

TUMOR BENIGNO DE VESICULA BILIAR (MIO - FIBRO - ADENOMA - PAPILAR) (*)

A propósito de 2 observaciones

Dr. José L. Badano Repetto

La presentación a la Sociedad de Cirugía de la observación que, es motivo de este trabajo me ha permitido corroborar en la bibliografía extranjera consultada, como en la búsqueda en nuestro medio de la extrema rareza de los tumores benignos de la vesícula biliar.

Generalidades.

Hemos observado que distintos autores designan una misma entidad patológica con nomenclatura diferente, seguramente haciendo primar la preponderancia de un tipo de tejido o algún aspecto particular del proceso. Así Buzzi, Lascano, Király, Robson y Wellbrich los describen como adenomas, King y MacCallum como colecistitis glandular proliferante, Kordenat como cisto-adenomas, Shambaugh como fibro-adenomas, Bodnar como colecistitis cística, etc.

Es posible que esta diversa manera de expresarse en la designación obedezca a una razón patogénica.

Frecuencia.

Según los autores consultados la frecuencia de los tumores benignos corresponde al 1% de las colecistectomías practicadas (Walters).

De la investigación realizada sobre 1617 protocolos de piezas operatorias del Hospital de Clínicas de Montevideo obtuvimos los siguientes datos:

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 11 de mayo de 1960.

En las 1617 piezas 200 correspondían a vesículas existiendo en ese número 2 colecistitis crónicas con pólipos adenomatosos múltiples y 1 invaginación quística intraparietal con microcálculos, que podría discutirse la naturaleza tumoral.

En otra búsqueda realizada en protocolos de necropsias de niños de la Posta Central del Pereira Rossell sobre 1000 necropsias, no se encontraron alteraciones tumorales de vesícula. (En esta información hay que hacer notar que en estas necropsias no se realizó el estudio histológico de la vesícula en forma sistemática).

También se investigó parcialmente en el archivo del laboratorio de Patología del Prof. Larghero, encontrándose 2 casos de pólipos múltiple.

La frecuencia expresada en cifras sería:

Tumores benignos 1,5% de las colecistectomías y necropsias.

Pólipos verdaderos 1% y Fibro-mio-adenomas 0'5%.

Edad.

La edad predomina por encima de los 30 años, pero hay que tener en cuenta las posibilidades menores de operación o muerte por debajo de dicha edad.

Nicod publicó un mio-adenoma del fondo vesicular en un joven de 17 años (necropsia por bacilosis), y Brown cita de Toni de Génova, señala otro en un feto.

PATOGENIA:

a) Origen congénito.

Aschoff y Bacmeister piensan que estos tumores son anomalías congénitas análogas a las transformaciones que se observan en el divertículo de Meckel.

Abell, Kordenat y Ribbert se muestran partidarios de la hipótesis de Cohnheim referentes al desplazamiento de células embrionarias durante el desarrollo fetal y posterior crecimiento de estas células para formar el tumor. (Restos embrionarios no desarrollados como en el caso de los fibromiomas del útero.

Eiserth cree que son hamartoblastomas y encuentra otros tumores benignos en el individuo, (necropsias). Piensa que procesos inflamatorios de la vesícula biliar puedan desencadenar el crecimiento.

b) Origen Inflamatorio.

Eubarsch expresa que la inflamación e infección estimulan este **epitelio hiererotópico** de la vesícula a crecer y formar el **adeno-mioma**. Pero no cree que sea un trastorno del desarrollo embriológico, **no encuentra epitelio heterotópico sin proceso inflamatorio**, no encontrando en sus investigaciones adeno-miomas en el feto ni en el recién nacido.

Por otra parte Bednar muestra que el epitelio del adeno-mioma proviene de la mucosa de la vesícula influenciado por procesos inflamatorios.

Sintomatología.

No es característica.

Son generalmente hallazgos en el campo operatorio o en la mesa de autopsias.

