

## O R I G I N A L E S

## DILATACION IDIOPATICA DEL COLEDOCO

P. PIULACHS y E. SALA PATAU.

Clínica Quirúrgica II de la Facultad de Medicina  
de Barcelona.

Profesor: P. PIULACHS.

La dilatación quística del colédoco es una lesión congénita que se caracteriza por la existencia de una gran dilatación de la porción inferior de los conductos biliares extrahepáticos; el origen de la misma ha sido muy discutido.

Se ha llamado también dilatación idiopática, dilatación congénita, quiste del colédoco, quiste congénito y quiste diverticular del colédoco.

De todas las denominaciones, la más apropiada, tal como señalan CHAMPEAU y PINEAU<sup>6</sup>, es la de dilatación idiopática segmentaria del colédoco, ya que con ella se tienen en cuenta los tres elementos característicos de la lesión: 1.º Su carácter segmentario, o sea que afecta parcialmente el colédoco. 2.º Que aparece aislada, sin que se acompañe de distensión del resto de las vías biliares, faltando en especial la distensión vesicular; y 3.º Que es idiopática, ya que no se encuentra obstáculo primario coledociano subyacente.

De todas estas particularidades cabe destacar como la más constante el carácter segmentario de la dilatación, pues los otros caracteres pueden faltar, ya que en algunos casos existe una moderada dilatación por encima del quiste, y en otros se encuentran estenosis, formaciones valvulares o angulaciones por debajo, constituyendo alteraciones de aparición secundaria.

Nosotros hemos tenido ocasión de operar un caso de quiste de colédoco que vamos a exponer a continuación.

M. N., enferma de cincuenta y cuatro años, ha tenido dos hijos, que viven sanos. Ingresó en nuestro Servicio el 12-XI-1948.

Antecedentes familiares sin interés, sin descubrir existencia de taras congénitas.

A la edad de veintitrés años, de un modo súbito, al día siguiente de haber tenido un serio disgusto familiar, amanece con tinte icterico que se mantuvo durante dos meses. Pasó una temporada asténica.

A los treinta y nueve años, crisis dolorosa intensa en el epigastrio.

Un año después, nueva epigastralgia, junto con hipocondralgia derecha, vómitos e ictericia discreta.

A los cuatro meses, a los seis y a los diez años repite el mismo cuadro. Los vómitos cedían pronto, pero el dolor y la ictericia se mantenían durante ocho a quince días.

Hace un año reaparecen las molestias en forma de dolor violentísimo, "como si le arrancasen algo", dice la

enferma, de asiento inicial en el epigastrio e hipocondrio derechos, con ulterior irradiación a la espalda y región lumbar del mismo lado; vómitos muy amargos e ictericia más intensa que en las crisis anteriores.

A los seis meses reaparecen las molestias.

Hace quince días volvieron a reaparecer, quedando un gran decaimiento general y apareciendo por primera vez escalofríos y prurito.

A la exploración nos encontramos con una mujer bien nutrida, con tinte icterico de piel y mucosas. En el abdomen existe una cicatriz media infraumbilical, por histerectomía practicada a los treinta años. Discreta hepatomegalia y punto cístico algo sensible. No se palpa ninguna tumoración. Temperatura de 36,5°; 62 pulsaciones rítmicas por minuto. Fuerte componente emotivo con polaquuria.

Por sondaje duodenal no se obtiene bilis B y la colecistografía no visualiza la vesícula. Pruebas de funcionamiento hepático normales.

Se diagnostica de colelitiasis y se indica el tratamiento quirúrgico.

Intervención (22-XI-1948) (doctor P. PIULACHS).—Laparotomía transrectal derecha. En la región subhepática se observa una tumoración, como una naranja, rodeada de adherencias; no se palpan cálculos; páncreas algo indurado.

A fin de orientarse respecto a la topografía y relaciones de la tumoración quística se inicia su disección, después de la cual se puede apreciar la ausencia completa de vesícula biliar, la existencia de un colédoco del grosor de un pulgar, con bolsa diverticular supraduodenal recubierta en parte por el duodeno, y la existencia, además, de una arteria hepática de gran calibre, con un latido muy evidente y que sigue un trayecto anómalo, cruzando oblicuamente por delante de la vía biliar principal.

Se practica una derivación interna anastomosando la pared quística con el duodeno.

Cierre a planos de la pared sin drenaje.

El curso postoperatorio fué normal y la enferma fué dada de alta, curada, a los veinticinco días de la intervención.

*Colangiografía postoperatoria.*—En el curso postoperatorio se efectuó un estudio radiográfico funcional de la anastomosis, mediante colangiografía retrógrada por ingestión de papilla opaca, observándose imágenes demostrativas de la dilatación quística diverticular del colédoco.

En una primera radiografía directa en posición vertical obtenida a los ocho días de la intervención, se comprueba la permeabilidad de la neostomía al descubrir aire en el interior de los canales biliares (neuroangiocolia); el buen funcionamiento de la boca anastomótica queda también evidenciado al penetrar espontáneamente gran cantidad de papilla dentro de la vía biliar principal (fig. 1). A medida que va entrando la papilla se va perfilando mejor una imagen redondeada como trazada a compás, y con un nivel hidroaéreo, traducción radiográfica de la bolsa diverticular (fig. 2).

En un segundo examen radiológico, practicado dos semanas después del primero, se observa persistencia de la neuroangiocolia y de una pequeña cantidad de papilla en las finas ramificaciones intrahepáticas (fig. 3). Existe también el reflujo espontáneo a través de la anastomosis, pero sin que la papilla llegue hasta la parte más alta del árbol canalicular. El divertículo se observa ya muy reducido de tamaño, apareciendo como un rudimento ectópico de vesícula biliar (fig. 4). Hay signos radiológicos de pancreatitis crónica.



Fig. 1.—A los ocho días de la operación. Colangiografía retrógrada obtenida por penetración espontánea de la papilla por la boca de la quistoduodenostomía. Hepatocolédoco con dilatación sacciforme supraduodenal. La bolsa del quiste coledociano empieza a llenarse.

