

(Artículo Original)

## Características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de pacientes con tumores del hígado y las vías biliares

Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Hospital Provincial "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba. Cuba.

Dr. Erian Jesús Domínguez González.

Especialista de Primer Grado en Cirugía General y Medicina General Integral, Máster en Urgencias Médicas, Profesor Instructor, Investigador Agregado, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Hospital Provincial "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

### RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar los pacientes operados por tumores del hígado y las vías biliares según variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de interés.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo y transversal, desarrollado en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial "Saturnino Lora Torres", de la provincia de Santiago de Cuba, durante el período comprendido entre enero de 2011 a diciembre de 2015. El trabajo incluyó el estudio de 26 pacientes.

**Resultados:** diez pacientes eran portadores de neoplasias hepáticas, 14 de vesícula y dos de vías biliares extrahepáticas. Predominó el sexo masculino (14 pacientes) y mayores de 61 años (16 pacientes). La evolución de los síntomas fue entre tres a seis meses en el 53,8%, así como el íctero y el tumor palpable en hipocondrio derecho constituyeron los signos fundamentales. El ultrasonido fue el medio diagnóstico más utilizado y la tomografía el de mayor positividad. De manera general en el momento de la intervención se encontraron estadios avanzados del proceso neoplásico. Para los tumores vesiculares el tratamiento fue curativo en todos los casos, no comportándose de esta manera en el hígado (seis pacientes) e irresecables en los dos pacientes con tumores de la vía biliar extrahepática. Se presentaron escasas complicaciones y una mortalidad del 15,4%.

**Conclusiones:** debido a las características clínicas y evolutivas de estos tumores, el diagnóstico continúa siendo tardío, limitando las posibilidades de un tratamiento curativo.

**Palabras clave:** tumores de hígado; vesícula biliar; vías biliares; tratamiento paliativo y curativo.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma hepatocelular constituye la cuarta causa de mortalidad por cáncer en el mundo. Puede presentarse sobre hígados sanos, pero en más del 80% asienta sobre una cirrosis previa. Las hepatitis crónicas por virus B y C y la cirrosis alcohólica son los factores etiológicos más frecuentes. La forma histológica de mayor prevalencia es el carcinoma hepatocelular de origen epitelial tipo adenocarcinoma.(1) Los carcinomas del tracto biliar surgen en la vesícula y en la vía biliar intra y extrahepática. Son tumores poco frecuentes y en general de mal pronóstico. Los adenomas en cambio son tumoraciones benignas y de buen pronóstico.(1)

Los estudios por imagen permiten hacer una adecuada valoración de la vía biliar y de las malignidades primarias biliares o del compromiso secundario de esta, por lo que

son imprescindibles para el diagnóstico, definir el estadio y evaluar la resecabilidad.(2)

Las tasas de supervivencia son variables y están influenciadas por diversos factores predictivos: los relacionados con el paciente (edad, sexo, enfermedad asociada, duración de los síntomas, índice de Karnofsky); los relacionados con el tratamiento (tipo de resección, resecabilidad, linfadenectomía, quimioterapia y radioterapia) y los dependientes del tumor (tipo y grado histológico, grado de diferenciación nuclear, estado ganglionar, tamaño, presencia de necrosis, así como invasión vascular y linfática). En ese sentido, el estadio determinado por el sistema de estadificación patológica tumor-nódulo-metástasis (TNM) sigue siendo el factor predictor de supervivencia más importante.(3)

Para todas las etapas combinadas, la tasa de supervivencia relativa a los cinco años en los operados de cáncer de

hígado es aproximadamente de 10,0.(3) Los tumores de las vías biliares extrahepáticas, muestran internacionalmente diversos porcentajes estadísticos de supervivencia, según se localicen en vías biliares altas (Klatskin) o bajas (ampulares), cuando son resecables. Para los tumores resecables del confluente hepatocístico, la supervivencia a los cinco años es de 38% y en los ampulares, 60%; cuando son irresecables es nula.(3,4)

Las posibilidades de tratamiento son variadas (resección, terapias locales ablativas, trasplante hepático, radioterapia, quimioterapia, entre otros) y vienen determinadas por el estadio y la situación general del paciente.(1)

Los tumores del hígado y las vías biliares por su comportamiento clínico y evolutivo, generalmente se diagnostican en etapas avanzadas; sumado a esta situación, se conoce que desde el punto de vista morfológico y funcional el hígado y las vías biliares representan estructuras complejas para ser abordadas quirúrgicamente, por lo que llevar a cabo un procedimiento quirúrgico curativo, luego de haber establecido un diagnóstico precoz y certero, representan retos significativos para el equipo multidisciplinario encargado de atender este tipo de enfermos.

