

HOSPITAL DOCENTE CLINICOQUIRURGICO "DR. SALVADOR ALLENDE"

Neoplasia primaria maligna de la vesícula biliar²⁴

Por los Dres.:

SALOMON MITRANI SEVY,²⁵ ISABEL COBELO PEÑAFIEL,²⁶
OSCAR PAYA SARDINAS,^{****} TOMAS HERNANDEZ RAMOS²⁷ y HATUEY PITA DE LA VEGA²⁸

Mitrani Sevy, S. y otros. *Neoplasia primaria maligna de la vesícula biliar*. Rev Cub Med 18: 3, 1979.

Se estudiaron 4 054 necropsias del hospital docente clinicoquirurgico "Salvador Allende" procedentes de los años 1970 a 1975; se encontraron 21 casos de neoplasia primaria de vesícula biliar en una proporción casi igual en relación con el sexo, con predominio en la octava y novena décadas. No se planteó el diagnóstico al ingreso; se orienta que la presencia de síntomas generales y signos digestivos asociados con colecistitis constituyen la fase silente de esta afección y si se asocian con litiasis vesicular, casi es obligatorio orientar el diagnóstico de esta entidad. La evolución fue dificultosa y se orienta hacia el tratamiento quirurgico de la litiasis vesicular.

INTRODUCCION

El cáncer primario de la vesícula biliar ha sido motivo de estudios y revisiones por distintos autores que se han apasionado con dichos trabajos, con el deseo de encontrar, tanto clínica como humoralmente, por todos los medios de investigación que se han tenido en las distintas épocas, un diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Historia

Aunque casi todas las revisiones bibliográficas investigadas señalan a *Maximiliano Stoll, de Vierta*,^{1^} que en 1777 describió un caso de cáncer de vesícula biliar con *situs inversus* y en dos casos más con exámenes autopsicos; sin embargo, *Busutti*^l señala que *Giovanni Batista Morgagni* fue el primero que en el año 1740 señalara un caso de neoplasia de vesícula biliar.

Halle en 1786, señaló y describió esta entidad, *Frerliche* en 1861 realizó investigaciones y estudió sobre la misma, planteando la hipótesis de la relación entre la litiasis vesicular y la neoplasia de ésta, la que es admitida hasta hoy.

En el siglo pasado, *Musser, Courvoisier* y *Ames*, estudiaron y dieron a co-

²⁴ Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Medicina Interna en la Ciudad de Ca- magüey, noviembre, 1977.

²⁵ Especialista de I grado en medicina interna, jefe de la-sala de infecciosos "Juan Manuel Márquez". Hospital "Dr. Salvador Allende".

²⁶ Residente de tercer año de medicina interna.

²⁷ Profesor asistente de medicina in

nocer aspectos anatomopatológicos y quirúrgicos de la enfermedad.

Ya en nuestro siglo, en 1931, Graham señaló que la neoplasia de la vesícula biliar en sus estudios, constituía entre el 8 y el 10% de todos los tumores malignos en la mujer.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los protocolos de 4 054 autopsias de los años de 1970 a 1975 del hospital docente "Dr. Salvador Allende", de los cuales se diagnosticaron 21 casos de neoplasia primaria de vesícula biliar, que constituyen el 0,51% del total de las necropsias.

Incidencia: Kirsbaum y Kossoll, de 13 380 autopsias, comprobaron 1808 neoplasias malignas, entre ellas 55 neoplasias de vesícula biliar que constituían el 3% del total de los tumores y el

0,41 % del total de las autopsias. Otra estadística de 22 autores reunieron 206 098 autopsias, comprobándose el

0,43% de neoplasia maligna de vesícula biliar. *Arminski* (1949) en 1 492 necropsias, encontró esta entidad en el 0,43% de los casos; *Marcial Reyes y Medina* en 1 100 necropsias, encontraron una incidencia de 0,18% de la misma.

Sexo: Se observó que de nuestros casos, 13 eran mujeres y 8 eran hombres, los que constituían un 61,9% las mujeres y el 38,1% los hombres. De los 13 casos femeninos, 10 eran múltiparas que corresponden al 77% de las mujeres.

