



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Diagnóstico, tratamiento y resultados de los pacientes con cáncer de vesícula biliar manejados en el Instituto Nacional de Cancerología. 2.007 – 2.012

Yazmin Yibeli Vera Ramírez
Juan Antonio Guardo Suárez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad Medicina
Especialidad en Cirugía General
Departamento de Cirugía, Unidad Cirugía General
Bogotá D.C., Colombia
2013

Diagnóstico, tratamiento y resultados de los pacientes con cáncer de vesícula biliar manejados en el Instituto Nacional de Cancerología. 2.007 – 2.012

Yazmin Yibeli Vera Ramírez
Código 05598376

Juan Antonio Guardo Suárez
Código: 05598379

Trabajo de Investigación presentado como requisito parcial para optar por el título
de: Especialistas en Cirugía General

Director:
Doctor Oscar Alexander Guevara Cruz
Línea de Investigación:
Cáncer de Vías Digestivas

Universidad Nacional de Colombia
Facultad Medicina
Especialidad en Cirugía General
Departamento de Cirugía, Unidad Cirugía General
Bogotá D.C., Colombia
2013

A mi familia

A Dios, a mi esposa, a mis padres y hermanos

Agradecimientos

Al Instituto Nacional de Cancerología por su valiosa colaboración.

Al Dr. Oscar Alexander Guevara Cruz, Cirujano Hepatobiliar y director de este trabajo, por sus aportes invaluable y adecuada conducción de cada paso de este estudio.

Resumen

El cáncer de vesícula biliar es una patología altamente letal, es el más agresivo de los cánceres del tracto biliar, el Instituto Nacional de Cancerología - INC es el centro de referencia de Colombia donde se atiende a nivel nacional esta patología. **Objetivo:** Caracterizar la población con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar manejada en el INC durante los años 2.007 al 2.012. **Diseño y métodos:** Estudio de tipo cohorte transversal, mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar que ingresaron al INC del 2.007 al 2.012, recolección de información demográfica, clínica, de imágenes diagnósticas, estadificación y tratamiento., empleando estadística descriptiva para el análisis de datos. **Resultados:** De los 142 pacientes el 85,92% de los casos fueron mujeres, mediana de la edad 65,5 años (SD 9.92), el 66.9% de los pacientes procedía del altiplano cundiboyacense y Tolima, la manifestación clínica más frecuente al diagnóstico fue el dolor abdominal; las imágenes diagnósticas reportaron: metástasis a distancia 23%, lesiones focales hepáticas a distancia 34%, compromiso a otros órganos 13% y ascitis 6%; en el 94% de los casos el diagnóstico fue incidental o intraoperatorio; el 71.13% de los pacientes al ingreso ya tenían enfermedad a distancia; el 9.15% de los pacientes fueron operados en el INC con intención curativa. Condición actual del total de pacientes: 6,34% (9 pacientes) viven, 21,83% (31 pacientes) fallecieron y en el 71,83% (102 pacientes) se desconoce. **Conclusiones:** Las variables demográficas de los casos del presente estudio son semejantes a los reportados en la literatura mundial. El diagnóstico tardío en este tipo de cáncer es frecuente.

Palabras claves: Cáncer de vesícula biliar – imágenes diagnósticas – estadio de la enfermedad – tratamiento – Resultados

Abstract

Gallbladder cancer is a highly lethal disease, being the most aggressive of biliary tract cancers. National Cancer Institute – (INC) is the reference center in Colombia for this pathology. **Objective:** To characterize the population diagnosed with gallbladder cancer INC handled in the years 2007 to 2012. **Design and methods:** Cross-cohort study by the means of a data collection instrument of medical records of patients diagnosed with gallbladder cancer who entered the INC from 2007 to 2012. Also, the recollection of demographic, clinical, diagnostic imaging, staging and treatment data, using descriptive statistics for data analysis. **Results:** 85.92% of the cases were women, median age 65.5 (SD 9.92). The 66.9% of patients came from the Cundiboyacense highlands and Tolima. The most common clinical diagnosis was abdominal pain; the diagnostic images reported: distant metastasis 23%, distant focal liver lesions 34%, involvement of other organs 13% and ascites 6%. In 94% of cases the diagnosis was incidental or found intraoperatively. 71.13% of the patients on admission had distant disease; 9.15% of patients were taken into surgery with curative intent in INC. Current status of all patients: 6.34% (9 patients) lived, 21.83% (31 patients) died and in 71.83% (102 patients) their fate is still unknown. **Conclusions:** The demographic incidence of the cases of this study are similar to those reported in the world literature. Late diagnosis in this type of cancer is common.

Keywords: Gallbladder cancer – diagnostic imaging - stage of disease - management – outcomes

Contenido

| | Pág. |
|---|-------------|
| Resumen | VI |
| Lista de figuras | X |
| Lista de tablas | XI |
| Lista de simbolos y abreviaturas | XII |
| Introducción | 1 |
| 1. Objetivos | 3 |
| 1.1. Objetivo General | 3 |
| 1.2. Objetivos Especificos | 3 |
| 2. Marco Teorico | 5 |
| 3. Diseño y Metodos | 15 |
| 3.1. Población | 15 |
| 3.2. Tipo de Estudio | 15 |
| 3.3. Metodología | 16 |
| 3.4. Analisis Estadístico | 16 |
| 3.5. Problema de Investigación | 17 |
| 3.6. Pregunta de Investigación | 17 |
| 3.7. Sesgos | 17 |
| 4. Resultados | 19 |
| 5. Discusión | 25 |
| 6. Conclusiones | 29 |
| A. Anexo: Instrumento de recolección de datos | 31 |
| Bibliografía | 37 |

Lista de figuras

| | Pág. |
|---|-------------|
| Figura 2 – 1: Algoritmo de manejo cáncer de vesícula biliar diagnosticado pre o intra operatoriamente | 12 |
| Figura 2 – 2: Algoritmo de manejo cáncer de vesícula biliar diagnosticado incidentalmente | 12 |
| Figura 3 – 1: Selección población del estudio | 15 |

Lista de tablas

| | Pág. |
|---|-------------|
| Tabla 4 – 1: Distribución de pacientes por edad en quinquenios y genero | 19 |
| Tabla 4 – 2: Frecuencias de los hallazgos radiológicos | 21 |
| Tabla 4 – 3: Características pacientes operados en el INC | 23 |
| Tabla 4 – 4: Frecuencias causa de defunción | 24 |

Lista de Símbolos y abreviaturas

INC: INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CIE-10: CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES
VERSION 10

CPRE: COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

Introducción

El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia del tracto biliar más agresiva, con una media de sobrevida corta (1). Se presenta con mayor frecuencia en personas de raza blanca que en pacientes de ascendencia africana, la distribución por género se inclina hacia el género femenino donde es de 2 a 6 veces mayor (1). Este tipo de cáncer se caracteriza por una rápida invasión local, extenso compromiso ganglional regional, además de invasión vascular y metastasis a distancia (1). Se diagnóstica por lo general en estadíos avanzados, debido a las características biológicas agresivas del tumor y a que la clínica de presentación es el cólico biliar (1). El diagnóstico en su mayoría se realiza incidentalmente (2).

El Instituto Nacional de Cancerología (INC) es el centro de referencia en el manejo de cáncer a nivel nacional, según su anuario estadístico del 2010 (3), el cáncer de vesícula biliar es el sexto cáncer de origen gastrointestinal en frecuencia, se presenta más en mujeres que en hombres. El diagnóstico se realizó extrainstitucionalmente en todos los casos, el tratamiento inicial se realizó en el INC en el 52,9% de los casos, en el resto de los pacientes en el INC se realizó sólo tratamiento complementario. De 34 pacientes solamente 3 se llevaron a cirugía con intención curativa, 11 pacientes recibieron otros tipos de tratamientos y 20 pacientes no recibieron tratamiento (3).

