

# PREVALENCIA DE CANCER DE VESICULA BILIAR CONFIRMADA POR BIOPSIA DE PIEZA OPERATORIA EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS EN EL HOSPITAL DE VILLARRICA DURANTE LOS AÑOS 2004 Y 2005

Paula Troncoso Trujillo<sup>(1)</sup>, Victor Neira Vidal<sup>(1)</sup>, María Teresa Rojas Rodríguez<sup>(2)</sup>, Andrés Troncoso Trujillo<sup>(1)</sup>, Mg. Juan José Orellana Cáceres<sup>(3-4)</sup>.

## Prevail of Gall Bladder Cancer is Confirmed by Biopsy of a Operatory Piece in Patients Cholecystectomy at the Hospital in Villarrica during 2004-2005.

**Antecedents:** the gall bladder cancer is the main cause of death by malignant tumor in Chilean women. The only therapy which is aplicable it is the cholecystectomy in this neoplasia, although the lack of concensus about this treatment in different groups. **Objective:** To determine if the gall bladder cancer prevails in patients operated in the Hospital of Villarrica. **Material and method:** A restrospective revision of medical histories of 887 patients cholecystectomy during 2004-2005. **Outcome:** 15 of the 887 patients suffered this disease. **Conclusions:** This pathology has a high prevail which continues being discovered by a surgery.

**Keywords:** Cancer/Gall Bladder/Cholecystectomy

## INTRODUCCION

En Chile, durante el año 2002, el cáncer de vesícula biliar fue el causante de 1.878 defunciones en ambos sexos, lo que equivale a una tasa de 12 por cada 100.000 habitantes. De aquellos fallecimientos, un 74,6% corresponde a mujeres<sup>1</sup>, siendo la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino<sup>2</sup>. De no realizar una intervención médica adecuada en esta enfermedad y continuara su curso natural, sin lugar a dudas el resultado final sería la muerte. Alrededor de un 80% de este tipo de neoplasias no son diagnosticadas en forma preoperatoria, sino que es la litiasis vesicular, o sus complicaciones, la que lleva a la realización de una colecistectomía, la que corresponde a una de las cirugías más frecuentemente practicadas en nuestro medio, la cual sería la única opción de tratamiento con intención curativa, otorgando una sobrevida de aproximadamente 90% a 5 años, en tumores que no sobrepasan la túnica muscular<sup>3</sup>.

Como planteamos anteriormente, el tratamiento quirúrgico sería el único que se podría realizar con intención curativa, sin embargo existe gran controversia al respecto ya que es difícil establecer un consenso en cuanto a la conducta quirúrgica a seguir en los distintos grupos de pacientes<sup>4</sup>. La última tasa de cáncer de vesícula biliar registrada en Chile, data del año 1999, la que indica 11,8 casos por 100.000 habitantes, la más alta conocida hasta el momento en nuestro país<sup>5</sup>.

(1) Estudiantes, Carrera de Medicina Universidad de La Frontera.

(2) Interna, Carrera de Medicina Universidad de La Frontera.

(3) Académico, Departamento de Salud Pública Universidad de La Frontera.

(4) Centro de excelencia CIGES, Universidad de La Frontera.

## MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio de corte transversal, retrospectivo, donde a partir de los registros de los Libros de Pabellón Quirúrgico del Hospital de Villarrica, se obtuvieron los datos del 100% de pacientes colecistectomizados por vía abierta y laparoscópica durante los años 2004 y 2005, lo cual arrojó un total de 887 pacientes. Se obtuvieron sus historias clínicas y se registraron sus antecedentes, entre ellos: edad, sexo, etnia (considerando como etnia mapuche a aquellos que presentaron al menos un apellido de ese origen), previsión, carácter de la cirugía (electiva, POA, urgencia o no consignado) y tipo de anestesia utilizada (general o raquídea), en una base de datos diseñada en EPI INFO® 2000 versión 3.3.2 para su posterior análisis estadístico y analizados mediante gráficos utilizando para esto el programa Stata® 9.0

Luego se identificó a aquellos que presentaron el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar confirmado por el estudio histopatológico de la pieza operatoria, todos realizados en la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, centro de referencia del Hospital de Villarrica para el estudio de estas piezas, resultando un total de 15 pacientes. De estos últimos, se registraron los antecedentes antes mencionados, pero agregándose los diagnósticos pre y post – operatorio, grado de diferenciación del cáncer, infiltración de la pared vesicular, longitud del eje mayor de la vesícula biliar y el espesor promedio de su pared, también en una base de datos diseñada en EPI INFO® 2000 versión 3.3.2.