Edad: La edad mayor encontrada fue de 95 años y la menor de 34. La edad promedio fue de 71,23 años.

Grupo étnico: Se encontró un grupo de 17 pacientes de la raza blanca para el 80,95% de los casos y 4 de la negra para el 19,04%. Como dato curioso observamos que 5 casos eran oriundos de España, para el 23,8%.

Los casos estudiados fueron ingresados con la siguiente impresión diagnóstica:

1. Cirrosis hepática.
2. Tumores de vía digestiva.
3. Accidente vascular encefálico.
4. Bronconeumonía.
5. Ictero obstructivo.
6. Colecistitis aguda.
7. Hepatopatías.
8. Neoplasia maligna de páncreas.
9. Cólico nefrítico.

Se evaluó si de los 21 casos alguno se llegó a diagnosticar antes de operarse, ya sea por apreciación clínica o por los medios auxiliares de diagnóstico que tenemos en nuestro hospital; pero sólo 7 casos se diagnosticaron, o sea, el 33,33% de los casos.

De estos 7 casos, 1 se diagnosticó ya ingresado, por el cuadro clínico del paciente y los otros 6 casos por la laparoscopia realizada en el marco de las investigaciones de los mismos.

Síntomas y signos encontrados en los casos

1. Astenia: se encontró en 16 casos para el 76,19%.
2. Anorexia: en 13 casos para el 61,9%.
3. Dolor abdominal: 12 pacientes para el 57,14%, de los cuales el dolor en hipocondrio derecho fue observado en 6 casos para un 28,59%; en 3 casos se observó dolor abdominal profuso.
4. Pérdida de peso: se encontró en 9 pacientes para el 42,85%.
5. Digestiones lentas: en 9 pacientes para un porcentaje igual.
6. Intolerancia a las grasas, huevos, chocolate, comidas con salsas: 9 casos, para el 42,85%.
7. Vómitos: en 9 pacientes con igual porcentaje que el anterior.
8. Diarreas: en 9 pacientes para igual porcentaje que el anterior.

9. Constipación: en 9 pacientes, para igual porcentaje que el anterior.
10. Ictero: en 8 casos (38,04%).
11. Náuseas: en 8 casos para igual porcentaje que el anterior.
12. Pirosis: en 8 casos, para igual porcentaje que el anterior.

Signos

1. Uñas sin lúnula en todos los casos (21 — 100%).
2. Palidez cutáneo-mucosa en 16 casos, para un total de 76,14%.
3. Hepatomegalia: 11 casos para un 52,38%.
4. Uñas con estrías longitudinales, en 11 casos para igual porcentaje que el anterior.
5. Ictero: en 10 casos, para el 47,61%.
6. Dolor en hipocondrio derecho: en 10 casos, para igual porcentaje que el anterior.
7. Coluria: en 7 casos, para el 33,33%.
8. Caquexia: en 7 casos, para igual porcentaje que el anterior.
9. Acolia: en 5 casos, para el 23,80%.

El hábito encontrado fue el siguiente:

Longilíneos: 14 casos, para el 66,66%.

Normolíneos: 5 casos para el 23,80%.

Brevilíneos: 2 casos, para el 9,52%.

Métodos auxiliares de diagnóstico

1. Los hemogramas con diferencial señalaron anemia para el 57,14% y leucocitosis elevada, para el 47,61%: fueron respectivamente 12 y 10 casos.
2. Eritrosedimentación acelerada: en 14 casos para el 66,66%: de ellos, más de 80 milímetros 7 casos para el 33,33%.
3. Bilirrubina elevada: en 6 casos para el 28,57%, siempre con predominio de la bilirrubina directa.

4. Fosfatasa alcalina elevada: en 7 casos para el 33,33%, siendo la cifra menor de ésta 6,95 unidades Bodansky y la más elevada, 21,60 unidades Bodansky.
5. Urea elevada: en 9 casos para el 42,85%.
6. Glicemia: elevada en 6 casos, para el 28,57%.
7. Pruebas funcionales hepáticas, movidas en 5 casos para un 23,85%.
8. Bromosulfaleína: alterada en 3 casos para el 14,28%.
9. Colesterol: elevado en 2 casos, para el 9,52%.
10. Amilasa sérica: elevada en 2 casos para igual porcentaje.

