

Cáncer Primario de Colecisto en el Hospital San Juan de Dios

Por
Dr. Bernardo Cartín M. *

No habiendo encontrado en la literatura médica nacional estudio al respecto, me ha parecido útil presentar un análisis de casos con diagnóstico de cáncer primario de la vesícula biliar, debidamente comprobados, por biopsia o autopsia, en el Hospital San Juan de Dios.

Con ese objeto he revisado historias clínicas en cartulinas del archivo de nuestro Hospital, así como archivos de Anatomía Patológica de los años 1951 a 1964. He desechado casos que no tengan la comprobación anatómo-patológica, aunque algunos de ellos, por su estudio clínico u operatorio, han mostrado evidencias muy netas de poder catalogarse como cáncer primario de vesícula biliar.

He intervenido como cirujano en muchos de los casos relatados, habiéndome tocado en suerte practicar Colectistectomía, en 1952, a la única paciente que ha sobrevivido hasta la fecha, es decir, trece años y considerándola por lo tanto curada.

En las 95.794 biopsias revisadas se comprobó 33 casos, lo que nos da un porcentaje de 0.034% de carcinomas de vesícula biliar en todas las biopsias.

En 9.000 autopsias revisadas se comprobó 15 casos lo que nos da un porcentaje de 0.17% de carcinoma de vesícula biliar en todas las autopsias.

Resulta así un total de 47 casos, pues uno de ellos presentó biopsia y autopsia.

* Trabajo presentado a Concurso para Jefe de Clínica del "Servicio Carlos Durán" Hospital San Juan de Dios.

Al efectuar estudio comparativo de los anteriores porcentajes con publicaciones *extranjeras* resultan un poco más bajos que los suministrados por otras estadísticas, Armisky da 0.43% y Walters, en 1944 da 0.4% de autopsias rutinarias. Graham, en 1925 y 1926, señala incidencia para la población general de 9 por 100.000 y en 1931 da 8 a 10% de la totalidad de neoplasias malignas en la mujer.

En relación con el número total de casos de cáncer tenemos: 7.360 de 1954 a 1963 (sólo de estos años existe referencia).



estos años 27 de cáncer primario de colecisto; nos da un porcentaje de 0.37%.

Es padecimiento de la edad adulta. De los 47 casos 36 se presentaron entre 50 y 30 años lo que da un porcentaje de 76.6% para su edad. Si analizamos el porcentaje de 40 a 80 años nos da 91% pues se presentaron 42 casos de los 47 entre esa edad.

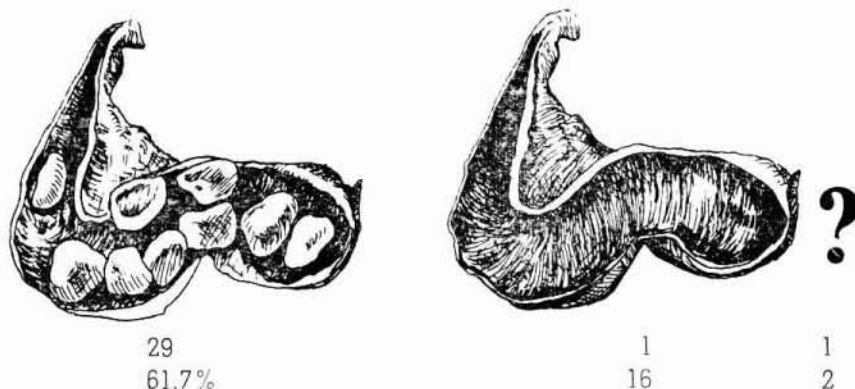
Se presentó un caso en paciente de 26 años: A. A. A., en autopsia N° 18623 del año 1963 con metástasis a hígado, diafragma, colédoco y ganglios aórticos, hilio hepático, paratraqueales y epiplón.

Con respecto al sexo es más frecuente en la mujer. De los 47 casos 34 fueron del sexo femenino, lo que nos da un porcentaje de 72%, cifra que coincide con estadísticas inglesas de Rolleston y McNoe en un análisis de 3.242 casos de 1913 a 1920.



Se ha citado como factor etiológico, presencia de litiasis. No está bien claro cuál sería el mecanismo patogénico por el cual los cálculos estarían relacionados con la producción de cáncer se dice, como en todos los casos de cáncer en diferentes regiones del organismo, se trataría de la irritación local crónica o asociada a la infección; se ha hablado también de radioactividad o de algún otro agente carcinógeno de los mismos cálculos, así como también se ha emitido la hipótesis de un irritante tisular en presencia de elevada cantidad de colesiterina o que los cálculos fueron consecuencia del proceso canceroso.