## RESULTADOS

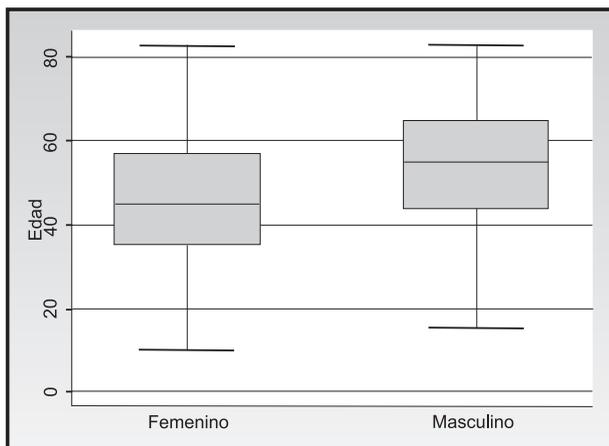
### 1) Población estudiada:

Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 887 pacientes colecistectomizados por vía abierta y laparoscópica, cuya media de edad fue de 47,4 años (rango entre 10 y 83 años), donde 630 (71%) pacientes no tenían apellidos mapuches y 257 (29%) tenían al menos un apellido de este origen. Sólo en el caso de 650 (73%) pacientes se consigna el antecedente de la previsión, destacando FONASA A y B con un 58,1% y 27,8%, respectivamente (Tabla N° 1). Del total de pacientes, 721 (81,2%) correspondieron al sexo femenino, con una media de edad de 45,9 años (rango entre 10 y 83 años), donde el percentil 50 se encuentra entre los 35 y 57 años. Del total de mujeres, 505 (70%) no registran apellidos mapuches y 216 (30%) tenían al menos un apellido mapuche. Al sexo masculino corresponden 166 (18,7%) pacientes, los que tuvieron una media de edad de 53,9 años (rango entre 15 y 83 años), donde el percentil 50 se encuentra entre los 44 y 65 años. De los hombres, 125 (75,3%) no tenían ningún apellido de origen mapuche y 41 (24,6%) tenían al menos un apellido mapuche (Tabla N° 1, Gráfico N° 1).

**Tabla N° 1: Características de la población en estudio**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	721	81,2%
Masculino	166	18,7%
<b>Total</b>	<b>887</b>	<b>100,0%</b>
Etnia		
Mapuche	257	29,0%
No mapuche	630	71,0%
<b>Total</b>	<b>887</b>	<b>100,0%</b>
Previsión		
FONASA A	378	57,1%
FONASA B	181	27,8%
FONASA C	43	6,6%
FONASA D	31	4,7%
ISAPRE	8	1,2%
PRAIS*	1	0,1%
Particular	1	0,1%
<b>Total</b>	<b>650</b>	<b>100,0%</b>

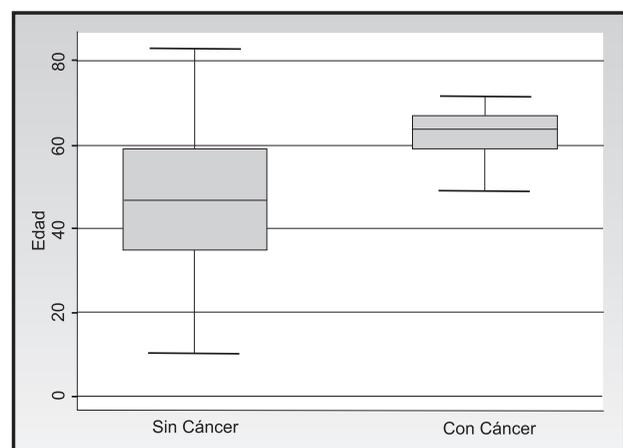
**Gráfico N° 1: Distribución etaria de la población según sexo**