Radiográficamente se halló: *estómago y duodeno*, 1 caso con el estómago atraído a la derecha de la línea media, asas intestinales atraídas también a la derecha de la línea media, un caso con signos de *ulcus* duodenal, un caso con aumento del relieve de la mucosa gástrica e irregularidades de los pliegues en el antro pilórico, otro caso con *ulcus* gástrico y otro caso con el estómago rechazado hacia la izquierda de la línea media. En total se realizaron 9 estudios de estómago y duodeno. En *el colon por enema*: a) divertículos del colon un caso y desplazamiento hacia abajo y hacia la línea media del ángulo hepático. En *abdomen simple*: se observó un caso con múltiples cálculos de vesícula biliar y otro caso con un cálculo solamente. En la *colecistografía oral*: en 4 casos se informaron los 4 con vesícula excluida y 1 de ellos con litiasis. En la *biligrafina*, se realizaron 4 casos, los mismos en que se realizó la *colecistografía* por vía oral y que se informaron los 4 como vesícula excluida. En una *colangioper-cutánea* se halló 1 caso con opacidad parcial de las vías biliares intrahepáticas con dilatación de las mismas y las vías biliares excluidas.

La laparoscopia se realizó en 6 casos, la cual sirvió para facilitar el diagnóstico.

Biopsia hepática

Un caso. En biopsia del ganglio de la pared costal se encontró un adenocarcinoma bien diferenciado.

Laparotomía: se realizó en 3 casos, observándose en los mismos la vascularización de la vesícula biliar, ascitis, adherencias y metástasis en 1 caso.

El promedio de estadía fue de 3 en la menor (días) y 152 días en la mayor, con un promedio total de 30,28 días.

Anatomía patológica

- I) 20 adenocarcinomas para el 95,23%, de ellos:
 - a) 11 son indiferenciados, para el 52,38% del total.
 - b) 7 son diferenciados, para el 33,33% del total.
 - c) 1 papilar, para el 4,76% del total.
 - d) 1 mucoproducción, para igual porcentaje que el anterior.

II) Carcinoma escirroso, 1 caso para el 4,76%. El tamaño de los adenocarcinomas resultó: para el mayor, 2,5 centímetros y 1 centímetro para el menor.

Metástasis encontradas en anatomía patológica

1. Ganglios linfáticos del hilio hepático: 15 casos, 71,42%.
2. Hepática: 14 casos, 66,66%.
3. Lecho hepático: 14 casos, 66,66%.
4. Pulmonares: 8 casos, 38,04%.
5. Serosa peritoneal: 8 casos, 38,04%.
6. Ganglios peripancreáticos: 4 casos, 19,04%.
7. Asa duodenal: 4 casos, 19,04%.
- 8- Ganglios mesentéricos: 4 casos 19,04%.
9. Suprarrenales (ambas): 3 casos 14,28%.
10. Bazo: 2 casos, 9,52%.
11. Ganglios linfáticos de curvatura menor del estómago: 2 casos, 9,52%.
12. Intestino grueso: 2 casos, 9,52%.
13. Ganglios retroperitoneales: 2 casos, 9,52%.

14. Ganglios paraaórticos: 2 casos, 9,52%.
15. Ganglios pancreáticos: 2 casos, 9,52%.
16. Ovarios: 1 caso, 4,76%.
17. Tiroides: 1 caso, 4,76%.
18. Músculo diafragmático: 1 caso, 4,76%.
19. Intestino delgado (pared): 1 caso, 4,76%.
20. Ganglios del cístico: 1 caso, 4,76%.
21. Suprarrenal derecha: 1 caso, 4,76%.
22. Uréter izquierdo: 1 caso, 4,76%.

De las metástasis halladas, la mayor resultó señalada en 2,5 centímetros de diámetro y la menor no se registró.

Se encontró también en anatomía patológica un piocolecisto para el 4,76%. Se señala litiasis vesicular en 12 casos que corresponden al 57,14% de éstos. El diámetro mayor del cálculo fue de 3 centímetros y el menor de 1 centímetro.

