

CARCINOMA DEL TRACTO BILIAR

DR. GUSTAVO ADOLFO VINOCOUR PONCE*
DR. MARCO VINICIO BOLAÑOS ESCALANTE*

RESUMEN

Se revisaron 6 casos de carcinoma de vías biliares extrahepáticas, confirmados histológicamente, operados en el Hospital México, C.C.S.S. En el tercio superior se presentaron 3 casos; 2 casos en el tercio inferior y 1 caso en el tercio medio. Se encontró un promedio de 2 mujeres por 1 hombre. Se presentaron 4 pacientes en la séptima década de la vida. El 100% de los casos se reportaron como adenocarcinomas. Ictericia, dolor en C.S.D. y pérdida de peso fueron los síntomas y signos más frecuentes. La E.R.C.P. correlacionó bien en todos los casos en que se efectuó, con los hallazgos operatorios. En los 6 casos se documentó elevación de la fosfatasa alcalina e hiperbilirrubinemia directa. La fístula pancreática y la sepsis sepsis son las 2 principales complicaciones postoperatorias. La mejor sobrevivida se ha encontrado en los 2 casos del tercio inferior, con uno de ellos vivo a los 3 años de operado. Se hace una revisión comparativa de la literatura.

SUMMARY

Six cases of extrahepatic bile duct carcinoma have been reviewed; histologically confirmed and operated at Hospital Mexico, C.C.S.S. In the upper third there were 3 cases; 2 in the inferior third and 1 case in the middle third. The rate female: male was 2:1. There were 4 patients on the seventh decade of life. 100% of the cases were reported as adenocarcinomas. Jaundice, abdominal pain in upper right quadrant, and weight-loss were the most common symptoms and signs. The E.R.C.P. correlated well with the operative findings. In all cases, there were significantly elevated levels of alkaline phosphatase and direct bilirubin. Pancreatic fistula and sepsis were the two main postoperative complications. The best survival rate was found in the two cases of the inferior third with one patient alive three years after surgery. A comparative review of the literature was done.

INTRODUCCION

El sistema biliar, que junto con el hígado, se origina de un divertículo proveniente del piso ventral del intestino anterior, es asiento de tumoraciones primarias, tanto benignas como malignas.

Existen reportados en la literatura médica hasta 1980, 90 casos de tumoraciones benignas de vías biliares, siendo el adenoma el más frecuente de los 8 diferentes tipos histológicos⁶. El concepto de benignidad se basa estrictamente en su conformación histológica, pues al obstruir esta estratégica vía, puente entre el hígado y el intestino, la respuesta del organismo no se hace a esperar.

La ictericia obstructiva, esta vez causada por el crecimiento de un tejido anaplásico, es lo que se presenta con los tumores malignos del tracto biliar, de los cuales seguiremos hablando en adelante. Y esta distorsión en el flujo normal de la bilis, provocando estasis biliar, acompañándose de todo su cortejo sintomático, es la causa fundamental de muerte en estos pacientes, y a resolverla se deben dedicar todos los esfuerzos quirúrgicos.

El primer reporte de cáncer primario del colédoco, se remonta al año de 1840, realizado por Durand-Fardel. En 1878, Schuppel publica por primera vez una revisión sobre cáncer del conducto hepático común, llamando la atención a la predilección de este tipo de tumores, por involucrar el ducto hepático proximal⁶.

*Hospital México

Ya en 1889, Musser compara y separa nítidamente el comportamiento y características del cáncer de la vesícula biliar con el del cáncer primario de los conductos biliares.⁶⁻⁷

La incidencia de este tipo de neoplasia fluctúa entre 0.1 y 0.5% en las diferentes series clínicas y de autopsias.³⁻⁶⁻⁷

Klatskin ha observado que el carcinoma de vías biliares crece lentamente y muy a menudo causa la muerte por obstrucción biliar, insuficiencia hepática y colangitis, más que de enfermedad metastásica y recalca que el restaurar el flujo biliar extiende la sobrevida⁴.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que presentaron carcinoma del tracto biliar extrahepático, internados en el Hospital México, C.C.S.S., en el período comprendido de setiembre de 1969 a setiembre de 1983, que fueron intervenidos quirúrgicamente y cuyo diagnóstico fue corroborado histológicamente.