El colestograma durante la fase de contracción podría evidenciarlo, (autores americanos).

Complicaciones.

Eiserth, King y Mac-Callum describen la infección del tumor con formación del absceso intramural y la consiguiente peritonitis.

La acumulación de concreciones en la luz glandular puede llevar a la formación cálculos.

Hremeda, King y Mac-Callum citan el prolapso del tumor, causando la obstrucción del cístico.

Eiserth cita la transformación maligna.

Diagnóstico.

Es raro hacerlo por la clínica o el colestograma. Es posible hacerlo durante el acto operatorio (operación sobre vías biliares) como en el caso que presentamos pero lo más frecuente es que sea hallazgo anatómico del patólogo.

Anatomía Patológica.

Macroscópica:

El adeno-mioma asienta en el fondo de la vesícula (93%) siendo lo frecuente que sea único. Ocasionalmente el tejido adeno-miomatoso envuelve al órgano por completo.

El tamaño varía de menos de 1 ctm. a 2 ctms. (1/3 de los casos). Otro 1/3 medía 1 ctm. y el restante alrededor de los 2 centímetros.

Es característico como la mucosa recubre al tumor donde hace saliencia lo mismo que la capa serosa, donde es factible observar durante la exploración quirúrgica.

El color no es un elemento constante y lo frecuente es que coincida con el del órgano.

Al corte tiene la apariencia de un panal de abejas. Las pequeñas cavidades están llenas de mucus y es perfectamente visible el aspecto circunscripto y la delimitación con la capa mucosa y serosa.

En el 60% de los casos coincidía con litiasis, 3 de éstas eran intramurales.

La colesterosis vesicular sin proceso inflamatorio se encontró en un porcentaje importante.

Microscópica:

El tumor es descripto como estructura glandular, con túbulos que recuerdan los senos de Rokitansky-Aschoff. Un epitelio cilíndrico con citoplasma claro, un núcleo ovalar situado basalmente constituye la estructura glandular que está rodeada por abundante tejido muscular liso y fibroso.

Es frecuente encontrar acúmulos linfocitarios en las inmediaciones del tumor.

CASUISTICA

OBSERVACION 1.

A. C. Z. Urug. 28 años. Procede de campaña

Ingresa al Centro de Gastroenterología del Hospital Pereira Rossell por dispepsia hepatobiliar.

ANTECEDENTES S/P.

Enfermedad actual: Parece comenzar hace cinco años con una dispepsia electiva para fritos y grasas, acompañándose en alguna ocasión de dolores de tipo cólico con propagación a la espalda.

Ha hecho tratamiento médico a base de anti-espasmódicos y régimen dietético. Desde hace unos meses, acentuación de los sufrimientos que se acompañan de vómitos biliosos. Manifiesta un adelgazamiento de 10 kilos en un año.

Examen Clínico: No reveló alteraciones dignas de mencionar salvo un Murphy.

Exámenes de Laboratorio: Un hemograma de 3.450.000 con 74% de hemoglobina, una reacción de Cassoni positiva precoz y un Sondeo duodenal con azul de metileno donde no se evidenció el cromógeno fue-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

ron los elementos positivos a tener en cuenta. (No eosinofilia, Weimberg Negativo). La colecistografía mostraba una vesícula teñida que no se vaciaba en forma franca con la comida de prueba.

Una imagen calcificada del tamaño de 1 cm. de diámetro se proyecta sobre la sombra hepática. Una radiografía de perfil mostró su situación costo-condral.

Diagnóstico Preoperatorio: Colecistopatía alitiásica.

Operación.

En el acto operatorio se pudo apreciar una vesícula muy tensa que sobresalía el reborde hepático y en cuyo fondo se observaba una saliencia de alrededor de 1 cm. de diámetro que respetaba la serosa, de consistencia dura y haciendo cuerpo con la pared.

La bilis obtenida por punción vesicular evidenció el T. M. T. en forma de leucobase. (Reacción B. B. negativa).