CUADRO

HALLAZGOS ASOCIADOS A LA NEOPLASIA DE VESÍCULA BILIAR EN LOS PROTOCOLOS ESTUDIADOS POR NOSOTROS

	Casos	%
Ascitis	10	47,61
Pólipo endometrial	6	28,57
Nefrosis colémica	6	28,57
Adenoma prostético	4	19,04
Bronconeumonía	4	19,04
Colestasis extrahepática	4	19,04
Pielonefritis crónica	3	14,28
Hidrotórax derecho	3	14,28
Tromboembolismo de la rama media de la arteria pulmonar derecha	3	14,28
Úlcus duodenal	3	14,28
Adenocarcinoma de próstata	2	9,52
Infarto esplénico	2	9,52
Diverticulosis	2	9,52
Esteatosis hepática	2	9,52
Bronquiectasia	2	9,52
Fibrosis hepática	2	9,52
Peritonitis	1	4,76
Neoplasia del pulmón	1	4,76
Esplenitis aguda	1	4,76
Pólipo edematoso del recto	1	4,76

	Ca.	os %
Cistitis crónica		4,76
Úlcera gástrica por "stress"		4,76
Trombosis mural de la aorta abdominal		4,76
Infarto agudo del miocardio		4,76
Infarto antiguo del miocardio		4,76
Divertículo duodenal		4,76
Bocio coloide medular		4,76
Bocio coloide simple		4,76

De un total de 13 mujeres se encontraron 6 que presentaban pólipo endometrial para el 46,1% de los casos femeninos.

DISCUSION

Al estudiar punto a punto los epígrafes revisados por nosotros, vemos que la neoplasia de vesícula biliar primaria corresponde a un porcentaje pequeño, que está acorde con las demás estadísticas revisadas por nosotros.

La predominancia femenina de nuestros casos es inferior a la revisada por otros autores, ya que fue de 1,6:1. En la bibliografía consultada las relaciones varían con bastante frecuencia, de 2,5 a 5 mujeres sobre 1 los hombres.

De los casos femeninos estudiados por nosotros (13 casos), 10 fueron multíparas, para un 77% de los mismos.

En cuanto a la edad de nuestros pacientes, mostramos una franca predominancia de pacientes de edad avanzada, siendo más frecuente en la 8va. y 9na. décadas, aunque se estudió un caso de 34 años. Esta aseveración está acorde con la revisión realizada en la literatura mundial.

En relación con el grupo étnico, observamos que la predominancia pertenece al grupo blanco en una proporción de 4,25 a 1, no de acuerdo con las proporciones que hay en nuestro país en relación con los grupos étnicos.

Es de señalar, como dato curioso de nuestra revisión, que 5 de los casos eran oriundos de España, para el 23,80% de los casos.

En lo que se refiere a la impresión diagnóstica de los casos estudiados vemos con tristeza que no hubo ninguna impresión diagnóstica de esta afección y que ha sido uno de los motivos, en parte, que nos sensibilizó para efectuar este trabajo, ya que siempre nos motivó encontrar algún dato clínico, humoral

o de auxiliar de laboratorio e investigación que sirvieran para orientarnos en el diagnóstico de esta entidad nosológica, viendo que todas las revisiones de las bibliografías estudiadas reflejan que en muy contadas ocasiones se pensó en esta entidad nosológica de entrada.

Nosotros en la investigación de nuestros casos, buscamos con afán si alguno de ellos fueron diagnosticados en vida y de la revisión encontramos 7 casos;

1 clínicamente y 6 por laparoscopia; estos casos representan el 33,33% del total de nuestros pacientes.

Analizando los síntomas y signos encontrados, observamos la presencia de síntomas generales y otros síntomas y signos que nos dan la idea de afecciones de las vías digestivas y que nos orientan dentro de éstas, a evaluar el hígado y vías biliares, pero sin embargo, nada que oriente a la afección planteada. Ya es de todos conocido que esta neoplasia se caracteriza por ser *silente* en su *etapa inicial*; ya algunos autores³ señalan como parte de esta etapa *silente* los síntomas y signos de colecistitis y colelitiasis, señalando los signos benignos de vías biliares y dispepsia a su vez, como parte de la misma.