Se excluyeron los cánceres de cabeza de páncreas, de duodeno y ampulla de Vater.

El estudio comprende 6 pacientes portadores de carcinoma de vías biliares en los cuales se analizaron diferentes aspectos: localización, incidencia por sexo y edad; tipo histológico, síntomas y signos; estudios diagnósticos empleados de gabinete y laboratorio; el tipo de cirugía empleada y su sobrevida.

RESULTADOS Y COMENTARIO

Empleamos el esquema de distribución anatómica más utilizado hoy en día por autores de amplia experiencia como Longmire, Takasan, Evander, etc.²⁻³⁻⁶⁻¹¹⁻¹³ que dividen el tracto biliar en tres tercios:

SUPERIOR:

Incluye los conductos hepáticos derecho e izquierdo, su confluencia y el conducto hepático común.

MEDIO:

Formado por el conducto colédoco desde la región del conducto cístico hasta el páncreas.

INFERIOR:

Abarcando la porción intrapancreática del colédoco, sin incluir el ampulla de Vater.

Los tumores localizados en el tercio distal o inferior, se agrupan generalmente, desde el punto de vista clínico con

los tumores periampulares y su manejo quirúrgico es similar al empleado en el carcinoma de cabeza de páncreas¹, aunque presentan un ligero mejor pronóstico.³⁻⁶

Sin embargo, esta distribución topográfica estricta, no debe hacernos perder de vista que estos límites generalmente se traslapan², con más frecuencia cuando se trata de los carcinomas papilares, que presentan un patrón de crecimiento extenso y en múltiples áreas (multifocal), y los del tipo difuso; no así con el tipo nodular o local⁶⁻¹².

La localización anatómica de los 6 casos se muestra en el cuadro 1.

El carcinoma de vías biliares tiene predilección por presentarse en cerca de la mitad de los casos en el tercio superior, clásicamente en el hilio hepático.²⁻³⁻⁶⁻⁷⁻¹³

En la presente serie se confirma la validez de este patrón de distribución; en la fig. 1 se compara con otros reportes.

La localización del tumor viene a representar un factor importante en la sobrevida del paciente, con respecto al tipo de procedimiento quirúrgico que se le puede ofrecer. Sin embargo, la localización, dentro del contexto global de la enfermedad, no representa una diferencia estadísticamente significativa en la sobrevida a 5 años plazo.¹³

La distribución por sexo que se observa en el cuadro 2, difiere de la reportada en la literatura para este tipo de tumores, cuyo promedio hombre/mujeres viene siendo de 3:2 (⁶⁻⁷⁻¹¹⁻¹³).

La incidencia por edad mostrada en el cuadro 3 es similar a la de otros reportes, con un mayor predominio en la sexta y séptima décadas de la vida¹⁻²⁻⁶⁻⁷⁻¹¹⁻¹³. Es importante relacionar la edad de manifestación de esta patología, con la esperanza de vida en la población general, para decidir el tipo de cirugía o procedimiento derivativo que se empleará, y su repercusión en el promedio de sobrevida y la "calidad" de vida que se le ofrecerá al enfermo.

Con respecto al tipo histológico, se reportaron los 6 casos como adenocarcinomas o sea en el 100%. No se encontró carcinoma de células escamosas, que muy ocasionalmente se reporta.³⁻⁷

La clasificación macroscópica de estos tumores se circunscribe a los tipos: 1) Polipoide o Papilar, 2) Local o Nodular, 3) Difuso. Existen autores que amplían a un cuarto grupo con el tipo constrictivo esfirroso.⁶⁻¹²

La frecuencia es de un 75% para el tipo local y un 25% para el tipo difuso en las lesiones que involucran los ductos hepáticos. En el resto del tracto biliar la frecuencia viene siendo de un 60% local y un 40% difuso.⁶

