

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Consideraciones Sobre el Cáncer de la Vesícula Biliar

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA POR

GERMAN ARAMBURU B.

Ex-Interno de los siguientes Servicios del Hospital General: Servicio de Recién Nacidos; 1a. Sala de Cirugía de Hombres Sección "A"; 1a. Sala de Medicina de Mujeres; 2a. Sala de Cirugía de Mujeres; 2a. Sala de Maternidad; Ex-Interno del Centro Médico; Ex-Asistente de Residente por oposición, del Servicio de Emergencia del Hospital General; Ex-Practicante de las Clínicas de Pedriatría y Cardiología de la Consulta Externa del Hospital General; Ex-Practicante de los Consultorios de Sanidad Municipal en la Sección de Enfermedades Transmisibles.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO



GUATEMALA, MAYO DE 1955

CONSIDERACIONES SOBRE EL CANCER DE LA VESICULA BILIAR

INTRODUCCION:

Es indudable la importancia que tiene en los campos médico y quirúrgico, el cáncer de la vesícula biliar, dadas las íntimas relaciones que guarda con la presencia de cálculos en dicho órgano, afección por demás frecuente, sobre todo en mujeres en la edad media de la vida. Es tan importante esta relación, que para algunos autores como Walters y Snell, ⁽¹⁾ el descenso de la frecuencia del cáncer de la vesícula, es debido al hecho de que se diagnostica la litiasis y se efectúa el tratamiento quirúrgico mucho más precozmente en los tiempos actuales, que lo que se hacía antiguamente. Es pues necesario, guardar in mente el innegable paralelismo que existe entre las dos enfermedades, para llevar a cabo la profilaxis del cáncer de la vesícula biliar, con la extirpación quirúrgica de la colecistitis calculosa.

PARTE PRIMERA

HISTORIA

El primer caso publicado de cáncer de la vesícula biliar, se atribuye a Maximiliano Stoll, ⁽²⁾ de Viena, quien en 1779 describió la afección en un paciente con *situs inversus totalis*, con la vesícula en el lado izquierdo. El siguiente caso, fue publicado por Halle ⁽³⁾ en 1786. Pocos casos se publicaron hasta la última década del siglo XIX y hasta entonces poco se añadió al conocimiento clínico de la materia, aunque Frierich ⁽⁴⁾ en 1861,

observó la relación probable de la enfermedad con los cálculos. Entre 7889 y 1894, aparecen las publicaciones de Musser, ⁽⁵⁾ Courvoisier ⁽⁶⁾ y Ames ⁽⁷⁾ y los aspectos quirúrgico y anatómopatológico de la afección pasan a ser bien conocidos. Desde entonces se han publicado una gran cantidad de artículos, a medida que éste trastorno ha ido tomando importancia en la patología biliar.

MATERIALES Y METODOS

Para el presente estudio se colectaron 22 casos de cáncer de la vesícula biliar, encontrados en un periodo de cuatro años y un mes (enero de 1951 a febrero de 1955). La distribución de los casos es la siguiente: 12 casos de la 2a. Sala de Cirugía de Mujeres del Hospital General; 4 casos de la 1a. Sala de Cirugía de Mujeres; 2 casos de la 4a. Sala de Cirugía de Mujeres y 4 casos de la Clínica Privada. En todos los casos fue posible estudiar los datos de historia, hallazgos físicos, exámenes de laboratorio y radiológico, récord operatorio y patologías macro y microscópica. En todas las ocasiones el aspecto macroscópico se describió en el momento operatorio; en 17 de ellas el estudio histológico se efectuó en el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital General de Guatemala, en 3 de ellas en un Laboratorio Patológico privado y en 1, en el Laboratorio de Anatomía Patológica de Sanidad Pública. En un caso, el examen microscópico se llevó a cabo en el extranjero. En la mayoría de ocasiones, este examen se hizo en cortes de inclusión en parafina y se usó la coloración Hematoxilina-Eosina. Excepto en 5 casos, en que el estudio histológico se hizo en el espécimen vesicular extirpado, el resto se efectuó en biopsia tomadas de vesícula, hígado o epiplón mayor. Se incluyen las radiografías y microfotografías de mayor interés. Se revisó la literatura del S. G. & O., desde 1940 hasta 1954, en lo que respecta al cáncer de la vesícula biliar, haciendo mención de los artículos más importantes en ese sentido en el Capítulo de Discusión. Se consultaron además varios tratados cuya bibliografía aparece indicada en la hoja respectiva.

SEGUNDA PARTE

1) PRESENTACION DE CASOS.

CASO NUMERO 1 (Obs. Nº 19, 1a. C. M.):

Una paciente de 50 años fue admitida en el Hospital el 27 de enero de 1951, quejándose de dolores de tipo espasmódico en el hipocondrio derecho y de mala digestión, desde 5 años antes a su ingreso. El dolor se había vuelto constante desde hacía dos meses, acompañándose de vómitos y diarrea. Notó también la aparición de coloración amarillenta de piel y conjuntiva ocular. Refirió asimismo prurito intenso, orina oscura, anorexia y pérdida de unas 32 libras y media en el transcurso de 2 meses y medio. Como antecedentes obstétricos G13, P9, A4.

Al examen físico se encontró coloración icterica de tegumentos y tumoración en el hipocondrio derecho de carácter nodular, dura y dolorosa a la presión, que rebasaba el reborde costal derecho en unos 5 cm.

La impresión clínica fue de un síndrome icterico obstructivo por probable Neo de la cabeza del páncreas.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 3.900.000; GB, 7.600; eritrosedimentación, 30 mm por hora; índice icterico, 95 U.; reacción de Van den Bergh, directa inmediata fuerte e indirecta 15U.: 7.5 mlg. de bilirrubina por ciento; Cefalina Colesterol, XXX; proteínas totales, 7.10 gr. por ciento, con alb. 5.10 gr. y glob., 2 gr. por ciento; relación A/G, 2; Colesterol, 170 mlg. por ciento; orina con pigmentos biliares fuertemente positivos.

Se intervino el 16 de febrero de 1951, encontrándose vesícula biliar llena de cálculos pequeños, endurecida y existencia de una extensión del proceso al colédoco, el cual estaba totalmente obstruido. Se efectuó una colecisto-yeyunostomía y biopsia de la vesícula biliar.

El examen microscópico reveló un adenocarcinoma del fragmento de vesícula extirpado.

Fué dada de alta el 3 de marzo del mismo año y no se tienen noticias de ella, pero dado el aspecto macro y microscópico que presentó la lesión, se supone que ya falleció.

CASO NUMERO 2 (Obs. N° 427, 1a. C. M.):

Una paciente de 54 años, con antecedentes obstétricos de G3, P3, A0, fue admitida en el Hospital, el 16 de octubre de 1951, con historia de dolor cólico en el hipocondrio derecho, irradiado al dorso, de 15 días de evolución. No refería otra sintomatología.

Al examen físico se encontró dolor a la presión en el hipocondrio derecho, con maniobra de Moynihan positiva. Aumento del diámetro de pierna izquierda en relación con la derecha. Ningún otro signo.

La impresión clínica fue de colecistitis calculosa, habiendo existido la sospecha de neoplasia de la vesícula biliar.

Los exámenes de laboratorio demostraron: GR, 4.800,000; GB, 9,700; eritrosedimentación, 10 mm. por hora; índice icterico, 2 U.; reacción de Van den Bergh, directa negativa e indirecta; 0.1 U.: 0.05 mlg. de bilirrubina por ciento; Cefalina Colesterol, negativa; reacción de Takata-Ara, negativa; proteínas totales, 7.27 grs. por ciento; con alb., 3.27 grs. por ciento y glob., 2.78 grs. por ciento; relación A/G, 1.6; Colecistograma, sombra de vesícula biliar no visible.

Se intervino el 5 de noviembre de 1951 encontrándose la vesícula biliar convertida en una tumoración nodular de superficie blanco-grisácea, presencia de nódulos de las mismas características en toda la superficie hepática, adherencias de la vesícula biliar a la cara inferior del hígado, duodeno y peritoneo. Se llevó a cabo una biopsia de la vesícula biliar e hígado.

El examen microscópico de la biopsia, reveló la existencia de adenocarcinoma de la vesícula propagado al hígado.

La enferma falleció el 29 de diciembre de 1951, un mes y 24 días después de la intervención.

CASO NUMERO 3 (Obs. N° 676, 1ª C. M.):

Una paciente de 50 años, con antecedentes obstétricos de G4, P4, A0, fue admitida en el Hospital el 17 de abril de 1952, con historia de cuatro meses de dolor en el hipocondrio derecho, con irradiación al epigastrio y región dorsal derecha, que se inició siendo de suave intensidad, como sensación de pesantez, pero que había aumentado en los últimos días, volviéndose constante; refirió también estreñimiento, alternado con períodos de diarrea acuosa, vómitos en una ocasión, anorexia y pérdida de peso y fuerzas.

El examen físico demostró la presencia de una tumoración de forma esférica pero irregular, como del tamaño de una naranja que ocupaba parte del epigastrio y del hipocondrio derecho. Era de consistencia dura y dolorosa a la palpación. Matidez a la percusión de la tumoración.

La impresión clínica fue empiema de la vesícula biliar, con un probable proceso de colecistitis aguda.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 3.000,000; GB, 6.600; eritrosedimentación, 85 mm. por hora; índice icterico, 10 U.; proteínas totales, 7.61 grs por ciento; con alb., 3.90 grs. por ciento y glob., 3.71 grs. por ciento; relación A/G, 1; examen de jugo gástrico, normal; radiografía de estómago y duodeno, normal; colecistograma, sombra de vesícula biliar no visible.

Se intervino el 5 de mayo de 1952, encontrándose la vesícula biliar tensa y con cálculos, rodeada de adherencias al píloro, cara inferior del hígado y peritoneo. Se efectuó una colecistectomía y al abrir la vesícula salió pus, cálculos grandes en número de cuatro o cinco y substancia de aspecto caseoso.

El examen microscópico reveló la presencia de adenocarcinoma grado III de la vesícula biliar, que invade el epiplón adhe-

rido. Se desarrolló en un proceso antiguo de colecistitis crónica calculosa.

La enferma falleció el 21 de julio de 1952, 2 meses y 16 días después de la intervención.

CASO NUMERO 4 (Obs. No. 6101, 2a. C. M.):

Una paciente de 42 años, con antecedentes obstétricos de G3, P3, A0, ingresó al Hospital el 9 de septiembre de 1952, con historia de dolor en la región dorsal derecha de 3 meses de evolución, que después de un mes de su aparición se irradió al hipocondrio derecho y desde entonces había permanecido constante en esta región. No tenía relación con las comidas y no se acompañaba de otros síntomas gastrointestinales, excepto marcada anorexia. Refirió también pérdida de peso y fuerzas.

El examen físico, reveló dolor a la presión en el epigastrio e hipocondrio derecho.

La impresión clínica fue de colecistitis crónica calculosa.

Los exámenes de laboratorio demostraron: Gr, 4,460,000; GB, 9,550; eritrosedimentación, 55 mm. por hora, proteínas totales, 8 grs. por ciento; Colecistograma, sombra de vesícula biliar no visible. Campos pulmonares, libres.

Se intervino el día 12 de septiembre de 1952, encontrándose la vesícula biliar con apariencia de tener un proceso inflamatorio subagudo, pero con invasión de su cara superior y del lecho vesicular por tejido necrótico. La región del hígado vecina al lecho vesicular también participaba de la necrosis. Se llevó a cabo biopsia de la vesícula biliar, la cual contenía cálculos.

El hallazgo microscópico de la biopsia consistió en adenocarcinoma grado II de malignidad.

La enferma falleció el 21 de junio de 1953, cuatro días después de la intervención.

CASO NUMERO 5 (Obs. N° 6122, 2a. C. M.):

Una paciente de 58 años, con antecedentes obstétricos de G5, P5, A0, ingresó al Hospital el 1° de octubre de 1952, con historia de dolor cólico en el hipocondrio derecho de 4 años de

evolución y cuya duración nunca había sido de más de 6 horas. Desde hacía dos meses el dolor se había vuelto casi constante, acompañado de náuseas y vómitos. Refirió también pérdida de peso y fuerzas.

Al examen físico se encontró dolor a la presión en el epigastrio e hipocondrio derecho, donde había resistencia muscular moderada. Se logró palpar un hígado aumentado de tamaño de forma irregular y también doloroso.