De todas las historias clínicas estudiadas, 15 de ellas correspondieron a pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar, confirmado por el estudio histopatológico de la pieza operatoria, cuya media

de edad fue de 62,2 años (rango entre 49 y 72 años) y donde el percentil 50 se encuentra entre 59 y 67 años (Gráfico N° 2). De los pacientes con la enfermedad, 12 (80%) fueron de sexo femenino, cuya media de edad fue de 57,3 años (rango entre 49 y 72 años) y de ellas 9 (75%) no tenían ningún apellido mapuche y 3 (25%) tenían al menos un apellido mapuche. Tres (20%) pacientes correspondieron al sexo masculino, cuya media de edad fue de 62,3 años (rango entre 59 y 67 años) y el 100% no tenían ningún apellido mapuche. Los 872 pacientes que no fueron diagnosticados con este tipo de neoplasia tuvieron una media de edad de 47,1 años (rango entre 10 y 83 años), donde el percentil 50 se encuentra entre 35 y 59 años (Gráfico N° 2). De los pacientes sin la enfermedad, 709 (81,3%) correspondieron al sexo femenino, con una media de edad de 45,6 años (rango entre 10 y 83 años), de las cuales 497 (70%) no tenían ningún apellido mapuche y 212 (30%) tenían al menos un apellido mapuche y 163 fueron de sexo masculino, con una media de edad de 53,7 años (rango entre 15 y 83 años), de los que 122 (75,8%) no tenían ningún apellido mapuche y 41 (25,2%) tenían al menos un apellido mapuche.

**Gráfico N° 2: Distribución etaria según presencia o no de enfermedad**



En cuanto a la procedencia de los pacientes, un 40% y 64,6% de los pacientes con y sin neoplasia de vesícula biliar respectivamente, se concentran en las comunas de Villarrica y Temuco. Se encontró una variada distribución geográfica, que incluía tanto a comunas de la IX como de la X Región, lo que se debe, entre otros factores, a la implementación del Programa de Oportunidad de la Atención por parte del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual establece la resolución de 8 patologías quirúrgicas, entre ellas la coleditiasis, en un plazo no superior a los 3 meses para las patologías no neoplásicas y un mes para las patologías neoplásicas, desde el momento de la indicación de tratamiento quirúrgico.

Cabe destacar que el 100% de los pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de vesícula biliar fue colecistectomizado por vía abierta. En cuanto a los pacientes sin la enfermedad, 173 (19,8%) fueron intervenidos en un inicio por vía laparoscópica, sin embargo 4 (2,3%) de ellos fueron convertidos a vía abierta. Finalmente, 169 (19,3%) pacientes fueron colecistectomizados por vía laparoscópica y 703 (80,6%) por vía abierta.

Con respecto al carácter de la cirugía (Tabla N° 3), el 66,7% y el 61,3% de ellas en los pacientes con y sin diagnóstico neoplásico respectivamente, fueron parte del Programa de Oportunidad de la Atención, descrito anteriormente.

**Tabla N° 3: Carácter de la cirugía**

Carácter de la cirugía	Pacientes CON cáncer		Pacientes SIN cáncer	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Electiva	4	26,7%	302	34,6%
POA *	10	66,7%	535	61,3%
Urgencia	1	6,7%	34	3,8%
No consignado	-	-	1	0,1%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>872</b>	<b>100,0%</b>

\* Programa de Oportunidad de la Atención

Con respecto al tipo de anestesia utilizada en las intervenciones tanto de pacientes con y sin cáncer

de vesícula biliar, se puede observar que los porcentajes en ambos casos son similares (Tabla N°4).