En el presente trabajo se comprobó la presencia de colelitiasis en 29 casos; ausencia, en 16; en 2 casos no fue posible constatarse por presentar imposibilidad desde el punto de vista operatorio. Esto nos da un porcentaje de 61.7%. Las cifras que dan otras estadísticas son muy variables, citándose desde 36% hasta 100%. Por ejemplo, Cristopher da 90%.



Con respecto a la Anatomía Patológica se encontró un caso de sarcoma primario de colecisto. Se trata de adulto, (J. M. C. V.) de sexo masculino, de 45 años de edad. Su padecimiento se inicia siete meses antes con tumoración en flanco derecho de crecimiento paulatino; enflaquecimiento acentuado, anorexia. A la :exploración física° enorme masa que abarca hipocondrio y flanco derechos y parte de epigastrio y mesogastrio.

Se practica intervención quirúrgica con diagnóstico preoperatorio de cáncer primario de hígado. Lesiones encontradas: abundante cantidad de líquido ascítico. En cuadrante superior derecho enorme masa que incluye asas intestinales y que depende de vesícula biliar agrandada y adherida. No pudo explorarse el contenido del colecisto para constatar presencia de cálculos. Únicamente se tomó biopsia N° 27.612 reportando: sarcoma polimorfo (Melanosarcoma?).

Sabemos que el Sarcoma primario de colecisto es de una marcada rareza. Habitualmente se describen como polimorfos, como en este caso; pero se ha mencionado también angiosarcoma, miosarcoma, endotelioma y linfosarcoma.

Los 46 casos restantes se reportaron como Adenocarcinoma, siendo:

1) Carcinoma indiferenciado o poco diferenciado	2
2) Carcinoma epidermoide espinocelular	1
3) Adenocarcinoma	38
4) Carcinoma mucoide	2
5) Carcinoma sólido	2
6) Carcinoma anaplástico	1

Según Christopher y otros autores, el orden decreciente en cuanto a frecuencia sería: Adenocarcinoma infiltrante, Adenocarcinoma popular, Adenocarcinoma mucoso y por último Carcinoma de células pavimentosas.

Anotamos también:

1) Localizados	18 (?)
2) Invasión metastática a hígado	19 (?)
3) Invasión metastática a páncreas	2
4) Invasión a epiplón mayor	1
5) Invasión a ganglios	6 (?)
6) Invasión a pulmones	6
7) Invasión a peritoneo	2
8) Invasión a diafragma	2

Además:

Con Coledocolitiasis	1
Con infiltración purulenta	1

Con el fin de señalar el polimorfismo clínico del cáncer primario de Colecisto, resumo algunas historias clínicas de pacientes cuya evolución ha podido ser seguida.

Nº 1.—

R. U. P. de sexo masculino, de 31 años de edad. Antecedentes de etilismo. Ha estado internado en ocho ocasiones de marzo de 1951 a julio de 1953, presentando cuadros dolorosos de epigastrio; hematemesis y melena a repetición. A la exploración física: Murphy + +. Los exámenes radiológicos en varias ocasiones: no revelan presencia de úlcera duodenal; en una ocasión: deformación de bulbo duodenal de aspecto ulceroso. En colecistografía: no se impregna la vesícula biliar.

Se practica intervención quirúrgica en julio de 1951 con diagnóstico preoperatorio de úlcera duodenal y coledocolitiasis.

Hallazgos: Periduodenitis y cálculos en vesícula biliar.
Operación: Colecistectomía y liberación de adherencias.
Biopsia: Adenocarcinoma de vesícula biliar.

Nº 2.—

G. S. S. de sexo femenino, de 53 años de edad con cuadro clínico de cólicos hepáticos a repetición, sin ictericia. Con diagnóstico de coledocolitiasis se le practica intervención quirúrgica: Co-

lecistectomía, en 1951; se encontró numerosos cálculos faceteados pequeños. Al examen anatomopatológico: comienzo de metaplasia carcinomatosa en mucosa de vesícula biliar.

Por presentar nuevos cuadros dolorosos en hipocondrio derecho, con ictericia, se le practicó laparotomía, en 1958, es decir siete años después, con diagnóstico de Coledocolitiasis.

Se encontró: adherencias múltiples de epiplón y duodeno a cara anterior de hígado. Colédoco no pudo ser identificado por estar envuelto en una masa dura con numerosos nódulos y ganglios hiperplásicos.