Motivados por estas premisas y por la importancia del problema fundamentado, se decide realizar el presente estudio con el objetivo de caracterizar a los pacientes operados por tumores del hígado y las vías biliares benignos y malignos, según variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de interés.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial "Saturnino Lora Torres", de la provincia de Santiago de Cuba, durante el período comprendido entre enero de 2011 a diciembre de 2015. Se tuvo en cuenta a los pacientes ingresados y operados con el diagnóstico de tumores malignos y benignos de hígado, vesícula biliar y de vías biliares extrahepáticas, siendo un total de 26 casos.

Fueron estudiadas las siguientes variables: el sexo, la edad, el tiempo de evolución de los síntomas y los hallazgos al examen físico sugestivos de la enfermedad, la estadificación (según clasificación TNM de la Sociedad

Americana del Cáncer), (5) los medios diagnósticos, el procedimiento quirúrgico efectuado, las complicaciones y el estado al egreso.

La información necesaria para llevar a término la investigación se obtuvo a través de las historias clínicas hospitalarias y los informes operatorios, creando una base de datos auxiliados por el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences. Versión 21.0). Las variables se clasificaron acorde con los objetivos, calculando números absolutos y porcentajes como medidas de resumen para las variables cualitativas y cuantitativas. Fue calculada la positividad de los medios diagnósticos, estimando el porcentaje de los resultados positivos con respecto al total de estudios efectuados. La información se presentó en cuadros estadísticos. Se efectuó una amplia revisión bibliográfica consultando páginas de publicaciones que aparecen en las siguientes fuentes de información: Lilacs, Medline, Scielo, Elsevier y Cirured, entre otras, por las cuales se accedió a los datos de importantes revistas científicas. La discusión de los resultados se llevó a cabo a través del método deductivo e inductivo, comparando las variables de interés con estudios desarrollados por otros autores, en bibliografías nacionales y extranjeras obtenidas sobre la temática, lo cual permitió emitir las conclusiones pertinentes.

Consideraciones Éticas: Se procedió al cumplimiento de los requisitos establecidos por las buenas prácticas clínicas y rigiéndose por los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki y en las Normas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos.

## RESULTADOS

De la casuística estudiada diez pacientes eran portadores de neoplasias hepáticas, seis con un diagnóstico de hepatocarcinoma y cuatro tenían metástasis de otro origen. El tumor de vesícula biliar estuvo presente en 14 casos, de los cuales cuatro presentaban neoplasias malignas (carcinoma) y diez benignas (adenomas vesiculares). Se detectaron dos pacientes con tumores de las vías biliares extrahepáticas (colangiocarcinomas).

El 61,5% de los enfermos superó los 60 años de edad y el sexo masculino fue el más frecuente (14 casos).

**Tabla 1.** Valor de los medios diagnósticos en pacientes operados por tumores del hígado, vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas.

Medios diagnósticos	Estudios Realizados		Positividad	
	#	%	#	%
Ultrasonido Abdominal	32	100	28	87.5
Tomografía axial computarizada	14	53.8	14	100
Laparoscopia	10	38.5	5	50
Rx de esófago, estómago y duodeno	9	34.6	3	33.3

Fuente: Base de datos.

**Tabla 2.** Distribución según tiempo de inicio de los síntomas, hallazgos al examen físico, estadio clínico y procedimiento quirúrgico.

