ESTÁ PRESENTE. DEPENDIENDO DE LA CANTIDAD DE TEJIDO FIBROSO PRESENTE, ESTE TIPO DE ADENOCARCINOMA ES REFERIDO COMO ESCIRRO O IN-  
 FILTRANTE. EL VERDADERO TIPO DE ESCIRRO MUESTRA UNA PROLIFERACIÓN --  
 EXTENSA DE TEJIDO CELULAR CONECTIVO CON UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE --  
 CÉLULAS EPITELIALES ATÍPICAS, QUE USUALMENTE TIENDEN A FORMAR UNA ES-  
 TRUCTURA ALVEOLAR ATÍPICA. EL TIPO INFILTRANTE TIENE MENOS TEJIDO FI-  
 BROSO Y MÁS CÉLULAS EPITELIALES Y ESTRUCTURA ALVEOLAR. EL TIPO ESCI-  
 RRO Y EL TIPO INFILTRANTE DEL ADENOCARCINOMA SON ALTAMENTE MALIGNOS --  
 Y TIENDEN A INVADIR LAS ESTRUCTURAS CONTIGUAS Y METASTATIZAR LOCAL  
 Y DISTALMENTE.

LA FORMA PAPILAR O VELLOSA DEL ADENOCARCINOMA, DE LA CUAL SOLA-  
 MENTE UN CASO ENCONTRAMOS EN NUESTRA SERIE, ES EL TIPO QUE SIGUE EN --  
 FRECUENCIA, ENCONTRÁNDOSE EN EL 22% DE LOS CASOS SEGÚN ANDERSON (1).  
 PUEDE CRECER COMO UN PAPILOMA Y PUEDE APARECER COMO UN CRECIMIENTO PE-  
 NINSULAR AISLADO. CRECE DENTRO DE LA VESÍCULA CON SÓLO UNA MÍNIMA --  
 TENDENCIA A LA INFILTRACIÓN, PERO USUALMENTE FORMA UNA MASA TUMORAL --  
 GRANDE Y TIENDE A EXTENDERSE HACIA LOS CONDUCTOS BILIARES. EL TU-  
 MOR CAUSA UNA RÁPIDA NECROSIS, HABIENDO PROPENSIÓN A LA INFECCIÓN, ES  
 FORMADO POR COLUMNAS DE TEJIDO CONECTIVO CUBIERTO POR CÉLULAS CI-  
 LÍNDRICAS ATÍPICAS E INFILTRADO DE ACINIS GLANDULARES. EL TIPO PAPI-  
 LAR ES MENOS MALIGNO Y DE CRECIMIENTO Y EXTENSIÓN MÁS LENTA QUE LA VA-  
 RIANTE INFILTRANTE. AL RESPECTO PODEMOS ADELANTAR QUE EN NUESTRO CA-  
 SO DE ADENOCARCINOMA PAPILAR NO PUDIMOS COMPROBAR, AL MENOS CLÍNICA-  
 MENTE, QUE SU EVOLUCIÓN FUESE NOTORIAMENTE MÁS LENTA QUE EN LOS DEMÁS  
 TIPOS; SI PUDIMOS CONSTATAR LA EXTENSIÓN HACIA LOS CONDUCTOS BILIARES

EL ADENOCARCINOMA MUCOIDE O COLOIDE COMPRENDE ALREDEDOR DEL 7% SEGÚN ANDERSON (1). REPRESENTA UN CAMBIO REGRESIVO CAUSADO POR UN SOBRECRECIMIENTO DE LOS CONSTITUYENTES DE LA MUCOSA DE LA VESÍCULA: LAS CÉLULAS DEL TUMOR ESTÁN DISTENDIDAS CON MATERIAL MUCOIDE Y PUEDEN TENER UNA FORMA DE ANILLO CIRCULAR.

EL GRADO DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA NO HA SIDO DESCRITO POR MUCHOS AUTORES. EN UNA SERIE DE 49 CASOS, JUDD Y BAUMGARTNER (13) ENCONTRARON QUE CUATRO CASOS FUERON DE TÍPICO GRADO I, VEINTE CASOS DE GRADO II, ONCE CASOS DE GRADO III, Y CATORCE DE GRADO IV, SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE BRODERS.

EXTENSIÓN Y METÁSTASIS. EL CÁNCER PRIMARIO DE LA VESÍCULA SE PROPAGA POR EXTENSIÓN Y POR METÁSTASIS, LA PRIMERA OCURRE MÁS TEMPRANAMENTE Y MÁS A MENUDO. LA LESIÓN PUEDE EXTENDERSE POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES VÍAS: LA PERIVASCULAR, LA INTRAVASCULAR, LA PERINEURÁL, O POR INVASIÓN DEL TRONCO NERVIOSO MISMO. EL HÍGADO ES EL ÓRGANO MÁS FRECUENTEMENTE INVADIDO POR EXTENSIÓN DIRECTA, LA INCIDENCIA ESTIMADA ES DE 60 A 90%. OTROS ÓRGANOS COMUNMENTE AFECTADOS SON LOS CONDUCTOS BILIARES, DUODENO, ESTÓMAGO, COLON, EPIPLÓN PARED ABDOMINAL, PÁNCREAS Y VENA PORTA.

LAS METÁSTASIS OCURREN, MÁS FRECUENTEMENTE EN EL HÍGADO Y EN GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES, PERO CASOS CON METÁSTASIS PRÁCTICAMENTE A CUALQUIER ÓRGANO SE HAN REPORTADO. METÁSTASIS AL HÍGADO SE HAN REPORTADO EN EL 73% DE LOS CASOS DE VADHEIM (24) Y EN EL 82% DE LOS CASOS DE LIEBOWITZ (18). LOS GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES SE HAN ENCONTRADO INVADIDOS ALREDEDOR DEL 60% DE LOS CASOS.