La impresión clínica fue de neoplasia secundaria del hígado, con neoplasia primaria en la vesícula biliar.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 3,520,000; GB, 7,550; índice icterico, 5 U.; reacción de Van den Bergh, directa negativa e indirecta 0.5 U.: 0.25 mlg. de bilirrubina por ciento; Cefalina Colesterol, XX; reacción de Takata-Ara, negativa; proteínas totales, 6.95 grs. por ciento; fosfatasa alcalina, 2.9 U.; eritrosedimentación, 10 mm. por hora; radiografía de estómago y duodeno, normal; Colecistograma: sombra de vesícula biliar no visible, pero en proyección del área vesicular se observó una sombra circular producida por un cálculo; el área de la sombra hepática estaba aumentada.

Fue intervenida el 11 de octubre de 1952, encontrándose la vesícula biliar con su cara superior endurecida y con cálculos. El hígado estaba nodular en toda su superficie y aumentado de volumen. Los nódulos eran blanquecinos. Se efectuó biopsia hepática.

El examen microscópico reveló metástasis de adenocarcinoma de la vesícula biliar.

Se dió alta a la enferma el día 27 de octubre de 1952 y no se tienen noticias de ella, pero se supone que ya falleció dado lo avanzado de su enfermedad.

CASO NUMERO 6 (Obs. N° 6124, 2a. C. M.):

Una paciente de 54 años, con antecedentes obstétricos de G10, P10, A0, fue admitida en el Hospital el día 3 de octubre de 1952, con historia de 8 meses de dolor en el hipocondrio derecho y flanco derecho, casi constante y que aumentaba con los

movimientos y disgustos. Refirió también tinte amarillento de la piel y de conjuntiva ocular desde hacía 10 días antes a su ingreso. Como síntomas gastrointestinales flatulencia y estreñimiento. También presentaba pérdida de peso y fuerzas.

Al examen físico se encontró tinte icterico de mucosas y de piel. A la palpación del abdomen una tumoración tensa, dura y dolorosa en el hipocondrio derecho que tenía la forma y posición de la vesícula biliar.

La impresión clínica fue de una neoplasia de la vesícula biliar, implantada en un proceso de colecistitis calculosa crónica y con metástasis al hígado.

Los exámenes de laboratorio demostraron lo siguiente GR, 4,510,000; GB, 8,750; eritrosedimentación, 20 mm. por hora; índice icterico, 60 U.; Cefalina Colesterol, X; tiempo de protrombina, 5 seg.; proteínas totales, 7.80 grs. por ciento; reacción de Van den Bergh, directa inmediata fuerte e indirecta, 20 U.: 10 mlg. de bilirrubina por ciento; orina con pigmentos y sales biliares fuertemente positivos; radiografía de campos pulmonares: normal; Colecistograma: sombra de vesícula biliar no visible.

Fue intervenida el 17 de octubre de 1952, encontrándose vesícula de consistencia dura y aumentada de tamaño; hígado grande, presencia de formaciones ganglionares en pedículo de la arteria hepática y en epiplón mayor. Se tomó una biopsia de este último órgano.

Al examen microscópico la biopsia de epiplón mayor reveló metástasis de un adenocarcinoma, originado en la vesícula biliar.

La enferma salió de alta el día 28 de octubre de 1952, sin haber mejorado su estado y dados los hallazgos patológicos se supone que ya falleció.

CASO NUMERO 7 (Obs. N° 899, Clínica privada):

Una enferma de 47 años, con antecedentes obstétricos de G0, P0, A0, ingresó el 13 de abril de 1953, refiriendo el antecedente de que en mayo de 1951 se la había efectuado colecistectomía y coledocostomía, habiendo mantenido el tubo de drenaje durante 22 días después de la operación. Refirió también, que con la vesícula le habían extirpado dos cálculos. Desde entonces la

enferma no se había sentido bien y desde hacía un mes que había comenzado con vómitos abundantes, alimenticios, acompañados de pirosis, dolores de tipo cólico en el epigastrio y estreñimiento. Existía asimismo pérdida de peso, anorexia marcada y pérdida de fuerzas.

El examen físico reveló la presencia de una cicatriz operatoria en buen estado, en el hipocondrio derecho y una pequeña tumoración desplazable en la mama derecha.

Se tuvo la impresión clínica de un síndrome de obstrucción pilórica.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 3,770,000; GB, 6,400; eritrosedimentación, 88 mm. por hora; reacción de Van den Bergh, directa positiva retardada e indirecta 0.8 U.: 0.4 mlg. de bilirrubina por ciento; turbidez del Timol, 4.5 U.; retención de Brumosulfonaleína, 0.5 por ciento a los 30'; proteínas totales, 8.4 grs. por ciento; con alb. 4.6 grs. por ciento y glob. 3.8 grs. por ciento, con relación A/G, 1.2; orina, con vestigios fuertes de albúmina; radiografía del tórax: seno costodiafragmático derecho ocupado, la radiografía del estómago y duodeno no fue concluyente de retención.

La enferma fue intervenida el 24 de abril de 1953, encontrándose un resto de vesícula biliar entre numerosas adherencias que unían el epiplón mayor, duodeno y cara inferior del hígado. El duodeno estaba obstruido por una masa tumoral intrínseca en una zona como de 2 cm. más allá del piloro. Se le practicó una extirpación del resto de vesícula biliar y una gastrectomía parcial, con resección del segmento duodenal estenosado y gastroenteroanastomosis tipo Polya anterior.

El examen microscópico reveló adenocarcinoma grado 1 de malignidad, de tipo papilar en el resto de vesícula biliar, proceso que habíase extendido y estenosado el duodeno. El estómago demostró gastritis crónica.

La enferma falleció el 16 de noviembre de 1953, 6 meses y 23 días después de la intervención.

CASO NUMERO 8 (Obs. N° 7155, 2a. C. M.):

Una enferma de 65 años, con antecedentes obstétricos de GO, PO, AO, fue admitida en el Hospital el 12 de junio de 1953, con historia de dolor en el epigastrio de seis meses de evolución. El dolor era de tipo constante con exacerbaciones que duraban 15 ó 20 minutos e iba acompañado por náuseas, vómitos amargos e intolerancia por los alimentos grasos. También refirió que se había puesto amarilla y que la orina era de color oscuro, estreñimiento, pérdida de peso y fuerza.

Al examen físico se descubrió coloración amarillenta de los tegumentos y una tumoración dura y dolorosa en hipocondrio derecho y epigastrio que rebasaba cuatro dedos el reborde costal, nodular, en su superficie.

La impresión clínica, fue síndrome icterico obstructivo por probable cáncer de la cabeza del páncreas.

Los exámenes de laboratorio demostraron lo siguiente: GR, 3.200,000; GB, 15,550; eritrosedimentación, 50 mm., por hora; índice icterico, 70 U.; reacción de Van den Bergh, directa inmediata fuerte e indirecta; 5 U.: 2.5 mlg. de bilirrubina por ciento; Colesterol, 415 mlg. por ciento; proteínas totales, 5.33 grs. por ciento; con albúmina, 3 grs. por ciento y glob., 2.33 grs. por ciento; relación A/G, 1.2; Radiografía del tórax, negativa.

Se intervino el día 19 de Junio de 1953, hallándose un hígado aumentado de tamaño, con metástasis nodulares. La vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas, participaban del proceso neoplásico formando un bloque imposible de separar. Presencia de nódulos en el peritoneo parietal, y en el epiplón mayor. Ascitis de 1.500 cc. Se hizo biopsia del hígado.

El examen microscópico reveló la existencia de adenocarcinoma metastático, secundario a Neo de la vesícula biliar.

La enferma falleció el 21 de Junio de 1953, 2 días después de la intervención.

CASO NUMERO 9 (Obs. N° 953, Clínica privada):

Una paciente de 70 años, con antecedentes obstétricos de G11, P10, A1, ingresó con historia de dolor en el epigastrio e hipocondrio derecho, el día 1° de julio de 1953. El dolor tenía un

tiempo de evolución de 6 meses, era de tipo cólico, presentándose cada 5 ó 6 días, con irradiación al dorso. Náuseas y vómitos. Pérdida de 20 libras de peso en 6 meses, con debilidad y pérdida de fuerzas.

Al examen físico se encontró presión arterial de 200/120 y dolor a la presión en el hipocondrio derecho y epigastrio. Soplo sistólico rudo en región precordial.

La impresión clínica que se tuvo fue de cáncer de la vesícula biliar.

Los exámenes de laboratorio demostraron: GR, 4.290,000; GB, 7,900; eritrosedimentación, 50 mm. por hora, reacción de Van den Bergh: directa negativa e indirecta; 0.2 U.: 0.1 mlg. de bilirrubina por ciento; Cefalina Colesterol, negativa; turbidez del Timol, 3 U.; retención de Bromosulfontaleina, 5% a los 30 minutos; radiografía del tórax, acentuación de trama broncovascular posiblemente con bronquiectasias, calcificación de la aorta; ECG: isquemia de la cara posterior del ventrículo izquierdo. Colecistograma: sombra de la vesícula biliar no visible.

Se intervino el 10 de Septiembre de 1953, encontrándose vesícula biliar llena de cálculos, que después de extirpada y abierta demostró edema de la mucosa y una pequeña tumoración que se atribuyó a fibroma. Canal biliar accesorio a hepático derecho.

El examen microscópico reveló vesícula biliar con adenocarcinoma grado II de malignidad, de tipo papilar, con invasión de capa muscular y perineural. (Figura 4.)

El último control de la enferma fue el día 14 de noviembre de 1954 y se encontraba en magníficas condiciones.

CASO NUMERO 10 (Obs. N° 1243, 2a. C. M.):

Una paciente de 53 años, con antecedentes obstétricos de G7, P6, A1, fue admitida en el Hospital el 14 de agosto de 1953, refiriendo que desde hacía 6 meses le había aparecido una tumoración en el hipocondrio derecho, que comenzó del tamaño de una "pépita" y que había crecido paulatinamente, dura, dolorosa, con náuseas y vómitos, escalofríos y fiebre no controlada con termómetro. Refirió también anorexia, diarrea en número de unas diez deposiciones líquidas diarias y pérdida de peso y fuerzas.

El examen físico reveló la existencia de una tumoración como de 15 cm. de diámetro, de forma ovalada y que ocupaba parte del hipocondrio derecho, epigastrio y flanco derecho, de consistencia dura y dolorosa a la presión. Edema de miembros inferiores, facies abotagada. Tumoración pequeña y movable en el tiroides.

La impresión clínica fue de cáncer de la vesícula biliar, y adenoma solitario del tiroides.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 2,910,000; GB, 12,400; eritrosedimentación, 35 mm. por hora; proteínas totales, 7.10 grs. por ciento; con alb., 4.05 grs. por ciento y glob., 3.05 grs. por ciento; relación A/G, 1.3. Radiografía del tórax: negativa.

Fue intervenida el 21 de agosto de 1953, hallándose una tumoración dura, de aspecto encefaloide en la cara inferior del hígado, correspondiendo a la vesícula biliar. La cara inferior del hígado estaba invadida casi totalmente. Líquido ascítico en cantidad de 300 cc. Se efectuó una biopsia de la tumoración.

El examen microscópico reveló un adenocarcinoma atípico grado IV de malignidad con áreas de necrosis purulenta.

La enferma salió de alta el 30 de agosto de 1953 y no se tienen noticias de ella, pero dado el aspecto anatomo-patológico se supone que ya falleció.

CASO NUMERO 11 (Obs. N° 7318, 2a. C. M.):

Una paciente de 56 años, con antecedentes obstétricos de G8, P7, A1, ingresó al Hospital el 14 de octubre de 1953, con historia de 3 meses de dolor de tipo cólico, en el hipocondrio derecho, de media hora de duración, cada 3 ó 4 días, irradiado al hombro y región dorsal derechos y acompañado de náuseas, vómitos e intolerancia a alimentos grasos.

El examen físico reveló la presencia de fuerte dolor a la presión en todo el hipocondrio derecho, sobre todo en la zona pancreático-coledociana. Signo de Boas positivo. Ligero dolor a la presión en fosa iliaca derecha.

La impresión clínica fue colecistitis calculosa crónica, probable cáncer de la vesícula biliar.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 4,650,000; GB, 8,700; eritrosedimentación, 60 mm. por hora; proteínas totales, 7.40 grs. por ciento; con alb. 4.45 grs. por ciento y glob., 2.95 grs. por ciento; relación A/G, 1.5; radiografía del tórax, negativa; Pielograma intravenoso, normal; Colecistograma: sombra de vesícula biliar visible. En proyección con la región vesicular se observan unas sombras densas e irregulares sospechosas de cálculos. (Figura 2.)

Fue intervenida el 23 de octubre de 1953, encontrándose la vesícula biliar uniformemente dura, con cálculos y adherida por completo al hígado el cual estaba lleno de pequeños nódulos. El epiplón mayor duro y con nódulos. Se tomó biopsia del epiplón.

El examen microscópico reveló invasión del epiplón por un adeno-carcinoma originado en la vesícula biliar.

