

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Dr. D. Prat

CANCER DE LA VESICULA BILIAR Y DEL CONFLUENTE HEPATOCISTICO

Dres. Armando M. Loubejac y Pascual Zito

La frecuencia relativa del cáncer de las vías biliares, su alta gravedad y su relación probable con la presencia de cálculos, nos llevan a traer a la consideración de la Sociedad de Cirugía una estadística de los casos observados en el Servicio de Cirugía del Prof. Prat desde Abril de 1929 a Mayo de 1945. Esta estadística tiene solamente un valor aproximativo por cuanto carece del control necrópsico necesario para llegar a una verdad científica más convincente. Pero como carecemos de legislación que ampáre al médico en la búsqueda de la verdad "post-mortem", no habrá más remedio que manejar las cifras obtenidas sin ese recurso y extraer, igualmente, conclusiones prácticas.

A ello vamos, presentando en primer lugar, dos observaciones de cáncer de la vesícula biliar, una con litiasis concomitante y la otra sin ella. Sin embargo, sus historias clínicas pueden calcarse.

OBS. 1. — M. R. de A., 45 años, española, ingresa por cuadro de ictericia por retención datando de 15 días, instalado a los dos días de un cólico hepático franco. Sufre de su hígado desde hace 3 años: dispepsia postprandial electiva. Desde hace un año, cólicos hepáticos — 3 —, sin ictericia. Ha perdido 10 kilos de peso en el curso del año. Sana desde su niñez. 4 hijos, sanos. 1 aborto. *Al examen*: Se aprecia: enferma apirética, con ictericia marcada de piel y mucosas, colurias y acolia. Vientre blando y depresible. El hipocondrio derecho está un poco levantado por una tumefacción redondeada, tensa, lisa, del tamaño de una naranja común, ligeramente dolorosa y que se desplaza con los movimientos respiratorios. El hígado es grande y algo doloroso, desbordando dos dedos el reborde costal. Los exámenes corrientes de laboratorio son normales. La *radiografía* simple de abdomen no muestra

imágenes de cálculos. Hay 5.050.000 G. rojos con 1.02 % de hemoglobina y 1 de V. G. La leucocitosis es de 16,100, con 84 % de polinucleares neutrófilos. Tiempo de coagulación 5'. Tiempo de sangría 1'30". La *bilirrubinemia* indirecta marca 1,05 miligramos % y la directa 22 miligramos %.

Colesterol total 3,36 grs. Cociente 0,61.

Tasa de protombina 35 segundos.

Los tubajes duodenales son absolutamente negativos. Sólo obtienen líquido duodenal sin trazas de bilis.

Todo parece convergen hacia el diagnóstico de una compresión extrínseca del colédoco.

Se opera el 27 de diciembre de 1943.

Operación: Dr. Loubjac. Ptes. Comas y Sanginés. Anestesia general éter, CO². Incisión de Mayo-Robson. Gruesa vesícula recubierta de epiplón, colon transverso y pequeña curvatura de estómago (píloro) que la adhieren firmemente y que impiden la visualización del pedículo y de las vías biliares extrahepáticas. A la palpación se aprecia una vesícula de paredes duras, infiltradas, predominando ese espesamiento en la cara inferior, la que se palpa al través del mesocolon transverso. Con una gasa se hace el despegamiento de la zona en que el epiplón adhiere al fondo de la vesícula. En esa zona la pared vesicular es delgada y por punción se extraen 3 c.c. de líquido citrino, sin bilis. Se incide la vesícula a esa altura y se cae en una cavidad que contiene 6 calculitos. La gran cavidad vesicular está tabicada y trabajando con el dedo se logra una comunicación entre ambas. Se extraen 3 calculitos más. La mucosa y la pared vesicular no se diferencian. Tienen aspecto neoplásico. Previa biopsia de pared vesicular y de borde hepático adyacente, se hace colecistostomía con sonda Pezzer-Prat. Páncreas no indurado. Cierre de la pared en un plano con catgut cromado.

Post operatorio inmediato. — La sonda drena pocos c.c. de bilis oscura. La ictericia obstructiva se acentúa día a día. A los 8 días se retira el drenaje vesicular por inútil. El 31 de diciembre viene el *informe del laboratorio:* *Líquido-vesicular:* células epiteliales, piocitos, glóbulos rojos. *Anatomía Patológica.* *Vesícula:* Pared esclerosa y fragmento de hígado: Zonas esclerosas infiltradas por epiteloma glandular de células cilíndricas. La enferma falleció el 26 de febrero de 1944.

En resumen: Dispepsia de tipo vesicular durante 3 años. Durante el último año, 3 cólicos hepáticos, el último con ictericia obstructiva y sondeos duodenales que no extraen bilis. En la operación, vesícula esclerosa, conteniendo 9 calculitos. Probable invasión neoplásica del confluente hepato-cístico. Durante su estadía en el Servicio no se hizo colangiografía post-operatoria porque no había placas radiográficas en el Hospital.

