

---

# Incidencia del cáncer de vesícula biliar en hospital “Luis Vernaza” y factores de riesgos más frecuentes 1998-2002

## To incidence of gall bladder cancer, at the Luis Vernaza hospital and risk factor more frequent 1998-2002

Javier Enrique Villacís Cabezas \*

José Luis Chérrez Gavilánez \*

### Resumen

**Tipo de estudio:** Transversal, observacional y descriptivo; se realizó en el hospital “Luis Vernaza”, Guayaquil; 1998-2002.

#### Objetivos:

- Determinar la incidencia del cáncer de vesícula biliar.
- Identificar los factores de riesgo presentes en nuestro medio.
- Determinar el motivo de consulta más frecuente.
- Precisar si el paciente es diagnosticado quirúrgicamente.

**Resultados:** Se encontró 36 pacientes con cáncer de vesícula biliar, sexo femenino 75%, edad promedio 68; años, acudieron con dolor abdominal agudo en el 86%, fue diagnosticado quirúrgicamente en el 36% de los casos.

**Conclusiones:** La incidencia del cáncer de vesícula biliar no se ha incrementado; puede estar relacionado con el aumento de colecistectomías. Los factores de riesgo más frecuentes son: edad avanzada, sexo femenino, antecedentes de litiasis biliar; el motivo de consulta principal fue el cuadro abdominal agudo, por lo que el diagnóstico preoperatorio, es errado en la mayoría de los casos.

**Palabras clave:** Incidencia. Vesícula biliar. Colecistectomía

### Summary

**Type of study:** A transversal, observational and descriptive study was done at the Luis Vernaza Hospital in Guayaquil since 1998-2002.

#### Objectives:

- To determine the incidence of the gall-bladder cancer
- Identify the risk factor more prevalent in our environment
- Determine the motive of the consult more frequent
- To know if the patient has presurgical diagnoses

**Results:** We found 36 patients with this pathology, female sex 75%, average age is around 68, main symptom was acute abdominal pain in 86 % had diagnoses presurgical in the 36%.

**Conclusions:** The incidence of the gallbladder cancer isn't increased; this should be related to increase of cholecystectomy. The risk factor more frequent are; elderly age, female sex, antecedent of gallstones disease and the main motive of the consult was acute abdominal pain, for this reason were wrong in the most frequent of the cases.

**Key words:** Incidente. Gall-bladder. Cholecystectomy

---

### Introducción

El cáncer de vesícula biliar se ha incrementado notablemente, siendo el más frecuente de las neoplasias malignas del árbol biliar<sup>12,14,15</sup>. Actualmente con los métodos diagnósticos disponibles, sólo se está en condiciones de

reconocer en el preoperatorio aquellos cánceres de vesícula avanzados y generalmente en etapas no curativas<sup>3</sup>. La ecografía es una herramienta útil y barata; pero incluso con ésta, las lesiones tempranas son insospechadas, incluso en el intraoperatorio<sup>7</sup>. De estos hechos depende la idea de operar precozmente a toda patología vesicular

litiásica, aún siendo esta asintomática; por estas razones rescatamos lo importante en delinear claramente cuáles son los factores de riesgo más frecuentes en el cáncer de vesícula biliar en nuestro medio, su presentación clínica, diagnóstico y tratamiento correspondiente.

En los Estados Unidos la incidencia es alta; se estima que hay entre 600 y 700 nuevos casos de cáncer de vesícula biliar al año, especialmente al suroeste<sup>8,9</sup>. En Chile la incidencia es alta, llegando a ser la primera causa de muerte por cáncer en la mujer y la tercera dentro de la población general; otros países donde es frecuente, se mencionan: México, Bolivia y al norte de Japón<sup>1,2,5,11,12,20</sup>. En algunos países como Gran Bretaña y Canadá, la incidencia ha disminuido, y se piensa que es por el aumento de la tasa de colecistectomías, aunque esto incrementaría el riesgo de cáncer de colon<sup>10,14</sup>.

Muchos son los factores conocidos que incrementan el riesgo de cáncer vesicular; entre estos están: colelitiasis, edad avanzada, sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, tabaco, vesícula de porcelana, alimentación, infección crónica vesicular por salmonella<sup>1,4,7,16,18,19</sup>, etc.

El tratamiento definitivo es la cirugía, cuando se encuentra en estadios tempranos de la enfermedad; desafortunadamente menos del 25% son resecables; la laparoscopia se encuentra contraindicada por el aumento de implantes peritoneales después de ésta<sup>6,13,17,18</sup>.