Cuadro 1
LOCALIZACION

	N	%
Tercio Superior	3/6	50
Tercio Medio	1/6	17
Tercio Inferior	2/6	33

Cuadro 2
DISTRIBUCION POR SEXO

	Pacientes	%
Mujeres	4	67
Hombres	2	33

PROMEDIO 2M:1H

En general la histología correlaciona bastante bien con la clasificación macroscópica. Así los tumores nodulares corresponden a adenocarcinomas, que varían de bien a mal diferenciados; los difusos corresponden a adenocarcinomas escleróticos o fibrosos (los cuales hay que diferenciar de la coalangitis esclerosante y las estrecheces benignas) y los polipoides corresponden a adenocarcinomas papilares.

Todorki y colaboradores¹² correlacionan la apariencia macroscópica del tumor con su pronóstico y encuentran que el tipo de carcinoma polipoide, después de cirugía resectiva, presenta un comportamiento relativamente benigno comparándolo con los otros tipos. Con sobrevividas de 52 meses, sin recurrencia del tumor, mencionan que en los pacientes operados no se encontraron involucrados los espacios linfáticos perineurales, ni invasión directa al sistema vascular adyacente o al parénquima hepático. En orden decreciente de sobrevivida siguieron: el tipo infiltrativo difuso, el tipo nodular y el tipo constrictivo escirroso.

Klatskin y Longmire⁴⁻⁶ también confirman este comportamiento biológico del tipo papilar, reportando sobrevivida de 10 meses a 3 años, utilizando procedimientos de drenaje externos o internos.

Lamentablemente la incidencia del tipo polipoide es muy baja.⁴⁻⁶⁻¹¹⁻¹²⁻¹³

Se ha relacionado el carcinoma del tracto biliar con otras patologías gastrointestinales. De un tercio a cerca de la mitad de los pacientes tienen una historia de cálculos biliares. En nuestra serie se encontraron 2 pacientes con colelitiasis (33%). Esta asociación no es tan alta como la observada en el carcinoma de la vesícula biliar (65-88%). La colitis ulcerativa se asocia de un 3 a un 11% y un 3% de los

casos presentan un segundo carcinoma primario intraabdominal. También se han relacionado como factores etiológicos a la enfermedad quística del tracto biliar y a la infección hepática por *clonorchis sinensis*.³⁻⁶

Otros factores causales posibles que se han propuesto pero sin confirmación han sido: la evolución de un papiloma glandular benigno; la acción carcinogénica del ácido cólico en el sujeto susceptible y la conversión de ácidos biliares a metilcolantreno.

Sin embargo, los factores comunes a las tres posibles condiciones etiológicas (litiasis, infecciones parasitarias y dilataciones congénitas) son: 1) enlentecimiento en el flujo biliar, 2) presencia de infección, 3) probable reacción inflamatoria de la pared ductal.⁶

La frecuencia de síntomas y signos se resumen en el cuadro 4.

La ictericia, el dolor abdominal y la pérdida de peso, son los signos y síntomas más constantes al inicio de la enfermedad.¹⁻³⁻⁴⁻⁶⁻¹¹⁻¹³

No hay diferencia significativa en el orden de aparición de los síntomas predominantes, ya sea en el tercio superior, en el tercio medio o en el tercio inferior del sistema biliar extrahepático.⁶

Cerca de la mitad de los enfermos consultan al médico en los primeros 3 meses de aparición de los síntomas.

El signo de Courvoisier, o sea el desarrollo de una vesícula biliar edematosa y palpable en pacientes ictericos, se presentó en los 2 casos del tercio inferior y en el caso del tercio medio, el cual comprometía al conducto cístico.