El resto del árbol biliar era normal.

El hígado no revelaba deformaciones dignas de mencionar.

El hiatus esofágico medía 1 y 1/2 dedo y el resto de la exploración fue negativa.

Se practicó colecistectomía típica y biopsia hepática.

Evolución favorable.

Anatomía Patológica

MACROSCOPICO: Vesícula fijada con líquido de Turchini. La pieza fue fijada por inyección ligando el cístico. Mide 10 cm. de largo por 3 en la parte más ancha. El aspecto general es normal. Se aprecia en el fondo una tumefacción bien circunscripta, cubierta por peritoneo, y que mide 6 mm. de diámetro, la forma es regularmente circular. Es de consistencia dura y corresponde francamente a la pared. Abierta la vesícula sobre su eje mayor se aprecia un retículo algo exagerado. El corte del nódulo permitió observar su situación sub-peritoneal, sus límites francos; su emergencia debajo de la mucosa y el aspecto trabecular. El grosor de la pared vesicular es normal.

MICROSCOPICO: Epitelio bien conservado. Discreta infiltración del córion con linfocitos. La coloración con el Sudán 111 evidenció el lipoideo característicos de la vesícula afectada con colosterosis.

La neoformación del fondo es bien circunscripta y se observan núcleos miomatosos revestidos de epitelio cilíndrico. Un tejido fibroso se mezcla con el músculo. La parte epitelial corresponde a un adenoma papilar. Existen también numerosas glándulas acinosas.

Focos linfocitarios peri tumorales múltiples..

En surra: Fibro-mio-adenoma-papilar del fondo de una vesícula biliar con discreta infiltración colesterósica. Hígado normal. (Ver fig. 1 al 4).

Observación 2.

Hallazgo en la mesa de necropsia en el Hospital Maciel (1936), Prof. Ferreira Berruti.

No se pudieron obtener los datos clínicos ni complementarios.

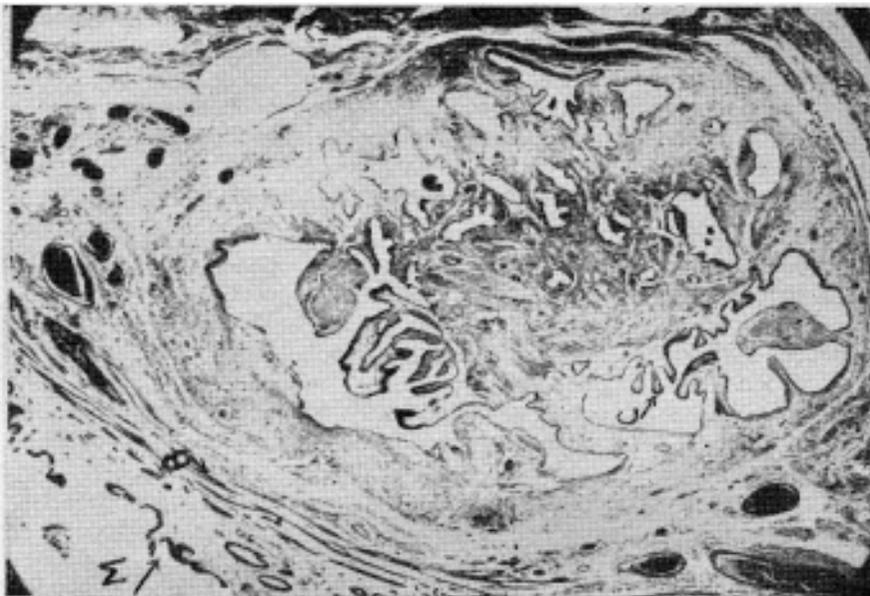


Fig. 1.

