

NOTAS CLINICAS

CARCINOMA PRIMITIVO DEL COLEDOCO

C. PERA BLANCO-MORALES y A. VIÑUELA
HERRERO.

Médicos Internos.

Casa de Salud Valdecilla.

Instituto Médico de Postgrados.

Servicio de Aparato Digestivo. Jefe: Doctor A. GARCIA
BARÓN.

Servicio de Anatomía Patológica. Jefe: Doctor E. OLIVA.

I

Las neoplasias malignas de las vías biliares extrahepáticas (excluidas las que asientan en la ampolla de Vater) son bastante raras. Para tener una idea más exacta de su frecuencia global, acaso sea mejor utilizar datos de autopsia, ya que es posible que un número no despreciable de estas neoformaciones pase inadvertido clínicamente bajo el diagnóstico de síndrome icterico obstructivo neoplásico sin comprobación operatoria o necrópsica. MASUDA⁷, entre 3.272 autopsias, halló 35 casos; KELLY-NACK⁷, dos entre 4.578, y McGLINN⁷, cinco entre 9.000.

Dentro de las vías biliares extrahepáticas la tumoración puede asentarse en el colédoco, en el hepático, en el cístico o en la confluencia cístico-coledociana. De todas estas localizaciones la más habitual es la del colédoco, como muestran todas las estadísticas (tabla I) recogidas de la literatura por diversos autores.

Siguen por orden de frecuencia a la localización coledociana la de la confluencia con el cístico, la hepática y la cística.

En contraposición al carcinoma vesicular, el de las vías biliares extrahepáticas acaece más veces en el hombre que en la mujer (53 por 100 en el hombre y 46 por 100 en la mujer dentro de la serie de GRÖBL, cifras que pueden tomarse como bastante características); coincide menos frecuentemente con la litiasis biliar que el carcinoma del colecisto. La edad media de pre-

sentación puede calcularse alrededor de los setenta años.

El cáncer de colédoco puede asentarse en cualquier zona de su trayecto (en 17 casos recogidos por STEWART con localización exacta, 10 estaban en los 2/3 superiores y 7 en el 1/3 inferior).

"Buena parte de las observaciones de carcinoma de colédoco publicadas en la literatura médica son incompletas; así STEWART, en un trabajo muy cuidadoso, pudo reunir 80 casos, de los que sólo 17 eran totalmente aceptables, desechó 15 por falta de historia clínica o insuficiencia de detalles, 38 por falta de examen histológico y 15 por dudoso origen primitivo en el colédoco."

Macroscópicamente, pueden mostrar tres aspectos diferentes (EWING): a) Velloso. b) Nodular; y c) Difuso. El caso que presentamos sería mejor calificarlo como poliposo sesil. El tamaño varía desde un hueso de aceituna hasta neoplasias mucho más extensas que invaden tejidos vecinos, siendo entonces difícil puntuar el origen primitivo del tumor.

Histológicamente, los tumores malignos del colédoco son casi siempre adenocarcinomas. En la serie de STEWART figura un epiteloma y SUBIK⁶ ha comunicado un caso de sarcoma primitivo del colédoco.

Las metástasis de las neoplasias malignas del colédoco no son demasiado frecuentes. En la serie de GRÖBL, el 41,7 por 100 no las tenía.

Clínicamente estos tumores, en contraste con su pequeño tamaño, determinan, en razón de su situación en el árbol biliar, un síndrome icterico obstructivo completo o incompleto, según el tamaño de la tumoración. Diagnosticado el síndrome icterico obstructivo, resulta muy difícil su diagnóstico preciso una vez que se llega a la convicción de que no es debido a una coledocolitiasis (instauración insidiosa, sin cólico previo, en enfermo de edad avanzada con síndrome neoplásico inespecífico), pues es casi insoluble la diferenciación con los mismos procesos obstructivos originados por las neoplasias

TABLA I

AUTOR	AÑO	Número total	Colédoco	Cístico	Hepático	Confluencia
ROLLESTON	1929	91	34 (38 %)	—	23	28
MARSHALL	1932	34	11 (28 %)	5	7	11
STEWART	1940	82	20 (24 %)	27	35	—
GRÖBL	1942	46	28 (60 %)	6	7	5
MARTIARENA	1945	16	4 (21 %)	—	4	8

de la ampolla de Vater y de la cabeza del páncreas.