EN CUANTO A INVASIÓN Y METÁSTASIS, EN NUESTRA SERIE ENCONTRA--

OS SIETE CASOS, O SEA UN 41.17%, CON INVASIÓN Y METÁSTASIS AL HÍGA-  
DO, UNO DE LOS CUALES PRESENTÓ ADEMÁS METÁSTASIS AL MESENTERIO. UN  
CASO PRESENTÓ MÚLTIPLES METÁSTASIS AL HÍGADO, A LOS GANGLIOS, AL OVA  
RIO Y AL DUODENO, CON PERFORACIÓN DE ÉSTE ÚLTIMO ÓRGANO. UN CASO --  
PRESENTÓ METÁSTASIS AL EPIPLÓN Y HUBO UNO CON METÁSTASIS A LA PARED  
ABDOMINAL.

## S I N T O M A T O L O G I A

LA SINTOMATOLOGÍA DEL CÁNCER BILIAR ES VARIABLE; DEPENDE DEL SITIO DE LA LESIÓN, DE SU EXTENSIÓN, Y DE LOS CAMBIOS RELACIONADOS CON ELLA. ES UNA ENFERMEDAD DE EVOLUCIÓN INSIDIOSA, Y PUEDE PERMANECER CUALQUIER PERÍODO DE TIEMPO LATENTE. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL TUMOR EVOLUCIONA SIN MANIFESTACIONES CARACTERÍSTICAS, QUE NO LLAMEN LA ATENCIÓN EN ESE SENTIDO.

MUY EXCEPCIONALMENTE SE PRESENTA UNA COMPLICACIÓN SÚBITA, COMO EN EL CASO DE UNA PERFORACIÓN, CON PERITONITIS, EN SUJETO APARENTEMENTE SANO.

PERO CASI SIEMPRE SERÁN FENÓMENOS MENOS AGUDOS QUE APARECERÁN POCO A POCO, PERMITIENDO DESCRIBIR MÚLTIPLES FORMAS CLÍNICAS, QUE SON DE UN INTERÉS RESTRINGIDO, PUESTO QUE LA PROPAGACIÓN DEL TUMOR DEJA POCAS PROBABILIDADES QUIRÚRGICAS.

ES MÁΣ FRECUENTE EN LAS MUJERES ALREDEDOR DE LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA, CON UN PASADO LITIÁSICO.

DE LOS DIECISIETE PACIENTES DE NUESTRA SERIE EN QUE SE PUDO HACER UN ESTUDIO DE SU HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO, DIECISEIS DE ELLOS (EL 94.1%) TENÍAN HISTORIA DE PADECIMIENTO ANTERIOR DE LA VESÍCULA BILIAR, POR UN PERÍODO VARIABLE COMPENDIDO DE UN MES A QUINCE AÑOS.

EN EL CUADRO No. V. REPRESENTAMOS EL PERÍODO DURANTE EL CUAL EL PACIENTE ADOLECIÓ DE PADECIMIENTOS VESICULARES ANTES DE SU CONSULTA, NÚMERO DE PACIENTES EN CADA CASO Y PORCENTAJE.

CUADRO No. 5

TIEMPO DE PADECIMIENTO VESÍCULAR	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
UN MES	2	12.5%
DOS MESES	2	12.5%
TRES MESES	2	12.5%
CUATRO MESES	2	12.5%
SEIS MESES	1	6.25%
VEVE MESES	1	6.25%
DIEZ AÑOS	2	12.5%
QUINCE AÑOS	2	12.5%
VEINTE AÑOS	2	12.5%

JUDD-BAUMGARTNER (13) REPORTARON 54 CASOS EN LOS QUE EL 92.6% TENÍA HISTORIA DE ENFERMEDAD VESICULAR; EL 70% DE ESTOS CASOS TENÍA HISTORIA DE CÓLICO VESICULAR Y EL 20% PRESENTÓ HISTORIA DE DISPEPSIA.

EN NUESTRA SERIE, EL DOLOR FUÉ EL ANTECEDENTE PRINCIPAL EN TODOS LOS PACIENTES. DESCRITO EN GENERAL COMO DE TIPO CÓLICO, Y LOCALIZÁNDOSE EN ESPECIAL A NIVEL DEL HIPOCONDRIO DERECHO Y EPIGASTRIO. TENÍA UNA EVOLUCIÓN MÁS O MENOS CRÓNICA EN DIECISEIS DE ELLOS COMO LO INDICAMOS EN EL CUADRO No. V. EL OTRO PACIENTE PRESENTÓ TAMBIÉN DOLOR, PERO DE UNA EVOLUCIÓN AGUDA DE CUATRO DÍAS, CON COMIENZO EN LA ESPALDA E IRRADIACIÓN POSTERIOR AL ABDOMEN. CINCO PACIENTES PRESENTARON IRRADIACIÓN A LA ESPALDA O HOMBRO DERECHO. SIETE PACIENTES (EL 41.17%) PRESENTARON NÁUSEAS Y VÓMITOS EN UN PERÍODO DE EVOLUCIÓN

A. PÉRDIDA DE PESO SE MENCIONÓ EN SEIS PACIENTES, Y EN UNO DE ELLOS STA DE TREINTA LIBRAS, EN OTRO DE 16 LIBRAS Y EN LOS RESTANTES NO SE NCIONA CIFRA ALGUNA. CINCO PACIENTES (EL 29.4%) NOTARON UN TUMOR A VEL DEL HIPOCONDRIO DERECHO, DE UNA EVOLUCIÓN DE UNO A CUATRO MESES TES DE SU CONSULTA, SIENDO EN TODOS ELLOS SENSIBLE Y MÁS O MENOS --- HERIDOS AL HÍGADO.

EL 35.23% DE NUESTROS PACIENTES NOTARON UN CAMBIO DE SUS SÍNTOS. LOS DOLORES SE PRESENTARON ALGO DIFERENTES DE LOS QUE ELLOS HAN SUFRIDO EN OTRAS OCASIONES, PAROXÍSTICOS COMO EN LA LITIASIS, PE DE UN HORARIO MÁS CAPRICHOSO, SIN OBEDECER A NINGÚN RITMO, Y REBELA A LOS CALMANTES ORDINARIOS. NO TENÍAN NINGUNA RELACIÓN CON LAS CODAS. UNA VEZ QUE EL PAROXISMO HABÍA PASADO, EL DOLOR NO CESABA POR MPLETO, CONSERVANDO EN ALGUNOS CASOS LAS IRRADIACIONES HABITUALES DE LITIASIS, PERO EN GENERAL, Y SOBRE TODO ENTRE LAS CRISIS, SE EXTEN A EL DOLOR HORIZONTALMENTE, ADELANTE Y ATRÁS, RECORDANDO ALGO AL DOR PANCREÁTICO.

