

PREVALENCIA Y FRECUENCIA DE LOS CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL OBRERO #2 EN LAS GESTIONES 1999-2003

Alarcón E. Amurrio S., Céspedes D. García F.

ASESORES: Dr. Luis Bustamante Morales
Dr. Roberto Guardia B.
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN

INTRODUCCIÓN

La patología de vesícula biliar es una de las más frecuentes en nuestro medio y una causa de intervenciones quirúrgicas más prevalentes, teniendo fenómenos anatomopatológicos diversos, como por ejemplo: la colecistitis aguda se vincula con cálculos, siendo más frecuentes en mujeres. La ausencia de cálculos biliares en la colecistitis aguda se halla aproximadamente en un 5% de los pacientes.

Otra patología frecuente es la colecistitis crónica asociada con colelitiasis, esta es una enfermedad quirúrgica muy frecuente; la mayoría de enfermos con esta patología son mujeres en edad de reproducción.

La colecistitis crónica presenta 3 variantes: la Vesícula esclerotrófica, el hidrops y vesícula en porcelana.

La incidencia de carcinoma de vesícula biliar se asocia a colelitiasis, siendo esta terrible patología de predominio femenino, aproximadamente de 10 a 15 % de los carcinomas invasores de la vesícula son poco notables en la exploración microscópica.

Los carcinomas se originan en el fondo de la vesícula en el 60 % de los casos, en el cuerpo en 30 % de los casos y en el cuello de la vesícula en 10% siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más frecuente.

FISIOLOGÍA

Fisiología de la Secreción y Funciones de la Vía Biliar

Una de las muchas funciones del hígado consiste en la secreción de bilis en cantidades que oscilan entre 600 y 1000 ml./día. La bilis cumple funciones importantes. En primer lugar desempeña un papel significativo en la digestión y absorción de las grasas, además emulsionan las grandes partículas de grasa de los alimentos.

Almacenamiento y Concentración de la Bilis en la Vesícula Biliar

Los hepatocitos secretan continuamente bilis pero la mayor parte se almacena en la vesícula biliar hasta que el

duodeno la necesita. La capacidad máxima de la vesícula es solo de 30 a 60 ml. No obstante la cantidad de bilis que puede almacenarse es de 450 ml., equivalente a la producida en 12 horas.²

PATOLOGÍA

Colesterolosis

La colesterolosis es una acumulación de histiocitos cargados de ésteres de colesterol (células xantomatosas) en el estroma de las cúspides de los pliegues de la mucosa vesicular.

Se piensa que refleja la presencia de bilis sobresaturada con colesterol. Generalmente es asintomática, de frecuente hallazgo en autopsias. Se manifiesta como un retículo elevado de color amarillo sobre el fondo rojizo de la mucosa (vesícula en fresa).³

Litiasis

Los cálculos biliares se forman habitualmente en la vesícula; sin embargo, se encuentran cálculos en la vía biliar extrahepática, particularmente colédoco y ampolla de Vater: la mayoría de las veces migrado desde la vesícula.

Desde el punto de vista del análisis químico, el componente más importante es el colesterol; también se encuentra bilirrubinato de calcio y carbonato de calcio.⁴

Colecistitis Aguda

En más del 95% de los casos se asocia con litiasis.

Patogenia

Se postula una irritación de la pared por la bilis concentrada, como consecuencia del clavamiento de los cálculos en el bacinete o cístico. Frecuentemente se asocia infección por *Escherichia coli* o *Streptococcus faecalis*; sin embargo, la infección no es constante; es un fenómeno secundario a la obstrucción.

Morfología:

Vesícula tumefacta, edematosa, con serosa hiperémica y hemorrágica. La mucosa hemorrágica o con áreas de necrosis y pseudomembrana; en ocasiones sobreviene gangrena de la pared. En el examen histológico, aparte la

inflamación aguda, en la mayoría de los casos se reconocen elementos de inflamación crónica.⁵

Colecistitis Crónica

La colecistitis crónica se asocia con litiasis: es una lesión muy común de la vesícula litiásica. Puede ser una inflamación crónica de comienzo silencioso y evolución prolongada, o bien ser secundaria a crisis repetidas de colecistitis aguda.