	Hígado		Vesícula biliar		Vías biliares extrahepáticas		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Tiempo de inicio de los síntomas.								
Menor de tres meses	2	20	3	21,4	-	-	5	19,3
Entre tres y seis meses	5	50	9	64,3	-	-	14	53,8
Mayor de seis meses	3	30	2	14,3	2	100	7	26,9
Hallazgos al examen físico.								
Íctero	4	40	1		2	100	7	26,9
Tumor en hipocondrio derecho	4	40	3	21,4	-	-	7	26,9
Dolor en hipocondrio derecho	2	20	4	28,5	-	-	6	23,1
Tumor en otros cuadrantes	3	30	-	-	-	-	3	11,5
Estadio clínico								
II	2	33,3	4	100	-	-	6	50
III	1	16,6	-	-	-	-	1	8,3
IV	3	50,1	-	-	2	100	5	41,7
Procedimiento quirúrgico								
Curativo	6	60	14	100	-	-	20	76,9
Paliativo	4	40	-	-	2	100	6	23,1

Fuente: Base de datos.

**Tabla 3.** Distribución según presencia de complicaciones posoperatorias.

Complicaciones	Hígado		Vesícula biliar		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
Bronconeumonía intrahospitalaria	1	16,6	1	33,3	2	22,2
Íleo paralítico	1	16,6	1	33,3	2	22,2
Sangramiento	1	16,6	-	-	1	11,1
Dehiscencia de sutura intestinal	-		1	33,3	1	11,1
Tromboembolismo pulmonar	1	16,6	-	-	1	11,1
Infección de sitio quirúrgico	1	16,6	-	-	1	11,1
Fístula biliar	1	16,6	-	-	1	11,1
TOTAL	6	100	3	100	9	100

Fuente: Base de datos.

La tabla 1, ilustra el valor de los medios diagnósticos utilizados, el ultrasonido abdominal fue indicado en 32 ocasiones, con una positividad de 87,5%, la tomografía axial computarizada tuvo 14 indicaciones, con una positividad de un 100%, puede llamar la atención el poco uso de este medio, lo que está justificado en los casos de lesiones benignas de la vesícula y en algunos pacientes de neoplasias de este órgano, donde el diagnóstico fue un hallazgo posquirúrgico. En otro orden, la laparoscopia se utilizó en 10 enfermos con un 50% de positividad y la radiografía de esófago, estómago y duodeno en nueve con un 33,3%.

En la tabla 2 se aprecian variables relacionadas con la clínica, el estadiamiento y el tratamiento de la enfermedad. De modo general el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas sugestivos de enfermedad neoplásica hasta el momento del diagnóstico osciló entre los tres y seis meses (53,8%). Llama la atención que en los dos pacientes con tumores de las vías extrahepáticas transcurrieron más de seis meses en establecerse el diagnóstico. El íctero y el tumor palpable en hipocondrio derecho se mantienen como los signos fundamentales en estos tumores (26,9%). Es necesario destacar que el tumor palpable en otros cuadrantes abdominales correspondió a los tumores

primarios que metastizaron al hígado. Los tumores malignos de la vesícula biliar fueron intervenidos en estadios tempranos de la enfermedad, de los cuales tres fueron hallazgos y uno estaba confirmado en el preoperatorio. Para los tumores primarios del hígado, cuatro casos, se presentaron en etapas avanzadas (III y IV), y puede apreciarse una situación similar en los dos casos de las vías extrahepáticas. A nivel del hígado con carácter curativo se realizaron hepatectomías y segmentarias ampliadas en cuatro pacientes y en los casos de metástasis se realizaron resecciones atípicas. Para la vesícula fue suficiente la colecistectomía en los diez casos de adenoma y un tumor maligno que se desconocía en el preoperatorio, en el resto se realizó colecistectomía ampliada. En los tumores de vías biliares extrahepáticas se realizó triple derivación.

Puede apreciarse la presencia de seis complicaciones en los pacientes con neoplasias del hígado, de las cuales una precisó reintervención (sangramiento posoperatorio). En el caso de los pacientes con tumores vesiculares aparecieron tres complicaciones, en una de ellas (dehiscencia de la sutura intestinal), requirió reintervención. (Tabla 3)

Durante el posoperatorio fallecieron cuatro pacientes, dos de ellos debido a causas clínicas (tromboembolismo pulmonar y bronconeumonía) y el resto coincidió con los pacientes reintervenidos.