LA LITERATURA MÉDICA NOS ENSEÑA QUE EL ESTADO GENERAL DEL ENFERES MALO, ADELGAZANDO RÁPIDAMENTE Y PERDIENDO VARIAS LIBRAS EN ALGUS SEMANAS. Y SE ESTABLECE EN ALGUNAS OCASIONES ASTENIA CONSIDERABLE. NUESTROS PACIENTES ÚNICAMENTE EN SEIS DE ELLOS (35.23%) SE MENCIONÓ RDIDA DE PESO, EN UNO DE TREINTA Y EN OTRO DE 16 LIBRAS. Y EN LOS -- STANTES NO SE MENCIONÓ CIFRA ALGUNA. EL ESTADO GENERAL DE CUATRO DE ESTROS PACIENTES A LA ADMISIÓN ESTABA MUY COMPROMETIDO, TANTO QUE NO MITÍAN INTERVENCIÓN ALGUNA Y FUERON LOS QUE PRECISAMENTE LLEGARON A AUTOPSIA.

EL 76.47% DE LOS PACIENTES DE NUESTRA SERIE PRESENTARON A LA AD-

CIENTES SE ENCONTRÓ DEFENSA MUSCULAR EN ESA REGIÓN. AL INGRESO EL 35.23% TENÍAN FIEBRE Y EL MISMO PORCENTAJE DE PACIENTES PRESENTÓ NAÚSEAS Y VÓMITOS.

EN EL EXAMEN SE ENCONTRÓ ICTERICIA EN EL 58.8% DE LOS PACIENTES. ALGUNOS AUTORES SEÑALAN LA ICTERICIA EN EL 65% DE LOS CASOS Y PARA PONS (20) ES EL PRIMER SÍNTOMA EN EL DOCE POR CIENTO DE ELLOS. EN GENERAL SE DEBE A LA OBSTRUCCIÓN DEL COLÉDOCO POR COMPRESIÓN DE LOS GANGLIOS BILIARES O POR INFILTRACIÓN DE SU LUZ; EN ALGUNOS CASOS A METÁSTASIS HEPÁTICA. TRES DE NUESTROS PACIENTES ICTÉRICOS PRESENTABAN OBSTRUCCIÓN, DEBIDO A LA MASA TUMORAL, A NIVEL DEL CONDUCTO HEPÁTICO O DEL CONDUCTO COLÉDOCO. UN CASO PRESENTÓ CÁLCULOS ENCLAVADOS EN EL COLÉDOCO. LOS SEIS CASOS RESTANTES QUE PRESENTARON ICTERICIA TENÍAN MÚLTIPLES METÁSTASIS HEPÁTICAS.

EN TODOS LOS PACIENTES QUE PRESENTARON ICTERICIA, ÉSTA FUÉ PROGRESIVA Y PERSISTENTE; SE HAN CITADO ALGUNOS CASOS EN LA LITERATURA, EN QUE FUÉ INTERMITENTE Y FLUCTUANTE.

CON RELATIVA FRECUENCIA EL CARCINOMA SE PRESENTA BAJO LA FORMA DE UNA VESÍCULA AGRANDADA, DE LÍMITES FRANCO O DE CONTORNOS DIFUSOS POR EL PROCESO ADHESIVO E INVASIÓN TUMORAL CIRCUNVECINOS. EN NUESTROS PACIENTES, A SEIS DE ELLOS (EL 35.23% DE LA SERIE) SE LES DESCRIBIÓ UN TUMOR A NIVEL DEL PUNTO CÍSTICO, EL CUAL FUÉ MUY VARIABLE EN TAMAÑO EN LOS DIFERENTES CASOS, LLEGANDO EN UNO DE ELLOS A CINCO CENTÍMETROS DE DIÁMETRO. EN TODOS FUÉ DOLOROSO, VARIANDO EL DOLOR DE SUAVE A INTENSO EN ALGUNOS CASOS.

UN CASO PRESENTÓ EL TUMOR NO DIRECTAMENTE EN EL PUNTO CÍSTICO SINO MÁS HACIA EL FLANCO DERECHO, LO QUE DIÓ LUGAR A SOSPECHAR PATO-

EL 52.94% DE LOS PACIENTES PRESENTÓ ALGÚN GRADO DE HEPATOMEGALIA, VARIANDO ÉSTA DE DOS TRAVESES DE DEDO A SEIS TRAVESES DE DEDO DEL REBORDE COSTAL. POR LO GENERAL EL HÍGADO SE DESCRIBIÓ COMO DURO Y DE SUPERFICIE MÁS O MENOS REGULAR, SÓLO EN UN CASO SE DESCRIBIÓ COMO MODERADAMENTE NODULAR. TODOS LOS CASOS CON HEPATOMEGALIA PRESENTARON DOLOR A LA EXPLORACIÓN HEPÁTICA ENTRES DE ELLOS DESCRIBIÓ EL HÍGADO COMO DE CONSISTENCIA DURA.

LOS SÍNTOMAS PRODUCIDOS POR LA METÁSTASIS Y PROPAGACIONES A DISTANCIA DIFIEREN SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DE ÉSTAS.

LA SINTOMATOLOGÍA DE NUESTROS PACIENTES QUE PRESENTARON METÁSTASIS, FUÉ SOBRE TODO DE LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA, YA QUE ÉSTE ÓRGANO FUÉ EN EL QUE SE PRESENTARON LAS METÁSTASIS CON MAYOR FRECUENCIA.

UNA PACIENTE PRESENTÓ OCLUSIÓN INTESTINAL INCOMPLETA Y A LA AUTOPSIA SE ENCONTRÓ MÚLTIPLES PERFORACIONES INTESTINALES DE PROBABLE ORIGEN TÍFICO.