La segunda observación clínica es la siguiente:

Observación 2. — Se trata de una señora de 51 años de edad (J. V. de C.) que ingresa al Servicio de mujeres del Prof. Prat el día 23 de Mayo de 1945 por ictericia generalizada a piel y mucosas, coluria, acolia y dolor en el epigastrio y en el hipocondrio derecho.

Su enfermedad comenzó 15 días antes, con un intenso dolor en el epigastrio, irradiado a ambos hipocondrios. Este dolor duró media hora, acompañado de vómitos, sin chuchos, ni fiebre, ni modificaciones en el tránsito urinario e intestinal. El resto de ese día lo pasó con una sensación dolorosa profunda. Al tercer día se repite el cuadro con la misma intensidad y duración pero acompañado de escalofríos. Ya al día siguiente las orinas eran colúricas, persistiendo la molestia dolorosa en el epigastrio. La alimentación continuó siendo la misma: carne, puchero, guisos. Cuatro días antes del ingreso aparece la ictericia de piel y mucosas, con prurito intenso generalizado y materias decoloradas. No hay antecedentes de dispepsia hepato vesicular. En menopausa desde hace tres años y sin otros antecedentes dignos de mención.

Examen: Enferma apirética. Pulso 80, regular. Hay una ictericia marcada de piel y mucosas, con lesiones de rascado en el abdomen, muslo y pliegues de flexión. A la palpación del abdomen se nota un hígado duro, que desborda 3 traveses de dedo el reborde costal. No se palpa la vesícula.

En resumen, clínicamente, se trata de una ictericia por retención total, sin remisiones, con quince días de historia, comenzada con dolor epigástrico y de hipocondrio derecho, de corta duración, y del que no quedan rastros en el momento del examen.

Los exámenes complementarios son importantes, particularmente los sondeos duodenales. Se le practicaron 6 sin obtenerse, en ninguno, la más pequeña cantidad de bilis capaz de teñir el líquido duodenal extraído.

Reacción de Weber débilmente positiva en dos ocasiones. Wasserman negativo.

Orina con sales, pigmentos y urobilina.

Hemograma: G. R. 4.050000. G. B. 15,700. H. 85 %. V. G. 1,06.

Urea: 0 gr. 25. Coag. 8'. Sangría 1'.

Bilirrubinemia: Mayo 25: D. 12 miligrs. 5 %; I. 1 miligrs. 3 %.

Junio 2: D. 12 mgr. 6 %; I. 0,74 %.

Junio 5: D. 14,8 %; I. 0,72 %.

Junio 6. — D. 13 %; I. 0,26 %.

Colesterol: de 2,50 grs. a 3,60 por litro.

Tiempo de Protombina: 22 segundos.

Estudio radiológico: Mayo 29. (Dr. Vázquez Piera): "Estómago y duodeno sin signos evidentes de lesión. Arco duodenal normal. Tórax: Nódulo de mediana densidad, de condensación subclavicular derecho. Deformación redondeada de la parte interna de la vertiente anterior del hemidiafragma derecho".

El día 7 de junio se interviene con el diagnóstico de ictericia obstructiva por probable neo de cabeza de páncreas, teniéndose todo dispuesto para hacer la colangiografía operatoria.

Operación: Dres. Loubejac y Zito. Ptes. Fuentes y Fontana. Anestesia General con ciclo-propano y éter. Incisión paramediana derecha transrectal, supra-umbilical. Hígado aumentado de tamaño, de color apizarrado, con nódulos blancos grisáceos diseminados en su superficie. La cara inferior del hígado está oculta por numerosas adherencias laxas y fibrosas que lo ligan al colon y a la cara anterior del duodeno. Su liberación por sección y ligadura,

junto al levantamiento del borde anterior del hígado, deja a la vista una vesícula pequeña, blanquecina, dura, firmemente adherida al hígado, cuyo bacinete y canal cístico se ocultan en el pedículo hepático, de aspecto tumoral. Descendiendo de esa tumoración aparece un colédoco no dilatado, sobre cuya porción inferior descansa el píloro y el epiplón gastro-hepático. Toda esta exploración es facilitada por el levantamiento del borde derecho del epiplón gastro-hepático, con un dedo introducido en el hiato de Wislow. *Punción negativa del colédoco*. No contiene bilis. En la vesícula, en la única porción deprimible de su cara inferior, se inyectan 4 c.c. de *yodinol* (aceite yodado) y se toman dos placas radiográficas. Se termina la intervención con la exploración de la cabeza del páncreas: consistencia normal. *Biopsia del fondo de la vesícula biliar*. La vesícula no contiene cálculos y el aspecto de su pared es de "carne de pescado". La biopsia incluye un fragmento de hígado y un nódulo metastásico próximo.

Cierre de la pared por planos con catgut simple, empleando catgut cromado N° 2 en la mitad inferior de la incisión, que se cierra en un solo plano peritoneo-muscular-aponeurótico. Puntos separados de lino en la piel.

Post-operatorio inmediato, sin particularidades.

Estudio de las placas de colangiografía

A 20899 del Instituto de Radiología del Hospital Maciel. El medio de contraste pasa sin dificultad al duodeno. La vesícula es pequeña e irregular. El colédoco no está dilatado, afilado en punta hacia la ampolla de Vater e interrumpido bruscamente hacia el hepático. Entre la vesícula y el colédoco hay una falta de relleno como de 3 cms., con una manchita suspendida, que corresponde a la parte tumoral del hilio hepático".