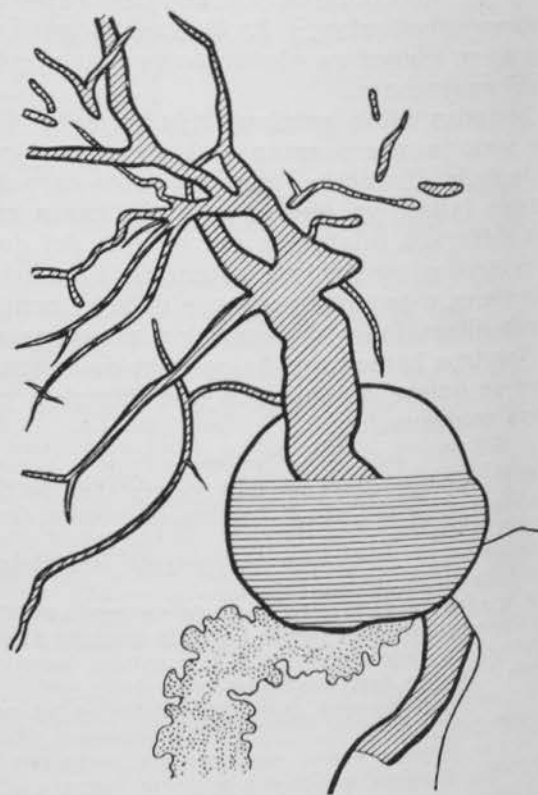


Fig. 2.—En una radiografía obtenida pocos minutos después; como ya ha pasado más papilla al árbol biliar, se aprecia la imagen del quiste de colédoco con un nivel. Dilatación del colédoco por encima y por debajo del quiste.



Fig. 3.—A las tres semanas de la operación. Radiografía directa. Persistencia de residuos de bario en algún canaliculo intrahepático. Neumoangiocolia.

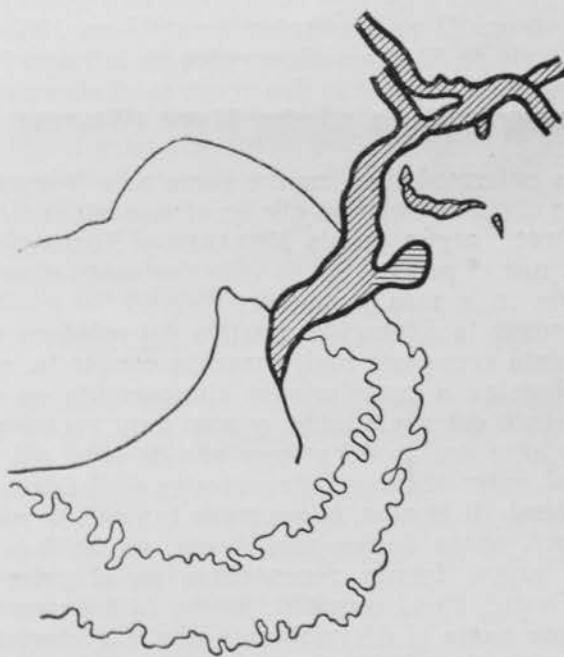


Fig. 4.—A las tres semanas de la operación. Al ingerir la papilla se aprecia, en proyección posterior, el divertículo muy reducido de tamaño; hay signos radiológicos de pancreatitis crónica.

#### COMENTARIO.

Se trata de un caso de quiste de colédoco en una paciente de cincuenta y cuatro años, descubierto en el curso de una laparotomía practicada bajo el diagnóstico de litiasis biliar.

La paciente presentaba una larga historia de crisis de dolor e ictericia, sin que se palpase ninguna tumoración.

A la intervención se observó, además del quiste coledociano, la asociación con otras dos anomalías del pedículo hepático: por un lado,



la existencia de una arteria hepática de curso y calibre anormales, y por otro, la ausencia de vesícula biliar.

Se practicó una derivación interna por anastomosis del quiste al duodeno, curando perfectamente.

El estudio radiológico postoperatorio permitió demostrar el funcionamiento de la anastomosis, el aspecto de la bolsa quística y la gran retracción de la pared, observada ya a las tres semanas de la operación.

#### DATOS ETIOLÓGICOS.

La dilatación quística del colédoco es afección *poco frecuente*. El primer caso conocido ha sido atribuido a VATER<sup>28</sup> en 1723. En 1818, TODD describió otro caso. A partir de éstas se han descrito un número no muy abundante de observaciones.

En 1924 MCWHORTER<sup>18</sup> publicó un caso y reunió las publicaciones de 47. En 1928, JUDD y GREENE<sup>13</sup> recopilaron 63 casos, a los que añadieron uno propio. ZINNINGER y CASH<sup>35</sup>, en 1932, sólo reunieron 82 casos publicados. BLOCKER, WILLIAMS y WILLIAMS<sup>3</sup>, hasta el año 1937 reúnen 137 casos. En 1953, GROSS<sup>11</sup> menciona que han sido descritos en la literatura cerca de 200 casos. El mismo autor recopiló en 1933<sup>10</sup> una serie de 52 casos observados en la infancia.

Sólo ha sido hallada dos veces en el abundante material de la Clínica Mayo (WALTERS y SNELL<sup>29</sup>).

La enfermedad es cuatro veces más frecuente en el *sexo femenino* que en el masculino.

Parece, según señala MURATA<sup>21</sup> y YOTUYANAGI<sup>34</sup>, que el proceso es de más frecuente observación en la raza japonesa.

Aunque la dilatación quística del colédoco se presenta como una malformación congénita, no acostumbra a manifestarse clínicamente en el momento del nacimiento, y sólo muy raramente lo hace dentro del primer año de vida.

Así, entre 50 casos ingresados en el Children's Hospital, de Boston, la anomalía tan sólo se manifestó, antes de los seis meses, en un 5 por 100; nueve fueron reconocidos en el primer año; siete, en el segundo; luego, la frecuencia decrece hasta el décimoquinto año. La ictericia del quiste de colédoco no es, pues, una ictericia del recién nacido, neonatal.

En la mayoría de casos, el quiste de colédoco ha constituido un hallazgo operatorio en laparotomías practicadas en pacientes entre los dieciséis y veinte años de edad.

En una serie de casos recogidos en la literatura por GROSS<sup>11</sup>, la edad de los pacientes en el momento de ser hospitalizados era: en 44 casos, desde el nacimiento hasta los diez años de edad; en 31, desde once a veinte años; en 32, desde veintiuno a treinta años; en 11, de treinta y uno a cuarenta, y en 10, de más de cuarenta años.

Después de los sesenta años, según señala DUFF<sup>7</sup>, su observación es excepcional. Nuestro caso, en una enferma que tenía cincuenta y cuatro años, puede considerarse entre los más tardíamente operados.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La lesión fundamental consiste en una dilatación del colédoco, que de ordinario queda limitada a la porción supraduodenal del mismo, entre el borde superior del duodeno y la confluencia de ambas ramas del hepático.

A veces la dilatación afecta también la unión del cístico, hepático y colédoco, de modo que en vez de haber un solo conducto que aboque en la parte superior del quiste y que representa la parte alta del colédoco, hay dos conductos, el hepático y el cístico, que abocan aisladamente, estando separados sus orígenes por una distancia de 2 ó 3 cm. Las vías biliares suprayacentes, así como el colédoco subyacente, son completamente normales.

Otras veces la dilatación puede extenderse a lo largo de todo el colédoco englobando las dos ramas del hepático e incluso las primeras ramificaciones intrahepáticas de este conducto.

Se han señalado también casos en que el proceso quístico se localizó en uno solo de los canales de origen del hepático.