Dada la relevancia del cáncer de vesícula biliar en nuestro país, se plantea este trabajo con el objetivo de caracterizar a la población que ingresa al INC con este diagnóstico, desde el punto demográfico, clínico, paraclínico y las estrategias terapéuticas empleadas. Se utilizó un instrumento para la recolección de los datos provenientes de las historias clínicas del sistema de información del INC.

Con los resultados de la presente investigación se pretende contar con un marco de referencia en la materia, así como brindar una base para futuros trabajos.

1. Objetivos

1.1. Objetivo General

Caracterizar la población con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar manejados en el Instituto Nacional de Cancerología durante los años 2.007 al 2.012

1.2. Objetivos específicos

- Identificar a los pacientes que padecen cáncer de vesícula biliar revisando las historias clínicas de los individuos que consultan en el Instituto Nacional de Cancerología al servicio de Cirugía Gastrointestinal.
- Describir las características demográficas de la población que ingreso al INC con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar.
- Caracterizar los hallazgos de las imágenes diagnósticas de los pacientes atendidos en el INC con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar.
- Describir aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar sometidos a intervenciones quirurgicas con intención curativa en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Describir el tratamiento quirúrgico adoptado en cada caso de acuerdo a la estadificación de la enfermedad.
- Describir los resultados en los pacientes operados en el INC.

2. Marco teórico

La primera descripción de cáncer de vesícula biliar fue hecha por Maximilian de Stoll en 1777 (4). Las neoplasias de la vía biliar son infrecuentes y se asocian a una alta mortalidad y mal pronóstico debido a su diagnóstico tardío. Representan el 3% de los tumores malignos, y ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia dentro de las neoplasias malignas del aparato digestivo (1). El cáncer de vesícula biliar es el más frecuente de todos los tumores biliares (4).

La incidencia del cáncer de vesícula biliar es variable y depende de las regiones geográficas y los grupos étnicos, el margen de incidencia anual oscila entre 2-13/100.000 habitantes. Las tasas más altas de incidencia se encuentran en Chile, noreste de Europa, Israel, indios americanos y americanos de origen mexicano. Las tasas más bajas se han observado en habitantes de raza negra de Zimbawe y América y en países como España e India. La incidencia aumenta progresivamente con la edad, siendo la edad de presentación más común entre los 65-75 años. Es más frecuente en el sexo femenino (4).

Se han descrito alteraciones genéticas relacionadas con los genes K RAS y P53 en el cáncer de vesícula biliar. Algunos estudios sugieren que el gen de CDKN2, también conocido como MTS1 o p16INK4, juega un papel importante en la carcinogénesis del cáncer de vesícula biliar (4).

Los pólipos vesiculares mayores que 10 mm de carácter de sésiles e iso o hipoecogénicos en ultrasonografía se relacionan con un riesgo más alto de degeneración y cáncer de vesícula biliar (5). Se ha encontrado una asociación con la vesícula en porcelana y la colelitiasis con el desarrollo de cáncer de

vesícula biliar (4). La infección por *Salmonella typhi* y *paratyphi* y especies de *Helicobacter* han sido relacionadas con un riesgo aumentado de cáncer de vesícula biliar (4).

El riesgo aumentado de cáncer de la vesícula ha sido evidenciado en trabajadores relacionados con aceites, papel, químicos, zapatos, textiles, acetato de celulosa y el radón (4).

La gran mayoría de las neoplasias de la vesícula biliar son adenocarcinomas (95-98%). Otros tipos histológicos son carcinoma escamoso puro, tumor de células granulosas, rhabdomyosarcoma embrionario, carcinoide, carcinosarcomas, y tumores de estirpe hematopoyética o linfática (1, 4, 5).

El cáncer de vesícula biliar se ha dividido en metaplásico y no metaplásico, basándose en la presencia o no de cambios histológicos de la secuencia metaplasia-displasia-carcinoma *in situ* en la mucosa vesicular neoplásica y adyacente al tumor (1, 4).

Los tumores de la vesícula biliar pueden clasificarse según su aspecto macroscópico, en infiltrantes, papilares o nodulares, en función de la forma de crecimiento en el interior de la vesícula biliar (6, 7).

La mayor parte de los carcinomas de vesícula biliar se localizan en el fondo vesicular (60%), seguido por orden de frecuencia del cuerpo (30%) y el cuello (10%), y en algunos casos se afecta la vesícula biliar en su totalidad (1, 4).

Las vías de diseminación tumoral del cáncer de vesícula biliar son; linfática, vascular, intraperitoneal, neural, intraductal y directa. Estos tumores tienden a la invasión locorregional intraperitoneal o a distancia. El hígado es el órgano más frecuentemente afectado tanto en invasión por contigüidad como metastásica (5,8).

El diagnóstico del cáncer de vesícula biliar es tardío. La detección temprana de esta patología es difícil. Los síntomas son poco específicos, el síntoma que se presenta con más frecuencia es el dolor de tipo visceral, sordo, profundo, persistente, sin exacerbaciones y localizado en el hipocondrio derecho. Los otros síntomas que se suelen presentar son ictericia, síndrome tóxico paraneoplásico y presencia de masa palpable en hipocondrio derecho. Los exámenes de laboratorio no van a presentar alteraciones específicas, el perfil hepático puede ser colestatico en los pacientes con tumores avanzados localmente que presentan ictericia secundaria a infiltración de la vía biliar principal, puede haber tendencia a presentar anemia y leucocitosis. Los niveles séricos de antígeno carcinoembrionario (CEA) y CA19-9 han sido estudiados como marcadores tumorales de cáncer de vesícula (4, 9, 10).

La ecografía abdominal usualmente descubre el cáncer de vesícula biliar cuando es una masa voluminosa que ocupa el lecho vesicular o bien cuando se trata de una masa polipoidea. Aquellas lesiones de pequeñas dimensiones y estadios iniciales suelen ser hallazgos casuales durante el examen ecográfico orientado por sospecha de coledocitis. Otros hallazgos ecográficos asociados a cáncer de vesícula biliar son; engrosamiento de la pared vesicular, irregularidades parietales con presencia de submucosa hipoecoica e hídrops vesicular en relación con masa que obstruye el infundíbulo vesicular. La ecografía es muy sensible identificar dilatación de la vía biliar intra y/o extrahepática y la presencia de lesiones metastásicas hepáticas o infiltración directa del parénquima de los segmentos IVb y V (9, 10).

La ecografía-Doppler permite estudiar los flujos arteriales y portales de los elementos del hilio hepático por lo que se pueden identificar aquellos pacientes con cáncer de vesícula biliar no resecable por invasión tumoral de estas estructuras. En combinación con la ecografía convencional este método puede llegar a detectar la invasión portal en hasta el 83-86% de los casos (9,10).

La tomografía axial computarizada es el método más sensible y rentable para estudiar los casos en los que se sospecha cáncer de vesícula biliar. Este puede definir una masa que ocupaba la luz de la vesícula biliar, una masa polipoidea y un engrosamiento difuso de la pared vesicular. Además permite valorar la profundidad de la infiltración del parénquima hepático en los cánceres avanzados, la presencia de lesiones metastásicas intrahepáticas, infiltraciones a la vía biliar principal, dilatación del sistema biliar intrahepático y el nivel obstrucción del mismo. Es de gran utilidad en el diagnóstico de las metástasis ganglionares del cáncer de vesícula biliar. La tomografía axial helicoidal en fase dual permite evaluar la presencia de infiltración de estructuras vasculares mayores (9, 10).

La resonancia magnética nuclear es de utilidad para la valoración de la anatomía biliar, hepática y pancreática. Se dispone de la colangiopancreato resonancia (9, 10).