Esta paciente fallece pocas semanas después.

Nº 3.—

E. O. V., de sexo masculino, de 60 años de edad, con antecedentes patológicos personales negativos. Calificado como totalmente sano hasta hace dos meses en que se inicia su cuadro actual con dolor en hipocondrio derecho, pérdida de unas treinta libras de peso y hace ocho días: ictericia acentuada, acolia, coluria y decaimiento general muy acentuado.

Exámenes de laboratorio sugerentes de ictericia obstructiva.

Se practica intervención quirúrgica con diagnóstico de cáncer de vías biliares, encontrándose: vesícula biliar agrandada de paredes gruesas, fibrosas, conteniendo treinta cálculos; adherida a estómago, duodeno y epiplón, formando masa difícil de disecar.

Se envía biopsia por congelación, resultado positiva.

Se efectuó colecistectomía con coledocostomía dejando tubo en T.

La biopsia final: Adenocarcinoma invasivo.

Fallece ocho días después.

Nº 4.—

B. C. G. de sexo femenino de 50 años de edad; con historia de crisis dolorosas intensas en hipocondrio derecho por muchos años, etiquetadas en varias ocasiones como reacciones psiconeuróticas. Hace 22 días: vómitos, dolor abdominal intenso "desvanecimientos" ictericia. A la exploración física: paciente en malas

condiciones generales. enflaquecida, icterica, en estado estuporoso, sudorosa, fría. Abdomen muy doloroso a la palpación, en especial en hipocondrio derecho y epigastrio impidiendo correcta exploración. Se practica colecistografía oral, no logrando impregnar colecisto. Con diagnóstico de colelitiasis y empiema de vesícula biliar se practica intervención quirúrgica, encontrándose: vesícula biliar retraída, conteniendo múltiples cálculos y con tumoración sospechosa de degeneración maligna. Se efectúa colecistectomía y el examen anatomopatológico revela adenocarcinoma biliar.

Como expresé en líneas anteriores, estos cuadros clínicos revelan el polimorfismo sintomático del cáncer de vesícula biliar. Sin embargo, el cuadro más frecuente es el del paciente con antecedente de crisis dolorosas en hipocondrio derecho, al cual se agregan en un momento dado, síntomas y signos que corresponden a difusión metastática hepatobiliar y órganos vecinos o excepcionalmente a distancia; entre ellos destacamos ictericia, dolor, tumoración subhepática y enflaquecimiento; en estadios más avanzados, caquexia.

No deseo insistir en las dificultades diagnósticas que por lo tanto presenta y que raramente se logra hacer, aunque puede sospecharse la afección pero en grados ya avanzados de invasión lo que hace su pronóstico sombrío.

Es posible que los métodos colecistográficos se desarrollarán para el diagnóstico de lesiones precoces u otros métodos de diagnóstico vengan en nuestra ayuda, pero en la actualidad, el caso ocasional precoz y por tanto operable de cáncer de vesícula biliar constituye casi invariablemente un hallazgo quirúrgico accidental.

En nuestros casos la sobrevida fue desde pocas horas del postoperatorio hasta dos años, siendo el promedio alrededor de un año. He de citar un caso de muerte postoperatoria por coma hepático irreversible. Dos casos son la excepción, dignos de mencionar: uno, con sobrevida de siete años y el otro, que trece años después, aún vive; ambos citados en líneas anteriores.

Si alguna conclusión puede deducirse de estos estudios es que la extirpación precoz de las vesículas calculosas reduciría la frecuencia de las enfermedades malignas de este órgano. Además, en los casos en que como hallazgo quirúrgico se encuentre neoplasia maligna de vesícula biliar localizada, practicar además de colecistectomía, resección de todo el tejido hepático que constituye el lecho de la vesícula y en algunos casos invasivos a hígado, efectuar hepatectomía parcial y gangliectomía de tributarios.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN REGATO. Cáncer, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico.
- ARMINSKY THOMAS C. Primary Carcinoma of the Gallbladder. 1949.
- CECIL LOEB. Tratado de Medicina Interna.
- CRISTOPHER. Tratado de Patología Quirúrgica.
- GRAHAM, R. A. *The Prevention of Carcinoma of the Gallbladder*. 1931.
- LEWIS Practice of Surgerv.
- SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA. Enero y Junio, 1964.
- WALTERS SNELL. Enfermedades de la vejiga biliar y los conductos biliares.
-