Junto a la ictericia obstructiva estos enfermos suelen aquejar dolor epigástrico, bien en forma que por su irradiación remeda el cólico vesicular, bien en forma de pesadez indeterminada. El hígado generalmente está aumentado de volumen (estasis biliar) y la vesícula puede palparse distendida (de 1/3 a la 1/2 de los casos).

El tratamiento quirúrgico de estas neoformaciones es bastante desalentador; con gran

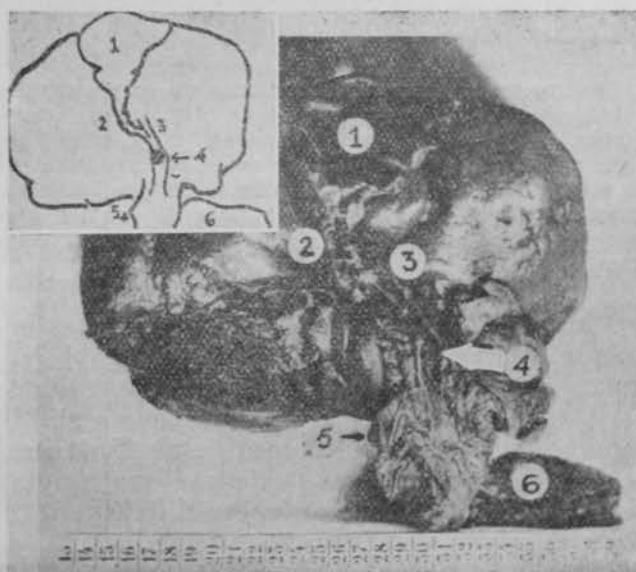


Fig. 1.—Pieza de autopsia: 1) Vesícula biliar abierta. 2) C. cístico. 3) C. hepático. 4) Tumoración. 5) Duodeno abierto. 6) Páncreas.

frecuencia llega el enfermo al cirujano en condiciones terminales. Si hecho el diagnóstico de síndrome ictérico obstructivo neoplásico se comprueba la tumoración coledociana, la solución del problema quirúrgico dependerá de la extensión de la neoplasia, localización y existencia de metástasis. En condiciones muy desfavorables se intentarán operaciones paliativas (colecistogastrostomía, por ejemplo) y en buenas circunstancias la extirpación del tumor y la reconstrucción de la vía biliar (hepático-duodenostomía, colédoco-duodenostomía o colecistoduodenostomía, según las posibilidades).

II

Mujer de ochenta y cinco años, viuda; admitida en el Servicio el día 1 de septiembre del año actual (*). Ha tenido trece hijos. Sin antecedentes familiares y personales de interés. Hace quince días que, de forma súbita, comenzó a presentar ictericia de piel y mucosas; la orina desde entonces es muy oscura y la deposición blanquecina. Desde que está ictérica nota una sensación de pesadez gástrica; prurito. Ha perdido totalmente el apetito. No ha tenido fiebre. Ningún otro síntoma de interés.

El examen físico demuestra una enferma bien nutrida con abundante pedículo adiposo. Ictericia verdinica acentuada de piel y mucosas. Se encuentra obnubilada

(*) Remitido para su publicación en diciembre de 1954.

ligeramente. Hepatomegalia de cinco traveses de dedo bajo reborde costal en su parte más ancha; el borde es discretamente duro, pero no parece cirrótico; la superficie es lisa. No se toca vesícula a tensión ni tampoco bazo.

Se inicia la exploración complementaria de laboratorio obteniéndose los siguientes datos: Bilirrubina, 6,87 miligramos por 100. R. de Mac Lagan, 5 unidades. R. de Hanger, negativa. R. de Takata-Ara, negativa. Albúmina, 3,43, y globulinas, 3,73. En orina, pigmentos biliares fuertemente positivos.

Al día siguiente de ingresar en el Servicio, y antes de que se pudiera completar su exploración, en orden a especificar en lo posible la causa de su ictericia obstructiva, que por su edad y la instauración insidiosa era sospechosamente neoplásica, la enferma comienza a entrar en coma hepático. Se inicia tratamiento intensivo según la pauta de LATNER, pero, a pesar de ello, fallece a los tres días de su ingreso.

El examen necrópsico dió los siguientes datos: Coloración amarillo-verdosa de piel, mucosas, serosas y órganos. Abundante panículo adiposo. Macroesplenía.

Cavidad pleural derecha: Se extraen unos 400 c. c. de líquido seroso pardo-amarillento.

Cavidad pleural izquierda: Algunas adherencias.

Pulmones: Al corte, rezuma abundante líquido pardo-amarillento.

Aorta: Discretas placas de ateroma.