La enferma falleció el 30 de noviembre de 1953, un mes y ocho días después de la intervención.

CASO NUMERO 12 (Obs. N° 7450, 2a. C. M.):

Una paciente con antecedentes obstétricos de G3, P3, A0, fue admitida en el Hospital el 16 de enero de 1954. Ella refirió que 14 años antes a su ingreso había padecido de cólicos en el hipocondrio derecho y una vez tuvo probable ictericia. Desde entonces nunca pudo tolerar las grasas. Cinco meses antes a su ingreso comenzó con dolor de carácter continuo, en el epigastrio irradiado al dorso y flanco derechos. Náuseas y flatulencia. Pérdida de peso y de fuerzas.

El examen físico demostró la presencia de una tumoración en el epigastrio, pulsátil, como del tamaño de una nuez. Inmóvil, dura y dolorosa. Aparentemente parecía el fondo de la vesícula biliar o un tumor gástrico.

La impresión clínica fue de una tumoración epigástrica probablemente maligna. 1, Neo gástrico o ulcus gástrico con perigastritis; 2, Neo de vesícula biliar; 3, Neo del páncreas (cola).

Los exámenes de laboratorio proporcionaron los siguientes datos: GR, 3,800,000; GB, 4,500; eritrosedimentación, 26 mm. por hora; proteínas totales, 7.25 grs. por ciento; radiografía del estómago, gastropotosis. Curva duodenal normal; radiografía del

tórax negativa; Colecistograma: sombra de vesícula biliar no visible.

Fue intervenida el 12 de febrero de 1954, encontrándose una vesícula biliar grande, dura, con cálculos grandes. Zonas de necrosis de la pared vesicular. Se palpó una tumuración en anexos derechos, que se atribuyó a metástasis tipo Krükenberg. Se tomó una biopsia de la vesícula, la que al abrirla dejó escapar pus.

El examen microscópico reveló un adenocarcinoma grado III de malignidad, en el fragmento de pared vesicular.

Salió la enferma del Hospital el 25 de marzo de 1954 y no se tienen noticias de ella.

CASO NUMERO 13 (Obs. N° 7491, 2a. C. M.):

Una paciente de 53 años, con antecedentes obstétricos de G16, P16, A0, ingresó al Hospital el 23 de abril de 1954. Veinte años antes, había padecido de cólicos en el hipocondrio derecho que se repitieron hacía 6 años antes de su ingreso. A su entrada al Servicio refería 3 meses de dolor en el epigastrio, localizado después en el hipocondrio derecho, constante, irradiado a la región lumbar y al hombro derechos. Náuseas y vómitos. Diarrea y coloración amarillenta de la piel, con el mismo tiempo de evolución. Pérdida de peso y fuerzas.

Al examen físico se descubrió una tumoración dura y dolorosa, de superficie lisa, en el hipocondrio derecho, que seguía los movimientos respiratorios y cuyo límite inferior llegaba hasta el ombligo. Mate a la percusión.

La impresión clínica fue de un epiema de la vesícula biliar, con gran posibilidad de cáncer en dicho órgano.

Los exámenes de laboratorio, proporcionaron los siguientes datos: GR, 2 500,000; GB, 5,950; eritrosedimentación, 93 mm. por hora; Cardiolipina, XXXX; reacción de Van den Bergh, directa inmediata débil e indirecta; 5 U.: 2.5 mlg. de bilirrubina por ciento; proteínas totales, 7.4 grs. por ciento; Colecistograma: sombra de vesícula biliar visible, pero no se observan sombras sospechosas de cálculos. (Figura 1.)

Se intervino el 3 de mayo de 1953, encontrándose vesícula biliar tensa, lobulada, que sale fuera de su lecho, llena de cálculos

pequeños. Hígado con metástasis amarillentas, localizadas en la región vecina al lecho vesicular. Se practicó biopsia hepática.

El examen microscópico reveló adenocarcinoma metastático grado IV, cuyo origen es vesicular. (Figura 8.)

Salió la enferma de alta el 15 de mayo de 1954 y no se tienen noticias de ella.

CASO NUMERO 14 (Obs. N° 1023, 1a. C. M.):

Una paciente de 57 años, con antecedentes obstétricos de G3, P3, A0, ingresó al Hospital el día 3 de junio de 1954. Un año y medio antes se le había operado en el mismo Servicio, por una colecistitis calculosa con brote agudo, practicándosele colecistectomía parcial debido a las dificultades técnicas y coledocostomía, permaneciendo el tubo de drenaje por el espacio de 8 meses. En esa oportunidad el examen histológico del espécimen vesicular no demostró señas de malignidad. Mientras la enferma tuvo el drenaje biliar se sintió muy bien, pero al retirarlo comenzó con ligero dolor en el hipocondrio derecho y malestares digestivos. El dolor aumentó de intensidad y frecuencia, 3 meses antes a su ingreso, volviéndose diario y acompañándose de tumoración en el cuadrante superior derecho y vómitos. Refirió también pérdida de peso y edema maleolar.

Al examen físico se descubrió una tumoración en forma de plastrón endurecido, que abarcaba epigastrio e hipocondrio derecho, de superficie nodular, dolorosa a la palpación. Edema bilateral maleolar. Tinte subictérico de conjuntivas.

La impresión clínica fue de un Neo del hígado secundario probablemente a Neo de la vesícula biliar (restos de operación anterior) o a Neo gástrico.

Los exámenes de laboratorio demostraron lo siguiente: GR, 3.000,000; GB, 11,700; eritrosedimentación, 21 mm. por hora; índice ictérico, 10 U.; Radiografía del tórax, negativa. Radiografía del estómago y duodeno, sospecha de neoplasia que no se confirmó después.

Fue intervenida el 10 de septiembre de 1954, encontrándose una tumoración adherida a la pared anterior del abdomen, lo cual dificultó su exploración, la que se pudo hacer en la parte inferior de la herida, correspondiendo al lugar en que quedaron los restos de vesícula biliar. Al tumor estaban adheridos, e invadidos por el mismo, la cara inferior del hígado, el peritoneo parietal y el ángulo hepático del colon. Se tomó una biopsia del tumor.

El examen histológico demostró adenocarcinoma de la vesícula biliar en el fragmento enviado.

La enferma falleció el 1º de octubre de 1953, 21 días después de la intervención.

CASO NUMERO 15 (Obs. Nº 1099, Clínica privada):

Una enferma de 54 años, con antecedentes obstétricos de G3, P3, A0, ingresó el 13 de junio de 1954, con historia de dolor en el hipocondrio derecho de 2 meses de evolución. El dolor había sido constante irradiándose al dorso y no acompañado de síntomas gastrointestinales. Refería también escalofríos fuertes y fiebre hasta de 38 grados, así como pérdida de fuerzas.

Al examen físico se encontró fiebre de 39 grados y se pudo palpar el hígado a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal derecho. El borde hepático era nodular.

Se tuvo la impresión clínica de un Neo de la vesícula biliar con metástasis hepáticas.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 2,780,000; GB, 8,300; eritrosedimentación: 87 mm. por hora; índice icterico, 28 U.; tiempo de Protrombina, 81 por ciento; orina con vestigios fuertes de albúmina y trazas de sales biliares, placa vacía de abdomen: sombra esplénica aumentada de tamaño. Radiografía del estómago, vaciamiento gástrico retardado; Colecistograma: sombra de la vesícula biliar no visible.

Se intervino el 25 de Junio de 1954, demostrando la exploración una vesícula biliar, dura y blanquecina, con cálculos. El hígado estaba aumentado de tamaño, con nódulos en su cara inferior, en las cercanías del lecho vesicular. Se tomó biopsia hepática de la zona afectada.

El examen microscópico reveló la existencia de un adenocarcinoma metastático, muy indiferenciado y maligno, probablemente vesicular en su origen.

La enferma falleció 25 días después de la intervención.

CASO NUMERO 16 (Obs. Nº 7619, 2a. C. M.):

Una paciente de 62 años, con antecedentes obstétricos de G4, P4, A0, ingresó al Hosiptal el 5 de julio de 1954, con historia de dolor en el flanco derecho de un mes y ocho días de evolución. El dolor había tenido aparición brusca y era de carácter sordo, constante, aumentado por los esfuerzos. Refirió también anorexia y pérdida de 6 libras de peso más o menos desde el comienzo de la enfermedad.

El examen físico descubrió la existencia de una tumoración en el flanco derecho, de forma ovalada, cuyo límite inferior llegaba hasta la fosa ilíaca derecha. Era de consistencia dura, con bardes no bien circunscritos. Dolorosa a la presión, excursionando con los movimientos respiratorios. Matidez a la percusión sobre la tumoración.

Se tuvieron diversas impresiones clínicas entre ellas: tumor renal inflamatorio, quiste del riñón, tumor retroperitoneal (ganglio neuroma o liposarcoma), tumor del ángulo hepático del colon, tumor vesicular, tumor de la pared anterior del abdomen (desmoide), entre los principales.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 3,410,000; GB, 9,550; eritrosedimentación, 92 mm. por hora; proteínas totales, 7.27 grs. por ciento; con alb., 3.40 grs. por ciento y glob., 4.27 grs. por ciento; relación A/G, 0.79; Cefalina Colesterol, X; tiempo de Protrombina, 15"; reacción de Van der Bergh, directa negativa e indirecta 0.5 U.: 0.25 mlg. de bilirrubina por ciento; radiografía del tórax, negativa; Pielografía intravenosa: buena eliminación del medio de contraste, ambas pelvis renales de tamaño normal, en proyección con el riñón derecho existe una sombra densa sospechosa de cálculo; Retroneumoperitoneo y Aortograma: en el lado derecho hay una tumoración de contornos

irregulares que desvía la aorta hacia la izquierda. (Figura 3.) El tumor no es retroperitoneal. Colecistograma: sombra de vesícula biliar no visible. Hay una tumoración a la derecha de la columna vertebral, probablemente intra-abdominal. Enema opaco, negativo; Proctosigmoidoscopia, negativa.

Fue intervenida el 23 de julio de 1954, encontrándose una tumoración del tamaño de una cabeza de feto, adherida a la pared anterior del abdomen, unida a la cara inferior del hígado, que daba la apariencia de ser la vesícula biliar. Dura a la palpación. Se tomó una biopsia de la tumoración.

El examen microscópico reveló la existencia de un carcinoma epidermoide, de células escamosas, con globos córneos, grado II de malignidad, rodeado de tejido fibroso con reacción inflamatoria crónica. (Figura 7.)

La enferma falleció un mes después de la intervención.

CASO NUMERO 17 (Obs. Nº 1164, Clínica privada):

Un paciente de 45 años, ingresó el 30 de octubre de 1954, con historia de cólicos en el hipocondrio derecho de 6 meses de evolución, acompañados de náuseas y vómitos biliosos. Un mes antes de su ingreso apareció coloración amarillenta de la piel y mucosas, que desde entonces no había fluctuado y que se había acompañado de prurito intenso. Refirió también anorexia y pérdida de fuerzas.

El examen físico demostró la presencia de tinte amarillento marcado de piel y mucosas y dolor a la presión en el hipocondrio derecho. No había fiebre ni alteración del estado general.

La impresión clínica fue cálculo enclavado en el colédoco.

El enfermo fue intervenido el 5 de noviembre de 1954, encontrándose la vesícula biliar con su cara superior invadida por una masa tumoral, unida completamente a la cara inferior del hígado. La masa tumoral se extendía hasta el hiato de Winslow. Existía también invasión de tipo nodular en las caras superior e inferior del hígado. Invasión del epiplón mayor, lugar de donde se tomó una biopsia.

El examen microscópico de la biopsia de epiplón, reveló un adenocarcinoma metastático grado II de malignidad de origen vesicular.

El enfermo falleció el 3 de marzo de 1955, 2 meses y 26 días después de la intervención.

CASO NUMERO 18 (Obs. Nº 18-409-55, 4a. C. M.):

Una paciente de 48 años, con antecedentes obstétricos de G5, P4, A1, fue admitida en el Hospital el 30 de octubre de 1954. Ella refería que desde hacía 20 años padecía de dolor periódico, a remisiones y recrudescencias en el hipocondrio derecho, con vómitos amargos. El último dolor, había aparecido hacía 3 semanas y desde entonces permaneció igual, irradiándose a la región lumbar derecha. La mayor duración anterior del dolor había sido de tres días. No refirió síntomas generales.

Al examen físico se encontró dolor a la presión en el hipocondrio derecho, con maniobra de Moynihan positiva.

Se tuvo la impresión clínica de colecistitis calculosa crónica.

Los exámenes de laboratorio demostraron: GR, 3,400,000; GB, 16,200; eritrosedimentación, 1 mm. por hora; orina, bilirrubina positiva; Colecistograma: en las radiografías tomadas con distintos tiempos se dibuja poco la sombra vesicular que tiene forma y tamaño aparentemente normales.