## D I A G N O S T I C O

EL CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR ES DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR. SUELE CONFUNDIRSE, SOBRE TODO, CON LA LITIASIS BILIAR. EN LA SERIE NUESTRA ESTA CONFUSIÓN SE PRESENTÓ EN EL 41.17% DE LOS CASOS.

SI EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CÓLICO HEPÁTICO APARECE UN DOLOR CONTÍNUO, DE SEMANAS DE DURACIÓN, Y UN NÓDULO DURO EN LA REGIÓN COLECÍSTICA, DEBE SOSPECHARSE ESTE DIAGNÓSTICO SOBRE TODO CUANDO EL CASO SE ACOMPAÑA DE ANOREXIA, PÉRDIDA DE PESO CORPORAL E ICTERICIA. ESTA ASOCIACIÓN TÍPICA SÓLO SE OBSERVA EN EL 30% DE LOS CASOS (19). NOSOTROS ENCONTRAMOS ESTA ASOCIACIÓN EN CINCO DE NUESTROS PACIENTES, O SEA EN EL 29.4% DE LA SERIE.

EN LAS FORMAS TUMORALES SERÁ NECESARIO ELIMINAR LOS TUMORES DE LA PARED, DEL MESENTERIO, DEL EPIPLÓN, PTOSIS DEL RIÑÓN, UN TUMOR GÁSTRICO; LOS TUMORES DEL ÁNGULO CÓLICO DEBEN SER ELIMINADOS A LA RADIOGRAFÍA. AL RESPECTO CREO DE INTERÉS CONSIGNAR QUE EN UNO DE NUESTROS PACIENTES SE PRESENTÓ TUMOR, EL DIAGNÓSTICO QUE SE HIZO A LA ADMISIÓN FUÉ DE "PTOSIS RENAL" Y POSTERIORMENTE ESTE MISMO PACIENTE SE INTERVINO QUIRÚRGICAMENTE CON EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS RENAL, ENCONTRÁNDOSE A LA OPERACIÓN QUE DICHO TUMOR CORRESPONDÍA EN REALIDAD A LA VESÍCULA BILIAR CON INVASIÓN AL HÍGADO. LO CUAL DENOTA LO DIFÍCIL DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ALGUNOS CASOS.

EL TUMOR PUEDE SER CONFUNDIDO TAMBIÉN CON LA COLECISTITIS CON PERICOLECISTITIS, PERO EN ÉSTA EL TUMOR ES A MENUDO MAL LIMITADO Y MENOS DURO; EN EL CASO DE UN HIDROCOLECISTO, ÉSTE PRESENTA UN TUMOR MÁS BLANDO, RENITENTE, EN GENERAL MOVIBLE Y SIN ADHERENCIAS.

LOS MEDIOS DE LABORATORIO DE QUE SE DISPONE SERÁN EN GENERAL DE AYUDA EN EL DIAGNÓSTICO. EN NUESTROS CASOS ES DIFÍCIL HACER ALGUNOS COMENTARIOS AL RESPECTO PUESTO QUE NO SE SIGUIÓ EL MISMO PLAN DE EXÁMENES EN TODOS ELLOS. SIN EMBARGO, ALGUNOS EXÁMENES COMO LA DOSIFICACIÓN DE LA HEMOGLOBINA, EL LEUCOGRAMA, LA DOSIFICACIÓN DE BILIRRUBINA Y EL TIEMPO DE PROTROMBINA SE PRACTICARON EN MÁS DE SESENTA POR CIENTO DE LOS CASOS.

ASI TENEMOS QUE, ONCE CASOS TUVIERON UNA HEMOGLOBINA DE MENOS DEL 80%, Y EN UN CASO SE REGISTRÓ LA CIFRA DE 48%. ESTAS CIFRAS TAN BAJAS NO GUARDAN RELACIÓN CON LAS PUBLICADAS POR LA MAYORÍA DE LOS AUTORES; DE 25 CASOS DE ARMINKI (2) SOLAMENTE CINCO TUVIERON UNA HEMOGLOBINA DE MENOS DEL 75% Y CREEMOS QUE ESTÁN MÁS ACORDES CON EL MAL ESTADO GENERAL DE NUESTROS PACIENTES HOSPITALARIOS.

UN CASO PRESENTÓ LEUCOCITOSIS DE 19.350 G.B. POR MM<sup>3</sup>. SE TRATA DE UN PACIENTE DE 39 AÑOSQUE A LA OPERACIÓN SE LE ENCONTRARON MÚLTIPLES MICROABSCESOS HEPÁTICOS Y QUE LA BIOPSIA REVELÓ ADEMÁS METÁSTASIS HEPÁTICAS.

LA BILIRRUBINA ESTABA AUMENTADA EN 10 CASOS, QUE SON LOS 10 CASOS DE NUESTRA SERIE QUE PRESENTARON ICTERICIA. LA CIFRA DE BILIRRUBINA TOTAL MÁS ALTA FUÉ DE 14.85 MGRS.%. ESTE CASO INGRESÓ SIN ICTERICIA, CON UNA BILIRRUBINA TOTAL DE 0.45 MGRS.%. SE PRESENTÓ ESTANDO INTERNADO, Y EN MENOS DE UN MES SUBIÓ LA BILIRRUBINA A LA CIFRA INDICADA. A LA AUTOPSIA SE LE ENCONTRÓ MÚLTIPLES METÁSTASIS HEPÁTICAS, ADEMÁS DE GANGLIONARES, OVÁRICAS, EN EL DUODENO, UN CÁLCULO DE 2 CM. DE DIÁMETRO EN EL CUELLO DE LA VESÍCULA.

EL TIEMPO DE PROTROMBINA SE ENCONTRÓ BAJO LO NORMAL EN LA MA-

YORÍA DE LOS CASOS; LO MISMO QUE LAS PROTEINAS TOTALES, EN CUATRO DE LOS CUALES LA RELACIÓN ALBÚMINO GLOBULINA ESTABA INVERTIDA.