En todos los casos el quiste comunica con el duodeno por el extremo inferior del colédoco, de tamaño y aspectos normales. Se ha descrito algún caso en que la dilatación llegaba tan abajo que incluía el conducto de Wirsung, el cual se abría directamente en el quiste.

El quiste del colédoco aparece de forma redondeada, a modo de una bolsa distendida. La ectasia puede ser fusiforme o sacciforme; en este último caso suele tener una base de implantación ancha, aunque de modo excepcional pueden observarse ectasias sacciformes unidas a la vía principal por un corto pedículo: es el llamado propiamente divertículo del colédoco.

Suele ser voluminoso, del tamaño de un huevo a una cabeza de adulto, y en casos excepcionales puede ser incluso mayor. El tamaño aparece considerable si se tiene en cuenta que se presenta a veces en niños.

El quiste contiene bilis clara, de la que puede haber de uno a dos litros. MIRIZZI<sup>19</sup> señala que puede contener hasta ocho litros. En estos casos de gran tamaño, la tumoración ocupa todo el hilio hepático, levantando el epiplón menor y el marco duodenal con el páncreas. A veces, dentro del quiste se encuentran cálculos.

En ocasiones la bolsa quística adhiere a los órganos vecinos, lo que hace el aislamiento difícil y peligroso. Estas adherencias son especialmente frecuentes e importantes en los casos que han presentado brotes infectivos. En nuestro caso existían abundantes adherencias, que pudieron ser fácilmente liberadas en grado su-

ficiente para permitir una anastomosis interna.

No existe una relación constante entre el tamaño del quiste y la edad del paciente o la duración de los síntomas, aunque como es lógico los quistes de mayor tamaño suelen encontrarse en individuos de más edad.

En la zona de entrada, y en especial en la de salida de estos quistes, se han descrito una gran variedad de alteraciones: repliegues valvulares en la parte alta o baja del colédoco o en la ampolla de Vater; en algunos casos se ha observado una angulación en la parte baja del colédoco, de modo que detendría una sonda que se pasase en dirección al duodeno; otras veces se ha observado la existencia de una estenosis en la parte baja del duodeno. Estas lesiones, sin embargo, no son constantes: en muchos casos no ha podido hallarse en el colédoco ningún obstáculo al libre flujo de la bilis.

En realidad, se trata de lesiones de aparición secundaria y que no juegan ningún papel en la formación del quiste. Se producen a consecuencia del desplazamiento de la masa quística, que por su volumen y su peso tiende a caer, formándose las angulaciones, estenosis y pliegues falciformes valvulares. No obstante, el examen anatómico y radiológico permite demostrar la ausencia de obstáculo manifiesto en la zona baja de colédoco, el cual es siempre permeable al paso de la bilis.

La pared del quiste, de 2 a 4 mm. de grosor, es dura y resistente, a veces avascular. Desde el punto de vista histológico, la ectasia se presenta como un caso fibroso en donde falta el revestimiento epitelial, de modo que no se trata propiamente de un verdadero quiste, aparte de que la continuidad con la vía principal está respetada.

La pared está constituida por tejido conjuntivo denso, en el que faltan a menudo fibras elásticas y fibras musculares lisas. El epitelio que tapiza el interior del quiste de ordinario desaparece en un estadio precoz, siendo sustituido por una capa de tejido conjuntivo denso. La superficie interior del quiste suele ser rugosa e irregular; a veces está recubierta de concreciones de pigmento biliar. En los casos con infección secundaria importante la bolsa contiene un exudado purulento y las capas de la pared quística presentan signos de inflamación.

El cístico, hepático y vesícula biliar aparecen normales o sólo muy ligeramente dilatados, pero sin comparación con la gran dilatación del colédoco.

Con frecuencia se observa una hepatomegalia, a veces con cirrosis en grado más o menos avanzado. En un número reducido de casos los conductos biliares intrahepáticos aparecen dilatados irregularmente. Histológicamente se observa una cirrosis con abundante tejido conectivo periportal, proliferación de los capilares biliares y más raramente un cierto grado de estasis biliar. Es frecuente hallar signos inflamatorios, con infiltración leucocitaria, en los espa-

cios de Diesse. A veces se observan grados avanzados de colangitis, incluso con supuración intracanalicular.

*Coexistencia con otras malformaciones.* — Como es frecuente en los casos de cualquier tipo de malformación de tipo congénito, la dilatación quística de colédoco coincide a veces con otras alteraciones también de naturaleza primitiva.

ISELIN<sup>12</sup> ha señalado su coexistencia con una dilatación del árbol pancreático.

SWARTLEY y WEEDER<sup>24</sup> y <sup>31</sup> han publicado un caso de quiste de colédoco con colédoco doble. Se resecó con éxito el quiste con su conducto.

La asociación del quiste de colédoco con la atresia de las vías biliares no ha sido señalada hasta CHAMPEAU y PINEAU<sup>5</sup>, que han observado un caso en una niña de seis semanas, admitida por ictericia congénita, y que presentaba además un síndrome hemorrágico, agujas inexplicables de hipertermia, hígado grande y cirrótico y estado general anormalmente alterado. Fué operada a la edad de dos meses, hallándose un quiste de colédoco y una atresia. Al abrir el quiste no se encontró ningún orificio biliar; no había, pues, llegada de bilis. No existían vías biliares intrahiliares. En esta observación excepcional se asocian dos enfermedades de sí muy raras: el quiste, que en este caso era un quiste verdadero, cerrado totalmente, perfectamente excluido por ausencia de vía biliar principal, y la atresia de las vías biliares.

En el caso observado por nosotros, el quiste de colédoco coexistía con una ausencia de vesícula biliar y con una arteria hepática de calibre y trayecto anormales; la dilatación del colédoco aparecía como si viniera a compensar la ausencia del colecisto.

#### PATOGENIA.

Ha sido muy discutido el origen de esta formación quística, habiéndose sustentado diversas teorías.

Ante todo interesa destacar el carácter primario y específico de esta alteración, ya que se pensó en un principio que podía tratarse de una dilatación secundaria, por encima de un obstáculo, a la evacuación de la bilis.

Este concepto no debe admitirse, pues como ya hemos indicado esta dilatación localizada del sistema biliar aparece como una afección primaria del colédoco completamente específica; no tiene nada que ver con las dilataciones secundarias a lesiones obstructivas de la porción baja del colédoco, tal como ocurre, por ejemplo, en el carcinoma de la cabeza de páncreas en el adulto. Las dilataciones que resultan de la obstrucción sola afectan a todo el árbol biliar, y en tales casos el colédoco raramente alcanza un calibre superior al de un asa de intestino delgado. En las dilataciones secundarias al obstáculo pancreático existe además una marcada di-



latación de la vesícula biliar (signo de Courvoisier-Terrier), la cual en el quiste del colédoco aparece casi siempre normal, con nula o escasa dilatación.