La paciente fue intervenida el 10 de noviembre de 1954, hallándose una masa tumoral que comprendía la vesícula biliar y la primera porción del duodeno, así como las vías biliares extrahepáticas y epiplón. El hígado estaba sembrado de pequeños nódulos de coloración amarillenta en su cara superior y en la cara inferior, en las regiones vecinas al lecho vesicular, se observó infiltración de tipo macronodular. Se tomaron biopsias de hígado y de epiplón.

El examen microscópico de las biopsias demostró la existencia de un adenocarcinoma metastático de origen vesicular, de alta malignidad.

Falleció el 1º de diciembre de 1954, 21 días después de la intervención.

CASO NUMERO 19 (Obs. Nº 00-187-55, 2a. C. M.):

Una enferma de 65 años con antecedentes obstétricos de G6, P6, A0, fue admitida en el Hospital el 4 de enero de 1955, refiriendo dolor de mediana intensidad y constante en el epigastrio, de 4 meses de evolución. El dolor tenía irradiación hacia el hipocondrio derecho y región dorsal derecha y no se acompañaba de síntomas gastrointestinales. Refirió también que cuando comenzó el dolor se "puso amarilla", pero este síntoma ya había desaparecido. Pérdida de unas 16 libras de peso desde el comienzo de la enfermedad.

Al examen físico se encontró fuerte dolor a la presión superficial y profunda en el hipocondrio derecho, con resistencia muscular e hiperestesia cutánea. Signo de Boas positivo.

Se tuvo la impresión clínica de cáncer de la vesícula biliar.

Los exámenes de laboratorio efectuados, dieron los datos siguientes: GR, 3.570,000; GB, 6,700; eritrosedimentación, 17 mm. por hora; reacción de Van den Bergh, directa negativa e indirecta; 0.2 U.: 0.1 mlg. de bilirrubina por ciento; Cefalina Colesterol, negativa; Radiografía del estómago, negativa; Colecistograma: sombra de vesícula biliar no visible.

La enferma fue intervenida el 10 de enero de 1955, encontrándose la vesícula biliar llena de cálculos e infiltración de su pared inferior de tipo neoplásico. Se efectuó una colecistectomía.

El examen microscópico demostró adenocarcinoma grado II de malignidad.

La enferma falleció el 2 de marzo de 1955, un mes y 20 días después de la intervención.

CASO NUMERO 20 (Obs. Nº 01-115-55, 2a. C. M.):

Una paciente de 49 años, con antecedentes obstétricos de G2, P2, A0, ingresó al Hospital el 13 de enero de 1955, con historia de 5 meses de escalofríos, fiebre y sudoración; desde entonces le apareció una tumoración en el hipocondrio derecho de

crecimiento lento y progresivo e *indolora casi completamente*, sintiendo a lo más sensaciones pungitivas. No refirió otros síntomas ni pérdida manifiesta de peso.

Al examen físico, se apreció una tumoración en el hipocondrio derecho de unos 20 cm. de diámetro, dura y movable. Hepatomegalia de dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Matidez a la percusión.

La impresión clínica fue de Neo de la vesícula biliar, con metástasis hepáticas.

Los exámenes de laboratorio fueron los siguientes: GR, 2,790,000; GB, 21,200; índice icterico, 4 U.; reacción de Van den Bergh, directa negativa e indirecta 0.1 U.: 0.05 mlg. de bilirrubina por ciento; Cefalina Colesterol, XX; proteínas totales, 6.53 grs. por ciento; con alb., 2.04 grs. por ciento y glob., 4.49 grs. por ciento; relación A/G, 0.45, Colecistograma: sombra de vesícula biliar no visible. Pielografía descendente: Hidronefrosis derecha.

Se intervino el 11 de Febrero de 1955, encontrándose vesícula biliar grande, engrosada y llena de cálculos. Presencia de nódulos en toda la superficie hepática. Se efectuó una colecistotomía y biopsia de la vesícula biliar.

El examen microscópico, reveló adenocarcinoma grado III de malignidad.

La enferma falleció el 16 de febrero de 1955, 5 días después de la intervención.

CASO NUMERO 21 (Obs. Nº 02-633-55, 4a. C. M.):

Una paciente de 55 años, con antecedentes obstétricos de G12, P8, A4, ingresó al Hospital el 29 de Enero de 1955, refiriendo que desde hacía 15 años, padecía de dolores de tipo cólico, en el hipocondrio derecho de aparición periódica, con intolerancia a alimentos grasos, náuseas y vómitos amargos. Diez años antes había "puesto amarilla", lo cual desapareció en un mes. Desde hacía cierto tiempo, sin precisar cuánto, las molestias se habían acentuado en intensidad y frecuencia, irradiándose el dolor al dorso y hombro derechos.

El examen físico puso en evidencia marcado dolor a la presión en el hipocondrio derecho con elección en el punto cóstico. Maniobra de Moynihan positiva.

Se tuvo la impresión clínica de colecistitis calculosa crónica.

Los exámenes de laboratorio proporcionaron los datos siguientes: GR. 4.350,000; GB, 8,700; eritrosedimentación, 5 mm. por hora; índice icterico, 5 U., reacción de Van den Bergh: directa negativa e indirecta; 0.1 U.: 0.05 mlg. de bilirrubina por ciento; Colecistograma: vesícula biliar visible débilmente, un poco más grande que lo normal, sin contracción después de la comida de prueba y con algunas sustracciones de sombras, sospechosas de cálculos.

La enferma fue intervenida el 16 de febrero de 1955, encontrándose la vesícula biliar engrosada, con cálculos; en la pared vesicular existía un área como de 5 cm., endurecida y de color blanquecino.

El examen microscópico, reveló la existencia de colecistitis crónica calculosa y adenocarcinoma grado II de malignidad con zonas mucoides, infiltrando en toda su extensión la pared vesicular. (Figuras 5 y 6.)

La enferma salió de alta el 7 de marzo de 1955 y no se tienen noticias de ella.

CASO NUMERO 22 (Obs. Nº 04-782-55, 2a. C. M.);

Una paciente de 67 años, con antecedentes obstétricos de G3, P3, A0, ingresó al Hospital el 24 de febrero de 1955, con historia de un mes y ocho días de dolor en el hipocondrio derecho, de aparición diaria y de unas 6 horas de duración, aumentado al comer grasa y con el ejercicio. Se irradiaba al flanco y región lumbar derechos. Tres días después de la aparición del dolor, comenzó con la coloración amarillenta de piel y mucosas, orina oscura y heces fecales decoloradas. Refirió también anorexia y pérdida de peso muy marcada.

El examen físico reveló una enferma icterica, en pésimo estado general, deshidratada y con una tumoración en el hipocondrio derecho que llegaba hasta la línea umbilical, de consistencia

dura de bordes irregulares y dolorosa, palpándose en el borde inferior de la misma, otra tumoración redondeada y dura que se continuaba con la anterior. Pérdida de substancia en el ombligo con rodete endurecido.

La impresión clínica fue de un síndrome de ictericia obstructiva, producida probablemente por invasión de un Neo de vesícula biliar a las vías biliares extrahepáticas, con metástasis hepáticas y al ombligo.

Los exámenes de laboratorio dieron los siguientes datos: GR, 3.800,000; GB: 9,000; índice icterico, 353 U.; Cardiolipina, positiva; reacción de Van den Bergh, directa, inmediata fuerte e indirecta: 26 U.: 13 mlg. de bilirrubina por ciento; Cefalina Colesterol, XXX; proteínas totales, 4.92 grs. por ciento; con alb., 2.41 grs. por ciento y glob., 2.51 grs. por ciento; relación A/G, 0.96; eritrosedimentación, 92 mm. por hora; orina, con pigmentos biliares positivos y trazas de albúmina; ECG: daños auriculares y ventriculares, hipertrofia del ventrículo izquierdo, lesiones isquémicas miocárdicas; Radiografía del estómago, negativa.

Fue intervenida el 11 de marzo de 1955, encontrándose el epiplón mayor totalmente endurecido, hígado aumentado de tamaño, vesícula biliar también aumentada e indurada en toda su extensión. Habían múltiples nódulos metastáticos en el hígado. Se efectuó biopsia del epiplón mayor.

El examen microscópico reveló metástasis de adenocarcinoma grado III de vesícula biliar a epiplón.

La enferma falleció el 12 de marzo de 1955, un día después de la intervención.

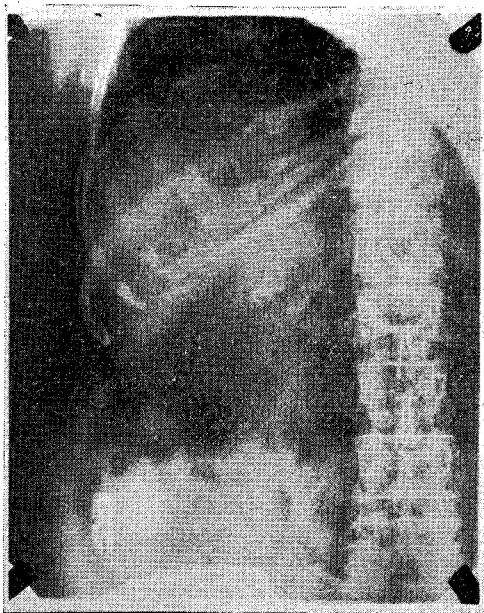


Fig. 2 (Caso N° 11).
Se observan en proyección con la región vesicular, la sombra de 2 cálculos radiopacos, los cuales se comprobaron en la operación.

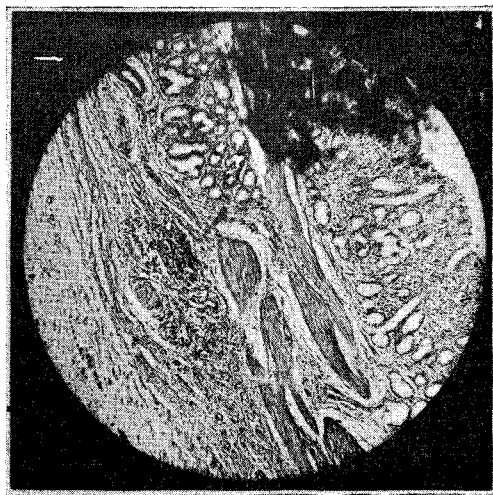


Fig. 4 (Caso N° 9).
Adenocarcinoma papilar grado II con invasión de la capa muscular y de las vainas perineurales de la vesícula biliar.

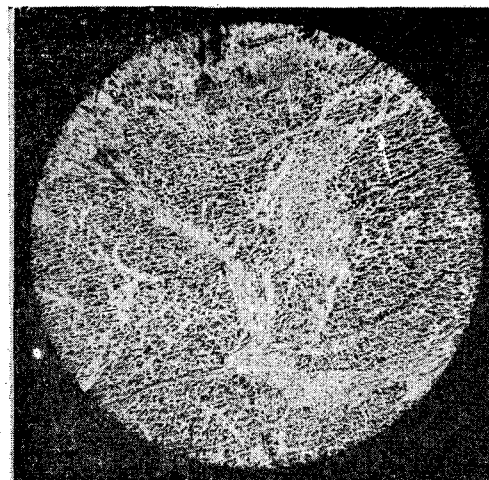


Fig. 8 (Caso N° 13).
Carcinoma atípico grado IV de malignidad. Metástasis hepática de cáncer de la vesícula biliar.



Fig. 1 (Caso N° 13).
Se observa la sombra de la vesícula biliar aumentada pero sin señas de cálculos.

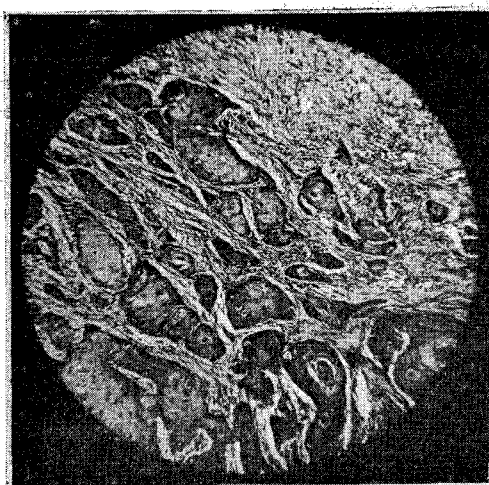


Fig. 7 (Caso N° 16).
Carcinoma epidermoide de globos córneos de la vesícula biliar.