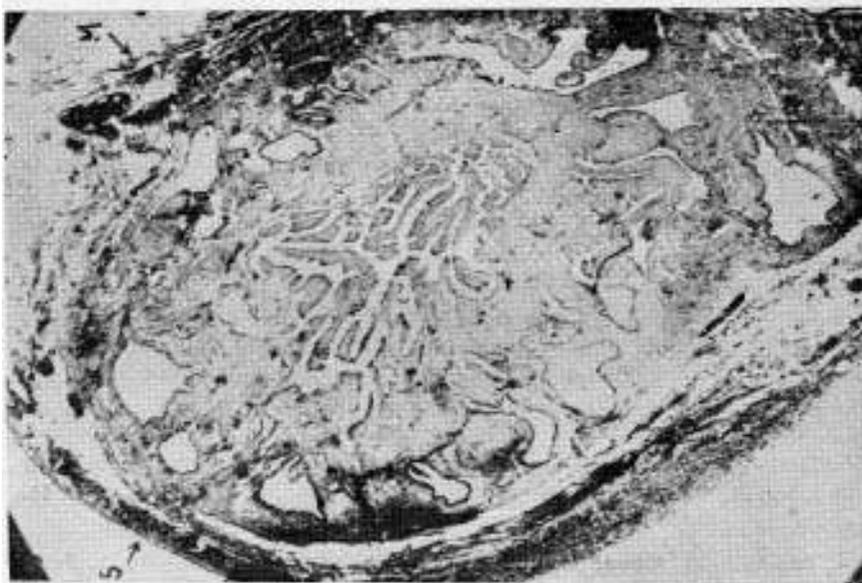


Fig. 2

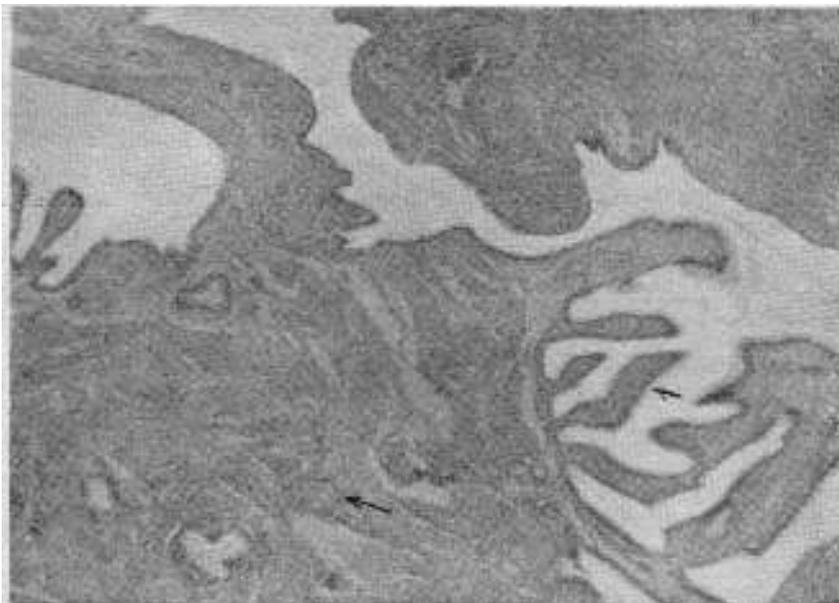


Fig. 3



Fig. 4

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Corresponde el estudio histológico de un nódulo localizado en el fondo de la vesícula biliar.

En la micro-fotografía se aprecian formaciones tubulares revestidas de epitelio cilíndrico a citoplasma claro y núcleos dispuestos en la base de las células. Algunas de estas formaciones tubulares tienen luz amplia y hacen saliencia en ellas en forma de papilas.

Estos tubos están rodeados por fibras musculares lisas y abundante tejido conjuntivo.

No se observan infiltrados celulares de carácter inflamatorio.

En (A) se observa el peritoneo recubriendo el tejido celular laxo sub-peritoneal. Fig. 6.