## DISCUSIÓN

El comportamiento de la edad en estas enfermedades, tiene una tendencia similar a la descrita en el ámbito mundial. Según el estudio de Vergara Del Río y colaboradores (6) el grupo estuvo compuesto por 26 pacientes con 51 lesiones nodulares sólidas: 11 hombres y 15 mujeres, con un promedio de edad de 51,5 años y un rango de 30-73 años. Según la Sociedad Norteamericana del Cáncer, (5) existe un mayor número de hombres con cáncer de hígado respecto a las mujeres, lo que coincide con Sabater y colaboradores (7) en su serie donde muestra predominio del sexo masculino (53,8%).

Varios autores consultados coinciden en plantear que la neoplasia de vesícula biliar afecta de manera más común a las mujeres, con una relación aproximada mujer/hombre de 5/1.(8-10) El número de féminas con este tumor no es despreciable y se corresponde a más del 20% en las series de De la Cruz y colaboradores.(11)

Cada vez se identifican más los tumores hepáticos debido al uso generalizado de las técnicas de imagen como la ecografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética, entre otras técnicas modernas. La mayoría de estas lesiones son detectadas incidentalmente en pacientes asintomáticos.(12) Santiesteban y colaboradores afirman (12) que la validez diagnóstica de la ecografía ha sido ampliamente difundida. Según los resultados de Romaguera y colaboradores (13) la ecografía abdominal se destacó como el medio diagnóstico utilizado en todos los pacientes y alcanzó una positividad de 86,7%, mostrando

resultados similares con la tomografía y otros medios empleados en esta investigación.

En el estudio de Fonte y colaboradores (14) sobre el diagnóstico de las lesiones hepáticas, los síntomas no específicos y poco relevantes se presentaron con los mayores porcentajes al analizar el motivo de realización del ultrasonido abdominal, y llama la atención que el signo clínico de hepatomegalia fue el motivo menos frecuente de indicación en este estudio. En otra investigación similar realizada en África, (12) la mayoría de los pacientes estudiados fueron sintomáticos y asistieron al hospital en etapas avanzadas de la enfermedad, momento cuando se efectuó el diagnóstico.

En la bibliografía médica consultada, el momento de aparición de los síntomas de las neoplasias hepáticas, como factor pronóstico, es controversial. Así, para Ramírez y colaboradores (15) en el cáncer de vesícula biliar, la aparición del dolor y la ictericia son indicativos de una enfermedad neoplásica avanzada, así como la presencia de una masa palpable en el hipocondrio derecho refleja irreseccabilidad tumoral. El íctero se considera indicador de extensión de vecindad y casi siempre de infiltración de la vía biliar, circunstancia que implica un pésimo pronóstico.

En relación con el tiempo del diagnóstico Romaguera y colaboradores (13) exponen que el 63,3% de la casuística mostró síntomas en un tiempo menor de tres meses antes del diagnóstico de la enfermedad. En las neoplasias de vías biliares extrahepáticas, el diagnóstico siempre se realizó después de los seis meses de haber comenzado los síntomas, mientras que los más precoces (menos de tres meses luego de los síntomas iniciales) predominaron en las neoplasias benignas de vesícula.

Uno de los principales problemas de estos tipos de enfermedades es el diagnóstico tardío, lo que ensombrece el pronóstico y dificulta un tratamiento quirúrgico curativo. Según los resultados de Figueras y colaboradores (16) sobre el tratamiento de los colangiocarcinomas, el estudio histopatológico demostró invasión del margen quirúrgico en siete pacientes (37%) y mayor frecuencia en los estadios III y IV.

Señala Romaguera y colaboradores (13) que es difícil encontrar el cáncer de hígado en etapas iniciales, puesto que los signos y síntomas usualmente no aparecen sino hasta sus etapas más avanzadas. En su serie se diagnosticaron seis pacientes con neoplasias hepáticas, todos con función hepática adecuada, tributario, por tanto, de algún tipo de tratamiento quirúrgico. La mitad de los hepatocarcinomas operados se ubicó en el estadio IV. Los tumores de vías biliares extrahepáticas siempre estuvieron ubicados en el estadio IV, y los vesiculares en el II. León Goire y colaboradores, (17) al estimar la supervivencia de dos pacientes con neoplasias de vesícula los ubicaron en el estadio clínico II; alcanzando los cinco años de sobrevida. En cuanto a la localización en las vías biliares extrahepáticas, el único paciente registrado clasificó en el estadio IV sin llegar al año de sobrevida, mientras que

para la localización hepática fue 16,7% al año, todos en los estadios III y IV.