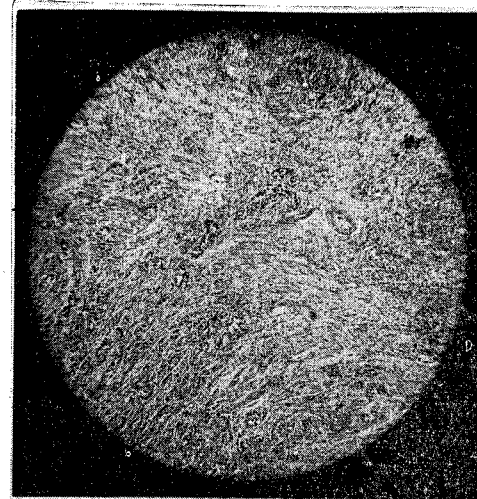


Fig. 5 (Caso N° 21).
Adenocarcinoma papilar grado II-III de malignidad.

Fig. 3 (Caso N° 16).
Se observa en el Aortograma, la aorta desviada hacia la izquierda y el polo inferior del riñón derecho basculado hacia afuera por el tumor vesicular.

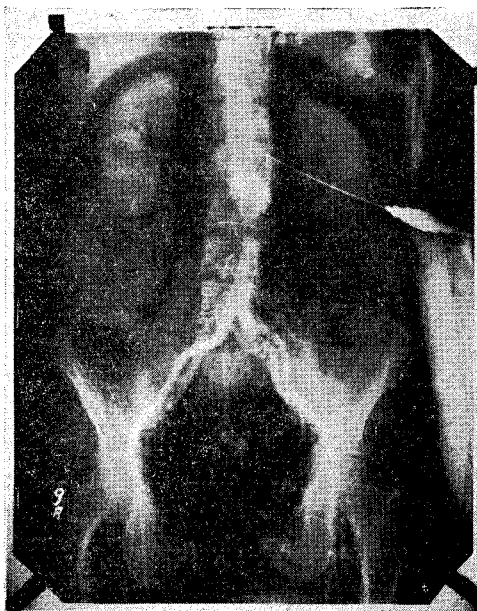
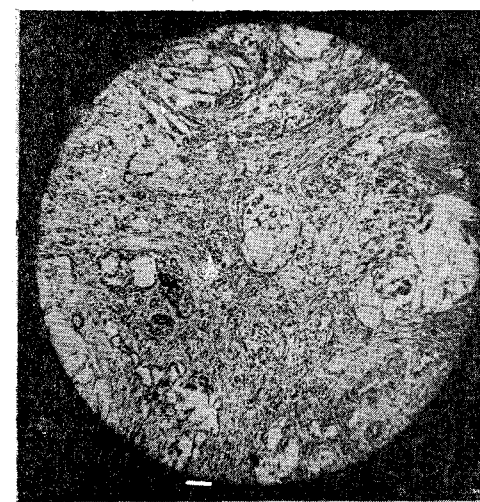


Fig. 6 (Caso N° 21).
La misma enferma de la figura anterior, con zona de adenocarcinoma mucicida, combinado con el papilar.



2-) Análisis de los 22 casos presentados.

A) Edad: En 9 de los 22 casos, la enfermedad se presentó entre los 50 y los 60 años de vida (40.9%), en 8 casos entre los 40 y los 50 años (36.3%) y en 5 casos entre los 60 y los 70 años (22.72%). Es de notarse que ningún caso se presentó antes de los 40 años ni después de los 70 años. Las edades límites encontradas fueron 42 y 70 años de edad.

B) Sexo: De 22 casos estudiados, 21 de ellos (95%), fueron de sexo femenino y sólo un caso de sexo masculino (4.09%), pero hay que tomar en cuenta que el trabajo se efectuó casi exclusivamente en las Salas de Cirugía de Mujeres del Hospital General, ya que el único hombre de la serie, pertenece a los casos de la Clínica Privada.

C) Paridad y Grávidas: De los 21 casos que se presentaron en mujeres, 19 de ellas (90.4%), eran multíparas y 2 de ellas (9.52%), no había tenido embarazos. En el grupo grávido, los límites fueron de 16 gestas como máximo y de 2 gestas como mínimo.

D) Síntomas y Signos: 1.—*Dolor:* Al analizar este síntoma, es necesario hacer una diferenciación entre el dolor que se presentó en épocas anteriores y el dolor atribuible a la enfermedad actual. Asimismo debe efectuarse una separación entre el dolor de tipo constante y el de tipo cólico. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

Dolor referible a cólicos anteriores: En 9 enfermos de la presente serie, existía historia de dolor cólico en el hipocondrio derecho antes de presentarse el padecimiento actual. El tiempo de evolución varió desde 20 años como máximo a un año y medio

como mínimo. Estos 9 casos representan un porcentaje de 40.9% y en 2 de ellos se había efectuado colecistectomía anterior, pero es de notarse que en ambos se dejaron restos de vesícula biliar. Si en estos restos había ya cáncer en el momento operatorio o si se desarrolló después en ellos, es un punto que podría prestarse a discusión.

Dolor referible a la enfermedad actual: El síntoma dolor, estaba presente en 21 de los 22 pacientes examinados (95%) y nosotros hacemos la división en dolor constante y dolor cólico, por considerarlo de un interés semiológico de gran importancia. El primero de estos se observó en 15 enfermos (71.52%), localizándose de preferencia en el epigastrio e hipocondrio derecho, en algunos casos con irradiación en el dorso, hombro y flanco derecho y en otros sin irradiación. La intensidad del dolor fue variable, desde muy fuerte, hasta una molestia sorda y no tenía mayores relaciones con las funciones gastrointestinales. El tiempo de evolución fluctuó entre 8 meses como máximo y 3 meses como mínimo. El tipo de dolor cólico se presentó en 6 pacientes (28.09%), con la misma localización e irradiaciones que el anterior y su tiempo de evolución fluctuó entre 6 meses como máximo y 15 días como mínimo.

Ausencia de dolor: Sólo estuvo presente en un caso (4.09%) y es interesante el hecho de que tal enferma (Caso N° 20), ingresó con una gran tumoración en el hipocondrio derecho, sin quejarse de dolor pasado o presente. Al analizar este caso, no se pudo llegar a conclusiones precisas respecto a la falta de dicho síntoma, ya que los hallazgos patológicos no tenían mayores diferencias con los casos que sí presentaron dolor.

2.—*Tumoración palpable:* En 13 de los 22 pacientes, la exploración clínica descubrió la existencia de tumoración palpable, lo cual constituye un 50.09% de toda la serie. En 2 de estos casos estaba constituida aparente y exclusivamente por el hígado y en el resto, existía ya sea la tumoración sola o acompañada por

hepatomegalia. En la mayoría de los casos, la localización se observó en el hipocondrio derecho, en uno de ellos en el flanco derecho, dando la impresión de ser retroperitoneal, con separación franca del borde hepático y en 2 pacientes, la tumoración había rebasado los límites del hipocondrio derecho, ocupando parte del epigastrio, flanco derecho y región periumbilical derecho. El tumor palpable de mayor tamaño tenía aproximadamente 20 cm. de diámetro y el más pequeño 4 cm. de diámetro. En todos los casos la consistencia de la tumoración era dura y en todos, excepto en uno, era francamente dolorosa a la presión. En todos los casos en que no se pudo apreciar tumoración (9 pacientes), que forman un 40.9%, existía dolor a la palpación superficial o profunda del hipocondrio derecho. En dos pacientes (9.09%), se encontraron signos de resistencia muscular y en el mismo número, signo de Boas positivo. Hay que hacer notar que en estos 9 pacientes, los signos físicos encontrados, no estaban en relación con lo avanzado de la enfermedad.

3.—*Ictericia*: Se encontró ictericia clínica o subclínica en 10 de los 22 pacientes (45.45%); en todos los casos fue de tipo continuo, existiendo prurito intenso en 2 enfermos.

4.—*Pérdida de peso y fuerzas*: Constituyó un síntoma bastante común, estando presente en 16 de los 22 casos (72.7%). No se logró obtener un promedio de pérdida de peso, en cuanto a evolución y cantidad, debido a la falta de control anterior, pero el máximo observado fue de 32 libras en el transcurso de dos meses y medio.

5.—*Síntomas gastrointestinales*: Se observaron los siguientes síntomas gastrointestinales más importantes:

Anorexia: En 16 pacientes (70.72%), en ocasiones selectiva para alimentos grasos.

Náuseas y vómitos: En 13 pacientes (50.09%). En una ocasión el cuadro simuló el de estenosis pilórica. (Caso No. 7.)

Flatulencia: En 4 casos (18.2%), producida por alimentos grasos.

Pirosis: En 2 casos (9.09%).

Estreñimiento y diarrea: Ambos se presentaron en 4 casos respectivamente (18.2%); en dos enfermos había historia de me-

lena anterior, pero ésta no se pudo comprobar en el laboratorio.

6.—*Escalofríos y fiebre*: 3 pacientes (13.6%), refirieron historia franca de escalofríos y fiebre y en la mayoría de casos el control de temperatura en la Sala hospitalaria, demostró elevaciones sin ninguna periodicidad y que no pasaron de 38°, excepto en el período post-operatorio. En un paciente hubo fiebre de tipo en gujas antes de la intervención, con elevaciones que llegaron hasta los 39.5°.

E) *Exámenes hematológicos*: 1.—*Anemia*: Se encontró en 16 pacientes (72.7%), fluctuando en la mayoría entre 3.000,000 y 4.500,000 de GR. por mm. Sólo en 3 pacientes la cifra descendió por debajo de los 3.000,000, siendo la cantidad más baja observada de 2.500,000 de GR. por mm.

2.—*Leucositosis*: Existía en 5 pacientes (22.7%), siendo la cifra más alta encontrada de 21.200 GB. por mm. y la más baja de 11.700 GB. por mm.

3.—*Bilirrubinemia*: Había aumento de la bilirrubina en 10 enfermos de la serie (45.4%), correspondiendo a los casos que presentaban ictericia. La cifra más alta de índice icterico fue de 353 U. y 13 mlg. de bilirrubina por ciento. (Caso N° 22.) No fue posible determinar, más que en un número reducido de casos, las pruebas de fosfatasa alcalina y de dosificación de Urobilinógeno en la orina, para diferenciar el tipo de ictericia, pero en todos se encontró reacción directa positiva en la prueba de Van den Bergh.

4.—*Eritrosedimentación acelerada*: Existía aumento de la velocidad de sedimentación en 15 de los 22 pacientes de la serie (68.1%). La cifra más elevada fue de 93 mm. por hora.

5.—*Pruebas de función hepática*: Alteración franca de las pruebas como Cefalina Colesterol, dosificación de proteínas totales y relación A/G, reacción de Takata-Ara, tiempo de Protrombina, etc., se halló en 5 pacientes de la serie (22.7%).

F) *Exámenes radiológicos de la vesícula biliar y otros*: Se efectuó Colecistograma de 14 pacientes (63.6%), reportándose los siguientes resultados: en 10 casos, vesícula biliar no visible, en 2 casos, vesícula no visible pero con visualización de sombras radiopacas en el hipocondrio derecho, sospechosas de cálculos, en

un caso, vesícula débilmente visible con sombras sospechosas de cálculos y en un caso el Colecistograma fue reportado como normal. En uno de los pacientes, en que no se pudo visualizar la vesícula (Caso N° 16), se observó el contorno de una tumoración a la derecha de la columna vertebral, que el Radiólogo reportó como intra-abdominal. Se practicó examen radiológico del estómago y duodeno en 8 enfermos y sólo uno de ellos presentó una deformación sospechosa de neoplasia, la cual no fue confirmada ulteriormente. Pielografía descendente se efectuó en 3 casos, encontrándose hidronefrosis del lado derecho en uno y el resto negativo. No se logró dilucidar la etiología de la hidronefrosis. En el paciente cuyo Colecistograma demostró la presencia de una tumoración intra-abdominal, se hizo un Retroneumoperitoneo y Aortograma, el cual confirmó el hallazgo anterior, demostrando la aorta desviada a la izquierda por la tumoración. A este mismo paciente se le practicaron enema opaco y proctosigmoidoscopia con resultados negativos. El examen radiológico del tórax se practicó en 9 enfermos y excepto en uno, en que se observó bronquiectasias y calcificación de la aorta y en otro seno costodiafragmático derecho ocupado, el resto de las placas fueron negativas de metástasis u otras alteraciones.

G) Diagnóstico: El diagnóstico clínico de cáncer de la vesícula biliar se efectuó en 7 de los 22 casos de la serie, lo cual corresponde a un porcentaje de 31.80%. Sin embargo, en 6 casos más, este diagnóstico estuvo considerado entre los más posibles (27.28%). Esto hace un total de 59.09% de sospecha clínica de cáncer de la vesícula biliar. En el resto de los pacientes los diagnósticos clínicos fueron los siguientes: Colecistitis calculosa (5 casos); Empiema de la vesícula biliar (2 casos); Neoplasia secundaria del hígado (2 casos); Cáncer del páncreas (2 casos); Cálculo enclavado en el colédoco (1 caso); Úlcera gástrica con perigastritis (1 caso); Tumor retroperitoneal (1 caso); Obstrucción pilórica (1 caso).