**Materiales y métodos**

Estudio transversal, observacional, descriptivo, realizado en el hospital "Luis Vernaza" de esta ciudad, desde enero de 1998 hasta diciembre de 2002.

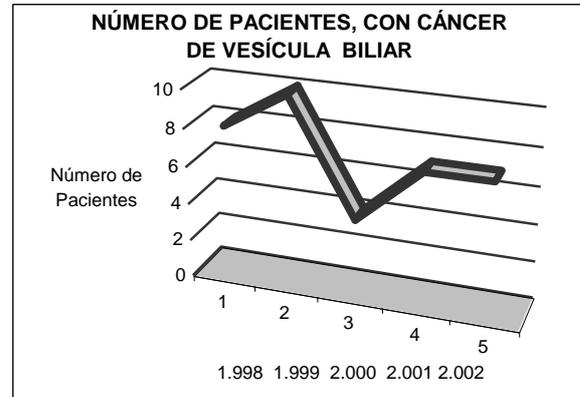
**Criterios de inclusión:** se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron a la unidad de emergencia del Hospital, y que fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar un cuadro biliar, con su posterior diagnóstico histopatológico.

**Criterios de exclusión:** a todos los demás pacientes que no presentaban sintomatología de algún cuadro biliar y que no fueron intervenidos por dicha patología.

**Resultados**

Durante los años en que se realizó el estudio se hicieron 10.902 intervenciones sobre la vesícula biliar; de éstas, se obtuvieron 36 muestras positivas para cáncer vesicular, representando el 0,33% (gráfico 1).

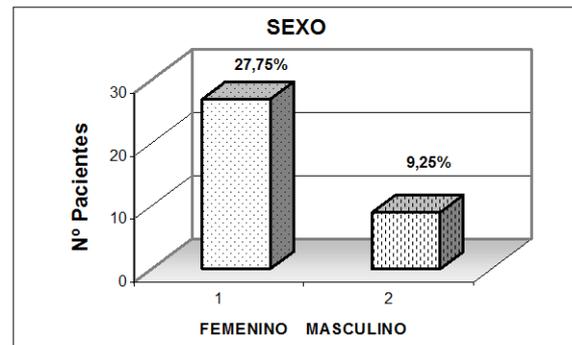
**Gráfico 1**



Fuente: Dpto. Estadística, hospital "Luis Vernaza"

De este grupo de pacientes, 27 son del sexo femenino (gráfico 2).

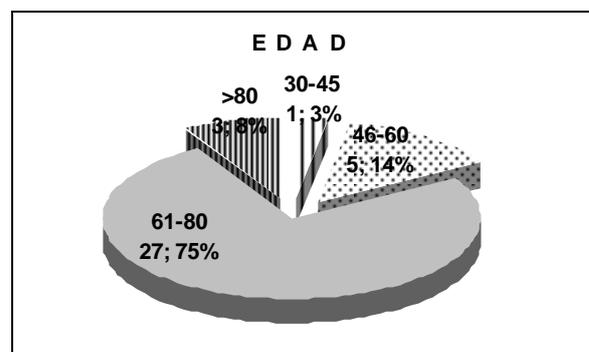
**Gráfico 2**



Fuente: Dpto. Estadística, hospital "Luis Vernaza"

La edad de mayor frecuencia es entre los 61 a 80 años con un 75% (gráfico 3).

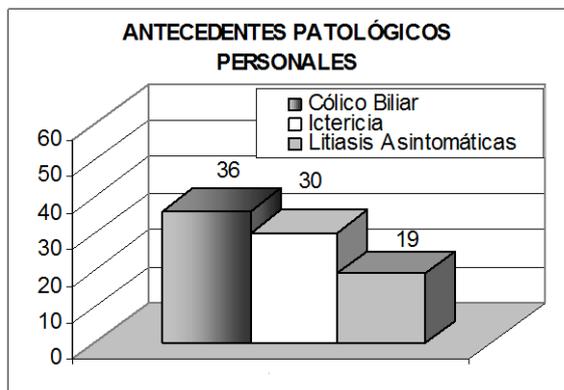
**Gráfico 3**



Fuente: Dpto. Estadística, hospital "Luis Vernaza"

Todos los pacientes tuvieron antecedentes de cólico biliar en algún momento de su vida; 30 casos habían presentado ictericia anteriormente, y 19 presentaron litiasis asintomáticas que fueron hallazgos ecográficos (gráfico 4).