La arteriografía del tronco celíaco y la mesentérica superior con retorno venoso portal es una prueba que se practica de forma selectiva por algunos grupos muy concretos, ya que existen técnicas menos invasivas 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 contribuye al diagnóstico de extensión y estadificación de las neoplasias biliares (9, 10).

La punción y aspiración con aguja fina está indicada para la confirmación del diagnóstico histológico de masas vesiculares no resecables. El examen citológico de la vía biliar también se ha empleado (9, 10).

Sistema de estadificación TNM del cáncer de vesícula biliar (American Joint Committee on Cancer - Séptima Edición 2.010):

Tumor Primario (T)

- TX Tumor no puede ser evaluado
- T0 Sin evidencia de tumor primario
- Tis Carcinoma *in situ*
- T1 Tumor invade lámina propia o capa muscular
 - T1a Tumor invade la lámina propia
 - T1b Tumor invade la capa muscular
- T2 Tumor invade tejido conectivo perimuscular, sin extensión mas allá de la serosa o dentro del hígado
- T3 Tumor perfora la serosa (peritoneo visceral) y/o directamente invade el Hígado y/o otro órgano o estructura adyacente, tal como el estomago, duodeno, colon, páncreas, epiplón mayor o vía biliar extrahepatica.
- T4 Tumor invade vena porta o arteria hepática o invade dos o más órganos o estructuras extrahepáticas

Ganglios Linfáticos Regionales (N)

- NX Ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados
- N0 No metástasis a ganglios linfáticos regionales
- N1 Metástasis a ganglios linfáticos a lo largo del conducto cístico, vía biliar común, arteria hepática y/o vena porta
- N2 Metástasis a ganglios linfáticos periaorticos, pericavos, arteria mesentérica superior y/o tronco celiaco

Metástasis a Distancia (M)

- M0 Sin metástasis a distancia
- M1 Metástasis a distancia

Estadios Anatómicos / Grupos Pronósticos

| | | | |
|--------------|-------|------|----|
| Estadio 0 | Tis | N0 | M0 |
| Estadio I | T1 | N0 | M0 |
| Estadio II | T2 | N0 | M0 |
| Estadio IIIA | T3 | N0 | M0 |
| Estadio IIIB | T1-3 | N1 | M0 |
| Estadio IVA | T4 | N0-1 | M0 |
| Estadio IVB | Tis-4 | N2 | M0 |
| | Tis-4 | N0-2 | M1 |

Grado Histológico

| | |
|----|-----------------------------|
| GX | Grado no puede ser evaluado |
| G1 | Bien diferenciado |
| G2 | Moderadamente diferenciado |
| G3 | Pobremente diferenciado |
| G4 | Indiferenciado |

La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el procedimiento estándar para el tratamiento de la litiasis biliar sintomática (5, 11, 12, 13). Con su aparición han tomado interés y relevancia varios conceptos: cáncer de vesícula biliar incidental: Aquella neoplasia vesicular no sospechada pre o intra operatoriamente y que es diagnosticada por el patólogo en el análisis del espécimen de colecistectomía (5, 11, 12).

Cáncer de vesícula biliar descubierto en el momento de la intervención (sin sospecha preoperatoria) (5, 11, 12).

Diseminación inadvertida del cáncer de vesícula biliar incidental: Implante intraperitoneal en las zonas de agresión o heridas quirúrgicas (5, 11, 12).

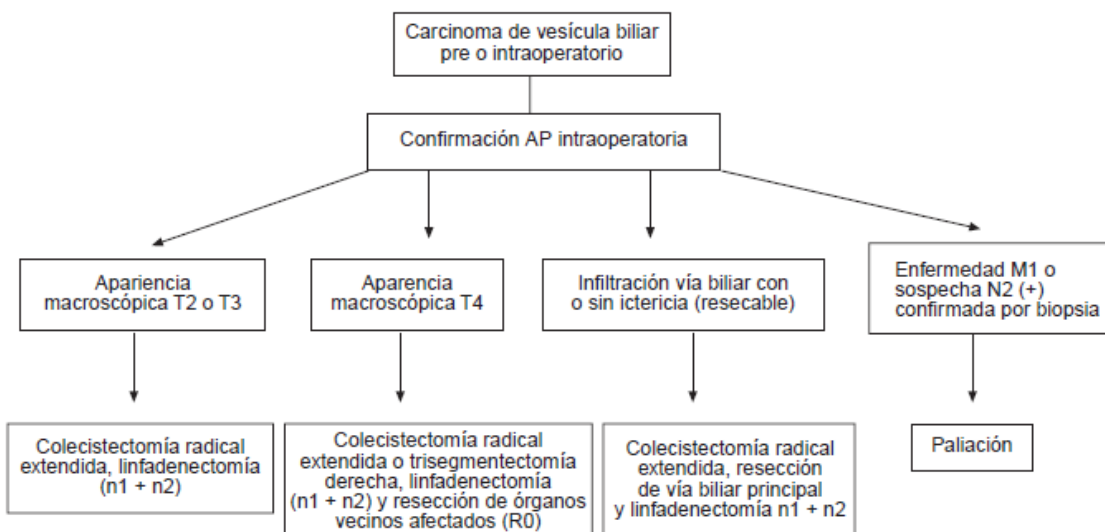
La mejoría en los resultados se basa en la realización de resecciones quirúrgicas de primera intención con finalidad curativa, la identificación de pacientes portadores de litiasis biliar sintomática para someterlos a colecistectomía y el análisis exhaustivo histopatológico de los especímenes de colecistectomía para diagnosticar aquellos tumores incidentales en estadios iniciales que van a ser subsidiarios de re intervención con intención curativa (6, 7, 8).

Los criterios de irresecabilidad del cáncer de vesícula biliar son la mala condición general del paciente; presencia de metástasis hepáticas, peritoneales o a distancia; afección extensa del tronco principal de la vena porta o de la arteria hepática, y afección bilateral de ambas ramas portales o arteriales (5, 11).

La colecistectomía simple sólo puede considerarse como tratamiento curativo para los pacientes con cáncer incidental descubierto en el examen histológico postoperatorio y estadio T1a. Cuando el tumor infiltra la capa muscular sin sobrepasarla (T1b) debe tratarse mediante colecistectomía radical extendida. Los pacientes con tumores T2 deben tratarse siempre con colecistectomía radical extendida (colecistectomía ampliada a 2 cm de margen del lecho vesicular y esqueletización ganglionar del epiplón menor, y consiste en realizar en bloque una colecistectomía y bisegmentectomía IVB y V (5, 11).

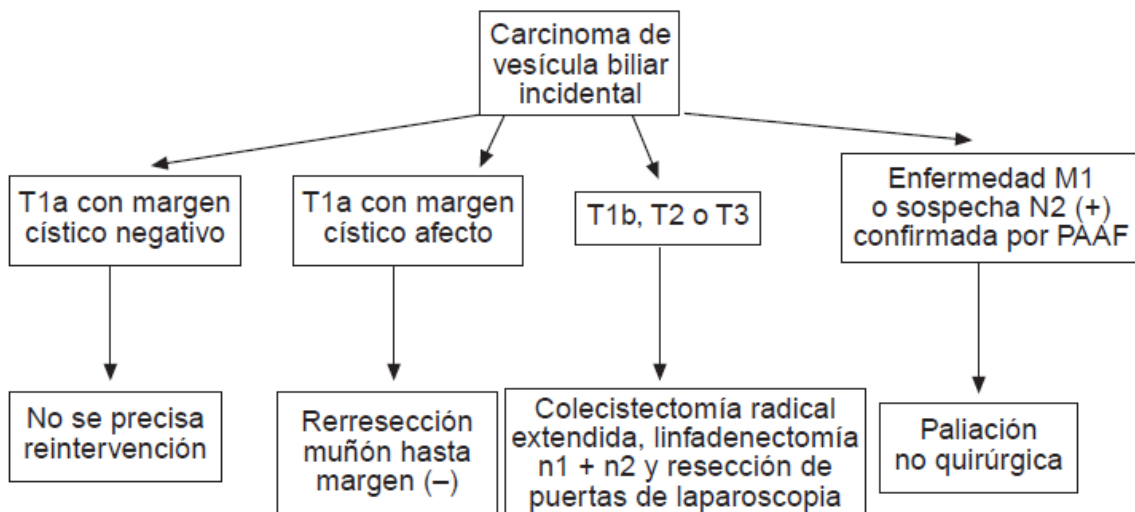
El tratamiento quirúrgico del cáncer de vesícula localmente avanzado (tumores T3 y T4) implica realizar resecciones hepáticas y de órganos vecinos más o menos extensas que se acompañan de tasas de morbimortalidad no despreciables (5,11).