Morfología

La vesícula puede ser de tamaño normal, disminuido o aumentado. La mucosa aplanada, aunque a veces puede tener áreas granuladas o trabeculadas, generalmente en el bacinete. la pared generalmente está engrosada y fibrosa, aunque otras veces puede estar reducida a una delgada lámina.⁶

TUMORES DE LA VESÍCULA BILIAR

Carcinoma de la vesícula biliar

Es frecuente: ocupa el segundo en mortalidad por cáncer digestivo en Bolivia. Casi siempre se asocia con litiasis y colecistitis crónica. Predomina en mujeres, en correspondencia con la mayor frecuencia de litiasis.⁸

Macroscopia

La forma más frecuente es la infiltrativa en una vesícula con inflamación crónica: mucosa granulosa blanco grisácea, pared engrosada blanquecina. Por este aspecto, a veces no se reconoce la vesícula como neoplásica en la intervención quirúrgica y en el examen macroscópico. Otras veces el carcinoma de forma macroscópica infiltrativa está enmascarado por una colecistitis aguda. El carcinoma también puede ser elevado, en forma de pólipo sénil mal delimitado.⁹

Histología

Generalmente es un adenocarcinoma tubular o papilar, con cualquier grado de diferenciación. Raras veces puede ser un carcinoma espinocelular o adenoescamoso.

Diseminación: el carcinoma de la vesícula se disemina: por contigüidad al hígado y peritoneo, por metástasis ganglionares, transcelómicas o hematógenas. Generalmente se diagnostica cuando ya hay diseminación extravascular: la supervivencia del cáncer vesicular sintomático es de menos del 3% a los 5 años.

La mayoría de los carcinomas de la vesícula biliar se originan de nuevo a partir de lesiones precancerosas en

mucosa sin adenoma; un bajo porcentaje se origina en adenoma. Los adenomas de la vesícula son muy infrecuentes.¹⁰

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia y frecuencia de los cambios histopatológicos de vesícula biliar en el hospital obrero # 2 en las gestiones 1999 a 2003.

Determinar el género más afectado por patología vesicular.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la relación de colecistitis aguda con litiasis.
- Determinar la relación de colecistitis crónica con litiasis.
- Determinar la relación de carcinoma vesicular con litiasis.
- Determinar la relación de cada patología de acuerdo a la edad y al sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación tiene una característica transversal, descriptiva y retrospectiva. Se realizó en el Hospital Obrero # 2 de la ciudad de Cochabamba.

Se tomó como universo a 2310 pacientes, los cuales presentaron alguna patología propia de la vesícula biliar. Se clasificó a los pacientes por sexo, de los cuales 1722 pertenecen al sexo femenino y 588 al sexo masculino, clasificados por edad en grupos de a 10 años, comprendidos desde los 10 hasta los 90 y más años.

Para la realización de este trabajo de investigación se contó con cuatro recursos humanos, los cuales llenaron los datos de todos los registros histopatológicos de las colecistectomías realizadas en el transcurso de los años 1999 a 2003. No hubo necesidad de aplicar ningún criterio de exclusión.

RESULTADOS

De Enero de 1999 a Diciembre de 2003 se recolectaron un total de 2310 reportes histopatológicos de Vesícula biliar, Los diagnósticos que con mas frecuencia se encontraron fueron Colecistitis crónica en 1800 (77,9%), Litiasis en 1542 (66,8%). Del total de nuestro universo el 74,5 % corresponde al sexo femenino y al masculino 25,5%, con una relación mujer : varón de 2,93 (74,5% / 25,5%).

De la muestra de 2310 pacientes, 621 casos de Colecistitis aguda (90,7%) se asocia a litiasis; 1800 casos de Colecistitis crónica (85.7 %) asociada a Litiasis; 22 casos de Carcinoma (13,6 %) se asocian a litiasis. Colecistitis aguda: 621 reportes, 63,8% son del sexo femenino del