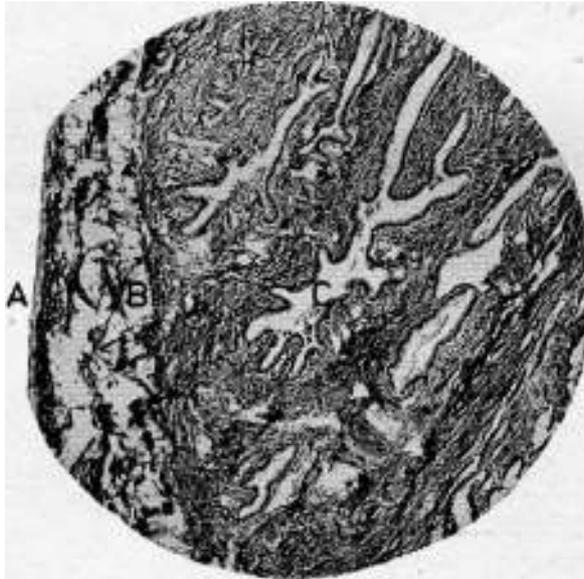


Fig. 6

En suma: Fibro-mio-adenoma papilar del fondo de la vesícula biliar.

Observación 3.

Es una vesícula cedida por los Profs. Chifflet y Ardao. Aunque no se pudieron complementar los datos es muy interesante mostrarla.

La fotografía muestra una vesícula abierta, con las características de la infiltración colesterósica y en cuyo fondo se aprecia una saliencia que corresponde a un mio-adenoma.

En suma: Fibro-mio-adenoma del fondo de una vesícula con infiltración colesterósica.

Observación 4.

Se trata de un hallazgo anatómico del Br. Toledo en una vesícula operada por el Dr. R. Musso en el Banco de Seguros.

La pieza fijada con formol y abierta mide 7,5 x 4 cms.. Mucosa ru-

gosa. Presenta un nodulito quístico en el fondo que se extiende por fuera de la muscular. Existía litiasis.

Microscópicamente se observó un proceso de colecistitis crónica con infiltración linfocitaria difusa y en focos en las tunicas del órgano. Moderado estado papilar de la mucosa.

El nodulito del fondo presenta estructura glandular con distensión quística de las mismas y crecimiento papilar intraquístico. La lesión está en la mucosa y también por fuera de ésta, acompañada de haces musculares lisos y de fibras conjuntivas mantenidas por dentro de la fibro-serosa.

En suma: Lesión benigna etiquetada como adenoma del fondo vesicular, en una colecistitis crónica.

Resumen.

La investigación bibliográfica sobre el tema permitió sacar las siguientes conclusiones:

Los adeno-miomas de la vesícula son muy raros, pueden encontrarse 1 cada 200 colecistectomías.

Es muy discutible la patogenia (congénitos o inflamatorios). Es muy probable que los casos típicos procedan de restos embrionarios incluídos.

El cuadro clínico no es propio y en general son hallazgos operatorios o más frecuente aún, hallazgos del patólogo.

El diagnóstico pre-operatorio puede hacerse en algún caso por la colecistografía.

La transformación maligna no es frecuente, siendo el absceso o el cálculo intramural la complicación más común.

SUMMARY

The bibliographic investigation about the question, lend us get the next conclusions.

They are extranges. We can find 1 for 200 gallbladders extirped.

The truth patogenic of this tumors is discuted. Congenital and inflammatory.

The clinical picture it is not characteristic.

The pre operative diagnostic, can be done by the cholecystography.

Malignant transformation it is not frequent, being the intramural obcess or the intramural calculus the more frecuente complication.

RESUME

L'investigation bibliographique en rapport avec le sujet en question a permis de tirer les conclusions suivantes.

Ils sont peu fréquents et on peut trouver seulement 1 par 200 vésicules biliaires extirpées.

Il est discutable la vraie pathogénésie de ces tumeurs. Peut-être cogénital ou inflammatoire.

L'aspect clinique n'est pas caractéristique, autrement.

