

## TUMORES MALIGNOS DE VESÍCULA BILIAR. NUESTRA ESTADÍSTICA.

### GALLBLADDER CANCER. OUR STATISTICS.

*FERNANDO SKLIAR\*, FERNANDO CARIGNANO\*\*, DELMAS ALDO FABRICIO\*, DONATO FEDERICO SEBASTIÁN\*\*\*.*

*Servicio de Cirugía General. Servicio de Cirugía de Guardia Integrada.  
Hospital Interzonal "Dr. José Penna". Bahía Blanca. Argentina.*

---

**Resumen:** El carcinoma de la vesícula biliar sigue siendo una enfermedad infrecuente a pesar del notorio incremento de la patología del órgano en los últimos veinte años. En nuestro servicio fueron intervenidos 4.023 pacientes por afecciones de la vesícula biliar, con una incidencia del 0,22% inferior a la bibliografía consultada. La totalidad de los casos se dieron en el sexo femenino, siendo más notorio de como se exhibe en las estadísticas mundiales. La alta tasa de mortalidad, así como el escaso tiempo de sobrevida coincide con lo mostrado por otros autores.

**Palabras clave:** carcinoma, vesícula biliar, estadística

**Abstract:** Gallbladder carcinoma is still a rare disease despite the noticeable increase in the pathology of this organ in the last twenty years. At our Hospital, 4,023 patients underwent

---

**Correspondencia:** Dr. Fernando Carignano. Avda. Láinez 2.400. (8000). Bahía Blanca. Argentina. E-mail: fernandocarignano@hotmail.com.

**Recibido:** 23 de Noviembre de 2013

**Aceptado:** 18 de Febrero de 2014

gallbladder surgery, with an incidence of 0.22 per cent, lower than the incidence found in the literature reviewed. All cases occurred in females, quite different from the facts shown in global statistics. The high mortality rate and the limited survival time match the numbers shown by other authors.

**Keywords:** Carcinoma, gallbladder, statistical studies.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma de vesícula biliar (CVB) fue descrito por primera vez por Maximillian de Stoll en 1777. Sin embargo, la primera resección por esta patología se atribuye a Keen en 1891. Posteriormente George Pack, en 1955, fue el primer cirujano que realizó una resección hepática radical para el tratamiento de un CVB (1,2).

El CVB representa el tumor más frecuente de las vías biliares. Constituye el 1% de los cánceres en general y en la Argentina, ocupa el quinto lugar entre los originados en el aparato digestivo(1-3). Es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, con una relación 3:1 a 4:1 y la edad de presentación es en mayores de 65 años (1, 2,5-7). Su origen se debe a una transformación maligna del epitelio biliar (3,6) y en el 90% de los pacientes el tumor se asocia con

colecistitis (1,2,4).

Los signos y síntomas de presentación son indistinguibles de los que se observan en casos de colecistitis y colelitiasis y en menos del 10%, son asintomáticos (1-3). Ningún método complementario de diagnóstico es específico (1,8). En la mayoría de los pacientes es un hallazgo incidental en la cirugía biliar electiva o durante una laparotomía por sospecha de un tumor de la confluencia de las vías biliares. En muchos casos se descubre en el estudio microscópico de la pieza reseçada (1,3). El examen histológico revela en la mayoría de los enfermos un adenocarcinoma seguido, en orden de frecuencia, por carcinomas escamosos. Otros tumores que pueden afectar la vesícula biliar son el adenocarcinoma escamoso y el sarcoma de células ahusadas (1,2,6-9). El tratamiento quirúrgico ideal lo constituye la resección oncológica en bloque. No obstante, de todos los tumores intraabdominales es el de peor pronóstico (1, 2,4,9-11). El propósito de este trabajo retrospectivo es conocer la prevalencia de neoplasias malignas en las piezas de colecistectomía en el Servicio de Clínica Quirúrgica de nuestro hospital y correlacionarla con el sexo y edad de los pacientes y, de esta forma, poder realizar comparaciones con otras casuísticas.

### OBJETIVO

Determinar la prevalencia de carcinoma primario de vesícula biliar y de las metástasis en piezas de colecistectomía en el servicio de Clínica Quirúrgica del H.I.G. "Dr. José Penna" durante el período 2000 – 2010. Asimismo, se realiza un análisis estadístico en relación al sexo y edad de los pacientes.

### MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo se realizó en el servicio de Clínica Quirúrgica del H.I.G."Dr. José Penna" de Bahía Blanca. Realizamos un estudio retrospectivo analítico de 4.032 historias clínicas de pacientes colecistectomizados, 1293 Varones y 2739 Mujeres, edad promedio 42 años, (DE= 15) obtenidas del archivo del hospital y del servicio de Anatomía Patológica. Todos fueron

Sexo	Patología		Total
	benigna	maligna	
varones	1293	0	1293
mujeres	2730	9	2739
Total	4023	9	<b>4032</b>

Tabla 1

pacientes colecistectomizados entre Enero del 2000 y Junio del 2010 sin diagnóstico previo de tumor de vesícula biliar. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas y del informe anatomopatológico. Se analiza la incidencia de los tumores de la vesícula biliar en relación al sexo del paciente utilizando tablas de contingencia (Tabla 1) y se determinó la probabilidad de error alfa mediante la prueba de Chi2 utilizando SPSS v11.5

Se describe la relación entre tumores y patología benigna respecto de la edad (solamente en mujeres) mediante la construcción de polígonos de frecuencias extrapolados a 1000 casos de cada serie a partir de los parámetros estadísticos hallados asumiendo normalidad de ambas series y utilizando Excel 2003 sp2 (Figura 1).

### RESULTADOS

De las 4.032 piezas remitidas al servicio de Patología, 9 (0.22%) presentaron un tumor maligno de vesícula biliar y, de éstos, 5 fueron primarios y 3 correspondieron a infiltración por tumor de origen desconocido, y el restante, infiltración por colangiocarcinoma.

Todos los casos afectaron a mujeres ( $p=0,0390$ ) entre 45 y 92 años, promedio 58 años (DE=15). Edad promedio de mujeres colecistectomizadas en nuestra serie 39 años, DS 15 (Error Standard para la media de la serie benigna 0,76; para la serie tumoral 5) (Figura 1).

Los diagnósticos prequirúrgicos incluyeron colelitiasis sintomática y colecistitis; no hubo sospecha de tumor por los estudios realizados en forma preoperatoria. En un solo caso (0.02%), hubo presunción de patología tumoral por los hallazgos macroscópicos intraoperatorios. En el examen microscópico se observaron 4 casos con adenocarcinoma moderadamente diferenciado, 2 con infiltración por adeno-

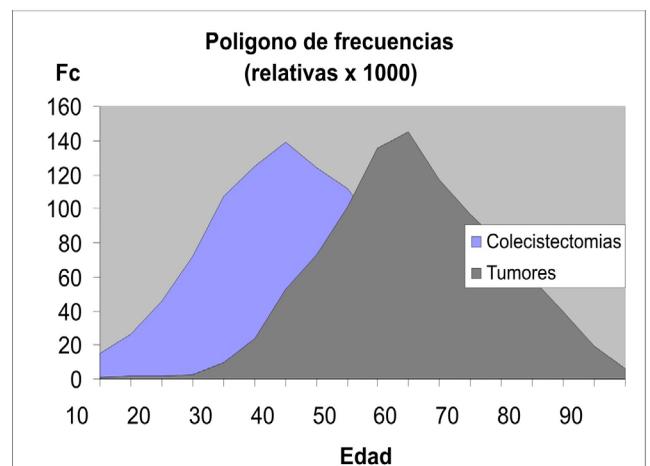


Figura 1

carcinoma poco diferenciado, 1 con carcinoma sarcomatoide, 1 con carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado y el restante con infiltración por carcinoma escamoso moderadamente diferenciado (Tabla 2). De las 9 pacientes, 4 se encuentran vivas y en seguimiento oncológico (a excepción de una paciente con seguimiento hasta el año 2008 y actualmente se desconoce su situación). Cinco fallecieron, con sobrevida de 24, 17, 12 y 6 meses, y la restante murió en el posoperatorio inmediato a consecuencia de un shock séptico por una pirocolecistitis que fue el origen de su indicación operatoria (Figura 2).

Las intervenciones quirúrgicas se realizaron en todos los casos con abordaje videolaparoscópico, requiriendo en dos pacientes, su conversión a cirugía convencional.

### CONCLUSIONES

Los tumores malignos, primarios y secundarios que afectan a la vesícula biliar son infrecuentes y con alta tasa de mortalidad. Esto se debe principalmente al diagnóstico tardío, a su clínica inespecífica y al estadio avanzado de la afección al momento su detección. Nuestro estudio mostró una predominancia absoluta del sexo femenino, a contrario de lo exhibido en otras presentaciones.

La distribución etaria de patología benigna y tumoral mostró parámetros de dispersión prácticamente idénticos aunque con una media 19 años posteriores en la patología tumoral.

### DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el tumor se presentó exclusivamente en el sexo femenino y en coincidencia con otros autores, en la sexta década de vida.

Observamos sólo 5 casos de carcinoma primario de vesícula biliar. Ferraina y col. (1997) comunicaron una prevalencia de carcinoma de vesícula biliar del 1 al 2% y Schwartz y col. (1999) comunican una presencia del 1% de carcinomas en pacientes sometidos a operación de las vías biliares. En contraposición, nuestra serie mostró una incidencia del 0,22% incluyendo carcinomas primarios e infiltraciones tumorales.

Encontramos que la variante histológica más frecuente en las neoplasias primarias es el Adenocarcinoma. Memon y col. (2005) en su trabajo de 23 pacientes con carcinoma de vesícula biliar comunicó un 87% de adenocarcinomas y un 4% de sarcomas de células ahusadas.