Hígado: Grande, sobre todo el lóbulo derecho (peso, 1.900 gr.). Al corte, aparecen muy dilatados los capilares biliares con estasis biliar.

Conducto hepático: Dilatado hasta alcanzar el calibre de 1 cm.

Vesícula biliar: 15 cm. de longitud por 7 cm. de diámetro. Pared delgada y lisa. Contiene un líquido filante, transparente, casi incoloro, con un ligero tinte verde-grisáceo.

Conducto cístico: Dilatado con 1 cm. de diámetro.

Colédoco: Inmediatamente por debajo de la unión de



Fig. 2.—Vista panorámica en un corte equatorial (4X).

los conductos hepático y cístico hay una tumoración poliposa sesil (figs. 1 y 2) redondeada, de 1,5 cm. de ancho por 1,5 de altura, con la base de implantación endurecida.

Riñón derecho: Nodulito subcapsular blanco, bien limitado, del tamaño de un guisante, redondeado aunque ligeramente triangular, con la base en la cápsula.

El estudio microscópico de la tumoración coledociana demostró que se trataba de una masa tumoral en la que se observa una proliferación epitelial atípica e infiltrante; en unas zonas, sobre todo las más superficiales (fig. 3), aparece la imagen correspondiente a un carcinoma sólido, cuyas células presentan los mayores

grados de atipia, abundando las figuras de mitosis monstruosas. En otras se encuentran elementos glandulares, algunos de los cuales, de luz muy ancha, están recubiertos de un epitelio bastante diferenciado, regu-

lar, cilíndrico y muy alto (fig. 4), en tanto que otros son pequeños e irregulares, creciendo desordenadamente en el estroma y revestidos de un epitelio bajo, casi cúbico y mucho más atípico (fig. 5). Entre estos dos

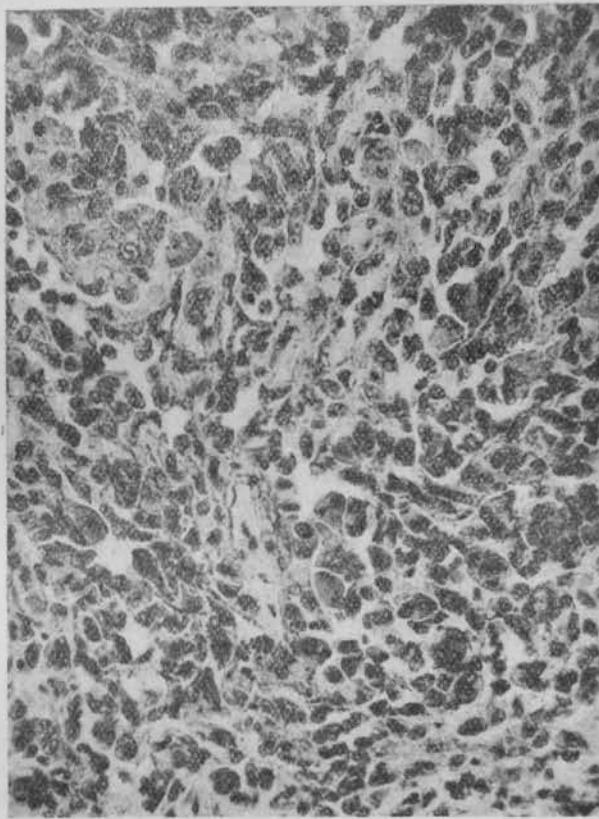


Fig. 3.

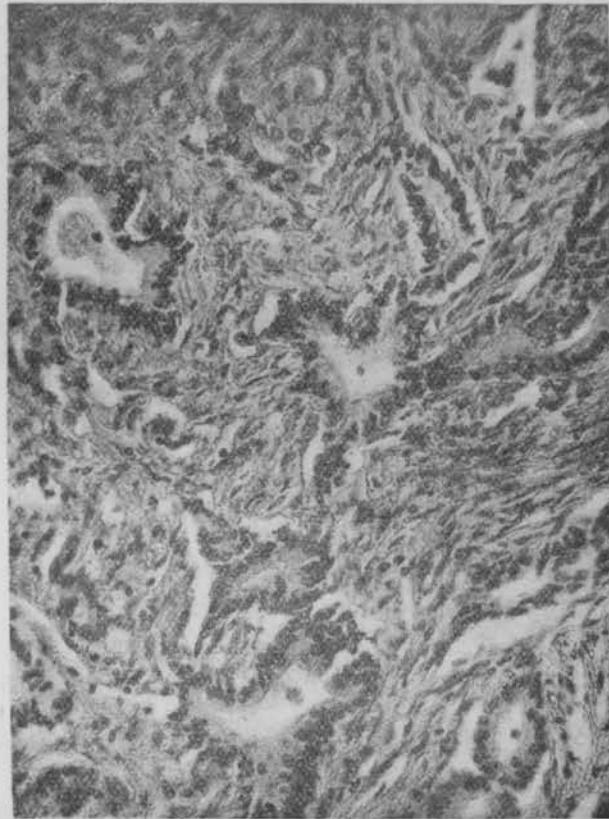


Fig. 5.