Cuadro 3
DISTRIBUCION POR EDAD

Edad	Pacientes
51 - 60 años	1
61 - 70 años	4
71 - 80 años	1

Cuadro 4
SINTOMAS Y SIGNOS

ICTERICIA	6 pacientes
DOLOR CSD	4 pacientes
PERDIDA DE PESO	4 pacientes
VESICULA PALPABLE	3 pacientes
PRURITO	2 pacientes
COLANGITIS	1 paciente
HEPATOMEGALIA	1 paciente

Cuadro 5

EVOLUCION DE METODOS DIAGNOSTICOS

AÑO	METODOS
1896	Roetgen - Rayos X
1924	Graham y Cole, primera colecistografía oral.
1932	Mirizzi - Colangiografía operatoria
1953	Colangiografía intravenosa
1960	Santos Figueroa, López (P.T.C.) Colangiografía transhepática percutánea.
1968	McCune et. al. (E.R.C.P.) Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada.
1970	Ultrasonografía (U.S.) - Tomografía Axial computarizada (T.A.C.) Primer coledoscopio de fibra flexible.
1980	Nuevos radionucleótidos (Tc 99 mm)

(8, 9)

El prurito puede anteceder a la ictericia en ciertos casos, aunque en general es más común y severa en los estadios finales de la enfermedad.

La colangitis se presentó en 1 solo paciente, pero contribuyó a su deceso 7 meses después de la cirugía, presentando un absceso colangítico perforado a cavidad peritoneal.

Una hepatomegalia progresiva se observa en la mayoría de los pacientes que tienen un período de sobrevida prolongado; es poco frecuente al inicio de la enfermedad.⁶⁻⁷

En relación a estudios diagnósticos se realizaron E.R.C.P. en 3 casos, con buena correlación con los hallazgos quirúrgicos; S.G.D. en 2 casos, en uno de los cuales se encontró "deformidad del bulbo duodenal por apoyo vesicular".

El resumen sobre la evolución de los diferentes métodos diagnósticos aparece en el cuadro 5.

Actualmente el método diagnóstico más confiable lo constituye la P.T.C., visualizándose los ductos biliares dilatados en el 99 a 100% de los casos. Cuando no hay ductos dilatados, el promedio de éxito baja a un 60-70%, con una morbilidad de un 3.4%⁶⁻⁹.

Todoroki et. al.¹² utiliza una clasificación de Ohto y asociados, para la descripción de imágenes obtenidas por P.T.C. en obstrucciones del tracto biliar por carcinoma.

Confirmó que la apariencia macroscópica del carcinoma tipo polipoide corresponde al tipo protuberante papilar (P.T.C.); el tipo nodular al tipo protuberante (P.T.C.); el tipo constrictivo escirroso al tipo constrictivo (P.T.C.) y el tipo infiltrativo difuso al tipo esclerosante (P.T.C.). Su experiencia le sugiere que la apariencia macroscópica del tumor puede ser válida como un factor pronóstico en el tratamiento de la lesión.

La eficiencia diagnóstica de la E.R.C.P. fue evaluada en una revisión de 10,000 estudios realizados en E.U. por Bilbao y cols., encontrándose un 70% de éxito diagnóstico en general, y un 85% para endoscopistas experimentados, con tan sólo un 3% de morbilidad.⁹

En la actualidad, en pacientes en los cuales la clínica, el laboratorio y/o estudios como el ultrasonido y la tomografía computarizada, evidencian obstrucción biliar extrahepática, el primer examen a pedir sería una P.T.C.

En U.S. ha revolucionado el diagnóstico en colecistopatías, sin embargo en la investigación de la dilatación del colédoco, la ultrasonografía es menos útil, pues el gas de duodeno y colon y la grasa mesentérica, contribuyen a degradar la imagen del U.S. La porción más difícil de evaluar con el U.S. es el tercio distal de colédoco.

La T.A.C. es otro método para evaluar el árbol biliar. Utilizando medio de contraste I.V. se puede estudiar el sistema venoso hepático, aparte de valorar el estado de las estructuras peritumorales, permitiendo planear la conducta terapéutica óptima.

Cuadro 6

CIRUGIA

Tercio superior.	1. Colecistostomía + biopsia muerto a los 4 meses).
	2. Colecistostomía + extirpación del colédoco y el hepático común. Anastomosis hepatoduodenal término lateral (muerto a los 12 meses).
	3 Operación de Whipple + vaguectomía + colecistectomía (muerto a los 7 meses).
Tercio medio	1 Operación de Whipple + vaguectomía + colecistectomía (muerto al 1 y 1/2 meses)
Tercio inferior	En los dos casos operación de Whipple + vaguectomía + colecistectomía. (vivos al 1 año 6 meses; y 3 años).