La mayoría de nuestros pacientes murieron al año de

EDAD	SEXO	HISTOLOGIA	ESTADO ACTUAL
42	F	Infiltración por Adenocarcinoma poco diferenciado	Fallecida
45	F	Adenocarcinoma infiltrante con carcinoma in situ	En seguimiento oncológico
48	F	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	Fallecida
56	F	Infiltración por adenocarcinoma poco diferenciado	En seguimiento oncológico
56	F	Infiltración por adenocarcinoma moderadamente diferenciado, cuya IHQ sugiere colangiocarcinoma	Desconocido
58	F	Carcinoma sarcomatoide	Fallecida
61	F	Infiltración por carcinoma escamoso moderadamente diferenciado	En seguimiento oncológico
63	F	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	Fallecida
92	F	Carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado infiltrante	Fallecida

Tabla 2

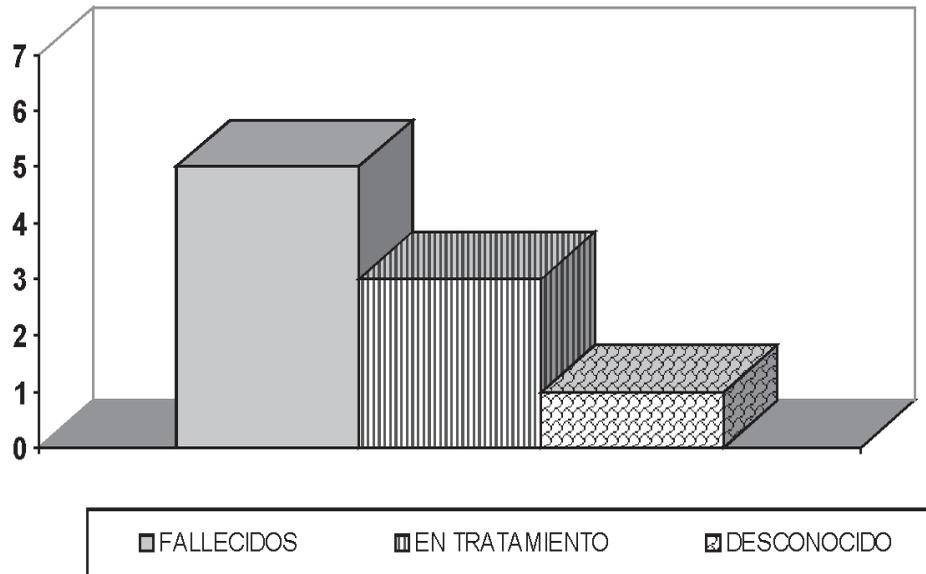


Figura 2

realizado el diagnóstico. Coincidentemente, Farreras y Rozman (12) hallaron que el 90% de los pacientes con carcinoma de vesícula biliar, habían fallecido al cabo de un año del diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ferraina P. Cirugía de Michans. 5ta Edición Buenos Aires: El Ateneo, 1997; 632-5.
2. Ortiz FE, Miranda NE, Moirano JJ, Fassi JC. Cirugía. 3ra Edición Buenos Aires: El Ateneo, 1993, 71.1-71.2.
3. Schwartz SI, Shires GT, Daly JM, Fischer JE y col. Principios de Cirugía. 7ma edición México: McGraw-Hill Interamericana. 1999, 1552-4.
4. Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 9na Edición USA: Mosby, 2004, 1044-9.
5. Memon MA, Anwar S, Shiwani MH, Memon B. Gallbladder Carcinoma: a retrospective analysis. Int Semin Surg Oncol 2005; 17:6.
6. Tannapfel A, Wittekind C. Gallbladder and bili Duch carcinoma. Biology and pathology. Internist (Berl) 2004; 45(1): 33-41.
7. Al-Qudah MS, Daradkeh S, Sroujeh AS, Farah GR, Masaad J. Gallbladder carcinoma in Jordan. Hepatogastroenterology 2005; 52(61): 5-7.
8. Zidi SH, Prat F, Le Guen O, Rondeau Y, Pelletier G. Performance characteristics of magnetic resonance cholangiography in the staging of malignant hiliar strivtures. Gut 2000; 46(1): 103-6.
9. Zhang L, Han F, Huang CS, Pang C, Han YZ, Hua YW. Analysis of the treatment of unexpected gallbladder cancer. Zhonghua Wai Ke Za Zhi 2005; 43(7): 460-2.
10. Lai EC; Lau WY. Aggressive surgical resection for carcinoma of gall bladder. ANZ J Surg 2005; 75(6): 441-4.
11. Koea J, Phillips A, Lawes C, Rodgers M, Windsor J, McCall J. Gall bladder cancer, extrahepatic bile duct cancer and ampullary carcinoma in New Zealand: Demographics, pathology and survival. ANZ J Surg 2002; 72(12): 857-61.
12. Farreras, Rozman. Medicina Interna. Elsevier. 16ta. Edición. 2008.