EL TUBAJE DUODENAL PUEDE MOSTRAR CÉLULAS NEOPLÁSICAS EN LA BILIS; PERO SE COMPRENDE LA DIFICULTAD QUE PUEDE HABER PARA DISTINGUIR ESTAS CÉLULAS RÁPIDAMENTE DIGERIDAS EN EL LÍQUIDO DUODENAL. SE PUEDE ENCONTRAR SANGRE EN EL LÍQUIDO DUODENAL PERO SU PRESENCIA NO ES MUY DEMOSTRATIVA (17).

UNICAMENTE A CUATRO DE NUESTROS PACIENTES SE LES PRACTICÓ TUBAJE DUODENAL, HABIENDO ENCONTRADO SANGRE EN TODOS ELLOS. EN DOS SE ENCONTRARON CRISTALES DE BILIRRUBINATO DE CALCIO Y EN UNO DE ELLOS CRISTALES DE COLESTEROL.

LOS ESTUDIOS ROENTGENOGRÁFICOS DE ESTOS ENFERMOS NO HA DADO RESULTADO MUY SATISFACTORIO. LA RADIOGRAFÍA EN CASI TODOS LOS CASOS MUESTRA FALTA DE FUNCIONAMIENTO DE LA VESÍCULA, Y PUEDE CONSTATAR TAMBIÉN LA PRESENCIA DE CÁLCULOS OPACOS A LOS RX., PUEDE ASÍ MISMO PONER EN EVIDENCIA UNA ENFERMEDAD DEL TUBO DIGESTIVO EN RELACIÓN CON LA VESÍCULA, SUS ADHERENCIAS Y LA PROPAGACIÓN DEL TUMOR. SE PUEDE CONSTATAR UNA MASA DEFORMANTE DEL ESTOMÁGO QUE COMPRIMA A EL DUODENO

DE NUESTROS PACIENTES, EN 14 CASOS SE PRACTICÓ COLECISTOGRAFÍA EN TODOS ELLOS SE REPORTÓ FALTA DE FUNCIONAMIENTO DE LA VESÍCULA. UNICAMENTE EN UN CASO SE PUDO OBSERVAR LA SOMBRA DE UN CÁLCULO, QUE ES EL CITADO ANTERIORMENTE CON 2CM. DE DIÁMETRO.

UN ESTUDIO RADIOLÓGICO DEL ESTOMÁGO Y DUODENO SE PRACTICÓ EN SIETE CASOS. EN TODOS FUÉ REPORTADO NORMAL, EXCEPTO EN UN CASO EN QUE SE DESCRIBE UN TUMOR QUE COMPRIME EL DUODENO. EN ESTE CASO HABÍA METÁSTASIS Y PERFORACIÓN DEL MISMO.

EN TODOS LOS CASOS ESTUDIADOS SOLAMENTE EN UNO DE ELLOS SE HIZO EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CÁNCER DE LAS VÍAS BILIARES. EN TRES CASOS SE DIAGNOSTICÓ COLECISTITIS CALCULOSA SOSPECHANDO ADEMÁS CÁNCER DE LAS VÍAS BILIARES. ESTO NOS DA UN 23.52% DE CASOS CON EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO POR LO MENOS LA SOSPECHA CLÍNICA DE MALIGNIDAD. EN TRES CASOS EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO FUÉ DE CARCINOMA HEPÁTICO Y EN DOS EL DIAGNÓSTICO FUÉ DE CARCINOMA DEL PÁNCREAS, Y EN UNO DE ELLOS CON PROBABLE METÁSTASIS DEL HÍGADO. YA HICIMOS REFERENCIA AL CASO DIAGNOSTICADO COMO TUBERCULOSIS RENAL, Y A LOS SIETE CASOS EN QUE SE DIAGNOSTICÓ COLECISTITIS CALCULOSA.

TENEMOS ASÍ QUE EN DEFINITIVA, EL DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE NUESTRA SERIE FUÉ EN EL 76.47% DE LOS CASOS.

## T R A T A M I E N T O

EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA VESÍCULA BILIAR ES POCO SATISFACTORIO. ES DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR, SIENDO TAN A MENUDO RELATIVAMENTE ASINTOMÁTICO, HASTA QUE SE PRESENTA UNA AMPLIA EXTENSIÓN Y METÁSTASIS. EN UNA SERIE DE SEIS AUTORES QUE COMPRENDE 468 CASOS, SE PUDO HACER ÚNICAMENTE LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN EL 50% DE LOS CASOS. OTROS PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS SE PRESENTARON EN EL 15%; Y UNA COLECISTECTOMÍA AMPLIA SE HIZO EN EL 37% (2).

EN NUESTRA SERIE CATORCE CASOS FUERON INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE, DE LOS CUALES EN OCHO, O SEA EN EL 57.1% SE PRACTICÓ COLECISTECTOMÍA; EN CINCO (37.7%) SÓLO SE HIZO LAPAROTOMÍA EXPLORADORA CON TOMA DE BIOPSIA. Y ÚNICAMENTE EN UN CASO SE HIZO COLECISTOSTOMÍA.

A UNA DE LAS PACIENTES SE LE HIZO COLECISTECTOMÍA, SE LE PRACTICÓ TAMBIÉN APLICACIONES DE RX., DIEZ APLICACIONES DE 200 R. CADA UNA. ESTA PACIENTE PRESENTABA SIGNOS MACROSCÓPICOS DE VESÍCULA CANCEROSA A LA OPERACIÓN.

A TRES CASOS SE LES HIZO COLECISTECTOMÍA Y BIOPSIA HEPÁTICA, PUES TUVIERON SOSPECHA CLÍNICA DE CÁNCER DE DICHO ÓRGANO, Y A LA OPERACIÓN SE ENCONTRÓ EL HÍGADO CON MÚLTIPLES NÓDULOS EN DOS CASOS Y UN TUMOR ÚNICO EN EL OTRO.

A UN CASO SE LE PRACTICÓ ADEMÁS LA COLECISTECTOMÍA, UNA COLEDOSTOMÍA, PUES SE LE ENCONTRARON EN LA VESÍCULA MÁS DE CIENTO CÁLCULOS AUNQUE EL REPORTE OPERATORIO NO MENCIONA SI LOS HABÍA EN EL COLÉDOC.