Fig. 4.

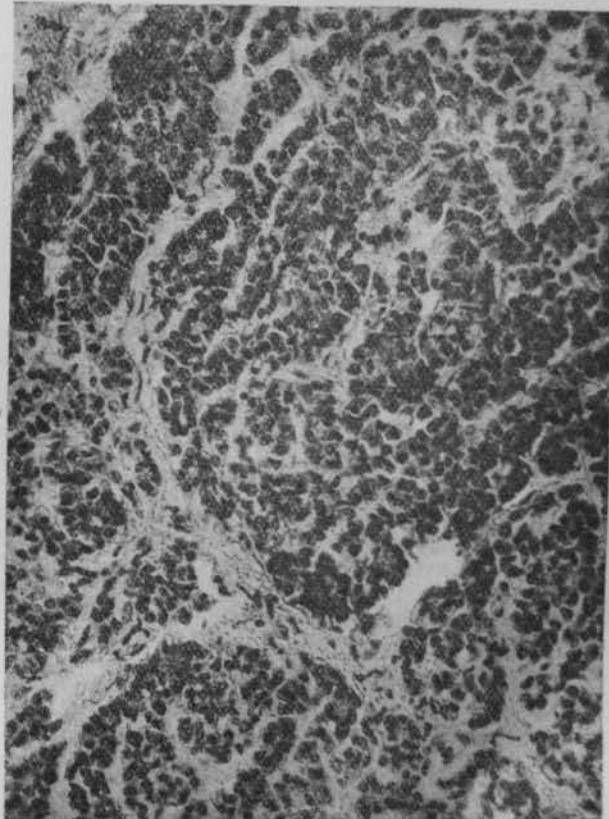


Fig. 6.

tipos extremos de formaciones glandulares se encuentran numerosos grados intermedios. La neoformación invade la pared del colédoco, en la que, aparte de pequeños nidos celulares, muy numerosos, y glándulas, se observan unos campos ovalados, limitados con bastante precisión, cuyas células son redondeadas y más pequeñas que las anteriores (fig. 6). El estroma es relativamente abundante con infiltraciones linfocitarias circunscritas y difusas. Las fibras colágenas penetran desde la pared del colédoco por la parte media de la base de la tumoración formando el eje del pólip.

Diagnóstico histológico: Carcinoma del colédoco, en parte sólido y en parte adenomatoso. El nodulito de la cápsula renal mostró la imagen correspondiente a un fibroma.

RESUMEN.

Después de revisar brevemente la literatura referente a las neoplasias malignas primitivas del colédoco, los autores presentan una observación propia con estudio clínico y anatomo-patológico.

BIBLIOGRAFIA

1. GRÖBL y POHL.—Beitr. zür Klin. Chirurg., 173, 215, 1942.
2. MARTIARENA y MOREL.—Bol. Inst. Patol. Quir. Buenos Aires, 21, 301, 1945.
3. MARSHALL.—Surg. Gyn. Obst., 54, 6, 1932.
4. ROLLESTON y MACNE.—Diseases of Liver, Gallbladder and Bile duct. MacMillan Company. London, 1929.
5. STEWART.—Arch. Surg., 4, 662, 1940.
6. SUBICK.—Zentralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat., 72, 65, 1939.
7. WALTERS y SNELL.—Enfermedades de la vesícula biliar y de los conductos biliares. Salvat, edit. Barcelona, 1944.

ACCIDENTE INSOLITO EN UNA NEFRECTOMIA

A. TORRA HUBERTI.

Instituto Polyclínico de Barcelona.
Jefe de la Sección de Urología.

Un hombre de treinta años con buen aspecto y excelente estado general, casado y con un hijo sano, natural de Solsona (provincia de Lérida), comparece a la consulta con un historial en el que carecen de importancia los antecedentes familiares, y en cuanto a los personales sólo llama la atención una pleuresia serofibrinosa cuando tenía dieciocho años.