Para explicar la patogenia del quiste de colédoco se han propuesto diversas hipótesis, que luego comentaremos, y de las cuales las más importantes son las siguientes:

1) Estenosis de la parte baja del colédoco, que sería la causa de la dilatación por encima.

2) Existencia de un trayecto anormal del colédoco a través de la pared duodenal, que determinaría la angulación del conducto con obstrucción del flujo biliar y dilatación suprayacente.

3) Se ha pensado que, al menos en un porcentaje de casos, la dilatación se produciría en relación con una lesión de la pared del colédoco, que la haría menos resistente a la distensión; esta debilidad del colédoco podría ser originada por compresión de los ganglios mesentéricos adyacentes o por un tumor del páncreas, o bien por dilatación crónica debida a estrechez o torsión del conducto, o a alguna formación tumoral de la ampolla.

4) Se trataría de una anomalía de desarrollo embriológico, una disembrioplasia, con debilidad primaria de la pared del colédoco, que permitiría su dilatación bajo la acción de la presión biliar normal. Al igual que en la hidronefrosis idiopática congénita o ureterectasia, a la que se ha comparado, puede no encontrarse ninguna obstrucción mecánica.

5) Según YOTUYANAGI<sup>34</sup>, se debería a desigualdades en la velocidad de proliferación epitelial durante la etapa de oclusión del colédoco primitivo.

6) Se produciría por acción de un traumatismo, unido a un aumento de presión abdominal por un útero aumentado de tamaño.

7) Según algunos autores la dilatación quística se originaría de un divertículo aberrante del colédoco, similar al que determina la formación del páncreas ventral, proceso diverticular que estaría favorecido, en el caso del colédoco, según BUDDE<sup>4</sup>, por la inclusión parietal de núcleos o adenomas pancreáticos aberrantes, que provocarían obstrucción o lesión de las paredes del conducto.

8) La dilatación sería debida a una acalasia, o sea un fallo del esfínter de Oddi, que habiendo perdido la capacidad de relajarse a su debido tiempo, sería causa de una incoordinación neuromuscular del colédoco, que de este modo se dilataría. La afección presentaría un cierto parentesco con los procesos megaviscerales: megaesófago, hidronefrosis, etc., de tipo puramente funcional (MASCOTTRA y VARELA<sup>17</sup>). Esta interpretación solamente sería válida para los casos en que se observa una dilatación conjunta de todo el árbol biliar suprayacente.

9) El quiste sería de origen congénito, como una malformación del colédoco; la formación

valvular es de naturaleza secundaria. El quiste al desplazarse hacia abajo, a causa de su tamaño y peso, da lugar a una angulación que determina la formación de una válvula. Una vez ésta constituida, puede ser causa de obstrucción, con lo que se agravan los síntomas, pero sin que se la considere como causa primaria de la dilatación del colédoco.

*Concepto personal.*—Quizá en algún caso determinado cualquiera de las teorías expuestas puede explicar la formación de la dilatación quística del colédoco, pero en general creemos que ninguna de ellas es completamente satisfactoria para explicar la alteración primitiva en todos los casos.

Ante todo hay que rechazar las teorías que admiten la existencia de un obstáculo mecánico primitivo. Este raramente existe, y en los pocos casos en que se ha hallado obstáculo es siempre secundario, por caída o desplazamiento de la bolsa, debido a su peso.

Nosotros creemos que la dilatación idiopática del colédoco debe interpretarse a semejanza con lo que se observa en los casos de megacolon, como la consecuencia de una malformación congénita, que consistiría en una aplasia de las formaciones nerviosas parietales en un segmento del colédoco.

Con ello se produciría una dificultad a la evacuación de la bilis, primero puramente funcional, pero más tarde complicada con periodos de estasis por los obstáculos de formación secundaria, que contribuirían a aumentar la dilatación de la bolsa y a favorecer la aparición de las molestias.

#### CUADRO CLÍNICO.

El hecho de que tarde a veces varios años en manifestarse clínicamente, ya indica que en muchos casos la anomalía es bien tolerada. A veces las primeras manifestaciones se presentan después de un largo período de latencia, en ocasión de una complicación infectiva o de litiasis dentro de la bolsa.

En otros casos, sin que aparezcan complicaciones y en fase precoz, la lesión ofrece ya claras manifestaciones clínicas.

Cuando se traduce clínicamente se manifiesta por la típica tríada de dolor abdominal, tumor e ictericia.

El dolor se observa en la inmensa mayoría de los casos y casi siempre constituye el primer síntoma. Asienta en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho, con menor frecuencia alrededor del ombligo. De ordinario se trata de un dolor persistente, sensación de compresión o una vaga sensación de plenitud.

A veces pueden presentarse, sin embargo, dolores de tipo cólico, que hacen pensar en una litiasis biliar, tal como ocurrió en nuestro caso.

En general, no obstante, el dolor no suele ser muy intenso, y aunque en algún caso puede producir malestar por su persistencia, en ningún

caso llega a hacer doblar al paciente o a hacerle gritar.

No existe ninguna relación entre el tamaño del quiste y la intensidad del dolor. Un dato que MIRIZZI<sup>19</sup> señala como de valor es el de que los dolores del hipocondrio derecho y la epigastralgia suelen datar ya desde la infancia.

A menudo, con el dolor, se presentan náuseas, raramente vómitos.

El tumor abdominal es de observación muy frecuente; según GROSS<sup>11</sup>, se aprecia en el 90 por 100 de los casos.

En la mitad de los pacientes se percibe en forma de una masa bien delimitada, situada inmediatamente debajo del borde hepático, y llegando a veces, sobre todo en el niño, hasta la fosa iliaca del mismo lado, de modo que ocupa todo el hemiabdomen.

En otros casos sólo se aprecia una resistencia profunda a la palpación en el cuadrante superior derecho.

En los casos en que se aprecia el quiste por palpación, se le encuentra a menudo más desplazado hacia la izquierda de lo que se podía esperar; ello es debido a que la hepatomegalia, habitual en estos pacientes, empuja la parte dilatada del colédoco más allá de la línea media.

La tumoración es indolora, poco desplazable, permaneciendo bastante fija en la profundidad; descendiendo sólo ligeramente con los movimientos respiratorios, y aun a veces no por desplazamiento global, sino basculando sobre su base de implantación.

Es de superficie lisa, redondeada, de contornos regulares y bien limitada. La consistencia puede ser elástica, renitente, fluctuante o incluso dura, dando la impresión en este último caso de una tumoración sólida, lóbulo de Riedel o de una neoplasia.

A veces es ya identificable a simple vista.

Algunos autores (ARNOLDS<sup>1</sup>, DEESMAN<sup>6</sup>, NEUGEBAUER<sup>22</sup>) han observado la coexistencia de una segunda masa palpable en el sitio correspondiente a la vesícula.

