

Carcinoma primitivo de vías biliares extrahepáticas

Dr. Guido Miranda G. *

Recibido el 2 de Agosto de 1960

En el deseo de completar el estudio de los procesos de neo-formación maligna del hígado, correspondientes a nuestro medio hospitalario, revisaremos brevemente los datos más importantes en relación a vesícula y vías biliares extrahepáticas. Hemos creído conveniente determinar algunas características de este tipo de lesión, que aparece con cierta frecuencia y debe ser investigada en el trabajo clínico diario.

Material.

Se revisaron 3.350 autopsias de pacientes mayores de quince años, fallecidos en un lapso de siete años en los Hospitales San Juan de Dios y Central de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Hemos encontrado 21 casos en que el patólogo identificó proceso de neo-formación maligna en el tronco biliar, lo cual representa una incidencia de 0.63% en el material revisado.

Localización.

En 19 casos fue posible identificar el punto de partida de la lesión tumoral, lo que nos permite clasificarlos así:

En 14 (67%), cifra que representa el 0.41% del total de autopsias, el sitio de inicio fue la vesícula biliar. En los casos restantes (7 - 33%), 2 presentaron una localización circunscrita al colédoco; en 3 casos se pudo localizar como sitio inicial de la lesión maligna, la unión de los conductos hepáticos derecho e izquierdo y en los 2 restantes no fue posible, dada la extensión del proceso tumoral, establecer mayor diferencia entre las distintas porciones anatómicas del tronco biliar.

Según algunas opiniones, (1) (7), el carcinoma de vías biliares extra-

* Jefe de Clínica del Servicio de Medicina N° 1, Hospital San Juan de Dios.

* Jefe de Clínica del Servicio de Medicina del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social.

hepáticas es mucho menos frecuente que el de vesícula. Sin embargo, otros autores (cit. en 6), sostienen un criterio totalmente opuesto sobre el particular.

En nuestra pequeña serie de pacientes hemos podido apreciar, que el cáncer de vesícula mantiene una proporción predominante de 2 a 1, con respecto al de vías biliares extrahepáticas. Como quiera que sea, una incidencia de 0.41% representada en nuestra casuística por los 14 casos en que se situó en vesícula biliar el origen de la lesión, coloca este carcinoma entre los de interés clínico, con una frecuencia en nuestro medio bastante similar a la ya establecida (5).

También de interés general ha sido la asociación de litiasis biliar en estos carcinomas, especialmente en el de vesícula. Algunos autores afirman que entre el 75 y el 100% de estas lesiones, presentan cálculos (1) (7) (6) (5) (8). El rol achacado a estas concreciones, ha sido muy variable. Se ha invocado el rol de irritación (3), la inflamación crónica secundaria concomitante (2), la presencia de sustancias carcinogénicas (3) en los cálculos, probablemente de tipo radioactivo (4) y la estrecha relación química del colesterol y ácidos biliares con los carcinógenos (2). El hecho es, que siendo la litiasis biliar un fenómeno frecuente, pareciera que por diferentes mecanismos induce el desarrollo de carcinoma en las vías biliares, por lo que se invocó hasta un rol preventivo en la colecistectomía (7), dado que en pacientes de edad avanzada, entre el 2 y el 5% de los portadores de litiasis de vía biliar, desarrollan carcinomas (5%). En ocho de nuestros veintiún casos, se encontró litiasis asociada. Lo interesante está, en que mientras sólo un caso de carcinoma de conductos biliares mostró coexistencia con litiasis múltiple en el colédoco, de los 14 casos de neoplasia maligna en la vesícula, 7 de ellos (50%), tenían cálculos en el interior de la misma. De estas 7 autopsias, 5 se clasificaron como litiasis múltiple; en los otros 2 casos, la vesícula contenía un cálculo único. Para las proporciones reportadas, nuestro resultado es francamente bajo. Esta asociación de cálculos y carcinoma de la vesícula, como era de suponer, resultó cierta en las mujeres, mientras que los varones la tuvieron excepcionalmente.

Edad.

Ha sido catalogado como padecimiento de la edad media de la vida, o de la vejez. Como curiosidad cabe mencionar, que el caso más joven ha sido descrito en una niña de 13 años (cit. 5). Este es uno de los argumentos que invocan quienes propugnan la idea de que la litiasis es un factor etiológico importante, así como la causa coadyuvante sería, el prolongado tiempo de irritación sobre el epitelio de las vías biliares.

Hemos dividido nuestro material por quinquenios, con los siguientes resultados:

CUADRO 1
CA VIAS BILIARES
Ca Vias Biliares - Distribución por edad

Edad	Nº de casos
15 — 19	0
20 — 24	0
25 — 29	0
30 — 34	0
35 — 39	2
40 — 44	0
45 — 49	5
50 — 54	0
55 — 59	1
60 ó +	13

Los resultados son bastante demostrativos: los primeros dos casos (9.4%) aparecen entre 35 y 39 años; cinco casos más (24.7%), entre los 45 y 49 años y el resto, catorce casos, (66.5%), en enfermos mayores de 55 años. De este último grupo, trece casos (62.7%) sobrepasaban los 60 años, lo que da base para afirmar que en nuestro medio es un padecimiento predominante en la vejez, aunque conviene recordar que un tercio de los casos correspondió a individuos en la edad media de la vida.