LOS CINCO CASOS EN QUE SE HIZO ÚNICAMENTE LAPAROTOMÍA EXPLORADORA SE ENCONTRABAN EN UN ESTADO MUY AVANZADO DE LA ENFERMEDAD, CON

MÚLTIPLES ADHERENCIAS, NO PERMITIENDO MÁS QUE UNA BIOPSIA, Y EN UNO DE ELLOS EL TUMOR ESTABA TAN AVANZADO QUE LA MASA DE DONDE SE TOMÓ LA BIOPSIA CREYENDO QUE ERA VESÍCULA, RESULTÓ SER EPIPLÓN, CON METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA VESICULAR.

EN EL CASO DE LA COLECISTOSTOMÍA NO FUÉ POSIBLE HACER NINGUNA OBSERVACIÓN O RAZÓN DE TAL PROCEDER, PUES NO HABÍA REPORTE OPERATORIO QUE NOS DIERA ALGUNA LUZ AL RESPECTO.

EN LOS TRES CASOS RESTANTES EN QUE NO SE SEÑALA NINGÚN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, FUERON EN QUIENES SE HIZO AUTOPSIA SIN TRATAMIENTO OPERATORIO PREVIO, AL PARECER POR LO AVANZADO DE LOS CASOS Y EL MAL ESTADO DE LOS PACIENTES.

COMO CONDUCTA OPERATORIA JACKSON (12) SUGIERE QUE CADA VESÍCULA DEBE SER EXAMINADA RUTINARIAMENTE POR EL CIRUJANO QUE LA EXTEIPA. SI SE ENCUENTRA UNA LESIÓN SOSPECHOSA, SE DEBE HACER UN ANÁLISIS POR CONGELACIÓN INMEDIATAMENTE. QUE DICHO SEA DE PASO, ESTE ANÁLISIS NO SE HIZO EN NINGUNO DE NUESTROS PACIENTES.

SI ESTE SUGIERE CÁNCER, SE DEBE HACER UNA EXPLORACIÓN DE ADENOPATÍAS, Y SI HAY, DEBEN SER REMOVIDAS O DESTRUÍDAS POR ELECTROCOAGULACIÓN Y EL LECHO DE LA VESÍCULA EN EL TEJIDO HEPÁTICO DEBE SER AMPLIAMENTE CAUTERIZADO. EN EL CASO QUE SE PRESENTE UN NEOPLASMA MALIGNO GROSERAMENTE RECONOCIBLE, SE DEBE TOMAR UNA BIOPSIA, EXAMINARLA POR CONGELACIÓN Y SI ES POSITIVA, SE DEBE COMPRIMIR CON UN TORNIQUETE O CON LOS DEDOS LA ARTERIA HEPÁTICA, QUITAR LA VESÍCULA Y EL TEJIDO HEPÁTICO CIRCUNVECINO EN MASA, USANDO ELECTROCOAGULACIÓN.

LA RESECCIÓN AMPLIA DEL HÍGADO EN EL CÁNCER DE LA VESÍCULA HA SIDO DESCRITA POR NUMEROSOS AUTORES. THOREK (23) DESCRIBIÓ UN CASO

DE CARCINOMA A CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA VESÍCULA QUE INVADÍA EL HÍGADO. LA HEMOSTASIS SE OBTUVO LIGANDO LOS GRANDES VASOS, ELECTROCOAGULANDO UNA PARTE DE LA SUPERFICIE HEPÁTICA DESCUBIERTA Y APROXIMANDO LAS SUPERFICIES CON SUTURA DE CATGUT.

SHEINFELD (22) SUMARIZÓ 36 CASOS DE LA LITERATURA EN LOS CUALES LA VESÍCULA Y EL TEJIDO HEPÁTICO CONTIGUO FUERON ESCINDIDOS POR CARCINOMA DE LA VESÍCULA QUE SE HABÍA EXTENDIDO DIRECTAMENTE AL HÍGADO O TENÍAN METÁSTASIS HEPÁTICA. LA MORTALIDAD OPERATORIA FUÉ DE 13%. SE PRESENTARON RECURRENCIAS TEMPRANAS EN 38.8% Y BUENOS RESULTADOS PALIATIVOS O BUENA SOBREVIVENCIA SE OBSERVÓ EN 19.4%. EL AUTOR COMPARÓ ESTOS RESULTADOS CON UNA SERIE DE 284 OPERACIONES DE LAS CUALES 157 FUERON COLECISTECTOMÍAS, HABIENDO EN ESTE GRUPO 28 CASOS CON POSIBLES BUENOS RESULTADOS LARGO TIEMPO. ESTOS 28 CASOS REPRESENTA ALREDEDOR DEL 18% DE LOS CASOS EN LOS CUALES SE HIZO COLECISTECTOMÍA. POR LO TANTO NO HAY UNA APRECIABLE DIFERENCIA, DE ACUERDO CON EL CUADRO DE SHEINFELD (22), EN CUANTO A LONGEVIDAD DONDE SE HIZO UNA COLECISTECTOMÍA SIN RESECCIÓN Y DONDE SE HIZO UNA COLECISTECTOMÍA CON RESECCIÓN DE TEJIDOS.

EN CUANTO A LA EVOLUCIÓN POST-OPERATORIA DE NUESTROS PACIENTES LA PODEMOS RESUMIR COMO SIGUE: UNA PACIENTE MURIÓ DE SHOCK POST-OPERATORIO SEIS HORAS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN. SE TRATA DEL CASO EN EL QUE SE SOSPECHÓ T.B. RENAL, HABIÉNDOSE PRACTICADO UNA INCISIÓN PARA ABORDAR EL RIÑÓN, HUBO NECESIDAD DE PROLONGAR LA INCISIÓN Y EL TIEMPO OPERATORIO PARA EXPLORAR LAS VÍAS BILIARES, ENCONTRÁNDOSE UN ENORME TUMOR VESICULAR QUE INVADÍA EL HÍGADO.