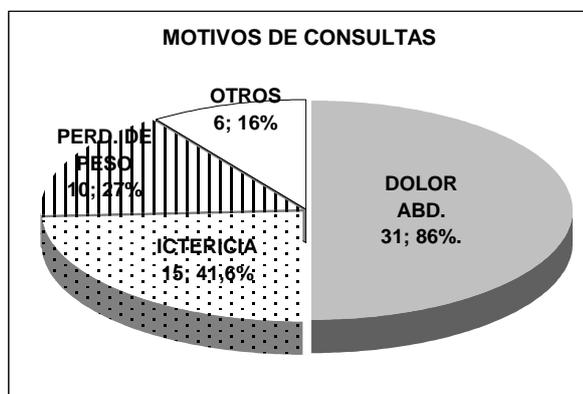
**Gráfico 4**



Fuente: Dpto. Estadística, hospital "Luis Vernaza"

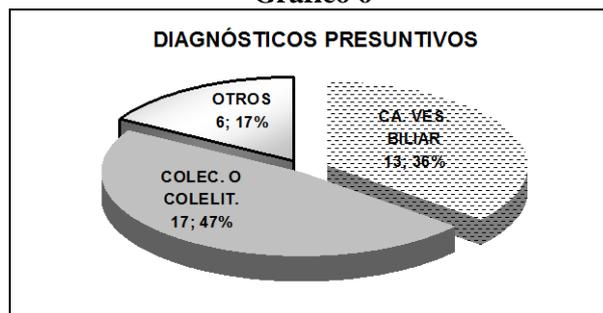
Dentro del motivo de consulta, el cuadro de dolor abdominal agudo estuvo en el 86% (gráfico 5), y el diagnóstico presuntivo fue el correcto en el 36% de los casos (gráfico 6).

**Gráfico 5**



Fuente: Dpto. Estadística, hospital "Luis Vernaza"

**Gráfico 6**



Fuente: Dpto. Estadística, hospital "Luis Vernaza"

## Discusión

El beneficio de operar tempranamente la patología vesicular litiásica, sea ésta asintomática o no, produce la reducción de la incidencia de cáncer de vesícula biliar, en el estudio realizado por Venturelli, 2.990 colecistectomías realizadas se encontraron 147 casos de carcinomas, con una incidencia del 4,9%<sup>2</sup>, Bumashny en su casuística manifestó que de las 203 operaciones realizadas sobre la vesícula biliar se observó que 10 pacientes resultaron con dicha patología lo que representaría una incidencia del 6,09%<sup>18</sup>, en países como México y Japón donde la incidencia también es alta de todas las vesículas retiradas<sup>5,12,18</sup>, en este trabajo donde se realizaron intervenciones de vesícula biliar en un número significativo de 10.902 se descubrió 36 pacientes con esta patología con una incidencia del 0,3% a pesar de la gran cantidad de cirugías realizadas (tabla 1).

**Tabla 1**

	Colecistectomías	Número pacientes Cáncer Vesicular	Incidencia
Venturelli	2.990	147	4,9%
Bumashny	203	10	3%
Presente estudio	10.902	36	0,33%

El dolor abdominal agudo, solo o acompañado de ictericia, es su forma más habitual de presentación, y no como un cuadro vesicular avanzado con anorexia, astenia, pérdida de peso y masa palpable indolora; ésta sería una de las causas por lo cual no se diagnostica en primera instancia esta enfermedad.

## Conclusiones

La incidencia del cáncer de vesícula biliar no se encuentra aumentada en el medio, lo cual puede estar relacionado con el aumento de colecistectomías que se realizan en nuestro medio.

Los factores de riesgo más frecuentemente asociados a esta enfermedad se encuentran: la edad avanzada, sexo femenino, antecedentes de dolor tipo cólico, ictericia y de litiasis biliar.

Motivo de consulta principal fue el dolor tipo cólico abdominal.

La forma más habitual de diagnosticar esta patología en nuestro medio, es mediante el examen histopatológico de la pieza colecistectomizada.