Figura 2 – 1: Algoritmo de manejo cáncer de vesícula biliar diagnosticado pre o intra operatoriamente



La única variante terapéutica que debe acompañar a la re resección del cáncer de vesícula biliar incidental cuando la colecistectomía se realizó por laparoscopia es la resección radical de los puertos de entrada de los trocares (5, 11,13).

Figura 2 – 2: Algoritmo de manejo cáncer de vesícula biliar diagnosticado incidentalmente



Los pacientes con sospecha preoperatoria de cáncer de vesícula biliar deben someterse a cirugía abierta con intención curativa y radical en un solo tiempo, al igual que aquellos en los que el cáncer de vesícula biliar se descubre de forma intraoperatoria durante el procedimiento laparoscópico que deben ser convertidos a cirugía abierta para llevar a cabo la intervención definitiva con intención curativa (5,11).

La morbilidad postoperatoria oscilan entre el 5-54%. Las complicaciones más frecuentes serán fístulas biliares, insuficiencia hepática leve-moderada, absceso intraabdominal e insuficiencia respiratoria (5,11).

La mortalidad postoperatoria de los casos operados y resecados oscila entre el 0 y el 21%, siendo mayor cuando se realizan resecciones hepáticas mayores y resecciones de la vía biliar (5,11).

La supervivencia a 5 años de los pacientes con cáncer de vesícula biliar a los que se les realiza cirugía radical curativa adecuada en función de su estadio tumoral se sitúa entre el 14 y el 20% (1,5,11).

La quimioterapia se ha usado como terapia coadyuvante en el cáncer de vesícula biliar resecado o como paliación el cáncer de vesícula biliar no resecable, y en ninguno de los casos se ha logrado aumentar la supervivencia (5, 11,12).

Los distintos modelos de aplicación de radioterapia (externa, intraoperatoria e interna, esta última usando dispositivos insertados por vía percutánea o endoscópica que liberan la radiación localmente mediante agujas de iridio-192 o de cobalto-60) se han usado como tratamiento paliativo para el cáncer de vesícula biliar localmente avanzado y no resecable; los resultados sugieren que podría aumentar la supervivencia, aunque el beneficio es escaso (de 6 a 8 meses en la mediana de supervivencia). No obstante, es bien tolerada y podría ser útil para mejorar los síntomas en pacientes seleccionados (1,5, 11,12).

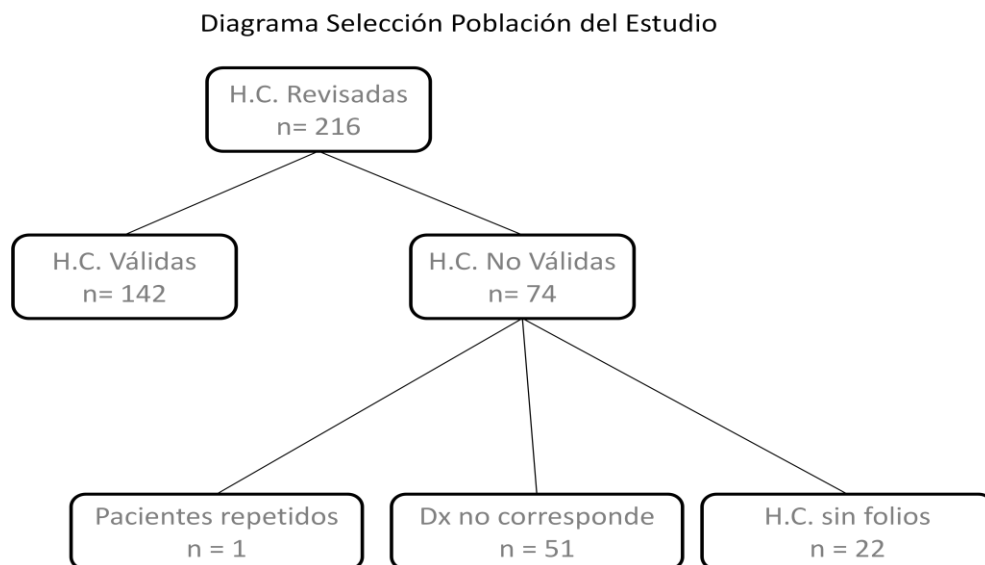
3. Diseño y métodos

3.1. Población

Pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar que ingresaron al INC, desde Julio de 2.007 a Julio de 2.012, criterios de inclusión:

- Diagnóstico histológico de cáncer de vesícula biliar o diagnóstico por imágenes diagnósticas que incluya masa en vesícula biliar.
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes que hayan sido atendidos por lo menos una vez en el INC tengan registro de dicha atención.

Figura 3 – 1: Selección población del estudio



3.2. Tipo de Estudio:

De Cohorte Transversal.

3.3. Metodología

Se identificaron los pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar CIE-10 C23X (población objeto), desde Julio de 2.007 a Julio de 2.012, revisando los registros institucionales, se encontraron los números de las historias clínicas y se revisaron por medio del sistema de información del INC. Se revisaron 216 historias clínicas, de las cuales 142 fueron validas, el resto de las historias clínicas no fueron validas debido a que el diagnóstico clínico no correspondía a cáncer de vesícula biliar, o el sistema de información no permitió abrir algunas de las mismas.

Se utilizó como herramienta de recolección de datos un instrumento que incluía las variables del presente estudio. Ver Anexo A. El instrumento fue diligenciado por los investigadores principales. Dicho instrumento, contenía datos sociodemográficos, clínicos, métodos diagnósticos e información terapéutica. Con la información del último control se determinó la condición actual del paciente. Los datos de las imágenes diagnósticas se obtuvieron de los reportes de radiología tanto de instituciones externas como del INC, no se revisaron las imágenes por un radiólogo exclusivo para este estudio.

Los datos obtenidos por el instrumento de recolección fueron almacenados y procesados en el software Epi Info versión 7.1.0.6 (marca registrada del Centro de Control y Prevención de Enfermedades – CDC)

3.4. Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para el procesamiento de los datos, obteniendo frecuencias y proporciones en las variables cualitativas y promedios o medianas, con desviación estándar o rango intercuartílico para las variables continuas, según su distribución normal o no. Para el análisis se utilizó el software Epi Info versión 7.1.0.6 (marca registrada del Centro de Control y Prevención de Enfermedades – CDC)

3.5. Problema de Investigación

El cáncer de vesícula biliar es una patología altamente letal, es el más agresivo de los cánceres del tracto biliar, el INC es el centro de referencia donde se atienden los pacientes que padecen esta patología remitidos de otras ciudades e instituciones. El cáncer de vesícula biliar es una entidad que se diagnóstica tardíamente, la única opción terapéutica con intención curativa es la cirugía, pero esta indicada en pacientes que cursan con estadios tempranos, es de vital importancia caracterizar a los pacientes con dicha condición que ingresan al INC, con el fin de determinar cuáles han sido las conductas terapéuticas y si estas se ajustan a la evidencia disponible.