UN CASO FALLECIDO TRES DÍAS DESPUÉS DE OPERADO. SE TRATABA

DE UNA PACIENTE EN QUE SE ENCONTRÓ UN PIÓCOLECISTO, ABUNDANTES CÁLCULOS Y UN PROCESO NEOPLÁSICO A NIVEL DE LA ENCRUCIJADA DEL CONDUCTO HEPÁTICO, VESÍCULA Y CÍSTICO, LO MISMO QUE UNA TUMORACIÓN A NIVEL DEL HÍGADO.

EN EL CUADRO No. VI ESQUEMATIZAMOS EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA "ENFERMEDAD VESICULAR" DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS NOTADOS POR EL PACIENTE HASTA SU MUERTE, LA OPERACIÓN PRACTICADA, Y LA SOBREVIDA POST-OPERATORIA.

COMO SE PUEDE APRECIAR EN DICHS CUADROS, CINCO PACIENTES TUVIERON UNA SOBREVIDA DE UN MES, DE LOS CUALES SOLAMENTE BIOPSIA SE PRACTICÓ EN TRES POR LO AVANZADO DEL CASO, Y COLECISTECTOMÍA SE HIZO EN DOS DE ELLOS.

SOBREVIDA DE SEIS MESES EN DOS CASOS CON COLECISTECTOMÍA Y UNO CON ÚNICAMENTE BIOPSIA.

SOLO HUBO UN CASO DE MÁS DE TRES AÑOS DE SOBREVIDA POST-COLECISTECTOMÍA, AL CABO DE LOS CUALES MUERE EN SU DOMICILIO EN COMA HEPÁTICO.

EN UN CASO NO SE PUDO SEGUIR EL POST-OPERATORIO, TAMPOCO HA VUELTO A CONSULTA.

CUADRO No. VI

PACIENTE	TIEMPO EVOLUCIÓN ENFERM. VESÍCULA.	TIPO OPERACIÓN	SOBREVIDA POST-OPERAT.
G. CM.	4 MESES	LAPARATOM-BIOPSIA	1 MES
G. S. U.	5 AÑOS	LAPARATOM-BIOPSIA	1 MES
J. M. DE R.	6 MESES	LAPARATOM-BIOPSIA	1 MES
J. F. A.	16 MESES	LAPARATOM-BIOPSIA	6 MESES
E. M. R.	2 MESES	LAPARATOM-BIOPSIA	6 HRS.
J. O. M.	7 MESES	COLECISTECTOMÍA	1 MES
M. B. G.	VARIOS AÑOS	COLECISTECTOMÍA	1 MES
A. R. CH.	15 AÑOS	COLECISTECTOMÍA	6 MESES
E. C. R.	15 AÑOS	COLECISTECTOMÍA	6 MESES
M. R. S.	2 AÑOS	COLECISTECTOMÍA	2 AÑOS
A. E. DE M.	3 AÑOS	COLECISTECTOMÍA	3 AÑOS 3
A. F. S.	10 MESES	COLECISTECTOMÍA	3 DÍAS
A. R. P.	2 AÑOS	COLECISTECTOMÍA	?
M. M. DE C.	5 AÑOS	COLECISTECTOMÍA	1 AÑO.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.- SE PRESENTA UN ESTUDIO DE 17 CASOS DE CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR QUE FUERON INTERNADOS EN EL HOSPITAL ROSALES DURANTE UN PERÍODO DE SEIS AÑOS COMPRENDIDOS DEL 10. DE ENERO DE 1952 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1957, Y COMPROBADOS POR MEDIO DE BIOPSIA O AUTOPSIA EN EL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE DICHO HOSPITAL.
- 2.- CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR SE PRESENTÓ EN EL 2.98% DE 502 VESÍCULAS CON PATOLOGÍA ENCONTRADAS EN 20.919 BIOPSIAS REVISADAS.
- 3.- EN 969 AUTOPSIAS REVISADAS ENCONTRAMOS 4 CARCINOMAS PRIMARIOS DE LA VESÍCULA BILIAR, O SEA 0.41%, LO CUAL ESTÁ DE ACUERDO CON LAS PUBLICACIONES DE AUTORES EXTRANJEROS.
- 4.- EL 5% DE TODOS LOS CARCINOMAS ENCONTRADOS A LA AUTOPSIA, FUERON CARCINOMAS DE LA VESÍCULA BILIAR.
- 5.- DE TODAS LAS COLELITIASIS QUE ENCONTRAMOS A LA AUTOPSIA, EL 6.38% ESTABAN ASOCIADAS A CARCINOMAS PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR: LO QUE HACEMOS NOTAR, YA QUE ES UN PORCENTAJE MUY ALTO EN RELACIÓN CON LO SEÑALADO EN OTROS PAÍSES.
- 6.- REVISIÓN QUE SE HIZO EN EL ARCHIVO DE LA SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL ROSALES, SE ENCONTRÓ CARCINOMA PRIMARIO DE LA VESÍCULA BILIAR EN EL 1.81% DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS.
- 7.- EL PROMEDIO DE EDAD DE NUESTROS PACIENTES FUÉ DE 54.1 AÑOS Y

LA DÉCADA EN QUE SE PRESENTÓ CON MAYOR FRECUENCIA FUÉ LA SEXTA, EN QUE ENCONTRAMOS UN PORCENTAJE DEL 35.23%.