En un caso de BARCAT<sup>2</sup> en una niña de cinco meses, el tumor presentaba contacto lumbar. Lo mismo ocurrió en uno de TAVERNIER<sup>25</sup>, en un niño, pensándose en un tumor renal.

Un dato de valor diagnóstico es el de que el tamaño y la tensión del quiste pueden variar de un momento a otro, signo que probablemente se presenta con mayor frecuencia de lo que se ha descrito, ya que muchas veces ha pasado inadvertido.

Estas variaciones están en relación con los diversos grados de obstrucción en el extremo distal de la cavidad quística y con los cambios cuantitativos de la secreción de la bilis. De ordinario el quiste aumenta en las fases de dolor más intenso (WALTON<sup>30</sup> y KREMER<sup>14</sup>) y después de las comidas (NEUGEBAUER<sup>22</sup>).

En algunos casos, como en el observado por nosotros, el tumor situado profundamente bajo el hígado no es accesible a la palpación.

El tamaño y asiento del tumor no perturban el vaciamiento gástrico, pero MORLEY<sup>26</sup> ha descrito un caso con ascensión duodenal.

Raramente se observa ascitis.

La ictericia es un signo también muy frecuente, pues se observa en el 90 por 100 de los casos. Es de intensidad variable, y aunque puede llegar a grados acentuados (verde oliváceo), de ordinario se trata de una discreta subictericia de piel y mucosas. Al igual que el dolor se presenta con oscilaciones.

La presencia, junto con la ictericia, de heces acólicas y coluria a temporadas, ha sido señalada en una tercera parte de los casos.

La ictericia es de tipo mecánico, y su evolución por brotes se explica teniendo en cuenta que el quiste tiende a crecer continuamente, y cuando adquiere un cierto volumen, a causa de su peso gravita hacia un lado, angulando el extremo inferior coledociano, lo que determina una dificultad mecánica de evacuación con estasis y obstrucción.

A veces existe fiebre, en relación con una complicación de colangitis o hepatitis. La temperatura varía de 37°2 a 37°5, pero en algún caso puede llegar a 39°. En otros casos se trata de una hipertermia caprichosa, sin que obedezca a ninguna causa aparente ni encaje en un tipo particular.

El orden de aparición de los tres síntomas citados, dolor, tumor e ictericia, es sumamente variable. De ordinario el primero es el dolor, pero cualquiera de ellos puede aparecer en primer lugar y seguir aisladamente o persistir en combinación con los demás. A veces durante un largo tiempo existe un sólo síntoma y luego aparece otro o los otros dos.

En algunos casos el paciente se dió cuenta del tumor después de la ictericia (WRIGHT<sup>32</sup>).

*Evolución.*—El proceso de ordinario tiende a evolucionar en un curso crónico, de modo que cuando se diagnostica o se interviene ya lleva mucho tiempo.

El término medio de duración de los síntomas antes de que se descubra la naturaleza de la afección es en los niños, según GROSS<sup>11</sup>, de unos tres años; en los adolescentes y adultos, y aun a veces en los niños es, como puede suponerse, mucho más prolongado; en nuestra enferma era de veintiún años.

La intensidad de las manifestaciones clínicas no guarda relación con la duración de las mismas.

Un dato evolutivo valioso es la intermitencia de los síntomas, que cursan con exacerbaciones y remisiones, incluso cuando uno o más síntomas permanecen sin regresar durante toda la evolución.

*Examen radiográfico.*—El examen radiográfico preoperatorio permite a veces obtener datos de interés. Puede observarse un desplazamiento hacia adelante del duodeno; inclinación hacia la izquierda del ángulo duodenoyeyunal;



deformación y rechazamiento del antro gástrico (THOMAS<sup>26</sup>).

Todos estos datos, sin embargo, indican tan sólo que se trata de un tumor de asiento retroperitoneal, pero no permiten caracterizar el tipo de tumoración.

A veces se observa también a la pantalla un espasmo de la primera porción del duodeno con dilatación de la parte descendente del mismo (ZINNINGER y CASH<sup>35</sup>).

Radiológicamente se ha querido establecer la distinción entre quiste de cabeza de páncreas y dilatación quística del colédoco, basándose en el hecho de que el primero separa el antro gástrico de la porción descendente del duodeno (FREUD<sup>9</sup>), y en cambio en el quiste de colédoco el tercer segmento duodenal alargado describe una curva de concavidad superior (THOMAS<sup>26</sup>). Sin embargo, esta diferencia radiológica tiene poco valor, ya que se han observado casos de quiste de colédoco con desplazamiento centrífugo de todos los segmentos que componen el marco duodenal (WALTON<sup>30</sup>).

WRIGHT<sup>32</sup> ha descrito un caso en que se hizo el diagnóstico radiológico, el cual lo estableció basándose en la existencia de una deformación en semiluna de la vesícula, una calcificación de la pared quística y del sistema canalicular y una hidronefrosis derecha.

Actualmente, con el empleo de los medios de contraste de las vías biliares por inyección endovenosa (Biligrafina Schering), puede obtenerse una imagen muy demostrativa de las vías biliares con el quiste.

**Complicaciones.**—El quiste de colédoco puede complicarse, de infección de su contenido, con fiebre elevada, ictericia y cuadro tóxico. Después de cada accidente infectivo se forman adherencias que pueden acabar siendo importantes.

En nuestro caso hemos podido comprobar la existencia de lesiones de *pancreatitis crónica* (figura 4).

Puede también complicarse con la formación de *cálculos* dentro de la bolsa quística.

Aunque de un modo excepcional, puede también observarse la *ruptura* de la bolsa quística. En un caso de BLOCKER, WILLIAMS y WILLIAMS<sup>3</sup> la afección se descubrió en el curso de una laparotomía efectuada a raíz de un cuadro agudo por ruptura de colédoco debida a un traumatismo. El enfermo no presentaba ningún antecedente que hubiera podido hacer pensar en el quiste de colédoco.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

En general, es difícil en el quiste de colédoco orientar clínicamente el diagnóstico. Según ZINNINGER y CASH<sup>35</sup>, sólo en tres casos entre 82 se hizo el diagnóstico preoperatorio correcto. A veces es incluso difícil establecerlo en el curso de la intervención.

Cuando clínicamente se palpa la tumoración se piensa en un quiste hidatídico de la cara inferior del hígado, en un quiste de páncreas, en un riñón aumentado de volumen (McWHORTER<sup>18</sup>), en una vesícula voluminosa (JUDG y GREENE<sup>13</sup>), en un embarazo, en un quiste de ovario (MORLEY<sup>20</sup>) o en una neoplasia abdominal.

Si no se palpa la tumoración suele pensarse en una colelitiasis: es el diagnóstico que hicimos en nuestro caso.

También se ha cometido el error inverso; es lo que ocurrió en un caso de LERICHE<sup>16</sup> de un voluminoso tumor papilomatoso en el colédoco, que ofrecía el aspecto de una dilatación quística del mismo.