En las últimas décadas han aumentado las indicaciones de tratamiento quirúrgico según la literatura mundial, en nuestro país no se dispone de datos que soporten lo anterior.

3.6. Pregunta de Investigación

Cuales son las características demográficas, clínicas, de las imágenes diagnósticas y del tratamiento quirúrgico o no quirúrgico, de los pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar que ingresaron y fueron tratados en el INC durante los años 2.007 al 2.012?

3.7. Sesgos

Sesgo de selección que puede generar un tipo de muestra no representativa debido a que los casos que van a ser analizados son aquellos que ingresan al Instituto Nacional de Cáncerología, que es un centro de referencia nacional en cáncer de IV nivel, sin que se pueda controlar el mecanismo propio de admisión de los pacientes a la institución. Se obtuvieron los datos de los pacientes que ingresaron consecutivamente que cumplieran con los criterios del estudio.

4. Resultados

Por medio de la revisión retrospectiva de 216 historias clínicas de los años 2.007 al 2.012 del INC, se obtuvieron 142 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, los resultados de las variables formuladas son los siguientes:

Del total de pacientes el 85.92% (122 pacientes) corresponden al género femenino; el promedio de edad fue de 64.77 años, con una edad mínima de 36 y una edad máxima de 89, mediana de 65.5 años (desviación estándar 9.92); agrupando las edades por quinquenios, la distribución por géneros fue la siguiente: de los 36 a los 40 años el 100% fueron mujeres (1 paciente), entre los 41 y 45 años el 100% fueron hombres (1 paciente), a partir de los 51 años hasta los 85 años la distribución porcentual estuvo a favor del género femenino, de los 86 a los 90 años el 50% son hombres (1 paciente) y el 50% mujeres (1 paciente). El quinquenio con más cantidad de pacientes fue el comprendido entre los 61 a los 65 años.

Tabla 4 – 1: Distribución de pacientes por edad en quinquenios y género

| Rangos de Edad (años) | GENERO | |
|--------------------------|----------|-----------|
| | FEMENINO | MASCULINO |
| 36 – 40 | 1 (100%) | 0 (0%) |
| 41 – 45 | 0 (0%) | 1 (100%) |
| 46 – 50 | 5 (83%) | 1 (17%) |
| 51 – 55 | 18 (95%) | 1 (5%) |
| 56 – 60 | 15 (83%) | 3 (17%) |
| 61 – 65 | 29 (83%) | 6 (17%) |
| 66 – 70 | 21 (87%) | 3 (13%) |
| 71 – 75 | 14 (93%) | 1 (7%) |
| 76 – 80 | 13 (87%) | 2 (13%) |
| 81 – 85 | 5 (83%) | 1 (17%) |
| 86 – 90 | 1 (50%) | 1 (50%) |
| | 122 | 20 |

En cuanto ocupación el 50 % de los pacientes realizaban labores del hogar, en el 48.6% de los casos no estaba claro en la historia clínica la labor que desempeñaban.

En cuanto a procedencia el 66.9% de los pacientes procedía de los departamentos de Boyacá (10.56%), Cundinamarca (8.45%), Tolima (7.04%) y Bogotá D.C. (40.85%); el 11.27% procedían del resto de los departamentos y un 21.83% no tenían información acerca de su procedencia.

En relación al régimen de seguridad social el 38.03% pertenecían al régimen subsidiado, el 30.28% al régimen contributivo, el 11.27 % eran vinculados, el 17.6% de los pacientes no tenían información acerca de su régimen de aseguramiento.

El 92.25% de los pacientes fueron remitidos de otras instituciones para valoración en el INC. El 94.37 % de todos los pacientes ingresaron por consulta externa, el 5.63% ingreso por el servicio de urgencias.

Las manifestaciones clínicas iniciales fueron las siguientes: el dolor fue el síntoma más frecuente presentándose este en el 94.37% de los pacientes; la ictericia se evidencio en 40.14% de los pacientes, masa palpable abdominal en 2.82% de los pacientes; otros síntomas tales como dispepsia, emesis, anorexia, astenia, adinamia y pérdida de peso solo se presentaron en un 25.35% de los pacientes.

Dentro de los métodos diagnósticos empleados la ecografía abdominal se realizo en el 53.52% de los pacientes, la tomografía abdominal contrastada en el 77.46%, la colangiografía en el 11.27%, laparoscopia en un solo paciente y otros métodos diagnósticos en el 19.52% (biopsia hepática, CPRE y biopsia de otros órganos).

Los hallazgos de las imágenes diagnósticas fueron los siguientes:

Tabla 4 – 2: Frecuencia de los hallazgos radiológicos

| Hallazgo Radiológico | Frecuencia |
|--|------------|
| Masa vesícula biliar | 31 (22%) |
| Engrosamiento pared vesicular | 13 (9%) |
| Adenopatías hilio hepático | 20 (14%) |
| Adenopatías a distancia | 18 (13%) |
| Lesiones focales hepáticas en vecindad | 48 (34%) |
| Lesiones focales hepáticas a distancia | 67 (47%) |
| Metástasis a distancia | 33 (23%) |
| Compromiso otros órganos | 18 (13%) |
| Dilatación vía biliar | 23 (16%) |
| Estenosis vía biliar | 8 (6%) |
| Colecistitis | 5 (3%) |
| Colelitiasis | 20 (14%) |
| Coledocolitiasis | 2 (3%) |
| Ascitis | 9 (6%) |
| Sin hallazgos positivos | 16 (11%) |
| Sin dato | 19 (13%) |

En el 5.63% de todos los pacientes se sospecho el diagnóstico antes de ser llevados a cirugía, la mayoría fueron hallazgos incidentales o hallazgos intraoperatorios.

El 71.13% de los pacientes al ingreso al INC ya tenían enfermedad a distancia, a hígado el 59.86%, a pulmón el 6.34%, a peritoneo el 19,72% a otros órganos el 11.27%.

Estadificación al ingreso al INC, en estadio 0:1,41%, estadio I: 3, 52%, estadio II: 8,45%, estadio III A: 8,45%, estadio IIIB: 2, 11%, estadio IVA: 4,23%, IVB: 70,42%, No clasificado: 1,41%.

Discriminándolo por TNM, TX: 43,66%, Tis: 1,41%, T1: 4,23, T2: 11, 97%, T3: 23,94%, T4: 14,79%. Nx: 71,83%, N0: 9,15%, N1: 6,34%, N2: 12,68%, Mx: 8,45%, M0: 21,13%, M1: 70,42%.

Con respecto a la procedencia de la patología, extra INC: 54,93%, revisión INC: 23,94%, realizada en el INC: 7,04%, sin patología: 12, 68%.

De 120 pacientes con patologías reportadas, el 90,83% (109) corresponden a adenocarcinoma, el 9,17% (11) corresponden a otros tipos histológicos (adenocarcinoma tipo pilórico, carcinoma adenoescamoso, carcinoma neuroendocrino, carcinomatoso-sarcomatoso).

En cuanto al grado histológico, el 21,67% son bien diferenciados (G1), el 35% moderadamente diferenciado (G2), 12,5% pobremente diferenciado (G3), 0,83% indiferenciado (G4), no fue posible definir el grado histológico 8,3%. Se presentó invasión perineural en el 25% de los pacientes, invasión vascular en el 22,5%, localización del tumor, en el 83,3% de los pacientes no había información acerca de la localización del tumor, el 10% se encontraba localizado en la totalidad de la vesícula, 4,16% en el fondo, el 2,5% localizado en el cuello. Número de ganglios reseados 1 ganglio en 7,5% de los casos, 2 ganglios en el 2,5%, en el 90% de los casos no se reportaron ganglios reseados, ganglios comprometidos en el 83% de los ganglios reseados, bordes de sección comprometidos en el 7,5% de los casos, se realizó tratamiento quirúrgico en el 69,01% de los casos, tratamiento no quirúrgico en el 23,94% de los casos, recibieron quimioterapia el 21,83% de los casos.