- 8.- EL 94.1% DE NUESTROS PACIENTES ERAN DEL SEXO FEMENINO.
- 9.- EL 100% DE LOS CASOS ERAN ADENOCARCINOMAS.
- 10.- EN EL 41.17% HUBO INVASIÓN O METÁSTASIS AL HÍGADO.
- 11.- EN EL 23.52% DE LOS CASOS SE HIZO EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO CORRECTO, O POR LO MENOS SE SOSPECHÓ CLÍNICAMENTE LA PRESENCIA DE MALIGNIDAD; HABIENDOSE HECHO UN DIAGNÓSTICO ERRADO EN EL 76.47%, HACIENDO VER LO DIFÍCIL DEL DIAGNÓSTICO, Y QUE CUANDO ESTE SE LLEGA A HACER, EL CASO POR LO GENERAL ESTÁ MUY AVANZADO. DE AHÍ LA ENORME IMPORTANCIA DE TENER SIEMPRE PRESENTE ESTA PROBABILIDAD SOBRE TODO EN LOS PACIENTES CON CELECISTITIS CALCULOSA, Y EN GENERAL EN LOS PACIENTES EN LA EDAD DEL CÁNCER CON UN PADECIMIENTO VESICULAR MÁS O MENOS LARGO.
- 12.- LA MAYOR SOBREVIDA EN LA SERIE ESTUDIADA FUÉ DE TRES AÑOS Y TRES MESES.
- 13.- EN VISTA DE LOS DATOS ENCONTRADOS, CREEMOS QUE TIENE RAZÓN SMITHIES CUANDO DICE: "SI PUDIERA SER POSIBLE QUE EN PACIENTES EN QUIENES SE PUEDA COMPROBAR CÁLCULOS, REMOVERLOS CON LA VESÍCULA TEMPRANAMENTE, ES UN FACTOR CONSIDERABLE PARA PREVENIR LA MALIGNIDAD EN EL INDIVIDUO Y TAMBIÉN EN LA FAMILIA HUMANA".

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- ANDERSON, W. A.D.: PATOLOGY, 3A. ED. 1957.
- 2.- ARMINSKI, THOMAS C.: PRIMARY CARCINOMA OF THE GALLBLADDER. CANCER 11: 379-395, 1949.
- 3.- BOCKUS, HENRY L.M.D.: GASTROENTEROLOGY VOL. III. SAUNDER.
- 4.- CASTRO, ALVARO, M.D.: ANÁLISIS SOBRE PATOLOGÍA DE LA VESÍCULA BILIAR. TESIS DOCTORAL, 1954.
- 5.- CATTELL, R.B.: BILIARY TRACT SURGERY; A STATISTICAL REVIEW. S. CLINIC NORTH AMERICA 23: 644-646, 1943.
- 6.- COOPER, W.A.: CARCINOMA OF THE GALLBLADDER. ARCH. SURG. 35: 431-448, 1937.
- 7.- FINNEY, J.M.T.: PRIMARY CARCINOMA OF THE GALLBLADDER. ANN. SURGERY 121:425-434, 1945.
- 8.- FORTNER, J.G.: CARCINOMA OF THE GALLBLADDER THE EXPERIMENTAL INDUCTION OF PRIMAYR. CANCER VIII: 689-700., 1955.
- 9.- FORTHNER, J.G. ET AL.: DETERMINACIÓN DE LA RADIOACTIVIDAD - DE LOS CÁLCULOS OBTENIDOS EN CASOS DE CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR. CÁNCER VIII: 428, 1955.
- 10.- GRAHAM, E.A.: THE PREVENTION OF CARCINOMA OF THE GALLBLADDER. ANN.SURG. 93: 317, 1931.
- 11.- GRAY, H.K., Y SHARPE, W.S.: CARCINOMA OF THE GALLBLADDER, -- EXTRAHEPATIC BILE DUCTS AND THE MAYOR DUODENAL PAILLA. S.CLIN NORTH AMERICA 21: 1117-1127, 1941.
- 12.- JACKSON, R. H.: CITADO EN ARMINISKI (2)
- 13.- JUDD, E.S., Y BAUMGARTHER, C.J.: MALIGNANT LESIONS OF THE -- GALLBLADDER. ARCH. INT.MED. 44:735-745, 1929.

- 14.- JUDD, E.S., Y GRAY, H.K.: CARCINOMA OF THE GALLBLADDER AND -  
BILE DUCTS SURG., GYNEC, & OBST. 55:308-315, 1932.
- 15.- KIRSHBAUM, J.D., Y KOZOLL, D.D.: CARCINOMA OF THE GALLBLADDER  
AND EXTRAHEPATIC BILE DUCTS; A CLINICAL AND PATHOLOGICAL STUDY  
OF 117 CASES IN 13,330 NECROPSIES. SURG., GYNEC. & OBST. 73:  
740-754, 1941.
- 16.- LAM, C.R.: THE PRESENT STATUS OF CARCINOMA OF THE GALLBLADDER;  
A STUDY OF THIRTY-FOUR CLINICAL CASES. ANN. SURG. 111:403-410,  
1940.
- 17.- LEMIERE, PR. A.: TRAITÉ DE MÉDECINE VIII: 975-983. MASSON & --  
CÍA. EDITORES.
- 18.- LICHTENSTEIN, G.M., & TANNENBAUM, W.: CARCINOMA OF THE GALLBLA  
DDER; A STUDY OF SEVENTY-FIVE CASES. ANN SURG. 111:411-415 1940
- 19.- LIEBOWITZ, H.R.: PRIMARY CARCINOMA OF THE GALLBLADDER. AM. J.  
DIGEST. DIS. 6:381-387, 1939-1940.
- 20.- PONS, AGUSTÍN. TRATADO DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICA. 1: 33  
SLAVAT ED. S.A. 1950.
- 21.- ROLLESTON, H.D., AND MCNEE, J.W.: DISEASES OF THE LIVER, GALL  
BLADDER, AND BILE-DUCTS, 3D. ED. LONDON. THE MACMILLAN CO. -  
1929; p.691.
- 22.- SHEINFELD, W.: CHOLECISTECTOMY AND PARTIAL HEPATECTOMY FOR -  
CARCINOMA OF THE GALLBLADDER WITH LOCAL LIVER EXTENSION, SUR-  
GERY 22:48-58, 1947.
- 23.- THOREK M.: PARTIAL HEPATECTOMY IN CARCINOMA OF THE GALLBLADDER  
WITH CASES REPORT. J. INTERNAT. COLL. SURGEONS 10:369-377 --  
1947.

- 24.- VADHEIM, J.L., ET AL.: CARCINOMA OF THE GALLBLADDER; A CLINICAL AND PATHOLOGIC STUDY. AM.J. SURG. 63:173-180, 1944.