Ya bien se ha señalado que en los pacientes portadores de dolores en hipocondrio derecho, que cuando éste cambia su carácter, su intensidad y frecuencia, debe ponernos en alerta para plantear la posibilidad de una neoplasia de vesícula biliar y si esto tiene la asociación a una tumuración palpable en hipocondrio derecho, ya es suficiente para intranquilizarnos y orientar nuestro pensamiento médico para diagnosticar esta afección.

Es obligatorio señalar que en *nuestra casuística* no encontramos cambios orientados por otros autores en cuanto a las características del dolor en hipocondrio derecho.

Humoralmente, se comprobó una buena relación y proporción de casos con eritrosedimentación acelerada, así como anemia y leucocitosis.

La *urea elevada* fue mayor que los casos que presentaron como complicación la *nefrosis colémica*: 6 casos con nefrosis colémica y 9 casos con urea elevada. Hubo una relación acorde de los casos con íctero y las pruebas asociadas a él; la bilirrubina, fosfatasa alcalina, pruebas funcionales hepáticas y transaminasa pirúvica, que como es lógico, pertenecen a las pruebas que se mueven en afecciones hepáticas y de vías biliares.

Se debe enfatizar que sólo fueron estudiados los casos con íctero desde el punto de vista del hepatograma, lo cual está acorde con la *no orientación* del pensamiento médico en plantear en estos casos la neoplasia primaria de vesícula biliar. La literatura mundial está en concordancia que los datos de laboratorio son vagos para diagnosticar esta enfermedad.^{1,30}

El abdomen simple nos dio datos algo útiles que orientaban hacia una afección benigna de vesícula biliar (litiasis).

En nuestros casos las radiografías resultaron *poco alentadoras*, brindando pocos datos para orientar al diagnóstico de esta entidad.

Varios autores expresaron que la vesícula biliar calcificada (en porcelana) es indicativo de neoplasia de vesícula biliar,¹ Polk (1966), Etala (1963). Se señala a su vez por otros autores que la infiltración del duodeno y del ángulo hepático del colon se ha encontrado en esta entidad. Tanga² señaló la obstrucción gástrica en 4 casos de estudios radiográficos en esta neoplasia.

En nuestros casos la laparoscopia orientó el diagnóstico en todos los pacientes que se hizo; nosotros sí creemos que esta investigación es de importancia extraordinaria para el diagnóstico de esta entidad, ya que objetivamente, podemos observar la vesícula biliar y así percatarnos de su tamaño, color, vascularización, presencia o no de adherencias, metástasis cercanas o alejadas, en hígado, epiplón o asas intestinales. Bien se ha señalado por los estudiosos de esta entidad como el profesor Soto Escobar,^{1*} quien expresa que esta investigación sirve para evitar una operación innecesaria al establecer el diagnóstico de metástasis y de una vesícula biliar inoperable.^{23,24}

Se observó en nuestros casos que los pacientes que presentaron íctero tenían la correlación anatomopatológica de infiltración de los *ganglios de vías biliares inferiores* y los que tenían *solamente metástasis hepáticas*, aunque fuesen numerosas, no presentaron íctero.

La estadía promedio de nuestros pacientes fue de 30, 28 días. Los pacientes en general estaban en muy malas condiciones y la evolución fue ominosa, arrastrándolos a la muerte en pocos días. Todos los autores están de acuerdo en cuanto al pronóstico fatal de los pacientes, y en nuestros casos lo pudimos comprobar.

En los hallazgos asociados con esta afección nos atrae la atención la presencia de ascitis en 10 casos *no diagnosticados clínicamente*; se observó igualmente la presencia de pólipos endometriales y nefrosis colémica y adenoma prostático.

Es de destacar que en la bibliografía revisada muchos autores estuvieron preocupados por la asociación de neoplasia maligna de vesícula biliar y otras afecciones, tales como un trabajo sobre la misma asociada a colitis ulcerativa idiopática.²⁰ En ninguno de nuestros casos encontramos esta asociación.