Con relación a los hallazgos concomitantes, se presentó colelitiasis en el 35,83%, se reportó colecistitis en el 20%, en ningún caso se reportó vesícula en porcelana, ni pólipos vesiculares.

En cuanto a procedimientos quirúrgicos colecistectomía simple en 65,49%, algún tipo de resección hepática en 9,86% (14 pacientes), segmentos reseados: segmento IV en 10 pacientes, segmento V en 9 pacientes, segmento VIII 1 paciente, hepatectomía izquierda en 1 paciente y en un paciente se realizó resección hepática, sin especificar los segmentos reseados. Doce pacientes (8,45%) fueron llevados a linfadenectomía hiliar, 4 pacientes fueron llevados a resección de la vía biliar 2,82%.

Del total de pacientes, 13 pacientes (9,15%), fueron operados con intención curativa en el INC, 79 pacientes fueron operados extra institucionalmente. De los 13 pacientes operados en el INC, al 23% se le realizó resección de vía biliar, 84,6% se le realizó linfadenectomía hiliar, al 100% se le realizó algún tipo de resección hepática y al 46,15% se le realizó colecistectomía, al 53,85% restante la colecistectomía había sido realizada extra institucionalmente, el 38,46%, recibió quimioterapia adyuvante.

Se reportaron ganglios positivos en el 30,76%, no se reportaron bordes positivos. De dichos pacientes 2 fallecieron, 2 están vivos y 9 se desconoce su estado. Estadificación final 0 1,41%; I 4,23%; II 4,23%, IIIA 7,04%, IIIB 3,52%, IVA 4,23%, IVB 73,94%, no clasificado 1,41%.

Tabla 4 – 3: Características pacientes operados en el INC

| Edad | Genero | Estadio Clínico | Cirugías Realizadas INC | Condición Actual | Patología Quirúrgica | Bordes de Sección |
|------|--------|-----------------|---|------------------|----------------------|-------------------|
| 84 | F | II | RH (segmentos IVA – V), Linf. | Muerto | Negativa | Negativos |
| 73 | F | II | Colec, RH (segmentos IVB – V), Linf | Vivo | Positiva | Negativos |
| 70 | F | IVA | RH (hepatectomía izquierda), Linf. | Se desconoce | Positiva | Negativos |
| 60 | F | IVB | Colec. * | Se desconoce | Positiva | Sin dato |
| 68 | F | IVB | RH (hepatectomía derecha ampliada) | Se desconoce | Sin dato | Sin dato |
| 62 | F | II – IIIB | Colec, RH (segmentos IV – V), Linf, RVB | Se desconoce | Positiva | Negativos |
| 54 | F | IIIA | RH (segmentos IVB – V), Linf. | Vivo | Sin dato | Sin dato |
| 67 | F | IIIA – IVB | RH (segmentos IVB – V), Linf. | Se desconoce | Positiva | Negativos |
| 59 | M | IIIA – IVB | Colec, RH (segmentos IVB – V), Linf. | Muerto | Positiva | Negativos |
| 64 | F | IVB | Colec, RH (segmentos IV), Linf, RVB | Se desconoce | Positiva | Sin dato |
| 52 | F | I | Colec, RH (segmentos IVB – V), Linf. | Se desconoce | Positiva | Negativos |
| 48 | M | I | RH (segmentos IV – V), Linf, RVB | Muerto | Positiva | Sin dato |
| 69 | F | II | RH (segmentos IVB – V), Linf, | Se desconoce | Positiva | Sin dato |

Colec. = colecistectomía

RH = resección hepática

Linf. = linfadenectomía hiliar

RVB = resección vía biliar

* = hallazgo intraoperatorio de resección tumor pélvico, se realizó colecistectomía

Se presentó recaída en 9,18% de todos los pacientes llevados a cirugía, localización de la recaída hígado 2 pacientes, peritoneo 4 pacientes, pulmón 1 paciente, otros 2 pacientes. Se llevó 1 paciente con recaída a reintervención con fines paliativos, el resto de pacientes recibió tratamiento no quirúrgico con intención paliativa.

Con relación a la condición actual de los pacientes, 6,34% (9 pacientes) viven, 21,83% (31 pacientes) fallecieron y en el 71,83% (102 pacientes) se desconoce su condición actual.

Las causas de defunción fueron:

Tabla 4 – 4: Frecuencias causas de defunción

| Causa de Defunción | Frecuencia |
|---------------------------|-------------------|
| Sepsis biliar | 5 (16%) |
| Encefalopatía hepática | 5 (16%) |
| Falla hepática | 5 (16%) |
| Hipoxia | 3 (10%) |
| Sepsis de otros orígenes | 3 (10%) |
| Choque hipovolemico | 3 (10%) |
| Síndrome de lisis tumoral | 1 (3%) |
| Sin dato | 6 (19%) |

5. Discusión

El INC es un centro de referencia para cáncer en Colombia, entidad del sector público del orden nacional, en los 5 años que se analizaron se pudo determinar tal como lo dice la literatura que el género femenino fue el más afectado por cáncer de vesícula, con casos desde la cuarta década de la vida en adelante, sin embargo la mayoría de los casos se encuentra en el quinquenio entre los 61 y 65 años, información que no se aleja de los hallazgos publicados en el Anuario Estadístico del año 2010 del INC (3).

Según los hallazgos del presente estudio, en este tipo de cáncer, los casos provienen en su mayoría del altiplano Cundiboyacense y Tolima, siguiendo un patrón similar al encontrado en cáncer gástrico, de acuerdo a hallazgos informados en el Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia (14).

La mayoría de los pacientes atendidos en el INC, por esta patología pertenecen al régimen subsidiado y al contributivo; casi todos de los pacientes remitidos de otras instituciones y el área de ingreso más frecuente fue consulta externa.

En cuanto a las manifestaciones clínicas iniciales los hallazgos del presente trabajo son muy similares a los de la literatura (1), siendo el síntoma más frecuente el dolor en el hipocondrio derecho, síntoma que se interpreta como cólico biliar y no se sospecha neoplasia vesicular, por lo anterior esta patología se diagnóstica frecuentemente en estadios tardíos. La ictericia es el signo clínico más frecuente, se relaciona con enfermedad en estadios avanzados.

En cuanto a los métodos diagnósticos realizados, se tuvieron en cuenta los realizados extrainstitucionalmente y los realizados institucionalmente, las imágenes diagnósticas que se utilizan con mayor frecuencia son la tomografía abdominal contrastada y la ecografía hepatobiliar, la colangiografía sólo se realizó en casos seleccionados (11,27%). Las biopsias percutáneas de lesiones hepáticas y de las lesiones de la pared abdominal, se realizaron para diagnóstico histológico. Las imágenes fueron fundamentales, en la estadificación de los pacientes al ingreso al INC, siendo la tomografía abdominal útil y precisa para este proceso (15). Se evidenciaron los siguientes hallazgos radiológicos que demuestran estadios avanzados al ingreso: metástasis a distancia 23%, lesiones focales hepáticas a distancia 34%, compromiso a otros órganos 13% y ascitis 6%. En los pacientes estudiados no se utilizaron otras ayudas diagnósticas como la ultrasonografía endoscópica y la tomografía por emisión de positrones, las cuales esta descrito tienen utilidad (15).