Los principios generales del tratamiento operatorio de estas neoplasias suponen algo más que consideraciones técnicas. La determinación del estadio permite decidir cuál es el mejor plan terapéutico y predecir el pronóstico o posibilidad de recuperación del paciente. En cada caso el cirujano debe planificar cuál será el objetivo de la cirugía, valorar las posibilidades razonables para que la terapia tenga éxito, y decidir si realiza una operación radical para la curación o un procedimiento paliativo.(13)

Como tratamiento curativo, consideraron Romaguera y colaboradores, (13) en las neoplasias del hígado, las hepatectomías segmentarias y ampliadas; en las de vesícula biliar, las colecistectomías simples y ampliadas; en las de vías biliares extrahepáticas bajas, las ampulectomías y las duodenopancreatectomías; y en las altas, las exéresis del tumor y las segmentectomías del subsegmento IV. De igual manera, dos afectados con hepatocarcinomas recibieron tratamiento curativo mediante exéresis, a los cuales se les practicó una hemihepatectomía izquierda y una hepatectomía izquierda ampliada al subsegmento V, respectivamente. Cabe destacar que en las neoplasias de vesícula biliar, como tratamiento curativo se realizaron dos colecistectomías simples y una ampliada (trisegmentectomía de Starzel que incluye, además de la vesícula, los subsegmentos IV, V y VI). En los tumores de vías biliares extrahepáticas, no se realizó ningún procedimiento quirúrgico curativo.

Alvite y colaboradores (18) muestran en su serie un 20,0% de tratamiento curativo en la cirugía del hepatocarcinoma. Por su parte, Ramírez y colaboradores (15) señalan que, hoy día, la colecistectomía simple no tiene sitio en la cirugía electiva del cáncer de vesícula biliar, y solo puede considerarse como tratamiento curativo para los pacientes con cáncer incidental estadio T1a descubierto en el examen histológico posoperatorio, puesto que con este grado de progresión parietal en ninguna serie se ha descrito afección ganglionar ni recidiva tumoral.

Resulta interesante el análisis de Montalvo y colaboradores (19) en relación con el cáncer de vesícula, quienes manifiestan que el único tratamiento útil hasta el momento es la cirugía, la cual varía desde una colecistectomía simple en casos de carcinoma in situ, hasta la colecistectomía extendida con resección de los conductos biliares, el ligamento hepatoduodenal, la pancreatoduodenectomía, la lobectomía hepática extendida, y la linfadenectomía hasta el tronco celiaco, para los estadios III y IV. En la literatura japonesa se reportan procedimientos radicales con sobrevida de hasta 45% a los cinco años, en estadio IV, y una mortalidad operatoria del 0%.(20)

En relación con las metástasis hepáticas plantea Pérez Cabrera y colaboradores, (21) que estas pueden ser intervenidas de forma simultánea al tumor primario en pacientes con un número menor e igual de tres y de localización abordable por la misma incisión para ambos

procedimientos, siempre que el equipo sea especializado. La morbimortalidad y la supervivencia son similares tanto en la intervención simultánea como en la secuencial.

En las neoplasias más importantes y difíciles de abordar como el colangiocarcinoma hiliar, Vaccarezza y colaboradores (22) plantean que la resección radical con hepatectomía extendida asociada, mostró ser un tratamiento con buenos resultados y una tasa de morbilidad y mortalidad acorde con los estándares de la literatura internacional.

Las complicaciones presentes en la serie de Romaguera y colaboradores (13) fueron: infección del sitio quirúrgico en ocho pacientes, íleo paralítico posoperatorio en cuatro, fístula biliar en tres, fístula pancreática en dos y choque hipovolémico posoperatorio en uno para una morbilidad de 16,7%, la cual no se considera alta. Se señala que de 226 pacientes solo 44 (19,5%) presentaron complicaciones posoperatorias; las de mayor frecuencia fueron la fístula biliar externa, y la insuficiencia renal aguda con siete afectados cada una, y la insuficiencia hepática, la hemorragia digestiva alta, así como el embolismo pulmonar con 5 cada una. Vaccarezza y colaboradores (22) por su parte refieren que 15 de 40 pacientes presentaron complicaciones postoperatorias con una morbilidad postoperatoria del 37,5%, siendo más de la mitad complicaciones menores. Tres pacientes murieron por sepsis y falla multiorgánica y uno fue reintervenido por una hemorragia postoperatoria, falleciendo finalmente.