La presencia de litiasis vesicular asociada con neoplasia maligna de vesícula biliar ya se señaló que desde el siglo pasado fue hipótesis expresada por Freriche, *con vigencia hasta hoy día*.

La fisiopatología expresada para asociar a la litiasis vesicular como causa de

neoplasia maligna de vesícula biliar, es la siguiente:

1. Irritación mecánica crónica.
2. Inflamación crónica, mantenida.
3. Disfunción metabólica.
4. Estasis biliar.
5. Cambio del medio dentro de las vías biliares.
6. Radiactividad de algunos cálculos.
7. Presencia de agentes cancerígenos en algunos cálculos.

Kizama en 1922 y *Leitchen* en 1924, señalan haber observado el desarrollo de neoplasia de vesícula biliar en los cobayos tras la implantación de cálculos, guijarros y otros materiales extraños en la vesícula.

Estos hallazgos no han podido ser reproducidos por otros autores:^{2-4, 0*8, 12*14, 2*28} *Rusel* (1952), *Arminski* (1949) y *Rusel* (1950). *Fortneri* señala haber producido carcinoma de vesícula biliar al inyectar metilcolantreno en la luz de la vesícula a un grupo de gatos en un período de 23 a 32 meses. Se ha establecido una relación entre el metilcolantreno y el colesterol de los cálculos de la vesícula biliar.

En nuestro estudio se hallaron 12 casos con litiasis para el 57,15%.

En las revisiones realizadas por los distintos estadísticos la asociación de litiasis vesicular y neoplasia de vesícula biliar varía del 50 al 95% y se señaló la fisiopatología de múltiples autores en cuanto a la formación de esta neoplasia.

Muchos han sido los autores que han planteado la colecistectomía en vesícula con litiasis para prevenir la neoplasia. Se ha manifestado que se haga campaña con lo expresado.

Debemos expresar que hay otros medios de investigación que han realizado otros autores para contribuir al diagnóstico de esta afección; *Taylor*⁹ señala la ultrasonografía, y aporta datos de importancia semiológica con este medio y afirma la gran utilidad en el diagnóstico de la neoplasia de vesícula biliar; también *Abrams*³⁰ usa con frecuencia la aortografía, abdominal y

la selectiva del tronco celíaco y mesentérica superior, mostrando amputaciones, alargamiento, cuentas y otras distorsiones de la arteria cística, asociada a engrasamiento de la vesícula biliar, lo que afirma su utilidad.

Nuestro aporte en este modesto trabajo después de la revisión realizada es que los síntomas y signos encontrados en este estudio pertenecen a la fase silente de la neoplasia maligna de vesícula biliar, y si se observan en pacientes masculinos o femeninos de más de 65 años debe considerarse ya una obligación estudiarlos exhaustivamente para descartar la neoplasia maligna primaria de vesícula biliar y aplicar un tratamiento lo más precoz posible.

CONCLUSIONES

1. Se señalan datos de la historia de esta entidad que comienzan con Morgagni hasta nuestros días.
2. Se revisaron los protocolos de 4 054 necropsias de los años 1970-1975, inclusive, del hospital docente "Salvador Allende".
3. Se encontraron 21 casos de neoplasia primaria de vesícula biliar con el 0,51% del total de las neoplasias, con predominancia del sexo femenino, en proporción de 1,6 a 1, siendo ésta muy inferior a la encontrada en la literatura mundial.
4. Encontramos la mayor incidencia en la octava y novena décadas de la vida.
5. El grupo étnico blanco ofrece una mayor proporción de 4 a 1 en relación con el grupo negro.
6. Ningún caso fue ingresado con el presunto diagnóstico de neoplasia de vesícula biliar. Ya ingresados, de los 21 casos, sólo se diagnosticaron 7.
7. Los síntomas y signos más frecuentes fueron: astenia, anorexia, dolor