Otros procedimientos diagnósticos como el "mapeo" hepático utilizando sulfuro coloidal de Tc99m, un radionucleótido de tecnecio que es eliminado de la sangre por las células fagocíticas reticuloendoteliales (Kupffer) en el hígado, se usa primariamente en la detección de lesiones hepáticas ocupativas de espacio. Este examen tiene poco valor en el diagnóstico de ictericia obstructiva, sirviendo para descartar tumores hepáticos primarios o secundarios.⁶⁻⁹

El disponer de todo este arsenal tecnológico y establecer el diagnóstico preoperatoriamente es muy útil para el paciente, pues se ha demostrado que los enfermos evolucionan mejor si son tratados definitivamente en la operación inicial.³

Durante la cirugía, el mejor método de detección temprana de los tumores de vías biliares, lo constituye la coledoscopia. La biopsia obtenida bajo visión directa ayuda enormemente a confirmar el diagnóstico³. Varios autores, entre ellos Tompkins y cols.¹³ ya reportan la identificación de pequeños tumores de vías biliares, generalmente en el tercio distal, los cuales se descubrieron en coledoscopías rutinarias, en los casos de exploración de vías biliares por coledocolitiasis, y pudieron emplear cirugía resectiva curativa en ellos.

Señalan también la importancia de este procedimiento en los casos de tumores en el tercio inferior, pues han observado lesiones malignas multicéntricas en el tercio superior en forma simultánea en esos pacientes. Por el contrario, no han encontrado lesiones tumorales pequeñas en el colédoco, distal al tumor del tercio superior.

LABORATORIO:

En los 6 pacientes encontramos elevación de la fosfatasa alcalina en forma significativa e hiperbilirrubinemia directa, con cifras de bilirrubina total entre 5 y 20 mg/dl.

Anemia se encontró sólo en 2 casos.

Ross et al⁶ reporta niveles de bilirrubina sérica de más de 15 mg/dl en más del 50% de los casos vistos en la Clínica Lahey.

TRATAMIENTO Y SOBREVIDA

El tipo de cirugía que se efectuó se resumen en el cuadro 6.

Como se mencionó al principio, el tratamiento debe resolver la ictericia mediante una resección curativa siempre que esto sea posible o por un procedimiento paliativo cuando la lesión es irresecable.

Cuadro 8

MORBILIDAD

Fístula pancreática	3 pacientes
Sepsis	2 pacientes

Cuadro 8

SOBREVIDA

PACIENTES	TIEMPO
1	1-1/2 meses
2	4 meses
3	7 meses
4	1 año
5	1 año y 6 meses (vivo)
6	3 años (vivo)

Figura 1

DISTRIBUCION DEL CARCINOMA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS

1/3 SUPERIOR	49 %	43%	30%	47%	60%	50%
1/3 MEDIO	25%	20%	30%			17%
1/3 INFERIOR	19%	5%	40%			33%
DIFUSO	7%					
MIXTO		33%				
No. CASOS	96	80	50	564	79	6
AUTOR	(13)	(2)	(11)	(10)	(5)	pre- sente serie

(Modificado de Tompkins)

En el tercio superior el porcentaje de resectibilidad varía en las diferentes series, pero es cercano a un 50% en los reportes de Evander, Longmire y Tompkins²⁻⁶⁻¹³; siempre hay excepciones como en la serie de Takasan¹¹, con resección en un paciente de 15, o ninguna resección en 36 pacientes como en el reporte de Lees⁵. En el otro extremo está la serie de Launois et. al. con resección de 11 de 19 tumores biliares³. En nuestra serie se resecaron lesiones en 2 de 3 pacientes.