**Tabla N° 4: Tipo de anestesia utilizada**

Tipo anestesia	Pacientes CON cáncer		Pacientes SIN cáncer	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
General	11	73,3%	637	73%
Raquídea	4	26,7%	235	27%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>872</b>	<b>100.0%</b>

## 2) Pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar:

En relación al diagnóstico preoperatorio de estos pacientes (Tabla N° 5), destacan la colecistitis crónica litiásica y la colelitiasis, con un 46,7% y un 26,7%

respectivamente. Es importante mencionar que no hubo sospecha clínica preoperatoria de cáncer de vesícula biliar, lo que se contrapone con los diagnósticos post – operatorios (Tabla N° 6), ya que en un 46,7% se consigna la sospecha y un 20% de ellas corresponde a un cáncer vesicular infiltrante.

**Tabla N° 5: Distribución de diagnósticos preoperatorios**

Diagnóstico preoperatorio	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis aguda litiásica	2	13,3%
Colecistitis crónica litiásica	7	46,7%
Colecistitis crónica litiásica + Ictericia obstructiva	1	6,7%
Colecistopatía litiásica	1	6,7%
Colelitiasis	4	26,7%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla N° 6: Distribución de diagnósticos post - operatorio**

Diagnóstico post operatorio	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis aguda litiásica	1	6,7%
Colecistitis aguda litiásica + Cáncer vesícula biliar	1	6,7%
Colecistitis crónica litiásica	3	20,0%
Colecistitis crónica litiásica + Cáncer vesícula biliar	2	13,3%
Colecistitis crónica litiásica + Cáncer vesícula biliar infiltrante	3	20,0%
Colecistopatía litiásica + Coledocolitiasis	1	6,7%
Colelitiasis	3	20,0%
Colelitiasis + Cáncer vesícula biliar	1	6,7%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>

Una vez realizada la cirugía, la pieza operatoria es enviada a la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco, para su estudio histopatológico. Un 73,3% de las biopsias informadas fueron entregadas en el hospital de origen antes de 1 mes desde la intervención. Con los datos obtenidos a través de la biopsia, se concluyó que el 80% corresponde a adenocarcinoma tubular.

El 20% restante fue informado como carcinoma in situ. En relación al grado de diferenciación (Tabla N° 7), un 40% del total resultó ser moderadamente diferenciado y en cuanto al nivel de infiltración de la pared vesicular (Tabla N°8), destaca la frecuencia de cáncer infiltrante hasta en la subserosa, con un 26,7%. En un 60% de los casos se informó que no había compromiso del borde de sección quirúrgica.

**Tabla N° 7: Grado de diferenciación**

Diferenciación	Frecuencia	Porcentaje
Bien diferenciado	4	26,7%
Moderadamente diferenciado	6	40,0%
Poco diferenciado	5	33,3%
Total	15	100,0%

**Tabla N° 8: Nivel de infiltración de la pared vesicular**

Infiltración de la pared	Frecuencia	Porcentaje
In situ	3	20,0%
Mucosa	1	6,7%
Muscular	2	13,3%
Serosa	3	20,0%
Subserosa	4	26,7%
Tejido adiposo lecho vesicular	2	13,3%
Total	15	100,0%

El análisis del estudio macroscópico de las piezas operatorias, arrojó que un 73,3% de los pacientes tiene una longitud del eje mayor de la vesícula biliar

(Tabla N° 9) entre 5 y 10 cm y un 80% del total tiene una pared vesicular con un espesor promedio (Tabla N° 10) entre 2 y 5 mm.

**Tabla N° 9: Longitud del eje mayor de la vesícula biliar**

Longitud eje mayor VB	Frecuencia	Porcentaje
> 10 cm	4	26,7%
5 - 10 cm	11	73,3%
Total	15	100,0%

**Tabla N° 10: Espesor promedio de la pared vesicular**

Espesor promedio de la pared	Frecuencia	Porcentaje
< 2 mm	1	6,7%
> 5 mm	2	13,3%
2 - 5 mm	12	80,0%
Total	15	100,0%