**Quiste hidatídico del hígado.**—En el quiste hidatídico del hígado se aprecia una tumoración que es propiamente hepática, que se mueve francamente con la respiración, y que a veces al examen radiológico demuestra la elevación cupuliforme total o parcial del diafragma.

Raramente es dolorosa, a menos de existir complicación. Produce muy poca o nula repercusión sobre el estado general del enfermo, el cual se halla en excelentes condiciones.

La tumoración es de larga evolución. Permanece estacionaria en su tamaño, o si varía lo hace creciendo, sin las oscilaciones del quiste de colédoco.

En el quiste hidatídico el tumor se presenta como único síntoma. Tan sólo si se complica con infección aparece fiebre y dolor, o si se abre en las vías biliares se presenta dolor e ictericia.

La presencia de quistes hidatídicos en otros órganos ayuda al diagnóstico. Igualmente la procedencia del paciente de países donde es frecuente la presencia del quiste y la convivencia con perros. Las reacciones de Weinberg y Cassoni también son de utilidad.

**Litiasis biliar.**—Es el diagnóstico con que de ordinario se operan estos pacientes.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la colelitiasis es rara en los niños, y cuando la presentan suele acompañar a un proceso de anemia hemolítica, que debe buscarse siempre.

En los adultos el examen radiográfico permite muy a menudo descubrir la presencia de cálculos.

**Neoplasias abdominales.**—En el niño estas neoplasias abandonadas a su evolución espontánea siguen un curso de crecimiento progresivo y rápidamente fatal. Teniendo en cuenta esta evolución, podremos excluir la neoplasia: a) Cuando la tumoración subhepática presenta oscilaciones de tamaño con crecimiento y regresión. b) Cuando el tumor presenta una larga evolución, de más de un año, sin que se haya afectado gravemente el estado general.

**Atresia congénita de las vías biliares.**—Esta malformación en realidad no plantea ninguna dificultad de diagnóstico, ya que ambas afecciones se presentan en edades distintas. La atresia congénita de los conductos biliares ex-



trahepáticos se presenta en niños de uno a varios meses; en los casos en los que no puede esperarse una mejoría con la intervención quirúrgica, las probabilidades de vida no llegan a rebasar un año. Por el contrario, solamente alrededor de un 5 por 100 de pacientes con quiste de colédoco presentan síntomas antes de los seis meses de vida.

#### TRATAMIENTO.

El tratamiento del quiste de colédoco es siempre quirúrgico. Si se diagnostica clínicamente deberá procederse a la operación. Pero lo corriente es que se haga el diagnóstico en el curso de una laparotomía efectuada con otra indicación.

*Diagnóstico operatorio.*—El cirujano debe conocer esta afección, pues teniendo en cuenta que de ordinario se llega a la intervención sin haber hecho el diagnóstico, es necesario que sea rápidamente identificado su hallazgo operatorio. De no hacerlo puede correrse el riesgo de extirpar el quiste como si fuera un tumor banal, ligando sus pedículos, sin darse cuenta de que se trata de los canales biliares.

En el momento de la intervención hay que tener en cuenta que no siempre es fácil de identificar el quiste. Este se percibe al levantar el hígado y bajar el duodeno. La masa tumoral levanta el epiplón gastrohepático y se prolonga por detrás del duodeno y del páncreas. Al seccionar la hoja anterior del epiplón menor se descubre la cara anterior del quiste, que es de un color blanco o grisáceo, de pared gruesa, y que a veces, según señalan SÉNÉCQUE y TAILHEFER<sup>23</sup>, está surcada por los vasos pancreático-duodenales superiores derechos elongados.

No deberá confundirse con una hidronefrosis o quiste del páncreas. Mediante el desprendimiento del ángulo cólico derecho se reconocerá el riñón derecho en su sitio. El examen de la trasecavidad de los epiplones permitirá comprobar el estado del páncreas.

Lo que en ningún caso debe hacerse es prolongar las maniobras de exploración quirúrgica, que son muy shockantes, o bien proceder a la extirpación de la tumoración sin haberla identificado.

Para facilitar la exploración, si la incisión media de la pared no fuese suficiente, se la completa en L añadiéndole una incisión transversal.

Ayudará a la rápida orientación diagnóstica la práctica de una *colangiografía peroperatoria*. Puede también tener interés la exploración manométrica del colédoco, a fin de juzgar de su permeabilidad.

Debe *desecharse la punción* del quiste, ya que aparte de la posibilidad de lesionar otras vísceras existe el peligro del rezumamiento del contenido quístico en la cavidad abdominal.

*Métodos de tratamiento.*—Una vez se ha diagnosticado el quiste, para su tratamiento disponemos esquemáticamente de dos tipos de inter-

vención: la extirpación del mismo o su abocamiento al tubo gastrointestinal.

No cabe duda que el método de elección consiste en la *derivación interna* por anastomosis efectuada en un solo tiempo, entre el sistema biliar y el tramo gastrointestinal, de preferencia entre el quiste y el estómago o duodeno.

En cuanto el quiste puede vaciarse adecuadamente, se retrae y empequeñece hasta llegar a adquirir un volumen muy reducido. En nuestra enferma, a las tres semanas de la operación el quiste había reducido ya considerablemente su tamaño (fig. 4).

Si el tamaño de la bolsa quística es muy considerable, algunos aconsejan, antes de efectuar la anastomosis biliodigestiva, la resección parcial de su pared. Nosotros creemos que no es necesaria, pues si la boca funciona bien la bolsa se retrae con rapidez.

Puede también tratarse por anastomosis de la vesícula biliar al estómago o duodeno, pero es mejor practicar la anastomosis directa del quiste.

Algunos han aconsejado completar esta intervención con una colecistostomía temporal, a fin de descargar la tensión de la línea de sutura quistoduodenal. No consideramos indispensable este tiempo complementario, aunque si no confiamos en la solidez de la sutura, puede estar indicado.

Algunos autores han efectuado en un primer tiempo un abocamiento del quiste al exterior, con el fin de efectuar en un tiempo ulterior una anastomosis entre las vías biliares y el intestino. Los resultados de esta conducta han sido desastrosos. En la recopilación de GROSS<sup>10</sup> se practicó el drenaje al exterior del quiste en 16 casos, de los que murieron 15. Se practicó el drenaje seguido de una segunda operación de anastomosis en 10 casos, con cinco muertes. No debe, pues, considerarse indicada ni tan sólo en aquellos quistes muy infectados, o en pacientes con malas condiciones locales o generales, para los que se había recomendado.

Algunos han aconsejado, a fin de evitar el reflujo y prevenir la colangitis, anastomosar el quiste con una rama lateral del yeyuno en forma parecida a la anastomosis en Y de Roux. Es un método complicado e innecesario.

Otros autores han aconsejado la *extirpación* del quiste seguida de reparación plástica del colédoco.