- abdominal, pérdida de peso, intolerancia alimentaria, vómitos, diarreas, constipación, ictero, ausencia de lúnula de las uñas, palidez cutáneo-mucosa, hepatomegalia, dolor en hipocondrio derecho, coluria y caquexia.
8. Se expresa que estos síntomas asociados a pacientes ancianos con litiasis vesicular, el facultativo debe polarizarse hacia este posible diagnóstico.
 9. Nuestros datos radiográficos aportaron muy poco.
 10. El laboratorio poco ayuda en el diagnóstico de neoplasia de vesícula biliar, orientando a que si hay íctero, al estudio de esta entidad.
 11. La laparoscopia nos brinda la utilidad para evaluar objetivamente al paciente, así como posibles metástasis, al igual que otros signos indirectos, para evitar operaciones innecesarias.
 12. Las metástasis fueron al lecho hepático, hígado, hilio hepático, pulmones, serosa peritoneal, etc.
 13. Pronóstico; éste resultó muy ominoso.
 14. Evolución rápida y fatal.
 15. Se orienta al diagnóstico precoz y por último, al tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular.

SUMMARY

Mitrani Sevy, S. et al. *Primary malignant neoplasm of the gallbladder*. Rev Cub Med 18-3, 1979.

Four thousand and fifty four necropsy protocols from the "Salvador Allende" Clinical- Surgical Teaching Hospital recorded between 1970-1975 were studied. Twenty one cases of primary gallbladder neoplasm with an almost equal proportion regarding sex and a predominance in eighth and ninth life decades were found. The diagnosis was not achieved on admittance. In the face of general symptoms and digestive signs associated to cholecystitis, which constitute the silent stage of the disease, and gallbladder lithiasis the presence of the disease should be suspected. An unfavourable course was found and the surgical treatment of gallbladder lithiasis is suggested.

RÉSUMÉ

MecMIB-3^979 * ^ Néoplasie Primaire maligne de la vésicule biliaire. Rev Cub

Alíom³ de 411⁵⁴ necropsies de l'hôpital d'enseignement clinique-chirurgical "Salvador Allende" appartenant aux années 1970-1975, ont été étudiées; on a trouvé 21 cas de néoplasie primaire de la vésicule biliaire dans une proportion presque égale par rapport à l'âge et au sexe. Le diagnostic n'a pas été établi à l'admission. En face de symptômes généraux et de signes digestifs associés à une cholécystite, qui constituent la phase silencieuse de la maladie, et de la lithiase vésiculaire, la présence de la maladie doit être suspectée. Un cours défavorable a été constaté et on recommande le traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire.

PE3IOME

Ptoparai CeBH, C. h ap. üepBH^HaH 3JioKa-qecTBeHHaH Heoiuia3M aceJTCHOro ny3HpH. Rev Cub Med ltt: 3, 1979-

Ehjih Hcc^ieÁOBAHH 4.U54 Heuponcmi, B3HTne b kjekhhko—xnpypni—
^ecicoM rocniTajie HMeHH CaJilBajopa AjiBemcs h oTHOcimpiecl k-
nepHO^y BpeMeHH Me^jy 1970-1975 rcwaMii; óyww odHapyaceHH 21-
cjjniaft c nepBOTHoft Heomia3Heñ xejrqHoro ny3npfi, iio'ith ^tó b-
ojpiHaKOBoft nponopüEra b oTHoweHm nojia, npeoÓJiajuaHHeM bocbmo ro h
aeBSToro jecHTmieüei. lipa rociraTa@izairaH He óhji nocTas JieH jii-iarH03;
onpe^ejwe'rcfl, tto Hararaie odrmax chmtitomb h ira meBapuTejilTiHx
nnpn3HaKOB, accomrapoBaHHHx o xojienjicTHTOM, **B.B** jiaercji CKpHToñ
(popwoft 3Toro 3atiojieBaHHH, a ecjm &e accoiran- pyeTCH c KaMeHHoft
doJie3HM) scejiraoro im3Hpa, to ncrara an/mer ex OOH3aTeJilLHHM
opueH'riipOBA TB ,ipiarH03 3Toro 3aóojieBanM. - Pa3BMTne ótiJio
pacnroc?paneHHm h onneHTHpyeToa k xnpypmec KOMy Jie^emno
Kawehhoii C)CJi03Fm seOTHoro ny3HpH.