El hígado y las vías biliares representan una unidad de vital importancia para el normal funcionamiento del organismo, de anatomía compleja y, a veces, de difícil evaluación por las pruebas radiológicas y endoscópicas. Las enfermedades que afectan a estos órganos son difíciles de diagnosticar, relevantes y de tratamiento complejo. En la oncología a la hora de obtener buenos resultados, es muy importante la experiencia del equipo quirúrgico, además del apoyo de otros especialistas, en aras de lograr una mejor supervivencia y calidad de vida para los enfermos portadores de estas dolencias.

## CONCLUSIONES

Las neoplasias del hígado, la vesícula biliar y las vías biliares extrahepáticas se presentan con mayor frecuencia en edades avanzadas, resultando prolongado el intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico. Los medios complementarios tienen una positividad adecuada para el diagnóstico de estas enfermedades. En el momento del tratamiento quirúrgico, el estadio clínico de la enfermedad neoplásica para los tumores de hígado y vías biliares extrahepáticas fue avanzado en la mayoría de los casos, lo que puede justificar las pocas opciones de técnicas curativas, no sucediendo de esta manera en la vesícula biliar. La presencia de pocas complicaciones y número de fallecidos al egreso, evidencian una adecuada evolución y tratamiento de estos enfermos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina R, Martínez B, Navarro F, Álvarez M. Cáncer de hígado y vía biliar. *Medicine*. 2013; 11(25):1532-7.
2. Castrillón G, Gómez D. Obstrucción maligna de la vía biliar: hallazgos imaginológicos usuales y recientes. *Rev. Colomb. Radiol*. 2015; 26(4): 4317-27
3. Romaguera D, Saint-Surín K, León WL, Rodríguez Z, Lozada G. Algunas especificidades en torno a las neoplasias primarias del segmento hepatobiliopancreático. *MEDISAN [Internet]*. 2015 Nov [citado 5 Abr 2016];19(11):1373-1385. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015001100012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001100012&lng=es)
4. Morris G, Alabraba E, Tan YM, Shapey I, Bhati C, Tanniere P, et al. Assessment of survival advantage in ampullary carcinoma in relation to tumour biology and morphology. *Eur J Surg Oncol*. 2009;35:746-50.
5. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016.
6. Vergara Del Río ML, Fernández M, Rodrigo Pereira TM. Caracterización de las lesiones hepáticas sólidas con técnica de difusión por resonancia magnética: Reporte preliminar. *Rev. chil. radiol. [Internet]*. 2010 [citado 13 abr 2016];16(1):5-10. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082010000100003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082010000100003&lng=es), <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082010000100003>
7. Sabater L, Calvete J, Aparisi L, Cánovas R, Muñoz E, Añón R, et-al. Neoplasias de páncreas y periampulares: morbimortalidad, resultados funcionales y supervivencia a largo plazo. *Cir Esp*. 2009;86(3):159-66.
8. Furlan A, Ferri JV, Hosseinzadeh K. Gallbladder carcinoma update: multimodality imaging evaluation, staging, and treatment options. *AJR*. 2008; 191:1440-7.
9. Wong SM, Weissglas IS. Gallbladder wall calcification and gallbladder cancer. *J Am Coll Surg*. 2013; 216: 1223-1224.
10. Klöppel G, Adsay V, Konukiewitz B, Kleeff J, Schlitter AM, Esposito I. Precancerous lesions of the biliary tree. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2013; 27: 285-297.
11. De la Cruz J, Hidalgo LA, Feliu J, Admella C, Muñoz R, Del Bas M, et al. Adenocarcinoma de vesícula biliar: estadio tumoral, factores pronósticos histológicos y supervivencia. *Cir Esp*. 2012; 77(1):18-21.
12. Santiesteban I, Marrero CV, Hechavarría S, Sosa O. Caracterización clinicoepidemiológica y ecográfica de pacientes con masa hepática sólida. *MEDISAN [Internet]*. 2012 Jul [citado 5 Abr 2016] 16(7): 1060-1066. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000700006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700006&lng=es).
13. Romaguera D, Saint-Surín K, León WL, Cisneros CM, Rodríguez Z, Rodríguez H. Caracterización de pacientes con neoplasias primarias del segmento hepatobiliopancreático. *MEDISAN. [Internet]*. 2015 Feb [citado 5 Abr 2016];19(2):158-168. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200003&lng=es).
14. Fonte EM, Misa M, González I. Caracterización clínica, imagenológica y anatomopatológica de las lesiones hepáticas focales. *Medisur*. 2014 Abr12(2).
15. Ramírez CP, Suárez MA, Santoyo J, Fernández JL, Jiménez M, Pérez JA, et al. Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. *Cir Esp*. 2002; 71(2):102-11.
16. Figueras J, Codina A, López S, Soriano J, Pardina B, Falgueras L. Las hepatectomías mayores en pacientes con colangiocarcinoma e ictericia son seguras. *Cir Esp*. 2009
17. León WL, Saint-Surín K, Rodríguez H, Romaguera D, Rodríguez Z. Supervivencia de los pacientes con neoplasias primarias del segmento hepatobiliopancreático. *MEDISAN [Internet]*. 2015 Mar [citado 5 Abr. 2016]; 19(3):328-336. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300006&lng=es).
18. Alvite M, Pita S, Quintela J, Aguirrezabalaga J, Otero A, Suárez F, Corbal G, et al. Tratamiento quirúrgico del hepatocarcinoma: experiencia del CHU A Coruña. *Cir Esp*. 2011; 89(4):223-9.
19. Montalvo E, Kurt S, Pulido A, Vázquez R, Basurto E. Hallazgos de anatomía patológica en una serie clínica de colecistectomía electiva: ¿Es frecuente el cáncer in situ? *Cir. gen [Internet]*. 2013 Mar [citado 5 Abr. 2016]; 35(1): 36-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992013000100007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992013000100007&lng=es).
20. Shirai Y, Sakata J, Wakai T, Ohashi T, Hatakeyama K. "Extended" radical cholecystectomy for gallbladder cancer: long-term outcomes, indications and limitations. *World J Gastroenterol*. 2012; 18: 4736-4743.
21. Pérez B, Palomeque A, Navarro P, González AR, Navarro F. Metástasis hepáticas de origen colorrectal sincrónicas: ¿Intervención simultánea o secuencial? *Rev Chil Cir [Internet]*. 2015 Abr [citado 5 Abr. 2016]; 67(2):158-166. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262015000200008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000200008&lng=es), [40262015000200008](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000200008).
22. Vaccarezza H, Ardiles V, Resio N, Bersano F, Moriconi G, Lenz M, et-al. Resección quirúrgica con intención curativa del colangiocarcinoma hiliar. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2012; 42:291-300