H) Aspecto macroscópico: La vesícula biliar se encontró francamente afectada en 20 de los 22 casos ya que en los dos restantes, la neoplasia se había desarrollado no en la vesícula entera sino en restos de la misma, que se habían dejado en operaciones

anteriores, o ya existía en el momento de dichas intervenciones y no se extirpó completamente la enfermedad. De los 20 casos anteriormente indicados, 13 tenían toda la vesícula biliar aumentada de tamaño y endurecida, es decir la infiltración afectó la pared vesicular en todas sus caras (65%), la cara superior estaba infiltrada con predominancia en 3 casos (15%), la cara inferior en un caso (5%), existía tumoración aislada en 2 casos (10%), y la vesícula biliar estaba pequeña, pero totalmente endurecida en un caso (5%). En tres casos se encontraron signos francos de necrosis, saliendo en dos de ellos, secreción purpúrea al abrir la vesícula. Se observó presencia de cálculos en 13 de las 20 vesículas que se hallaron enteras (65%), de diverso número y tamaño pero es de notarse que en los dos casos en que se había extirpado previamente la víscera, también se encontraron cálculos en el momento de dicha operación, lo cual hace un total de 15 litiasis en 22 casos (68.1%), sin embargo este porcentaje no es completamente exacto ya que en los pacientes en que no se pudo hallar la presencia de cálculos, tampoco se logró descartar su existencia debido a lo dificultoso de la palpación por adherencias y a la dureza de la neoplasia. En 2 pacientes ésta se encontraba adherida a la pared anterior del abdomen.

Se observó invasión que producía estrechez de las vías biliares extrahepáticas en 3 de los 22 enfermos (13.6%), y obstrucción del duodeno en uno (4.09%), desencadenada por extensión de la enfermedad, a las paredes de dicha porción de intestino. El hígado estaba afectado por el proceso en 15 enfermos (68%), participando de él principalmente por su cara inferior en 8 ocasiones (36.3%), en las inmediaciones del lecho vesicular y en los 7 restantes (31.8%) en forma de infiltración difusa de nódulos grandes o pequeños. La infiltración anexa a la vesícula siempre fue macronodular. El epiplón mayor se encontró afectado francamente en 7 de los 22 casos (31.8%), existencia de adherencias a las vísceras vecinas: estómago, duodeno, hígado, epiplón mayor y colon en 3 casos (13.6%), invasión del ángulo hepático del colon en un caso (4.09%) y tumoración dura en un anexo, lo cual se atribuyó a una neoplasia de tipo Krukenberg en un caso,

con el mismo porcentaje. Invasión al peritoneo parietal y ascitis siempre de poca cantidad se observó en tres casos respectivamente.

I) Aspecto microscópico: En 21 de los 22 casos (95%), se encontró adenocarcinoma en los cortes microscópicos y en un caso carcinoma epidermoide de globos córneos (5%). En 13 ocasiones los hallazgos se describieron directamente en la pared vesicular obtenida por colecistectomía o por biopsia de la vesícula, en 5 casos en biopsia tomada del hígado y en los otros 4, en biopsia de epiplón mayor. El grado de malignidad se reportó en 15 oportunidades, de las cuales en 9 (60%), fue de grado II, en 3 (20%), grado III y en 3 (20%), grado IV, con caracteres muy atípicos. En sólo dos casos se reportó el tipo de adenocarcinoma existente, el cual resultó ser de tipo papilar, en ambos, y en uno de ellos combinado con tipo mucoide.

J) Pronóstico: Respecto al pronóstico, no se pueden sacar conclusiones precisas en nuestra serie, ya que después de haber salido del Hospital, no se tienen noticias de muerte o de salud de 7 enfermos (31.8%). Entre los 15 pacientes restantes, 14 de ellos ya fallecieron, variando entre 1 día como mínimo y 7 meses como máximo, después de la intervención quirúrgica, y sólo un paciente (6.6%), se encuentra controlado y en buen estado, 1 año y 6 meses después de dejar el Hospital.

K) Tratamiento. Se efectuó Colecistectomía en 5 ocasiones (22.7%), siendo una de ellas realizada en restos de vesícula biliar, que habían quedado de intervención anterior. En este último caso también se hizo Gastrectomía subtotal con resección parcial del duodeno y gastro-enteroanastomosis de tipo Polya anterior. En un total de 8 enfermos (39.9%), Laparatomía Exploradora y biopsia de la vesícula biliar, efectuándose además en uno de ellos colecistostomías y en otro colecisto-yeyunostomía. En 5 pacientes (22.7%), Laparotomía Exploradora y biopsia hepática y en 4 enfermos (18.2%), Laparotomía Exploradora y biopsia de epiplón mayor.

TERCERA PARTE

DISCUSION

1.—FRECUENCIA

La frecuencia con que se presenta el cáncer de la vesícula biliar, ha sido materia de discrepancia entre los diversos autores que se han ocupado del problema. Kirshbaum y Kosoll, ⁽⁸⁾ en una serie de 13,300 autopsias efectuadas en el Cook Country Hospital de Chicago, encontraron que representaba el 0.41% de todos los exámenes post-mortem y el 3% de todos los carcinomas encontrados. Mohardt ⁽⁹⁾ en 19,908 necropsias encontró el porcentaje de 0.85%. Esta afección es observada en el 0.4% a 1% de todas las necropsias según Walters y Snell. ⁽¹⁾ Bockus, ⁽¹⁰⁾ refiriéndose a la frecuencia de la enfermedad, da los siguientes datos: 6º lugar entre los carcinomas primarios del tubo digestivo, siguiendo al del estómago, colon, recto, esófago y páncreas y dos veces más frecuente que el carcinoma primario del hígado. Los autores argentinos Marano y Matera, ⁽¹¹⁾ revisando estadísticas de varias clínicas, dan la cifra de 0.9 a 5% de todos los cánceres. Respecto a la incidencia que presenta el carcinoma de la vesícula biliar en los casos de enfermedades del tracto biliar, Russell y Brown ⁽¹²⁾ hallaron un 0.66% en un total de 4,459 pacientes que sufrían de afecciones biliares romprobadas y 1.9% en 1,488 operaciones sobre la vesícula. Jones, ⁽¹³⁾ refiriéndose al asunto, publicó un porcentaje de 1.16 en 3,000 operaciones sobre las vías biliares. El carcinoma de la vesícula fue encontrado en 14% de una serie de casos de colelitiasis, por los autores portugueses Gentil, Conde y Neves Da Silva ⁽¹⁴⁾ y estos mismos reportan 4.2% de frecuencia en 47 operaciones efectuadas en las vías biliares. Por su parte Cooke, Jones y Keech, ⁽¹⁵⁾ hallaron sólo un 3% de carcinoma en los casos de colelitiasis del Hammersmith Hospital de Londres. Entre nosotros, Arroyave, ⁽¹⁶⁾ reportó 1.53% en 195 casos de colecistectomía.

2.—EDAD:

Walters ⁽¹⁾ y Bockus, ⁽¹⁰⁾ están de acuerdo en que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia después de la sexta

década de la vida. El promedio reportado por Kirshbaum, ⁽⁸⁾ entre 55 casos, es de 57 a 60 años. Zaffaganini, ⁽¹⁷⁾ en un estudio de 64 casos de sarcoma primario de la vesícula, colectados de la literatura, no halló reportado ningún caso antes de los 30 años. Sin embargo Mohardt, ⁽⁹⁾ encontró dos casos de adenocarcinoma en personas jóvenes, una de 25 años y otra de 22 años. En nuestra serie de 22 casos, se presentó la enfermedad con mayor frecuencia entre los 50 y los 60 años, dando un porcentaje de 40.9. No se observó antes de los 40, ni después de los 70 años.

3.—SEXO:

La mayoría de los autores dan una franca predominancia a la frecuencia del cáncer de la vesícula biliar en las mujeres y entre otros Weiss, ⁽¹⁸⁾ ha encontrado la relación de 4 ó 5 a 1 con respecto al sexo masculino. Kirshbaum, ⁽⁸⁾ en 55 casos de esta afección reportó un 76.4% en individuos de sexo femenino y 23.6% en el sexo masculino. Sainburg, ⁽¹⁹⁾ entre 75 casos, da una relación de 5.2 a 1. En nuestra serie no es posible encontrar una relación o porcentaje exactos, ya que el estudio se hizo casi exclusivamente en mujeres.

4.—ETIOLOGIA:

No se conoce aún el origen preciso del carcinoma primario de la vesícula biliar, aunque en algunos casos la transformación maligna de tumores benignos del órgano, explican el desarrollo de la afección. Según Kirshbaum y Kozoll, ⁽⁸⁾ el carcinoma de tipo papilar, es producido por la anaplasia cancerosa de papilomas de la vesícula cuya frecuencia es de 10% en todas las vesículas extirpadas. Se ha hecho hincapié especialmente y con razón, por la mayoría de los autores en la incidencia elevada que tiene los antecedentes de colecistitis calculosa en el historial clínico de enfermos con carcinoma vesicular y en el frecuente hallazgo de cálculos en vesículas carcinomatosas. Jones, ⁽¹³⁾ reportó 82%; Zaffaganini, ⁽¹⁸⁾ en casos de sarcoma encontró 80% de esta asociación; Sainburg y Garlock ⁽¹⁹⁾ hallaron cálculos en 70.3% de 75 vesículas con cáncer y éstos autores insisten en la importancia de la colelitiasis como precursora del cáncer. Moynihan, ⁽²⁰⁾ en-

contró cálculos en 85% de cáncer vesicular; Adams y Stranaham, ⁽²¹⁾ en 100% y Yodice y Etala, ⁽²²⁾ en 12 de 14 casos. Por su parte del británico Oldham, ⁽²³⁾ dice que se encuentra colecistitis crónica en 75 a 90% de los casos. Entre los argumentos que se oponen a la hipótesis de que el cáncer puede presentarse antes que los cálculos, está el indiscutible factor de que si así fuera, la colelitiasis sería mucho menos común de lo que es en realidad. Esta idea es publicada por Weiss. ⁽¹⁸⁾ Además la frecuencia de cálculos en el carcinoma secundario de la vesícula es mucho más bajo y Graham, ⁽²⁴⁾ los encontró en sólo 8% de vesículas afectadas por esta enfermedad. En la presente serie 40.9% de los enfermos dieron antecedentes de cólicos biliares y 68.1% presentaron cálculos en el examen anatómo-patológico.

5.—CUADRO CLINICO:

a) Dolor: El dolor es uno de los síntomas más constantes en el cuadro clínico del cáncer de la vesícula biliar y la mayoría de autores concuerdan en este punto. Kirshbaum y Kozoll ⁽⁸⁾ lo encontraron en la historia de 61.8% de sus 55 casos y lo refieren como de tipo crónico recurrente. Hacen notar también que sin embargo el 88% de los cálculos encontrados en 13,330 autopsias, no habían dado síntomas durante la vida, por lo tanto ellos infieren que debe existir otro factor además de la colecistitis, para explicar la frecuencia elevada del dolor en el carcinoma primario de la vesícula biliar. Este síntoma fue encontrado en 77.3% de 75 enfermos reportados por Sainburg ⁽¹⁹⁾ y Bockus, ⁽¹⁰⁾ le concede un porcentaje variable entre 62 y 90% de las series estudiadas por él. Walters, ⁽¹⁾ hace notar la diferencia del dolor de cáncer y de colecistitis calculosa, diciendo que aquel es de tipo sordo y constante y este cólico y periódico. Cole, ⁽²⁵⁾ también da importancia a esta diferencia y recalca en el tipo constante y severo del dolor en el cáncer de la vesícula biliar. En nuestra serie encontramos que 95% de los enfermos referían dolor y que éste era constante en 71.4% y cólico en 28%. Estamos en completo acuerdo con los autores citados en el valor que tiene la diferencia del dolor como constituyente semiológico del cáncer vesicular.

b) *Ictericia*: Se ha discutido acerca de los factores capaces de producir ictericia en el cáncer primario de la vesícula, pero siguiendo a Cole, ⁽²⁵⁾ se pueden dividir estos factores en 3 principales: 1º, Comprensión de las vías biliares extrahepáticas por extensión de la enfermedad a los ganglios del pedículo hepático o a los mismos conductos, siendo este el factor más importante, capaz de producir el tipo continuo de ictericia observado; 2º, invasión hepática masiva por metástasis tumorales; y 3º, Hepatitis, constituyente de la hepato-colangitis que se observa en los casos con invasión bacteriana secundaria, que también es productora de ictericia por estrechez posterior de los conductos biliares. Russel y Brown, ⁽¹²⁾ encontraron ictericia en 21 de 29 enfermos de cáncer vesicular; Kirshbaum y Kozoll, ⁽⁸⁾ en 61.8%; Yodice y Etala, ⁽²²⁾ en 69% y es de notarse que la serie de más enfermos, ⁽⁷⁵⁾ reportada por Sainburg y Garlock, ⁽¹⁹⁾ presentó sólo un 38.6% de ictericia. En la presente serie se encontró este síntoma en 10 casos de 22, lo cual representa un porcentaje de 45.4%, siendo en todos los casos de tipo continuo.