BIBLIOGRAFIA

1. *Busuttil, A.* Ectopic adrenal within the gall- bladder wall. *J Pathol* 113 (4): 231-3, 1974.
2. *Beltz, IN. R. et al.* Primary carcinoma of the gallbladder. *Ann Surg* 180: 180-4, 1974.
3. *McGregor, J. C. et al.* Papilloma of the gallbladder. *Br J Surg* 61: 356-8, 1974.
4. *Pettersson, H.* Carcinoma of the gallbladder. A review of 158 cases. *Acta Radiol (Diag) (Stockh)* 12: 225-36, 1974.
5. *Ohsson, E. G. et al.* Carcinoma of the gallbladder. A study of 181 cases. *Act Chir Scand* 140 (6) 475-80, 1974.
6. *Keill, R. H. et al.* Primary carcinoma of the gallbladder. *Am J Surg* 125: 726-0, 1973.
7. *Zarapico, M.* Primary cancer of the gallbladder. *Rev Esp Enferm Apar Diag* 38: 581- 96, 1972.
8. *Sotan, M. J. et al.* Carcinoma of the gallbladder. A clinical appraisal and review of 57 cases. *Br. J Surg* 58: 593-7, 1971.
9. *Badosa Gallart, J.* Cáncer of the gallbladder. *Rev Esp Enferm Apar Diag* 34: 141-8, 1971.
10. *Rogers, L. F.* Carcinoma of the gallbladder. *Tex Med* 67: 69-74, 1971.
11. *Donna, R. A.* Gallbladder carcinomas. *Rev. Esp Enferm Apart Diag* 33: 147-54, 1971.
12. *Nasio, J.* Tratado de Gastroenterología. Tomo III - Hígado, Vías Biliares y Páncreas. Abdomen correlaciones, pág. 719-732.
13. *Marcial Rojas, R.; Medicina, R.* Unsuspected carcinoma of the gallbladder in chronic cholecystitis. *Surg* 153: 289-298, 1961.
14. *Bockus.* Tomo III. Gastroenterología. Pág. 850-856, 1968.
15. *Finney, S. M. et al.* Primary carcinoma of the gallbladder. *Ann Surg* 121-425, 1945.
16. *Mohardt, J. H. et al.* Primary carcinoma of gallbladder. *Quart Bull Northwestern Univ. M. School*, 29: 386, 1955.
17. *Struhl, et al.* Carcinoma of the gallbladder, *AMA Arch Surg* 70: 771, 1955.
18. *Soto Escobar, A.* *Rev üub Med.* Pág. 224- 234, 1964.
19. *Strauch, G.* Primary carcinoma of the gall» bladder. *Surg* 47: 568-593, 1960.
20. *Pons, P.* *Patología y Clínica Médicas.* Tomo I. Pág. 946-948, Ed. Revolucionaria, 1967.
21. *Glenn et al.* Gallbladder without clinical symptoms. *Edit. Ann Surg* 145-145, 1957.
22. *Benhamou, J. B.* Hígado, Páncreas y Vías Biliares. *Pat. Médica*, pág. 179-197, Edit. Es-paxs.
23. *Small et al.* Gallstones. *New England J Med* 277, 1967.
24. *Wenchert, et al.* The natural course of galls- tone disease. *Gastroenterology*, 1966.
25. *Tanga, et al.* Unusual manifestations of carcinoma of the gallbladder. A report of 43 cases. *Surgery* 67: 3, 1970.
26. *Ritchie, J. K. et al.* Biliary tract carcinoma associated with ulcerative colitis. *O J Med* 43: 263-79, 1974.
27. *Sainburg, F. P. et al.* Carcinoma of the gallbladder - 75 cases. *Surgery* 23: 201, 1948.
28. *Ram, M. D.* Carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obst* 132: 1044-8, 1971.
29. *Taylor, K. J. et al.* Letter: grey scale ultra-sonography in the investigaron of obstruc- tive jaundice. *Lancet* 2 (7880): 586-7, 1974.
30. *Abrams, R. M. et al.* Angiographic demonstraron of carcinoma of the gallbladder. *Ra- diology* 94: 277, 282, 1970.