## CONCLUSIONES

Tal como nos referíamos en los párrafos anteriores, el cáncer de vesícula biliar corresponde a la principal causa de muerte por tumores malignos en mujeres en nuestro medio, sin embargo, a pesar del gran desarrollo tecnológico ocurrido durante estos últimos años, el diagnóstico precoz de este tipo de lesiones continúa siendo un hallazgo del estudio histológico de la pieza operatoria<sup>6</sup>. Aquellos pacientes que tienen lesiones que no sobrepasan la túnica muscular, llamados carcinomas incipientes, y que en este caso corresponden a un 40% (6 pacientes) del total de personas estudiadas con esta neoplasia, tienen una sobrevida de 92% a 5 años<sup>7</sup> en contraposición a los pacientes con cáncer avanzado, cuyo nivel de infiltración va más allá de la túnica muscular y que tienen una sobrevida de menos del 20% a 5 años<sup>8</sup>. El tratamiento quirúrgico está principalmente recomendado en los pacientes sin compromiso de la serosa y sin metástasis fuera del pedículo hepático o del lecho vesicular, sin embargo, se ha planteado el uso de terapia complementaria, como la quimiorradioterapia, dado que se han reportado recurrencias especialmente a nivel locoregional<sup>9</sup>, quedando así abiertas muchas posibilidades de estudio acerca de la terapia ideal y pronóstico de esta patología tan prevalente en nuestro país.

## RESUMEN

**Antecedentes:** El cáncer de vesícula biliar es la principal causa de muerte por tumores malignos en mujeres en Chile. Se plantea a la colecistectomía como la única terapia con intención curativa en esta neoplasia, pese a la falta de consenso respecto a este tratamiento en distintos grupos de pacientes.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de cáncer de vesícula biliar en pacientes intervenidos en el Hospital de Villarrica. **Material y método:** Revisión

retrospectiva de historias clínicas de 887 pacientes colecistectomizados por vía abierta o laparoscópica, durante los años 2004 y 2005, identificándose aquellos que tuvieron biopsia positiva para cáncer.

**Resultados:** 15 de los 887 pacientes resultaron con esta enfermedad. **Conclusiones:** Patología de alta prevalencia, que continúa siendo diagnosticada como hallazgo a través de la cirugía.

**Palabras Claves:** 1. Cancer; 2. Gallbladder; 3. Cholecystectomy

**Agradecimientos:** al Dr. Daniel Fodor Orellana y al Dr. Juan Hertzler Ruiz, médicos del Hospital de Villarrica, quienes nos guiaron e incentivaron en la realización de este trabajo.

## REFERENCIAS

1. MINSAL, Mortalidad por tumores malignos de vesícula biliar, según Servicio de Salud, Chile 2002.
2. MINSAL, Mortalidad de mujeres, según las principales causas específicas de defunción, Chile 2003.
3. Roa, I. et al, ¿Es el cáncer de la vesícula biliar una enfermedad de mal pronóstico en Chile?, Rev. Méd. Chile, v.130, n.11, Noviembre 2002
4. Maluenda, F. et al, Aspectos quirúrgicos del cáncer de vesícula biliar, Rev. Méd. Chile 2005; 133: 723-728
5. Maluenda, F., Cáncer de la vesícula biliar. Resultados de la cirugía resectiva, Rev. Chilena de Cirugía, v. 54, n.5, Octubre 2002, 464-473
6. de Aterxabala, X. et al, Cáncer de vesícula biliar. Manejo de pacientes con invasión de la túnica muscular, Rev. Méd. Chile 2004; 132: 183-188
7. Roa, I. et al, Carcinoma incipiente de la vesícula biliar. Estudio clínico – patológico y pronóstico de 196 casos, Rev. Méd. Chile, v.129, Ñ.10, Octubre 2001.

8. Roa, I. et al, Elementos morfológicos pronósticos en el cáncer de la vesícula biliar, Rev. Méd. Chile, v.130, n.4, Abril 2002

9. de Aretxabala, X. et al, Quimiorradioterapia de neoadyuvancia en cáncer de vesícula biliar, Rev. Méd. Chile, v.132, n.1, Enero 2004