

CANCER PRIMITIVO DE LA VESICULA BILIAR

Joaquín L. SARROCA y Alberto D. ROLDAN

Habiendo tenido la oportunidad de haber observado dos casos de cáncer primitivo de la vesícula en un corto período, y tomados ambos en su comienzo, creemos necesario presentar estos casos y llamar la atención sobre esta afección; ya que en ambos casos los datos clínicos recogidos de los enfermos en nada nos hacía sospechar el hallarnos frente a un cáncer de vesícula, por su evolución silenciosa, ya que en uno de ellos su hallazgo fué una sorpresa operando una pequeña hernia umbilical y en que la enferma no presentaba sino vagos trastornos digestivos y en el otro si bien presentaba manifestaciones hepáticas y una tumora- ción palpable en la zona vesicular, no supusimos encontrarnos frente a un cáncer. Todo ello nos indica su evolución silenciosa y el peligro que encierra toda colecistitis calculosa pues en ambos casos hemos encontrado cálculos que originarían la transforma- ción maligna, ya que no se discute hoy en día en la etiología del cáncer de vesícula el factor irritativo provocado por la litiasis.

L. P., de 43 años de edad, casado, oriental, de profesión agricultor, consulta por dolores en el hipocondrio derecho. Comienza su enfermedad actual de un año a esta parte con ligeras molestias dolorosas a nivel del hipocondrio derecho, dolores pasajeros, nada intensos, sin irradiación que aparecían a cualquier hora del día y sin relación con las comidas.

El apetito siempre lo tuvo conservado, pero empezó a notar en estos últimos tiempos, sensación de pesadez gástrica, flatulencias, digestiones difíciles después de las comidas. No tenía repugnancia para ninguna clase de alimentos, pudiendo comer de todo. Nunca tuvo arcadas, vómitos ni ictericia. No tenía ningún trastorno urinario y tenía deposiciones normales diariamente. Empezó a notar en estos últimos tiempos un adelgaza- miento de varios kilos sin causa justificada. Por todas estas molestias ingresa a un Servicio de Medicina del Hospital el 14 de marzo del co- rriente año, donde es tratado por insuficiencia hepática, siendo dado de alta a los diez días. Luego es visto por uno de nosotros, palpándose ya una

pequeña tumoración en el hipocondrio derecho, haciéndolo ingresar en el Servicio de Cirugía el 3 de julio.

Examen. — Enfermo algo desnutrido, delgado, alto, tegumentos pálidos. Cabeza, bucofaringe, cuello y tórax, nada particular. Pulmones, corazón, clínicamente normales. Sistema ganglionar. ●. **Abdomen:** Excavado, circulación venosa marcada, blando, depresible e indoloro. No hay ascitis. **Hígado:** su borde rebasa un dedo, pero es indoloro y tiene su consistencia normal; palpándose en la zona vesicular una masa tumoral del tamaño de una nuez, algo dolorosa a la presión, que se desplaza con el hígado en los movimientos respiratorios. Gorgoteo del ciego; el resto del abdomen sin otras particularidades.

Nada importante en sus antecedentes familiares y personales, pues no recuerda enfermedades de importancia, habiendo sido siempre muy sano.

Se practica un colecistograma, no visualizándose la vesícula ni cálculos. Prueba de Meltzer-Lyon: negativa. Examen de orina: normal.

Sangre: Wassermann negativo y urea en el suero: ●. 25 grs.

Se le interviene el 9 de julio de 1940, actuando como operador el Dr. Joaquín L. Sarroca y ayudante el Dr. Manuel Bercianos. Anestesia general éter. Laparotomía paramediana derecha supra umbilical. Se comprueba una vesícula dura, con cálculos y pericolecistitis intensa adhiriéndose al epiplón, colon transverso y estómago. Liberación de las mismas. Extirpación del ganglio cístico que presentaba el tamaño de un garbanzo. Colecistectomía; el aspecto del hígado es normal. Cierre de la pared por planos dejando un tubo de drenaje.

La pieza extirpada presenta en su interior cálculos de distintos tamaños, y en el fondo de la vesícula una formación tumoral de aspecto lardáceo con proliferación vegetante hacia el interior.

El resultado del examen anatómo-patológico fué el siguiente: "Epitelioma cilíndrico glandular". (A. Matteo. 17 de julio de 1940).