c) *Tumoración palpable*: El hallazgo de una tumoración palpable en el hipocondrio derecho, es otro de los constituyentes diagnósticos más importantes del cáncer de la vesícula biliar y es así que Yodice ⁽²²⁾ lo reporta en 69% de los casos; Sainburg ⁽¹⁹⁾ en 64%; Russell ⁽¹²⁾ en 17 de 29 casos; Bockus, ⁽¹⁰⁾ en 50 a 65%, variando el diámetro de 6 a 10 cm. y Kirshbaum, ⁽⁸⁾ en 63.3%. Este último autor atribuye la mayoría de las tumoraciones palpadas, al hígado aumentado de tamaño y dice que el encontrar sólo una vesícula aumentada de tamaño tiene poco valor, ya que este signo se presentó solamente en 2 de sus 55 casos. En nuestra serie se palpó una tumoración en el 50.09% de los pacientes y sólo en 2 de ellos estaba constituida exclusivamente por el hígado, siendo de 20 cm. la de mayor diámetro.

d) *Pérdida de peso*: Es también un síntoma que varía según los diversos autores y mientras Walters ⁽¹⁾ dice que es una molestia ya muy tardía, Russell, ⁽¹²⁾ por el contrario le da la importancia de síntoma inicial, habiéndolo encontrado en 23 de 29 casos. Sainburg ⁽¹⁹⁾ lo refiere en 41%, Bockus ⁽¹⁰⁾ en 95%, Cole ⁽²⁵⁾ en 1/3 de los casos y Kirshbaum ⁽⁸⁾ en 31 de 55 pacientes, encontrando un máximo de 60 libras en 6 meses y

un promedio de 20 libras de pérdida en el transcurso de la enfermedad. En nuestra serie la pérdida de peso estuvo presente en 72.7% de los enfermos, observándose un máximo de pérdida de 32 libras y media en el transcurso de dos meses y medio.

e) *Síntomas gastrointestinales*: Son pocos los autores que conceden gran importancia a éstos síntomas aunque Kirshbaum, ⁽⁸⁾ los refiere en más del 50% de los casos, dándole importancia sobre todo a la anorexia, náuseas y vómitos. También pueden presentarse según el mismo autor, diarrea, estreñimiento y melena pero con mucho menos frecuencia. Cole, ⁽²⁵⁾ dice que la náusea es un síntoma muy común y Bockus, ⁽¹⁰⁾ indica síntomas gastrointestinales en poco menos de la mitad de los casos. Llama la atención la elevada frecuencia de la anorexia en nuestra serie, la cual estuvo presente en un 70.7% de los pacientes. Respecto a los demás síntomas, los más comunes fueron náuseas y vómitos en 50% y flatulencia en 18%. Dos enfermos refirieron melena, pero ésta no se pudo comprobar después.

f) *Escalofríos y fiebre*: Este síntoma ha sido reportado por pocos autores, aunque Bockus, ⁽¹⁰⁾ dice que se observa casi invariablemente en algún período de la enfermedad; sin embargo Walters, ⁽¹⁾ menciona el cuadro febril sin importancia diagnóstica. En nuestra serie 3 enfermos (13.6%), refirieron historia de escalofríos y fiebre y la mayoría de los pacientes tuvieron febrícula de mayor o menor grado en el transcurso de su estancia hospitalaria. Los factores productores de dicha fiebre, son oscuros aún, pero las causas que suponemos sean más factibles son las siguientes: 1, Infección vesicular; 2, Hepatocolangitis; 3, Metástasis hepáticas; y 4, Fiebre de la carcinomatosis avanzada de origen no determinado.

g) *Exámenes hematológicos*: Kirshbaum y Kozoll, ⁽⁸⁾ encontraron anemia en 36% de enfermos de cáncer de la vesícula biliar, e índice icterico elevado entre 65 a 250 U., en 61.8% de los casos. Sin embargo hacen notar estos autores que los hallazgos de laboratorio son de muy poca ayuda en el diagnóstico de la afección, punto en el que están de acuerdo Walters y Snell. ⁽¹⁾ Bockus, ⁽¹⁰⁾ refiere anemia secundaria en todos los casos de cáncer vesicular avanzado, pero no así en los enfermos de poco tiempo de evolución. En nuestra serie, encontramos los siguientes

datos de laboratorio: Anemia en 72.7% de los casos, leucocitosis en 22.7%, aumento de la bilirrubina en 45.4%, sedimentación acelerada en 68.1% y franca alteración de las pruebas de función hepática en 22.7%. Al revisar las referencias del presente trabajo se notó la poca importancia que le dan todos los autores a las pruebas de laboratorio, como medios de ayuda para el diagnóstico diferencial del cáncer de la vesícula, habiéndonos demostrado este estudio que dichas pruebas no excluyen ni confirman la enfermedad.

h) Exámenes radiológicos: Casi todos los autores consultados (Walters, Bockus, Kirshbaum, Russell), están en concordancia en que el examen radiológico de la vesícula biliar, es de poco valor para el diagnóstico del cáncer y que el único hallazgo más o menos constante es el de una vesícula afuncional, que no concentra el medio de contraste, hecho por demás común en la colecistitis calculosa simple. Sin embargo Yodice y Etala, ⁽²²⁾ refieren haber encontrado calcificaciones visibles radiológicamente en 8 de 14 casos de carcinoma primitivo de la vesícula. Es nuestra opinión, que los signos radiológicos podrían dividirse en directos e indirectos, siendo los primeros falta de concentración del medio de contraste, calcificaciones o visualización de cálculos radiopacos y los segundos las desviaciones que sobre otros órganos produce la masa tumoral y los cuales son factibles de investigar por medio de exámenes como pielografía, aortograma y enema baritado.

i) Cuadro clínico en general: Respecto al cuadro clínico del carcinoma vesicular, es interesante la división en 3 cuadros sintomatológicos principales que hacen Judd y Baumgartner ⁽²⁶⁾ y que comprenden los siguientes: 1.—70% de los enfermos forman el grupo principal con historia de cólicos biliares anteriores y después la brusca aparición de ictericia, dolor constante y tumor palpable; 2.—22%, con síntomas referibles únicamente a colecistitis calculosa crónica; y 3.—Un 8% restante que se presenta en estado terminal con evidencias de caquexia, carcinomatosis, ictericia y ascitis.

Es también de hacer notar en nuestra serie la falta de ascitis clínica, a la cual autores como Weiss ⁽¹⁸⁾ y Bockus, ⁽¹⁰⁾ le dan cierta importancia diagnóstica y sólo la encontramos en tres oportunidades después de abierta la cavidad abdominal.

6.—DIAGNOSTICO:

En lo concerniente al diagnóstico del carcinoma de la vesícula biliar, el punto de vista general de casi todos los autores, es de que hay mucha dificultad para llegar a él, preoperatoriamente. Sainburg y Garlock, ⁽¹⁹⁾ dicen que no se puede esperar más de un 25% de sospecha clínica, antes del momento operatorio, y Bokcus ⁽¹⁰⁾ refiriéndome a una serie de 48 casos de Jankelson, ⁽²⁷⁾ encontró el diagnóstico de carcinoma en sólo dos casos. Es posible la sospecha de la afección según el mismo autor, en un enfermo con antecedentes anteriores de cólicos biliares y que después comienza a presentar dolor constante, ictericia y aparición de tumoración en el hipocondrio derecho, todo esto acompañado de pérdida de peso, caquexia y ascitis, pero que desafortunadamente, este cuadro se presenta tan sólo en 30% de los casos. En nuestra serie, el diagnóstico de cáncer de la vesícula biliar se hizo en 7 de los 22 casos, y se consideró entre los más posibles, en 6 casos más, lo cual da un porcentaje de 59.09% de sospecha clínica, que es el más alto que hemos encontrado después de revisar la literatura.

7.—ANATOMIA PATOLOGICA:

Kirshbaum y Kozoll, ⁽⁸⁾ en su análisis de 55 casos, reportaron las siguientes cifras respecto a la frecuencia de aparición de los diversos tipos de neoplasias encontradas: Infiltrante en 27, papilar en 14, mucoide en 3, medular en 8, sarcoma en 2 y melanoblastoma en un caso. Es de notarse que no hubo en su serie ni un sólo caso de carcinoma de células escamosas. Según éstos autores el carcinoma papilar es el menos maligno y produce metástasis más tardías que los otros tipos, teniendo muchas veces aspecto fungoide y pedunculado por lo que puede llegar a obstruir el cístico y producir empiema y perforación de la vesícula biliar. En general, tiene poco tejido conectivo. El tipo infiltrante toma todas las capas de la pared vesicular y es el más común, constituido por alvéolos atípicos, muchas veces con gran cantidad de tejido conectivo, lo cual le da un aspecto escirroso. También tiene tendencia a la perforación.

El adenocarcinoma mucoide sigue en frecuencia al del es-

tómago, y tiene gran cantidad de células productoras de moco, teniendo poca frecuencia de perforación. El tipo medular constituye tumores sólidos de color grisáceo con aspecto cerebroide.

Estos autores dividen las causas productoras de ictericia en tres principales, a saber: 1ª, Estrechez carcinomatosa; 2ª, Obstrucción por masa fungíode; y 3ª, Compresión por ganglios infartado. Respecto a la alteración hepática también la dividen en tres hallazgos principales: 1º, Cirrosis obstructiva, en que el hígado blando y que da pus al corte, en ocasiones con abscesos hígado blando y que da pus al corte, en ocasiones con abscesos diseminados; y, 3º, Metástasis hepáticas masivas.

Refiriéndose a la producción de metástasis en esta enfermedad, indican que se lleva a cabo por vía linfática, por extensión directa o por vía hematógena a distancia, siendo la primera la más importante, dado el drenaje linfático de la vesícula biliar que se dirige primero al ganglio cístico colector y de ahí al hígado, directamente a sus lóbulos o a través del hilio hepático por vía colédoco-porta, mediante los conductos linfáticos que rodean estos órganos, los cuales son asiento inicial de las metástasis. La incidencia de metástasis en su serie, fue de 51 hepáticas, 34 linfáticas, 10 epiploicas y 10 a vías biliares extrahepáticas entre las principales.

Bockus, ⁽¹⁰⁾ divide las neoplasias de la vesícula en las siguientes: Infiltrante 56%, papilar 21%, escirroso 25%, mucoide en 7%, y carcinoma escamoso en 4.5% de los casos. Insiste en que el hígado puede afectarse por invasión directa o linfática y que las metástasis distantes son raras. Ewing ⁽²⁸⁾ clasifica las neoplasias de la vesícula biliar en papilomatosa, gelatinosa y difusa o infiltrante, siendo la última la más común; bajo el punto de vista microscópico las divide en adenocarcinoma, carcinoma alveolar y carcinoma escamoso, siendo el último el más raro.

Halpert ⁽²⁹⁾ indica que el 90% de los carcinomas vesiculares son de tipo columnar con estructuras papilares y con poco tejido conectivo, siendo el único autor que da preponderancia al tipo papilar sobre el infiltrante. Sin embargo Boyd, ⁽³⁰⁾ concede mayor porcentaje de aparición a esta última forma y agrega que el epiteloma escamoso es producido por una metaplasia de epitelio columnar a escamoso.

Sainburg y Garlock, ⁽¹⁹⁾ dan los siguientes datos en 75 pacientes: adenocarcinoma en 82.7%, carcinoma de células escamosas de 4% y carcinoma inespecífico en 13.3%. Oldham ⁽²³⁾ hace incapié en que todos los cánceres de la vesícula biliar son muy malignos, cualquiera sea el tipo que se trate. En nuestra serie de casos, hubo un franco predominio de adenocarcinoma, el cual estuvo presente en 95%, sobre el carcinoma escamoso, que se observó en 5% de los casos. Sólo en dos ocasiones fue reportado el tipo de adenocarcinoma existente, siendo de tipo papilar. En un paciente se encontró una combinación de este tipo con el mucoide.