## **Epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutically characteristics of liver tumor and biliary tracts**

### **SUMMARY**

**Objective:** to characterize the operated patients on liver tumors and biliary tracts according to epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutically and evolutionary variables of interest.

**Methods:** An observational, descriptive and transversal study, conducted at surgery service of "Saturnino Lora Torres" Provincial Hospital, in Santiago de Cuba province, in the period from January 2011 to December 2015. Twenty-six patients were studied.

**Results:** ten patients had hepatic neoplasm, fourteen of vesicle and two of extra hepatic biliary tracts. The male sex was predominant (14 patients) older than 61 years (16 patients). The sitcoms evaluation was from three to six months (53.8%), been the icterus and the palpable tumor in right hypochondria the vital signs. The ultrasound was the most used and the tomography the one with highest positiveness. In general, at the moment of surgery the advanced stages of neoplasm process were found. For vesicular tumors, the treatment was curative in all cases, not been this way in the liver (6 patients) and not waste away, both patients with extra hepatic biliary tract tumors. The complications were limited and the mortality was 15.4%.

**Conclusions:** because of clinical and evolutive characteristics of these tumors, the diagnosis continues been late, limiting the possibilities of curative treatment.

**Key words:** liver tumor; biliar vesicle; biliary tracts; palliative and curative treatment.

**Dirección para la correspondencia:** Dr. Erian Jesús Domínguez González. Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Hospital Provincial "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

**Correo electrónico:** edominguez@ucilora.scu.sld.cu