De los pacientes que fueron llevados a colecistectomía extrainstitucionalmente, la sospecha clínica de cáncer de vesícula fue tan baja como del 5%, la mayoría de los diagnósticos fueron incidentales en el estudio histopatológico del espécimen quirúrgico, o hallazgos macroscópicos intraoperatorios. Datos similares a la literatura (1).

En concordancia con la literatura, la cual refiere que el diagnóstico de esta patología es tardío (16), en nuestro estudio evidenciamos, que hasta un 71% de los pacientes ingresan al INC ya con metástasis a distancia, es decir pacientes con estadios IVB; tan sólo un 5% de los pacientes ingresan al instituto en estadios tempranos como el 0 o el I.

En cuanto al origen de la patología, un 30% es procesada en el INC, ya sea de revisión de láminas o bloques de parafina provenientes de otras instituciones o de muestras directamente tomadas en el instituto.

De los casos revisados, cerca de un 13% de los pacientes no tienen diagnóstico histológico, dado que el diagnóstico se realiza clínica e imagenológicamente, en pacientes con estadios muy avanzados que no se beneficiarían del diagnóstico histopatológico.

En cuanto al diagnóstico histológico el 91% de nuestros pacientes, presentaban adenocarcinoma, datos muy similares a la literatura actual (4), el 9% restante se distribuye en otros tipos de cáncer, inclusive dos casos de neuroendocrinos.

En cuanto al grado histológico, los más frecuentes son el moderadamente diferenciado y el bien diferenciado. Al ingreso 1 de cada 4 pacientes presentaban invasión perineural y vascular. Cabe destacar que la mayoría de las patologías reportadas (aproximadamente 85%), la localización del tumor no estaba informada, razón por la cual no podemos comparar esta variable con la literatura mundial. Llama la atención que el 90% de las patologías reportadas, en su mayoría las colecistectomías extrahistológicas, no informan ganglios resecados. En los casos en que si fueron informados cerca del 85%, estos ganglios estaban comprometidos. En total fueron llevados a cirugía cerca del 70% de los pacientes, teniendo en cuenta que la gran mayoría de estas cirugías fueron las colecistectomías extrahistológicas. Recibieron quimioterapia adyuvante el 22% de los casos.

En cuanto a los hallazgos concomitantes es de anotar que no siempre fueron informados en las remisiones, ni evidenciados en las historias clínicas, por lo que sólo se informó colelitiasis en un 36% y colecistitis en un 20%. No se informaron casos de vesícula en porcelana, ni de pólipos vesiculares, a pesar de que la literatura reporta estos dos hallazgos como factores de riesgo importantes en cáncer de vesícula biliar (4)

Del total de pacientes solamente fueron llevados a cirugía en el INC con intención curativa el 9%. De los cuales las cirugías más frecuentes fueron la resección hepática, la colecistectomía en los casos en que los pacientes no hubieran sido

colecistectomizados extrainstitucionalmente, y la linfadenectomía hilar. Solamente se realizó resección de vía biliar en 3 casos. En relación a la patología quirúrgica cabe mencionar que los bordes de sección fueron negativos y se obtuvieron ganglios positivos en el 30% de los pacientes. Las conductas quirúrgicas con intención curativa asumidas en el INC, están en sintonía con la literatura mundial actual (2, 15). La estadificación final no difiere significativamente de la estadificación al ingreso al instituto.

Se logró documentar recaída en aproximadamente un 10% de todos los pacientes llevados a cirugía (extra e intrainstitucionales).

Una variable que vale la pena mencionar es la condición actual de los pacientes, en la cual llama la atención que en cerca del 72% de ellos, se desconoce su condición actual, en la mayoría de los casos porque no vuelven a control y no existe un mecanismo protocolizado para el seguimiento, diferente al control clínico.

Aproximadamente el 6% de los pacientes vive y el 22% fallecieron, la mayoría de las muertes son secundarias a sepsis de origen biliar, falla hepática y sus complicaciones.

6. Conclusiones

En general las variables demográficas de los casos con cáncer de vesícula biliar del presente estudio, son semejantes a los evidenciados en la literatura mundial. El diagnóstico tardío sigue siendo una constante en este tipo de tumores, lo cual aumenta la morbimortalidad. En el presente estudio fue difícil valorar variables como, sobrevida, recaída, dadas las limitaciones en cuanto seguimiento de los pacientes, por lo que se dificulta determinar la respuesta, ya sea, al tratamiento quirúrgico o a la adyuvancia con quimioterapia.

Se requieren estrategias desde el punto de vista de salud pública, con el fin de diagnosticar tempranamente este tipo de tumores y de esta manera mejorar la sobrevida y disminuir la morbimortalidad.

Este estudio podría ser una base para plantear, estudios más completos en los cuales el seguimiento pueda ser mejor evaluado.

Un aspecto que no caracterizó el presente estudio, fue lo relacionado a los factores de riesgo ambientales, dichas variables podrían tenerse en cuenta para ulteriores investigaciones.

Pese a que el INC es la institución de referencia a nivel nacional en cáncer, se identificaron falencias en cuanto a los registros en la historia clínica, que podrían aportar más datos a estudios similares al presente.

Se considera necesario que el Ministerio de la Protección Social formule estrategias de información, educación y comunicación, con el fin que los médicos

generales estén entrenados en identificar de forma temprana esta patología, así como los cirujanos generales tengan las herramientas para dar manejo al cáncer de vesícula diagnosticado intraoperatoriamente. Por otro lado que no existan barreras administrativas para el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes con colelitiasis sintomática, factor de riesgo conocido para cáncer de vesícula.

A. Anexo: Instrumento de recolección de datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS APLICADA LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____ C.C.: _____ H.C.: _____

Fecha de Nacimiento: día ___ mes ___ año ___

Edad: ___ años Genero: F ___ M ___ Ocupación: _____

Procedencia: Departamento: _____ Municipio: _____ Dirección

Residencia: _____

Teléfonos de Contacto: _____

Escolaridad: _____ Aseguradora: _____ Regimen: S ___ C ___ V ___

Fecha Diligenciamiento: día ___ mes ___ año ___

2. MODO DE INGRESO AL INC

Urgencias ___ Consulta Externa ___ Remitido: SI ___ No ___

3. SINTOMAS INICIALES

Ictericia SI ___ NO ___ Masa abdominal SI ___ NO ___

Dolor SI ___ NO ___

Otros: SI ___ NO ___

Cuales? _____

4. METODOS DIAGNÓSTICOS EMPLEADOS

___ Ecografía Abdominal

___ Tomografía Abdominal contrastada

___ RMN (Colangiografía)

___ Ultrasonografía endoscópica

___ Laparoscopia

___ Otros:

Cuales: _____

Se sospecho el cáncer antes de la cirugía? SI ___ NO ___

Metastasis: SI ___ NO ___, Localización: Hígado:___ Peritoneo: ___ Pulmón: ___ Otros: ___ Cuales:

Hallazgos relevantes de las imágenes:

5. ESTADIO CLINICO

| INDIQUE EL ESTADIO QUE REPORTAN | | | | EI | POP |
|---------------------------------|-------------|-------------|-----|----|-----|
| Estadio 0 | Tis | N 0 | M 0 | | |
| Estadio I | T1 | N 0 | M 0 | | |
| Estadio II | T2 | N 0 | M 0 | | |
| Estadio III A | T3 | N 0 | M 0 | | |
| Estadio III B | T1 – 3 | N 1 | M 0 | | |
| Estadio IVA | T4 | N0-N1 | M 0 | | |
| Estadio IVB | Cualquier T | N2 | M 0 | | |
| | Cualquier T | Cualquier N | M 1 | | |

6. REPORTE DE PATOLOGIA

Indique si la patología es:

Extra INC ___, INC ___, Revisión INC ____

7. CLASIFICACION HISTOLOGICA:

___ adenocarcinoma

___ carcinoide

___ Otro. cual _____

8. GRADO HISTOLOGICO

___ GX Grado no puede ser evaluado

___ G1 Bien diferenciado

___ G2 Moderadamente diferenciado

___ G3 Pobremente Diferenciado

___ G4 Indiferenciado

9. INFILTRACIÓN

Perineural SI ___ NO ___

Vascular SI ___ NO ___

10. COMPROMISO GANGLIONAR

N° de Ganglios Resecados: _____

Ganglios comprometidos: SI: ___ NO: ___ N° ___ de _____

11. BORDES DE SECCIÓN COMPROMETIDOS: SI ___ NO ___

12. LOCALIZACION

___ fondo ___ cuerpo ___ cuello ___ totalidad de la vesícula

13. HALLAZGOS CONCOMITANTES

___ colelitiasis

___ vesícula en porcelana

___ colecistitis

___ pólipos vesiculares

14. TRATAMIENTO INSTAURADO

| ___ QUIRURGICO | ___ MEDICO |
|---|--|
| <p>___ Colecistectomia simple</p> <p>___ Reseccion hepática</p> <p>Segmentos resecados:</p> <p>_____</p> <p>___ Linfadenectomia hiliar</p> <p>___ Resección de la vía biliar</p> <p>___ Resección otros órganos</p> <p>Cuales: _____</p> <p>_____)</p> | <p>___ Quimioterapia adyuvante</p> <p>Cual: _____</p> <p>_____</p> <p>___ Radioterapia adyuvante</p> |

15. La cirugía se realizó:

Extra INC ___ INC ___

PATOLOGIA QUIRURGICA

16. Indique si la patología es:

Extra INC ___, INC ___, Revisión INC

17. CLASIFICACION HISTOLOGICA:

___ adenocarcinoma

___ carcinoide

___ Otro. cual _____

18. GRADO HISTOLOGICO

___ GX Grado no puede ser evaluado

___ G1 Bien diferenciado

___ G2 Moderadamente diferenciado

34 Diagnóstico, tratamiento y resultados de los pacientes con cáncer de vesícula biliar manejados en el Instituto Nacional de Cancerología. 2.007 – 2.012

G3 Pobremente Diferenciado

G4 Indiferenciado

19. INFILTRACIÓN

Perineural SI NO

Vascular SI NO

20. COMPROMISO GANGLIONAR

N° de Ganglios Resecados: _____

Ganglios comprometidos: SI: NO: N° _____ de _____

21. BORDES DE SECCIÓN COMPROMETIDOS: SI NO

22. LOCALIZACION

fondo cuerpo cuello totalidad de la vesícula

23. HALLAZGOS CONCOMITANTES

colelitiasis

vesícula en porcelana

colecistitis

polipos vesiculares

adenomas vesiculares

papilomas vesiculares

anomalía anatómica vesicular. cual: _____

24. ESTADIO CLINICO FINAL

| INDIQUE EL ESTADIO QUE REPORTAN | | | | EI | POP |
|---------------------------------|-------------|-------------|-----|----|-----|
| Estadio 0 | Tis | N 0 | M 0 | | |
| Estadio I | T1 | N 0 | M 0 | | |
| Estadio II | T2 | N 0 | M 0 | | |
| Estadio III A | T3 | N 0 | M 0 | | |
| Estadio III B | T1 – 3 | N 1 | M 0 | | |
| Estadio IVA | T4 | N0-N1 | M 0 | | |
| Estadio IVB | Cualquier T | N2 | M 0 | | |
| | Cualquier T | Cualquier N | M 1 | | |

25. SEGUIMIENTO

Fecha último control: día ___ mes ___ año

Recaída: SI , NO , fecha: día ___ mes ___ año ___

Localización de la recaída: _____

Manejo:

Quirurgico: SI___, NO___, especifique_____

No Quirurgico: SI___, NO___, especifique_____

26. ESTADO ACTUAL:

__ vivo __muerto.

Fecha de fallecimiento: dia___ mes___ año___

en caso de fallecimiento defina la (s) causa (s) directa (s) de la defuncion

27. NOTAS _____

Bibliografía

1. Andrew X. Zhu, Theodore S. Hong, Aram F. Hezel, David A. Kooby. Current Management of Gallbladder Carcinoma. *The Oncologist* 2010;15:168–181
2. M. Isambert, C. Leux, S. Metairie, J. Paineau. Incidentally-discovered gallbladder cáncer: When, why and which reoperation?. *Journal of Visceral Surgery* (2011) 148, e77—e84
3. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario Estadístico del INC año 2010.
4. Eduardo C. Lazcano-Ponce, MD, PhD; J. F. Miquel, MD; Nubia Muñoz, MD; Rolando Herrero, MD, PhD; Catterina Ferrecio, MD; Ignacio I. Wistuba, MD; Patricia Alonso de Ruiz, MD; Gerardo Aristi Urista, MD; Flavio Nervi, MD. Epidemiology and Molecular Pathology of Gallbladder Cáncer. *CA Cáncer J Clin* 2001; 51:349-364.
5. Sidi Mohammed Bouchentouf, Soundouss Raissouni, Ibrahima Sall, Hakim El Kaoui, Hicham Baba, Ahmed Bounaim, Abdelmounim Ait Ali, Khalid Sair, Aziz Zentar. Incidental gallbladder cáncer: what management?. *Oncol Rev* (2011) 5:241–247.
6. David L. Bartlett, M.D., Yuman Fong, M.D., Joseph G. Fortner, M.D. Long-Term Results After Resection for Gallbladder Cáncer Implications for Staging and Management. *ANNALS OF SURGERY* 1996 Vol. 224, No. 5, 639-646.

7. Matthew T. Hueman, MD, Charles M. Vollmer Jr., MD, and Timothy M. Pawlik, MD, MPH. Evolving Treatment Strategies for Gallbladder Cancer. *Ann Surg Oncol* (2009) 16:2101–2115.
8. Barlett DL, Fong Y. Tumors of the gallbladder. In: Blumgart LH, Fong Y, editors. *Surgery of the liver and biliary tract*. (vol.I). 1st. ed. 1994. Edinburgh: W.B. Saunders, 2000; p. 993-1051.
9. Alessandro Furlan. James V. Ferris. Keyanoosh Hosseinzadeh. Amir A. Borhani. Gallbladder Carcinoma Update: Multimodality Imaging Evaluation, Staging, and Treatment Options. *American Roentgen Ray Society*. 2008; 191:1440–1447.
10. Richard M. Gore and Ryan P. Shelhamer. Biliary tract neoplasms: diagnosis and staging. *Cáncer Imaging*, 2007- 7, S15-S23.
11. Norihiro Kokudo, MD; Masatoshi Makuuchi, MD; Takeshi Natori. Strategies for Surgical Treatment of Gallbladder Carcinoma Based on Information Available Before Resection. *ARCH SURG/VOL* 138, JULY 2003. P 741-750.
12. Seung Eun Lee, Jin-Young Jang, Chang-Sup Lim, Mee Joo Kang, Sun-Whe Kim. Systematic review on the surgical treatment for T1 gallbladder cancer. *World J Gastroenterol* 2011 January 14; 17(2): 174-180.
13. Tetsuya Shimizu, Yasuo Arima, Shigeki Yokomuro. Incidental Gallbladder Cancer Diagnosed during and after Laparoscopic Cholecystectomy. *J Nippon Med Sch* 2006; 73 (3). P 136-140.
14. Instituto Nacional de Cancerología. Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia año 2010.

-
15. C. Boutros, M. Gary, K. Baldwin, P. Somasundar. Gallbladder cáncer: Past, present and an uncertain future. *Surgical oncology* 2012 21; e183 – e191

 16. NCCN – National Comprehensive Cáncer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology, Hepatobiliary Cáncers. 2.012