Con respecto a las metástasis, el hígado estaba afectado en 68% de los casos y en más de la mitad de estos, principalmente en su cara inferior, lo cual está en completo acuerdo con la derivación linfática de la vesícula biliar. Hacemos notar que la infiltración de la cara inferior de la viscera siempre tuvo aspecto macronodular, mientras que cuando estuvo infiltrado todo el parénquima hepático, los nódulos eran más bien pequeños que grandes. Existió invasión a las vías biliares extrahepáticas en 13.6% y al epiplón mayor en 31.8%, lo cual es más alto que los reportes de otros autores.

También observamos invasión a órganos vecinos como colon (1 caso) y duodeno (1 caso), así como adherencias a la pared anterior, hechos que comprobaron la mayor frecuencia de extensión local que a distancia, ya que las únicas tumoraciones lejanas encontradas en un pecho y en un anexo, no fueron comprobadas anatomopatológicamente y el examen radiológico de campos pulmonares, en las ocasiones en que se llevó a cabo fue negativo de metástasis, a pesar de lo avanzado de la enfermedad.

8.—PRONOSTICO:

El pronóstico de sobrevida, una vez diagnosticada la enfermedad es, en realidad, sombrío en todos los informes publicados incluyendo el nuestro.

Para corroborar lo anterior citaremos algunas de las opiniones de los autores que se han ocupado del problema: Oldham ⁽²³⁾ dice que sólo algunos casos viven más del año y eso solamente cuando se extirpa a tiempo la vesícula cancerosa. Los portu-

gueses Gentil, Conde y Neves da Silva ⁽¹⁴⁾ hallaron un 98.5% de mortalidad, después de 3 años de observados, en los casos de carcinoma colectados por ellos. Russell, ⁽¹²⁾ sólo pudo hacer colecistectomía en 7 de 29 pacientes y no refiere sobrevividas de 5 años. Zaffaganini, ⁽¹⁷⁾ en 8 operaciones de sarcoma de la vesícula biliar, reportó 5 muertes entre 2 y 6 meses del período post-operatorio, 1 muerte después de 10 años y 1 sobrevivida después de 10 años. Jones ⁽¹³⁾ considera, después de analizar 50 casos, que el carcinoma vesicular es punto menos que incurable y Cole ⁽²⁵⁾ cree que menos del 5% de los casos puede llevar una sobrevivida de 5 años. Yodice y Etala, ⁽²²⁾ entre 14 pacientes, sólo reportaron una sobrevivida de 4 años con tratamiento de Rayos X y una sobrevivida de 2 años después de colecistectomía. El único reporte algo de sobrevivida, pertenece a Vadheim, ⁽³¹⁾ con 13 casos de más de 5 años de período post-operatorio satisfactorio, pero los 13 enfermos tenían un adenocarcinoma grado I. Hay otras publicaciones referentes a sobrevividas elevadas, pero todas son islas y carecen de importancia práctica. En la presente serie de 22 casos fue imposible seguir 7 pacientes, pero se conoce la suerte de 15 de ellos, de los cuales 14 ya fallecieron, entre un día y 7 meses después de la intervención. El otro enfermo ha sido seguido por un año y 2 meses y se encuentra en magnífico estado de salud. Respecto a los casos que no se han podido continuar controlando, se supone que vive solamente uno de ellos, en el que se encontró la enfermedad confinada a la vesícula biliar.

9.—TRATAMIENTO:

En general, hay pocas esperanzas respecto al resultado del tratamiento que se haga en esta afección, por más radical que sea y muchas veces el cirujano tiene que conformarse con abrir la cavidad abdominal y volver a cerrar al enfermo, después de efectuado el fatal diagnóstico, debido a la extensión del proceso en los órganos vecinos. (Olhdam.)

Autores como Sheinfeld, ⁽³²⁾ Marin y Del Fabro, ⁽³³⁾ Zaffaganini ⁽¹⁷⁾ y Cole ⁽²⁵⁾ abogan por la colecistectomía, con resección cuneiforme del área hepática afectada, como único medio si no curativo, a lo menos paliativo de la enfermedad, de

acuerdo con la distribución linfática y la forma de comportarse de las metástasis. No nos fue posible encontrar datos de sobrevivida que justifiquen este procedimiento. En realidad, el único medio de contribuir a la erradicación de las neoplasias malignas de la vesícula biliar, es la extirpación quirúrgica de todas las vesículas que se hayan comprobado que contengan cálculos y este punto de vista está de acuerdo con Oldham, ⁽²³⁾ Sainburg y Garlock, ⁽¹⁹⁾ Kirshbaum y Kozoll, ⁽⁸⁾ Walters y Snell, ⁽¹⁾ Bokkus ⁽¹⁰⁾ y Marin y Del Fabro, ⁽³³⁾ entre otros autores. Solamente Russel ⁽¹²⁾ y Cooke, ⁽¹⁵⁾ se oponen a tal concepto, arguyendo que el carcinoma de la vesícula biliar es raro y sin embargo el hallazgo de colelitiasis silenciosa en las autopsias es bastante alto y que dadas la mortalidad y morbilidad aun existentes en la colecistectomía, no está justificado el procedimiento de la operación sistemática en todas las vesículas con cálculos y menos aún en personas jóvenes.

En la serie del presente trabajo sólo fue posible hacer colecistectomía en 5 de los 22 pacientes; sólo en uno de ellos con buen resultado post-operatorio. En un paciente más, se extirparon restos de vesícula, remanentes de operación anterior y en el resto, se efectuaron operaciones paliativas o biopsias con fines diagnósticos. En ningún caso se llevó a cabo la reacción cuneiforme del parénquima hepático afectado.

10.—RESUMEN Y CONCLUSIONES:

A) Se estudiaron 22 casos de tumores malignos de la vesícula biliar, encontrados en un período de 4 años y un mes, en tres diferentes Salas hospitalarias y en la Clínica privada.

B) Se presentaron separadamente cada uno de los casos, con sus datos de historia clínica, examen físico, hallazgos de laboratorio y radiológicos, intervención quirúrgica, patologías macro y microscópica y resultados post-operatorios.

C) Se hizo un análisis en conjunto de los casos, encontrándose como síntomas clínicos más frecuentes: Dolor (95%), Tumoración palpable en hipocondrio derecho (50%), Ictericia

(45.45%), Pérdida de peso (72.7%), Anorexia (70.72%) y náuseas y vómitos (50%). De todos los pacientes, 40.9% dieron historia de ataques previos de cólicos de tipo vesicular y la duración medio de la enfermedad actual varió entre 15 días y 8 meses.

D) Los exámenes de Laboratorio y Radiológico, consideramos que son de poca ayuda diagnóstica, aunque dirijan la atención hacia un padecimiento biliar.

E) El diagnóstico preoperatorio, creemos que es difícil de hacerse con certeza, pero que es posible sospecharlo más o menos en la mitad de los casos. En nuestro estudio se consideró este diagnóstico en 57.20% de los casos.

F) 95% de los casos encontrados resultaron ser adenocarcinomas, la mayoría de grado II de malignidad y 5% carcinoma epidermoide. En 68.1% de los casos existía litiasis biliar, estando el hígado afectado en 68%, el epiplón mayor en 31.8% y las vías biliares extrahepáticas en 13.6%. Tenemos la impresión de que la expansión tumoral se efectúa más por vecindad y por vía linfática que por vía hemática a distancia.

F) Es nuestra opinión, que el pronóstico de la afección es desalentador, una vez sentado el diagnóstico y aún después de las operaciones radicales.

G) Los resultados del tratamiento son pobres, debido a que la extensión del proceso impide llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos necesarios. Por otra parte, la Radioterapia no ofrece ninguna ayuda.

H) Revisamos la literatura de libros de texto y de artículos del Surg. Gynec. and Obst. publicados durante 15 años, haciendo mención de los datos de mayor interés en el capítulo de Discusión.

I) Incluimos las microfotografías y radiografías de mayor interés ilustrativo, en la presente serie.

J) Como última conclusión y la más importante, podemos decir que la única manera de luchar contra el cáncer de la vesícula biliar, es extirpar quirúrgicamente toda vesícula que contenga cálculos, sin discriminación de sexo o edad (aunque se presente con mayor frecuencia en las mujeres entre los 50 y los 60 años de vida) y aunque no hayan tenido ni tengan síntomas.

GERMAN ARAMBURU BORQUEZ.

Vo. Bo.:
Dr. C. E. AZPURU.

Imprimase:

Dr. JOSE FAJARDO,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Walters, W., Snell, A. M.: "Enfermedades de la vejiga biliar y de los conductos biliares". The University Society Inc. 1944.
- 2.—Stoll, M.: Citado por Walters y Snell.
- 3.—Hallé, J. N.: Citado por Walters y Snell.
- 4.—Frerichs, F. T.: Citado por Walters y Snell.
- 5.—Musser, J. H.: Citado por Walters y Snell.
- 6.—Courvoisier, L. G.: Citado por Walters y Snell.
- 7.—Ames, D.: Citado por Walters y Snell.
- 8.—Kirshbaum, J. D., Kozoll, D. D.: "Carcinoma of the Gall Bladder and Bile Ducts". Surg. Gynec. & Obst., 73, 5: 740-754, Noviembre 1941.
- 9.—Mohardt, J. H.: Citado por Kirshbaum y Kozoll.
- 10.—Bockus, H. L.: "Gastroenterología", Salvat Editors, 1948.
- 11.—Marano, A., Matera, R. F.: "Primary Epidermoid Cancer of the Gall Bladder". Int., Abst. of Surg. en Surg., Gynec. & Obst., 76, 6: 542, Junio 1942.
- 12.—Russel, P. W., Brown, C. H.: "Primary Carcinoma of the Gall Bladder. — A Clinical and Pathologic Analysis of 29 Cases". Int., Abs. of Surg., en Surg., Gynec. & Obst., 92, 3: 262-263, Marzo 1951.
- 13.—Jones, C.: "Carcinoma of the Gall Bladder. — Report of 50 Cases". Int., Abst. of Surg., en Surg., Gynec. & Obst., 92, 3: 263, Marzo 1951.
- 14.—Gentil, F., Conde, J., Neves da Silva, J.: "Carcinoma of the Gall Bladder and Cholelithiasis". Int. Abst. of Surg. en Surg., Gynec. & Obst., 98, 4: 358-359, Abril 1954.
- 15.—Cooke, L. F., Jones, A., Keech, M.: "Carcinoma of the Gall Bladder", Int., Abst. of Surg., en Surg., Gynec. & Obst. 98, 4: 358, Abril 1954.
- 16.—Arroyave, R.: "Revisión de 195 casos de Colectomía operados en el Primer Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General". Revista del Colegio Médico. En prensa.
- 17.—Zaffaganini, V.: "Primary Sarcoma of the Gall Bladder". Int., Abst. of Surg., en Surg., Gynec. & Obst., 96, 3: 259, Marzo 1953.
- 18.—Weiss, S.: "Clinical Lectures on the Gall Bladder and Bile Ducts", The Year Book Publishers Inc. 1944.
- 19.—Sainburg, F. P., Garlock, J. H.: "Carcinoma of the Gall Bladder". Int. Abst. of Surg. en Surg., Gynec. & Obst., 87, 2: 164, Agosto 1948.
- 20.—Moynihan: Citado por Marano y Matera.
- 21.—Adams, R., Stranahan, A.: "Cholecystitis and Cholelithiasis". Surg., Gynec. & Obst., 85, 6: 776-784, Diciembre 1947.
- 22.—Yodice, A., Etala, E.: "Cancer of the Gall Bladder". Int. Abst. of Surg. en Surg., Gynec. & Obst., 88, 2: 152-153, Febrero 1949.
- 23.—Oldham, J. B.: en "British Surgical Practice", Vol. 4, Butterworth & Co. (Publisher), Ltd., 1948.
- 24.—Graham: Citado por Sainburg y Garlock.
- 25.—Cole, W.: en "A Textbook of Surgery", por Christopher, F., Cap. XXIX, W. B. Saunders Company, 1952.
- 26.—Judd, E. S., Baumgartner, C. J.: Citados por Kirshbaum y Kozoll.
- 27.—Jankelson, I. R.: Citado por Bockus.
- 28.—Ewing, J.: Citado por Cole.
- 29.—Halpert, B.: en "Pathology", por Anderson, W. A., The Mosby Company 1948.
- 30.—Boyd, W.: "Surgical Pathology", Saunders Company, 1947.
- 31.—Vadheim: Citado por Russell y Brown.
- 32.—Sheinfeld, W.: "Cholecystectomy and Partial Hepatectomy for Carcinoma of the Gall Bladder with Local Liver Extension". Int., Abst. of Surg. en Surg., Gynec. & Obs., 85, 6: 560, Diciembre 1947.
- 33.—Marin, L. A., Del Fabro, L.: "Primary Carcinoma of the Gall Bladder", Int., Abst. of Surg. en Surg., Gynec. & Obst., 92, 2: 153, Febrero 1952.