La enfermedad actual data de algo menos de dos años, y desde entonces dice haber perdido aproximadamente unos 10 kilos de peso, aunque, como hemos dicho, su aspecto general da la mejor impresión, quizás debido a su vida al aire libre en el cuidado de sus propiedades rurales.

En diciembre de 1952, después de trabajar con un tractor e ir en motocicleta, tiene espontáneamente una hematuria, algo de fiebre y lumbalgia bilateral con preferencia para el lado derecho, expulsando un pequeño coágulo. Queda bien hasta enero de 1954, en que bajo circunstancias parecidas vuelve a repetir un cuadro clínico similar. En julio, otro episodio, y desde entonces los ataques empiezan a hacerse más frecuentes y las febrículas persistentes. En septiembre decide consultar

a un internista de Barcelona, que manda practicar un examen de sedimento urinario y una urografía excretoria; en el análisis llama la atención la ausencia de piuria, y en las imágenes urográficas, la eliminación funcional del riñón derecho, que por otra parte se manifiesta con un nefrograma de características anatómicas normales.

De los diferentes medicamentos empleados destacan, entre los más especiales, la penicilina-estreptomicina, que según él le ha empeorado, provocando ataques más frecuentes y orina más sucia, y la terramicina, con la cual experimentaba gran alivio en las crisis.

A finales de dicho mes de septiembre se presenta a la consulta relatando el historial ya expuesto, pero añadiendo, después de un insistente interrogatorio, que tenía polaquiuria, orinaba cada dos horas durante el día y tres veces por la noche, y experimentaba un ligero y desagradable escozor al final de la micción de una orina algo turbulenta.

La orina emitida era turbia, con indicios claros de albúmina y sin glucosa. Nada era de hallar a la exploración manual del abdomen y regiones renales y era negativa la percusión lumbar. Nada se apreciaba a la exploración de los genitales externos y era normal el resultado del tacto rectal.

La cistoscopia revelaba una mucosa vesical con lesiones de cistitis crónica preferentemente para el lado derecho de la vejiga, pero sin poder observar ninguna específica característica; era bien visible el ostium ureteral izquierdo, pero no así el derecho, escondido entre lesiones y mucosidades. No fué posible el cateterismo ureteral derecho.

Un nuevo examen del sedimento urinario revelaba una piuria con 15 ó 20 leucocitos polinucleares por campo, escasos hematies y células pavimentosas y bacilos de Koch en acúmulos típicos después de un examen minucioso (doctor ROCA).

Con el diagnóstico de tuberculosis renal derecha, abierta y avanzada, se estableció un régimen de vida y una medicación específica como tiempo prepártorio a una próxima nefrectomía.

A las cuatro o cinco semanas de este tratamiento se presentaba mejorado en sus molestias subjetivas y había aumentado algo de peso, pero persistía la polaquiuria, la febrícula y la orina turbia. Una nueva urografía revelaba la misma ausencia funcional renal derecha contrastando con una imagen urográfica normal del resto del aparato urinario.

En el curso de la nefrectomía se observó un riñón de un tamaño algo inferior al normal, poco deformado exteriormente, con buen color y pocas lesiones exteriores; en cambio, a la palpación, se apreciaban diferencias notables de consistencia que revelaban la importancia de las lesiones interiores, así como un uréter indurado característico de la ureteritis específica. Relativamente fácil fué la liberación del riñón y pedículo vascular, pero éste se presentaba indurado y corto, impidiendo la buena exteriorización del órgano. Mientras se mantenía tenso el pedículo y se hacía la acción de recoger el clamp que debía pinzarle, surge el accidente, notándose que repentinamente el riñón se había soltado del tenso pedículo que lo sujetaba y sin apreciar ninguna hemorragia troncular que indudablemente suponíamos se había establecido con la rotura del pedículo, procediése urgentemente al taponamiento de la región pedicular con compresas grandes, al tiempo que se continuaba la operación con la total exteriorización, fuera del abdomen, del riñón y buena porción de la parte superior del uréter, al que se ligaba y cortaba con bisturi eléctrico junto al extremo antero-inferior de la herida operatoria. Liberado ampliamente el campo con la extirpación renal y dispuestos para la busca y pinzamiento del pedículo que había quedado suelto, procediése a retirar con cautela las gasas del taponamiento y con asombro observamos que nada sangraba aun después de pasados unos minutos de atenta observación. Se retiraron dos o tres coágulos importantes del fondo de la herida, se es-