CHAMPEAU y PINEAU<sup>5</sup> recomiendan orientar la indicación quirúrgica según el hallazgo colangiográfico peroperatorio. En los casos en que no existe obstáculo importante por debajo del quiste, aconsejan efectuar la resección parcial de la dilatación quística, reconstruyendo luego el conducto biliar mediante una plastia sobre tubo de Kehr, el cual no deberá ser retirado hasta después de haber transcurrido un par de meses.

Si se demuestra por el examen colangiográfico la existencia de una estenosis papilar que

sea fácilmente abordable, aconsejan dichos autores la práctica de una esfinterotomía con colocación de un drenaje transpapilar después de la resección plástica de la vía biliar principal.

Si por exploración colangiográfica peroperatoria se descubre una dificultad del tránsito biliar por debajo de la zona dilatada, entonces aconsejan la anastomosis biliointestinal.

En realidad, la extirpación del quiste es una operación grave, pues produce shock importante y a veces ofrece grandes dificultades; la existencia de adherencias, especialmente importantes en los casos antiguos cuando han presentado brotes infectivos, hacen peligrosa la disección de la pared.

Por otra parte puede observarse una anomalía topográfica de la arteria hepática que exponga fácilmente a su lesión; en nuestro caso, por ejemplo, dicha arteria era de gran calibre y seguía un trayecto anormal cruzando el colédoco.

Nosotros creemos que, indiscutiblemente, *la mejor intervención*, por su sencillez y la eficacia de los resultados, es *la anastomosis del quiste con el duodeno*; es, por tanto, la operación de elección en todos los casos.

**Resultados.**—El examen de los resultados confirma la eficacia de la derivación interna. En un grupo de 52 niños de corta edad, recopilado por GROSS<sup>10</sup>, la mortalidad de los casos operados fué de 69 por 100. Teniendo sólo en cuenta los casos intervenidos con una anastomosis biliodigestiva primaria, la mortalidad fué sólo de 9 por 100.

Personalmente, GROSS<sup>11</sup> ha tratado nueve casos, niños todos ellos, con diversos tipos de operación: cuatro, con colédocoduodenostomía; dos, con colecistoduodenostomía, y uno, con colecistogastrostomía. Curaron todos. Un caso en que efectuó escisión del colédoco dilatado y drenaje del hepático al exterior, murió. Otro caso con coartación aórtica murió de paro cardíaco al empezar la exploración operatoria.

Los siete casos curados han sido seguidos de tres a diecinueve años. Sólo uno de ellos, visto a los dieciséis años, seguía con colangitis recidivante e ictericia. Como se trataba del único caso de colecistoduodenostomía efectuada con botón de Murphy, piensa el autor si la persistencia de las molestias se debería a una regurgitación intestinal por la boca excesivamente amplia.

En los otros seis casos en que la anastomosis se efectuó con sutura, el resultado tardío fué perfecto.

#### RESUMEN.

Con motivo de un caso personal se revisa la etiología, anatomía patológica, cuadro clínico y terapéutico de los quistes idiopáticos del colédoco.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ARNOLD, R.—"Manneskopfgrossen Retentionscyste des Choledochus". Dtsch. Med. Wschr., 32, 1.804, 1906.
2. BARCAT, J. R.—Citado por FÉBRE y HUGUENIN<sup>3</sup>.
3. BLOCKER, T. G., WILLIAMS, H. y WILLIAMS, J. E.—"Traumatic rupture of a congenital cyst of the choledochus". Arch. Surg., 34, 695, 1937.
4. BUDDE, M.—"Ueber die Pathogenese und das Krankheitsbild der cystischen Gallengangserweiterung (sogenannte idiopathische Choledochuscyste)". Dtsch. Ztschr. Chir., 77, 364, 1920.
5. CHAMPEAU, M. y PINEAU, P.—"Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson", pág. 386. Masson et Cie, ed. Paris, 1952.
6. DEESMAN, K.—"Angeborene Choledochuserweiterung". Dtsch. Med. Wschr., 37, 1.518, 1916.
7. DUFF, D. G.—"Cyst of the common bile duct". Brit. J. Surg., 21, 537, 1934.
8. FÉBRE, M. y HUGUENIN, R.—"Malformations tumorales et tumeurs de l'enfant", pág. 361. Masson et Cie., ed. Paris, 1954.
9. FREUD.—Citado por MIRIZZI<sup>19</sup>.
10. GROSS, R. E.—"Idiopathic dilatation of the common bile duct in children". J. Pediatr., 3, 370, 1933.
11. GROSS, R. E.—"The Surgery of Infancy and Childhood", página 524. W. B. Saunders & Co., ed. Londres y Filadelfia, 1953.
12. ISELIN, H.—"Gemeinsame Cyste der Gallen- und Pankreaswege". Arch. Klin. Chir., 145, 304, 1927.
13. JUDD, E. S. y GREENE, E. L.—"Choledochus cyst". Surg. Gyn. Obst., 46, 317, 1928.
14. KREMER, J.—"Ein Fall einer durch Choledochoduodenostomie dauernd geheilten echten Choledochuscyste". Arch. Klin. Chir., 113, 99, 1920.
15. LAVENSON, R. S.—"Cysts of the common bile duct". Am. J. Med. Sc., 83, 553, 1909.
16. LERICHE, R.—"Volumineuse tumeur papillomateuse du cholédoque chez un enfant". Lyon Chir., 31, 598, 1934.
17. MASCIOTTA, R. L. y VARELA CHILERS, R.—"La dilatación congénita del colédoco (quiste idiopático del colédoco-megacolédoco)". Rev. Patol. Femen., 4, 903, 1934.
18. McWHORTER, L. G.—"Congenital cystic dilatation of the common bile duct. Report of a case with cure". Arch. Surg., 8, 604, 1924.
19. MIRIZZI, P. L.—"Diagnóstico de los tumores abdominales", tomo II, pág. 699. El Ateneo, ed. Buenos Aires, 1942.
20. MORLEY, J.—"Congenital cyst of the common bile duct: with report of two cases". Brit. J. Surg., 10, 413, 1922-1923.
21. MURATA, M.—"Ueber einen dauernd geheilten Fall von idiopathischer Choledochuserweiterung". Zbl. Chir., 22, 1.269, 1935.
22. NEUGEBAUER, F.—"Zur Kenntnis der idiopathischen Choledochuscyste". Beitr. Klin. Chir., 131, 304, 1927.
23. SÉNÉQUE, J. y TAILHEFER, A.—"Les dilatations congénitales du cholédoque (anciens quistes idiopathiques du cholédoque)". J. Chir., 33, 154, 1929.
24. SWARTLEY, W. B. y WREEDER, S. D.—"Choledochus cyst with a double common bile duct". Ann. Surg., 101, 912, 1935.
25. TAVERNIER, L.—"Dilatation congénitale du cholédoque". Lyon Chir., 31, 595, 1934.
26. THOMAS, E.—"Zur Röntgendiagnostik der sogenannten idiopathischen Choledochuscyste". Zbl. Chir., 54, 2.289, 1927.
27. TODD, C. H.—"History of a remarkable enlargement of the biliary duct". Dublin Hosp. Rep., 1, 325, 1818.
28. VATER.—Citado por LAVENSON<sup>15</sup>.
29. WALTERS, W. y SNELL, A. M.—"Enfermedades de la vena biliar y los conductos biliares", págs. 248 y 494. Versión española. Salvat, ed. Barcelona-Buenos Aires, 1944.
30. WALTON, J.—"Congenital diverticulum of the common bile duct". Brit. J. Surg., 27, 29, 1939-40.
31. WREEDER, D. S.—"Choledochus cyst with a double common bile duct: Sequelae and complications". Ann. Surg., 10, 55, 1939.
32. WRIGHT, H. S. W.—"Congenital diverticulum of the common bile duct". Surg. Gyn. Obst., 39, 156, 1924.
33. WRIGHT, A. D.—"X-ray appearances produced by congenital cystic dilatation of the common bile duct". Brit. J. Radiol., 8, 227, 1935.
34. YOTUYANAGI, S.—"Contributions to aetiology and pathology of idiopathic cystic dilatation of common bile duct with report of three cases: new aetiological theory based on supposed unequal epithelial occlusion of primitive choledochus". Gann, 30, 601, 1936.
35. ZINNINGER, M. M. y CASH, J. R.—"Congenital cystic dilatation of the common bile duct. Report of a case and review of the literature". Arch. Surg., 24, 77, 1932.