En los tumores resecables localizados en la confluencia de los ductos se debe realizar una lobectomía hepática con una hepatoyeyunostomía o una hepatocolocostomía²⁻⁶ 7. Esta última opción la prefiere Evander y cols² pues conlleva un menor riesgo de colangitis. Cuando los tumores se localizan en el conducto hepático común, se debe resecar este conducto junto con el colédoco y la vesícula biliar y realizar una anastomosis enteroductal²⁻⁶⁻⁷. Las neoplasias del tercio distal del colédoco son tratadas generalmente con una operación de Whipple.

En los casos no resecables se puede usar paliativamente el "by pass" mediante anastomosis o intubación: sondas en Y, tubo en U introducido por Terblance; P.T.C. y cateter con agujeros laterales para un drenaje biliar interno. Como en estos enfermos es muy difícil anticipar la actividad biológica del tumor, siempre se les debe ofrecer esta segunda alternativa.

Incluso Tompkins y colbs¹³, señalan que en el grupo de pacientes tratados con "by pass" la sobrevida, comparada con los "resecados" no tuvo diferencia estadísticamente significativa y sí una menor morbilidad.

En la presente serie el único paciente con tumor en el tercio superior que se realizó una operación de Whipple, fue intervenido con el diagnóstico preoperatorio de carcinoma de colédoco. En este caso la tumoración era multicéntrica, como se vio posteriormente en patología, presentándose tanto en el hilio hepático como en el colédoco.

En el tercio medio la resectibilidad varía de un 67%, Tompkins et. al.¹³; 54% de Longmire⁶; 40% Takasan et. al.¹¹; y 12% de Evander². En el presente estudio fue posible resear el único tumor que se presentó en el tercio medio.

En el tercio inferior o distal, en todas las series el porcentaje de resectibilidad es alto: 85% Longmire⁶, 75% Evander et. al.² y Takasan et.al.¹¹, 66% Tompkins y colbs¹³. En nuestros pacientes estudiados las tumoraciones fueron resecables en los dos casos del tercio inferior, realizándoles un Whipple¹.

De todos los factores pronósticos que examinaron Tompkins y colbs, el que brindó el incremento más significativo al promedio de vida, lo fue la habilidad para ejecutar la operación de Whipple¹³. Bolaños y colbs recalcan la importancia en la meticulosidad al realizar esta operación¹.

Se están investigando otros recursos terapéuticos. Los resultados mostrados por Calne y Starzl, utilizando transplante hepático para estos tumores, reflejan hasta la fecha, un incremento en la sobrevida muy limitado.³

El papel de la radio y quimioterapia todavía falta por evaluarse en forma más extensa.

La morbilidad que se presentó en nuestros enfermos se aprecia en el cuadro 7.

En general se confirma lo reportado en la literatura con respecto a las complicaciones. No se encontró sangrado del tubo digestivo ni del lecho operatorio.¹

En la mayoría de los pacientes la causa de muerte se relaciona con el tracto biliar: tumor progresivo o recurrente; fallo hepático, colangitis, y fístulas biliares.¹³.

La sobrevida en nuestros pacientes se muestra en el cuadro 8.

Hay que resaltar el hecho, de que el paciente con mayor sobrevida, 3 años, es un hombre de 71 años, al que se le realizó una operación de Whipple por un tumor en el tercio inferior, no presentó complicaciones postoperatorias y llegó a consultar en los primeros tres meses de su enfermedad.

Sin embargo, no se debe menospreciar la observación de Evander y colbs² cuando señalan que dentro de un grupo de 53 pacientes a los cuales no se les hizo resección, uno vivió 36 meses.

La calidad de vida también es un factor muy importante de analizar. Evander et. al² revisa este aspecto en una serie de 80 casos de carcinoma de las vías biliares. Los pacientes con resección radical "curativo" tuvieron una sobrevida promedio de 20 meses, permaneciendo en el hospital un 26% de su vida restante. Los pacientes con resección incompleta y que recibieron un "by pass" hepatoentérico, sobrevivieron un promedio de 7.5 meses permaneciendo un 46% del resto de su vida en el hospital. Los pacientes cuya patología no fue reseada sobrevivieron un promedio de 2.5 meses viviendo el 97% de su existencia restante en el hospital.