Informe anatomo-patológico del Prof. E. Lasnier. — "Epitelioma cilíndrico de la Vesícula".

En resumen, operatoriamente, se trata de un cáncer de la vesícula biliar con invasión del pedículo hepático, metástasis en el hígado y *sin cálculos visibles ni palpables*. Veremos si es posible hacer la necropsia para verificar bien la ausencia o presencia de cálculos biliares.

Al mes de la intervención la ictericia comenzó a decrecer, hasta desaparecer totalmente.

Se envía la enferma a su domicilio. Concorre semanalmente para controlar su evolución. Está pálida, desnutrida y débil. Esperamos internarla de nuevo, pronto. En el momento de presentar esta comunicación, hace 20 días que no la vemos.

Del año 1929 a mayo de 1944 (15 años) se atendieron en el Servicio del Profesor Prat 611 procesos etiquetados como de origen vesicular, excluidos los neoplasmas de cabeza de páncreas y los quistes hidáticos del hígado, simples o abiertos en las vías biliares.

De esos procesos, nueve observaciones correspondieron a cán-

ceres de las vías biliares extra-hepáticas, lo que representa el 1,47 por ciento del total de casos tratados. Su detalle es el siguiente:

Caso I. — Junio 18 de 1934. — O. B. de I., 56 años. Litiasis vesicular con epiteloma coloideo de la vesícula. Ingresó con tumor en H. D. datando de un año; color pajizo y subictericia.

Caso II. — Junio 1º de 1936. — M. M., 55 años. Neoplasma de vías biliares. Ictericia por retención de dos meses.

Caso III. — Año 1937. — B. D. de N., 63 años. Litiasis vesicular y neoplasma.

Caso IV. — Agosto de 1940. — F. de B. (No se consigna la edad). Diagnóstico clínico. Neoplasma de vías biliares. (No llegó a operarse).

Caso V. — Mayo 10 de 1943. — L. C. de S. (No se consigna la edad). Biopsia vesicular: Epiteloma. No se mencionan cálculos.

Caso VII. — Diciembre 27 de 1943. — M. R. de A., 45 años. Litiasis y neoplasma de la vesícula. (Es la observación 1).

Caso VIII. — Abril 11 de 1944. — L. H. de R. (No se consigna la edad). Vesícula neoplásica. No se mencionan cálculos.

Caso IX. — Mayo de 1945. — J. V. de C., 51 años. Vesícula neoplásica. No se encuentran cálculos. (Es la observación Nº 2).

Esos nueve casos se descomponen en un hombre y 8 mujeres, cuyas edades oscilaron entre 63 y 45 años (55, 63, 51, 45, 50). En tres casos no está consignada la edad.

Todos los enfermos fallecieron en plazos breves. Uno no llegó a operarse. Falleció en la sala.

La presencia de cálculos en la vesícula o en el colédoco solo está señalada en 3 de los casos operados. En los otros cinco, cuatro no mencionan su existencia en los protocolos operatorios, por lo que habrá que pensar que no existían. En cuanto al quinto caso, corresponde a la observación 2 que presentamos y no encontramos cálculos en la operación.

En resumen, según nuestra estadística, los cálculos estaban presentes en el 37,5 % de los casos.

Con respecto a la relación directa entre la presencia de cálculos y la degeneración neoplásica de la vesícula, nos parece interesante destacar los resultados obtenidos por Kirshbaum y Kozoll en el estudio de 13.330 necropsias efectuadas entre 1929 y 1940 en el Cook County Hospital y publicados en el número de noviembre de 1941 de "Surg. Gynec. And Obstetric". En ese número de autopsias, los autores encontraron 55 carcinomas de la vesícula.

En el 36,3 % de esos casos había signos de colecistitis y en el 72,6 % había litiasis. La degeneración maligna fué encontrada en el 3 % de las vesículas calculosas.

Tenemos la impresión de que la invasión del confluente hepato cístico es más frecuente de lo que se piensa y que a ella se debe la ictericia por retención que determina el ingreso de los enfermos. Así parece desprenderse de las dos observaciones que publicamos y de la que C. Brito Foresti, J. M. Reyes Terra y P. Zito publicaron, con estudio clínico y necrópsico minucioso, en "Archivos Uruguayos" en el mes de noviembre de 1941.

Resumen

Los autores presentan una estadística basada en 9 casos de cáncer de la vesícula biliar observados en la Clínica Quirúrgica del Prof. D. Prat entre 1929 y 1945. De ella se desprende que el cáncer vesicular está presente en el 1,47 % del total de procesos vesiculares tratados, encontrando, además, litiasis vesicular concomitante en el 37,5 % de los casos. Destacan el valor relativo de las cifras obtenidas por estadísticas que no se apoyan en conclusiones dadas por la necropsias. Insisten en la frecuencia de la invasión neoplásica del confluente hepato cístico y publican dos observaciones que presentan esta propagación.