### Recomendaciones

- ✓ Se debe capacitar al personal de la sala de Emergencia acerca de los factores de riesgo y el motivo de consulta más frecuente de este tipo de patología.
- ✓ Todo paciente de sexo femenino, edad avanzada (60-80 años), antecedentes de dolor abdominal y de litiasis vesicular concomitante, es un paciente de riesgo de padecer cáncer de vesícula biliar y debería realizarse un examen exhaustivo con el fin de descartar este tipo de patología.
- ✓ Se debe contar en la sala de Emergencia con un equipo endoscópico adecuado, y personal especializado a disposición las 24 horas al día, para realizar un adecuado diagnóstico prequirúrgico, ya que este sería de mucho beneficio, no sólo para este tipo de patologías, sino también para otras del tracto gastrointestinal.
- ✓ Debemos tratar de diagnosticar el cáncer de vesícula biliar durante el preoperatorio; de esta forma derivar al paciente hacia institutos especializados para mejorar el pronóstico, que de por sí, es ominoso.

### Referencias bibliográficas

1. Atsushi Nishimura, MD, et al: High coincidence of Mirizzi syndrome and gallbladder. *Surgery, USA*, 126 (3): 587, 1999
2. Alirio Venturelli L, Alejandro Torres A, et al: Evolución de cáncer de vesicular en Valdivia en las últimas dos décadas. *Rev Chilena de Cirugía, Chile* 39 (5): 493-496, 1997
3. C. Bloechle MD, et al: Is radical Surgery in Locally Advanced Gallbladder Carcinoma Justified? *American Journal of Gastroenterología, USA* 90 (12), 1995
4. C. Gómez Freijoso, et al: Carcinoma in situ de vesícula biliar. Implicaciones pronosticas y terapéuticas. *Gastroenterología y Hepatología, USA* 18 (9): 457-459, 1995
5. Cristian Trujillo L, et al: Resultados Preliminares de un Protocolo de Cirugía Radical en cáncer de Vesícula Biliar. *RCC, Chile* 49 (5): 497-506, 1997
6. Cotrand, Kuman, Robbins: Carcinoma de la vesícula biliar. *Patología estructural y funcional*. 5ª ed, Ed McGraw Hill-Interamericana, México 987-989, 1995
7. Eduardo Olivera, Ivonne Martínez, et al: Correlación ecográfico-operatoria en la patología vesicular. *RCU, Uruguay* 1: 33-36, 1991
8. E. Ross Rahola: Enfermedades de las vías biliares. En: Farreras Rozman. *Medicina Interna*. 14ª ed, Ed Harcourt, España- Madrid 463-465, 2000
9. Henry A, et al: Cancer of Biliary Tree. En: Vincent T De Vita Jr. Samuel Hellman. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 5ª ed, Ed Lipincott Raven, USA 1114-1119, 1997
10. Isao Todoroki, et al: Cholecystectomy and the risk of colon cancer. *Am J Gastroenterology, USA* 94 (1): 41-46, 1996
11. Iva Roa, et al: Preneoplastic Lesions and Gallbladder Cancer: An Estimate of the Period Required for Progression. *Am J Gastroenterology, USA* 111: 232-236, 1996
12. Iván Serra C: Cáncer vesicular, alta prioridad como problema de salud en Chile. *Rev Chil Cir, Chile* 49(6): 611-613, 1997
13. Jagdish C, et al: Endoscopy biliary endosprosthesis for palliation of gallbladder carcinoma. *Gastroenterology Endoscopy, USA* 43 (3): 121-124, 1996
14. James A: Cholecystectomy and colon cancer. *Am J Gastroenterology, USA* 94 (1): 1, 1999
15. James E, et al: Diagnosing gallbladder carcinoma: percutaneous cholecystoscopy or endoscopy ultrasound. *Gastroenterology endoscopy, USA* 46 (3): 123-134, 1997
16. James E. Everhart, et al: Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology, USA* 117: 632-639, 1999
17. Jorge A. Sivori, et al: Vías biliares, vesícula biliar e hígado. *Rev Arg Cir, Argentina* 5: 109-112, 2000
18. Juan P, et al: Cancer de vesícula y colecistectomía laparoscópica. *Rev Arg Cir, Argentina* 73: 97-106, 1997
19. Julian E. Losanoff MD, et al: Complications of Gallstone Disease: Gallstone Ileus. *USA* 97( 7): 2002
20. R. Burmeister, et al: Cáncer vesicular temprano. *Rev Chil Cir, Chile* 49 (3): 276-279, 1997

**Dr. Javier Enrique Villacís Cabezas**

**Teléfonos: 593-05-2730505**

**Fecha de presentación: 27 de diciembre de 2004**

**Fecha de publicación: 20 de abril de 2006**

**Traducido por: Dra. Janet J. Moreno E.**