cual el 21,5% comprenden entre los 30-39 años, el 21,2% a 40-49 años. Colecistitis crónica: 1800 reportes, 74,7% son mujeres, del cual el 22,2% comprende entre los 40-49 años, el 21,7% a 30-39 años. Litiasis: 1542 reportes, 75,6% son mujeres, del cual el 22,0% comprende a 30-39 años, el 22,0 a 40-49 años, el 20,9% 50-59 años. Colesterolosis: 479 reportes, 82,6% son mujeres, del cual el 24,2% comprende a 30-39 años, el 24,2% a 40-49 años, el 22,2% a 50-59 años. Displasia: 24 reportes, 58,4% son varones, del cual el 28,6% comprende a 40-49 años, 28,6% a 50-59 años. Hiperplasia: 21 reportes, 56,6% son varones, del cual el 35,7% comprende a 60-69 años. Metaplasia: 65 reportes 81,5% son mujeres, del cual el 26,4% comprende a 60-69 años, 24,5% a 40-49 años. Adenoma: 44 reportes, 70,45% son mujeres, del cual 25,8% corresponde a 40-49 años. Vesícula Esclerotofica: 104 reportes, 77,9% son mujeres, del cual el 31,0% comprende a los 70-79 años. Hidrops: 8 reportes, 87,5% son mujeres, del cual el 28,6% comprende a 50-59 años, 28,6% a 60-69 años, 28,6% a 70-79 años. Vesícula en porcelana: 13 reportes, 84,6% son mujeres, del cual el 27,3% comprende a 50-59 años, 27,3% a 60-69 años, 27,3% a 70-79 años. Pólipo: 17 reportes, 76,5% son mujeres, del cual 30,8% comprende a los 50-59 años. Hipertrofia: 3 reportes 66,6% son mujeres, del cual 50,0% comprenden a los 60-69 años, el 50,0% a 70-79 años. Carcinoma: 22 reportes, 81,8% son mujeres, del cual 33,3% comprende a los 60-69 años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En base a los resultados obtenidos del total de 2310 reportes en el presente estudio se encontró una mayor frecuencia de Colecistitis crónica en relación a la Litiasis, lo cual es sorprendente, ya que la literatura afirma que la relación es a la inversa.

La relación de Carcinoma con Litiasis fue baja en relación a otras estadísticas. (Surgical Pathology).

Otro hallazgo sorprendente es en relación a la displasia ya que encontramos una mayor cantidad de varones afectados lo cual contradice a la literatura.

Para finalizar indicamos que la patología vesicular se presenta en mayor escala en las edades comprendidas entre los 30 a 49 años; siendo predominante en el sexo femenino.

AGRADECIMIENTOS

Nuestros sinceros agradecimientos Al Hospital Obrero #2 (C.N.S). de la ciudad de Cochabamba, por habernos permitido el acceso a la información necesaria para realizar este trabajo.

Agradecer a nuestros asesores: Dr. Luis Bustamante M. y Dr. Roberto Guardia B., por el valioso tiempo que dedicaron a la confección de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rouviere H., Delmas A. Anatomía humana, 9ª Ed. Barcelona: Masson.S.A.1996:362,454-462
2. Guyton A., Hall E. Tratado de fisiología.. 9ª Ed. Barcelona Interamericana: McGraw -Hill. 1997:896,898-900
3. Robbins S., Cotran R., Kumar V. Patología estructural y funcional, 6ª Ed. Barcelona Interamericano: Mc Graw- Hill, 1990: 1966-1970.
4. Haaga J., Lanzieri C., Sartorio D., Zerhouni E. Diagnostic surgical pathology. 3^{era} Ed. Baltimore: Mosby.1996: 320-322.
5. Schwartz S., Shirem G., Fischer J.. Principios de cirugía. 7ª Ed. Barcelona Interamericana : Mc Graw-Hill. 2002: 1546-1548-1144-1149.
6. Ross M., Romrell L.,Kaye G. Histología. 3^{era} Ed. México D.F.: Panamericana. 1997: 494-505-507.
7. Tierney., Mc Pé Phee S., Papadakis M. Diagnostico clínico y tratamiento. 39^{ava} Ed. México DF.-Santa Fe de Bogota: Manual Moderna. 2004: 640-642.
8. Braunwald E., Fauci A., Kasper D., Hauser S. Lengo D. Jameson J. Principios de medicina interna. 15^{ava} . Barcelona Interamericana: Mc Graw – Hill. 2002 : 2134-2138.
9. Restrepo J., Botero., Franco F., Sierra F. Gastroenterología. Hepatología-nutricion. 4^{ta} Ed. Medellín: Corporación para investigación biológica. 1997: 218-220.
10. Beers M., Berkow R. El Manual Merck. 10ª Ed. Madrid: Harcourt. 1999: 402-404-407.