El segundo caso. M. L., 56 años de edad, uruguayo, radicada en esta ciudad, consulta por un dolor molesto a nivel del ombligo y por trastornos digestivos. Comienza su enfermedad alrededor de un año, con arcadas después de las comidas, sin llegar al vómito y sin sentir dolor alguno; sentía estas molestias sobre todo después de las comidas ricas en grasa y en especial el pescado gordo. Nunca tuvo una crisis dolorosa, salvo cuando tosía o hacía algún esfuerzo que llegaba a sentir un dolor molesto a nivel del ombligo, donde notaba una pequeña tumoración blanda y reductible. El apetito siempre tuvo conservado, pudiendo comer de todo, fuera de las comidas gordas. Defecaba normalmente, no tenía trastornos urinarios y nunca tuvo ictericia. Habiendo notado en el transcurso de este último mes, un rápido adelgazamiento de varios kilos que atribuía a un exceso de trabajo. Entre sus antecedentes familiares tenemos: padre fallecido de hemorragia cerebral, su madre de un síncope cardíaco. Tiene seis hermanos, una hermana sufre de cólicos hepáticos, los demás son sanos. Antecedentes personales: tiene cinco hijos vivos y sanos, no tuvo

abortos, menopausia a los 48 años sin ningún trastorno. No recuerda haber tenido enfermedades de importancia.

Examen: Estado general bueno, a pesar de haber rebajado varios kilos de peso en este último mes. Tegumento y conjuntiva normal.

Bucofaringe, cuello y tórax normal. Pulmones y corazón clínicamente normales. Sistema ganglionar y columna: O.

Abdomen: blando, depresible e indoloro. Hígado no se palpa, signo de Murphy negativo. A nivel del ombligo se comprueba una pequeña hernia umbilical, que acusa dolor a la presión, que es visible con el esfuerzo y fácilmente reductible; el resto del abdomen sin particularidades.

Examen genital: nada de importancia.

Examen de orina: albúmina, trazas, nada de anormal en los demás elementos. Sangre: Wassermann negativo, urea en el suero 0.25 grs. Se procede a la intervención quirúrgica para la cura radical de su hernia umbilical, actuando como operador el Dr. Sarroca y ayudante el Dr. Roldán. Se comienza con anestesia local seguida de general, éter. Incisión mediana, con extirpación del ombligo, comprobándose un pequeño saco herniario. Se explora el vientre y se palpa una vesícula dura con pericolecistitis intensa, prolongándose la laparotomía hacia arriba. Liberación de las adherencias. Ganglio cístico infartado que se extirpa. Colectistectomía; el aspecto del hígado es completamente normal. Drenaje con tubo, mecha y cierre por planos de la pared. La vesícula extirpada presentaba en su fondo una formación tumoral de aspecto lardáceo, duro, pero friable, aprisionando fuertemente a un cálculo del tamaño de un garbanzo. El resto de la vesícula presentaba sus paredes engrosadas con los caracteres de una inflamación crónica que encerraba otros cálculos.

El resultado anatomo-patológico de la pieza fué el siguiente: "Adenocarcinoma sólido a células grandes esferoidales y claras". Lasnier. (30 de agosto de 1940). Es dada de alta la enferma el 25 de setiembre.

Como vemos en estos dos casos nos hallamos frente a cánceres primitivos de la vesícula, tomados en su comienzo, sin propagación al hígado, estando únicamente en ambos casos presente el ganglio cístico, y en su interior la existencia de cálculos que jugarían en estos casos como factor etiológico en su producción; de ahí la necesidad en recalcar el peligro consiguiente que encierran las colecistitis calculosas, ya que, según las estadísticas de Mayo, Moynihan y Riedel, el 5 al 7% de las colelitiasis sufren la transformación cancerosa, y de ahí la necesidad del tratamiento quirúrgico de estas afecciones, aun en aquellos enfermos que tratados médicamente y bien conducidos en su tratamiento, empiezan a adelgazar sin causa justificada; en estos casos deben

hacernos sospechar en una posible transformación maligna imponiéndose el tratamiento radical inmediato, a pesar de ausencia de síntomas, ya que su evolución es de lo más silenciosa como en estos dos casos presentados, y no existiendo elementos de juicio ciertos que nos induzcan a pensar en ellos, ya que hasta el apetito llegan a conservar estos enfermos en plena evolución de su mal.