CONCLUSIONES:

1. La historia natural de los tumores del tracto biliar se describe como la de un tumor de crecimiento lento que usualmente permanece localizado en el hilio hepático.
2. La localización de la lesión parece tener la mayor importancia en relación al pronóstico¹³.
3. Los tumores del tercio superior son los más frecuentes y de peor pronóstico.
4. Los tumores del tercio inferior son más raros y de mejor pronóstico.
5. El tumor polipoide es el menos frecuente y el de mejor pronóstico.¹²
6. Se debe incrementar el uso de métodos de diagnóstico temprano como la coledocoscopia transoperatoria, en la exploración de vías biliares por litiasis.¹³
7. El diagnóstico preoperatorio debe realizarse lo más rápido y preciso posible utilizando P.T.C.; E.R.C.P., U.S., T.A.C.
8. La apariencia macroscópica del tumor de vías biliares evidenciado en imágenes de P.T.C. puede ser válido como un factor pronóstico en el tratamiento de la lesión.¹²

9. La descompresión preoperatoria del árbol biliar por medio de un drenaje externo reduce el riesgo del sepsis, insuficiencia hepática y hemorragia masiva.
10. Son necesarios algunos lineamientos generales en los procedimientos usados en la cirugía de los tumores de vías biliares, sin embargo la técnica quirúrgica resectiva o derivativa se debe diseñar analizando cada caso en particular, en la forma más minuciosa posible.
11. El paciente hipotético que tendría la mejor sobrevida sería aquél que se presenta a los primeros meses del inicio de la enfermedad, al que se le encuentra un carcinoma de tipo papilar del tercio inferior del tracto biliar, el cual es resecado mediante un procedimiento de Whipple.¹³
12. Los pacientes que gozan la mayor sobrevida, la mayor libertad de no estar hospitalizados y una mejor "calidad" de vida son aquellos en los que el tumor se resecó completamente;²⁻³

BIBLIOGRAFIA

1. Bolaños M.V., et. al.; Pancreatoduodenectomía por cáncer; Acta Médica Cost.; Vol 21:141-145, 1978.
2. Evander A., et. al.; Evaluation of aggressive surgery for carcinoma of the extrahepatic bile ducts; Ann. Surg.; 191:23-29, 1980.
3. Goodnight, J.E.; Bile duct carcinoma; Surg. Clin. N.A.; 61:4; 981-986, 1981.
4. Klatskin G.; Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis; Am. Journ. Med., 38:241-256, 1965.
5. Lees C.D.; et. al.; Carcinoma of the bile ducts; Surg. Gynecol. Obstet.; 151:193-198, 1980.
6. Longmire, W.P. Jr.; Tumors of the extrahepatic biliary radicals; Curr. Probl. Ca.; Vol. 1, N 2, 45 p.; 1976.
7. Myers, R.T.; Carcinoma of the bile ducts, Davis-Christopher Textbook of Surgery; Voll, 1283-1286, 11th Edition; 1977.
8. Reid, M.H., et. al.; the role of computed tomography and ultrasound imaging in biliary tract disease; Surg. Clin. N.A., 61:4; 787-825, 1981.
9. Rosenquist, C.J.; Radiology of the biliary tree; Surg. Clin N.A., 61:4; 775-786, 1981.
10. Sako, S. et. al.; Carcinoma of the extrahepatic bile ducts: Review of the literature and report of 6 cases; Surgery 41:416, 1957.
11. Takasan H., et. al.; Clinicopathologic study of seventy patients with carcinoma of the biliary tract; Surg. Gynecol. Obstet.; 150:721-726, 1980.
12. Todoroki T., et. al.; Gross appearance of carcinoma of the main hepatic duct and its prognosis; Surg. Gynecol. Obstet.; 150:33-40, 1980.
13. Tompkins, R.K., et. al.; Prognostic factors in bile duct carcinoma; Ann. Surg.; 194:447-457, 1981.