On put faire le diagnostique preopératoire par moyen de la cholecystographie.

Il n'est pas fréquent la transformation maligne. La complication plus habituelle est l'abcès intrapariétal ou le calcul intrapariétal.

BIBLIOGRAFIA

V. DUNCAN-SHEPARD, WALTERS and MALCOLM DOCKERTY.

Bening neoplasms of the gallbladder. Archives of Surgery. Vol 45 N° 1, año 1942.

BUZZI, A. and LASCANO GONZALEZ, J. M. — Choléystite chronique avec adénome, Ann. d'anat. path. 7:943 - 948, Noviembre 1930.

KIRÁLY, J. — Gallenblasenadenom Arch. f. klin. chir. 178:780 - 785, 1934.

ROBSON, A. W. M. — Adenoma of the Gall Bladder, Med. Chir. Tr. London 88: 229 - 231, 1905.

WELLBROCH W. L. A. — Adenoma of the Gall Bladder. Am. J. Surg 23: 358 - 360, Febrero 1934.

KORDENAT R. A. — Cystadenoma of the Gall Bladder. Report of case Wisconsin M. J. 29: 634 - 637, Noviembre 1930.

SHAMBAUGH, P. — Multilocular Papillary Cystadenoma of the Gall Bladder. Am. J. Surg. 22: 229 - 231, Noviembre 1933.

WEIDINGER, E. — Fibromyoadenom des Gallenblasenfundus. Arch. f. klin. Chir. 153: 180 - 182, 1928.

EISERTH, P. — Adenomyone der Gallenblase - Virchows. Arch. f. Path. Anat. 302: 717 - 723, 1928.

BODNAR, L. — Cholecystites cystica. Virchows Arch. f. path. Anat. 238: 359 - 365, 1922.

NICOD, J. — Ládenomyone du fond de la vésicule biliaire. Ann. D'anat. path. 4: 133 - 139, Febrero 1927.

ASCHOFF, L., and BACMEISTER, A. — Die Cholelithiasis Vienna Gustav Fischer 1909 p, 117.

LUBARCH, O. — Cited by Eiserth. 37.

LUSCHKA, H., cited by Halpert B., Morphological Studies en the Gall-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- bladder. L. A. Note en the Development and the Microscopic Structure of the Normal Human Gall - Bladder Bu, 1 Johns Hopkins. Hosp. 40: 390 - 408, 1927.
- II. The True Luschka Ducts and the "Rokitansky - Aschoff Sinuses" of the Human Gall - Bladder *ibid* 41: 77 - 103, 1927.
- Ribbert cited by Kordenat 33.
- COHNHEIM, J. — The Patology of Nutrition in Lectures en General Pathology translated by A. B. Mc Kee London the New Sydenham Society 1889 vol. 2, pp. 746 - 821.
- RIMANN S. P. — Biology of the Cancer cell in Symposium en Cancer Madison, University of Wisconsin Press. 1938, pp. 114 - 134.
- JUDD, E. S. and HOERNER, M. T. — Adenoma and Adenomyema of the Gall Bladder. S. Clin. Nort America 15: 1091 - 1097, Octubre 1935.
- CHU. BENING: Neoplasms of the extrahepatic biliary ducts. Archives of pathology 50-83 1050.
- OCHNER S. Y CARRERA G. M.: Bening gall bladder tumors *Gastraenterology* 31-266. 1956.
- SALLERAS V.: Neoplasias primitivas de la vesícula y vaís biliares. *Rev. Esp. de las enfermedades del apt. dig. y de la nutrición.* 16-39 1957.
- RUSSELL: Bening neoplasms etc. *Ann. of Surgery* 137-805 1953.
- LARGHERO P.: Cáncer de vesícula. *Soc. de Cir. Set. de* 1927.
- ROUX-ROGNON etc.: Tumores benignos etc. *Revue Int. d'hepatologie* 6-109 1956.