SUMMARY

A case is reported of idiopathic cysts of the common bile duct. Its aetiology, morbid anatomy, clinical picture and treatment are reviewed.

ZUSAMMENFASSUNG

Anlässlich eines eigenen Falles wird die Aetiologie, pathologische Anatomie, das klinische Bild und die Therapie der idiopathischen Zysten des Choledochus überprüft.

RÉSUMÉ

On sujet d'un cas personnel on revise l'étiologie, anatomie pathologique, tableau clinique et thérapeutique des kystes idiopathiques du cholédoque.

SOBRE LA COEXISTENCIA DEL ASMA BRONQUIAL Y LA TUBERCULOSIS DEL PULMON

S. ALMANSA DE CARA.

Fué una creencia casi generalizada en los clínicos del siglo pasado que el asmático de diátesis artrítica, de nutrición retardada, pícnico de constitución, de fondo uricémico, vagotónico y medio interno ácido, era mal terreno para el desarrollo de la tuberculosis. Y que el tuberculoso, casi siempre leptosomático, de combustiones aceleradas, por su fondo, disposiciones y personalidad vegetativa, no llegaría a ser asmático. Así que ROKITANSKI, BANDELIER-RÖPKE, PIDOUX, GUENEAU DE MUSSY, WEST, ROGER y otros consideraron inconcuso el antagonismo entre estas dos afecciones. Otros, sin embargo, concedieron importancia a la tuberculosis como factor etiológico del asma, siendo TROUSSEAU el primero en observar su coexistencia, la que GERMAN SÉE consideró tan frecuente que afirmaba que el asma era muchas veces la primera manifestación de la tuberculosis pulmonar; llegando a la exageración LANDOUZY, para quien todo asmático era tuberculoso, considerando al asma bronquial como una manifestación tuberculosa de tipo anafiláctico, cuyo agente sensibilizante serían las tuberculinas focales, las que en ulterior liberación desencadenarían las crisis.

Sin llegar a ese extremo, antes y después, como en la actualidad, son muchos los que dan categoría al factor tuberculoso: STORM VON

LEUWEN, LUMIÈRE, BEZANÇON y DE JONG, JACQUELIN, DANIELÓPULO, CAUSSADE, etc., etc., hasta el punto que no hace mucho R. CASTELLS, en la Argentina, dice textualmente que es preciso en cada asmático buscar la tuberculosis, causa importante en la provocación del asma bronquial.

Por el contrario, MARFAN, COMBY, TIXIER, NOBERCOURT, ARMAND-DELILLE, COLBOC, etcétera, refiriéndose a las edades infantiles, insisten en que la tuberculosis no juega papel alguno en la producción del asma.

Esta misma disparidad de criterios se refleja en las proporciones estadísticas que damos a continuación, reclutadas de la literatura a nuestro alcance.

Buscando el asma entre los tuberculosos, FISHBERG declara que apenas si lo halla y MORAWITZ lo considera una rareza. SCHRÖDER, de 5.000 tuberculosos sólo lo encuentra treinta veces (0,60 por 100). EPSTEIN, entre 1.015 tuberculosos, encuentra 13 casos (1,30 por 100).

A la inversa, pesquisando la tuberculosis en los asmáticos, nos encontramos con las cifras siguientes: DELTHIL, entre 4.600 asmáticos, encuentra el 0,32 por 100; TURBAN y MEISSNER dan una proporción del 0,50 por 100; KLEWITZ, entre 423 enfermos de asma, sólo la encontró ocho veces, o sea el 1,90 por 100; NOLDA encuentra sólo dos casos entre 87 (2,30 por 100); AGUILAR y SMIRNOF dan una cifra del 6 por 100; HARKAVY y HEROLD, 10 por 100; SAUPE, en 355 asmáticos, el 13 por 100; LORENZEN, de 170 casos, saca el 16 por 100 de tuberculosos; FRAENKEL, de 369 asmáticos, el 16,7 por 100. ZDANSKY, de 70 observaciones, señala 35 de "alteraciones" tuberculosas (50 por 100); JACQUELIN y ALDUY dan una cifra de 70 por 100, superada por KREZ, que llega al 78 por 100, muy cerca de la cifra que daría LANDOUZY, para quien según su concepción del asma tuberculínico sería del 100 por 100.

Una ligera visión sobre estos resultados estadísticos basta para comprender que es muy distinto el aspecto, según sea juzgado por el asmólogo que por el tisiólogo. La mayoría de los asmólogos sacan cifras altas de tuberculosis entre sus asmáticos, y los tisiólogos deducen proporciones exiguas de asmáticos entre sus tuberculosos. El hecho es comprensible: muchas de esas estadísticas pertenecen a épocas en que la valoración del factor tuberculoso es muy diferente al de los tiempos actuales. Además no es infrecuente que el asmólogo, después de haber agotado sus recursos diagnósticos, y como salida del fracaso en la búsqueda de innumerables alérgenos, encuentra una posibilidad de explicación pensando en la tuberculosis, amparado a nuestro juicio en una sobreestimación de factores que de seguro no consideraría si hubiese dado con la "tecla" asmógena, fuera bacteriana, micósica o alimentaria. Y esto es tan verdad que a todos los argumentos aducidos para de-