Sexo.

Por la supuesta estrecha relación del carcinoma de vías biliares con litiasis, lógico es que sea un padecimiento más frecuente en el sexo femenino.

Para Spellberg (7) y Twiss y Oppenheim (8), la proporción sería de 4 a 1.

CUADRO 2
CA VIAS BILIARES
Distribución por sexo

Sexo	Nº de casos
Masculino	10
Femenino	11

Entre nosotros la litiasis biliar es predominante en el sexo femenino, pero no puede decirse lo mismo en cuanto al carcinoma de vías biliares. Como puede observarse, la distribución por sexo de los veintiún enfermos estudiados,

revela cifras muy cercanas al 50% para cada uno. No creemos disponer de hechos que expliquen la discrepancia, a no ser que se trate de una casualidad atribuible al pequeño número de casos.

Raza.

Como dato complementario anotaremos, que esta lesión se ha definido como predominante en la raza blanca.

De nuestros veintiún casos, diecinueve fueron blancos y sólo dos negros, ambos en edad superior a los 60 años.

CUADRO 3

CA VIAS BILIARES

Distribución por raza

Raza	Nº de casos
Blanca	19
Negra	2

Cuadro Clínico.

En el cuadro sintomático predominan dos grupos de molestias: las antiguas, correspondientes a la frecuente litiasis asociada y las recientes, que pertenecen a la complicación con el proceso degenerativo maligno.

En el primer grupo se encuentran desde años atrás todos los síntomas achacables a una litiasis: dispepsia flatulenta por las grasas, trastornos digestivos e historia de cólicos hepáticos o dolor vesicular. Es oportuno mencionar, que existe un grupo de enfermos portadores de litiasis silenciosa, que bien pueden no ofrecer antecedentes de esta primera fase sintomática.

Cuando aparece el proceso degenerativo carcinomatoso comienzan a presentarse los síntomas de la segunda etapa. Estos son recientes y pueden describirse sumariamente como dolor, anorexia y pérdida de peso e ictericia. El dolor casi siempre se caracteriza porque es sordo, constante, continuo, de moderada intensidad, localizado al epigastrio e hipocondrio derecho y a veces con irradiación al dorso. A menudo, cuando se producen exacerbaciones del dolor, pueden aparecer náuseas y vómitos.

La anorexia mantenida no es frecuente en un colecistítico crónico sin complicaciones y de ahí que cuando se presenta, haya que pensar forzosamente en la posibilidad de degeneración de su antigua colecistopatía. Lo mismo su-

cede con la pérdida de peso, en ocasiones muy notoria y siempre en desproporción a las limitaciones alimenticias. La ictericia es un síntoma frecuente, tardío y de mal pronóstico. Habitualmente es la consecuencia de la invasión y obstrucción de los gruesos conductos biliares extrahepáticos, lo cual sucede precozmente cuando la malignidad se inicia ahí mismo y bastante después si es resultado del proceso invasivo. Como quiera que sea, es un síntoma tardío, porque siempre significa irrecuperabilidad para el paciente. Su intensidad depende de las vías comprometidas.

De nuestros casos, dos terceras partes presentaron ictericia.

En la exploración física general se hacen prominentes la ictericia y el deterioro rápido de la condición del enfermo. Con mucha frecuencia, al explorar el abdomen se palpa una masa dura e irregular en el hipocondrio derecho, a veces bien diferenciable del hígado. En la mayoría de los casos, el único hallazgo puede ser un simple hígado palpable. Tanto es así, que en la determinación del peso de la víscera en nuestro material de autopsias, 15 casos (71%), presentaron valores dentro de límites normales; sólo 4, (19%), tuvieron hepatomegalia; en los otros dos, no se reportó el dato.

Nos ha llamado la atención, el peso registrado para el bazo, que fue normal en 8 (38%) de los 21 casos. Se presentó esplenomegalia de grado I (200 gramos o menos) en 10 casos, o sea en el 48% de los mismos y de grado II (201 a 300 gramos) en 3, (14%); de donde podemos deducir que en dos terceras partes de los casos, un bazo pequeño puede hacerse palpable.

El hallazgo de ascitis u otras masas peritoneales, significa diseminación peritoneal del proceso. La trombosis por invasión o compresión de la porta, es otra de las causas de ascitis.

Las metástasis son rápidas y frecuentes. Las encontramos en 16, (76%), de nuestra casuística: en el hígado, en 13, (62%), en peritoneo, en 9 casos, (43%) y en 6 casos (29%), en los ganglios del hilio hepático.

Los exámenes de laboratorio no son de gran ayuda para el diagnóstico. Cuando la ictericia se instala por compromiso primario o secundario del colédoco, es de tipo post hepático completo, con bilirrubinemia ascendente, urobilinógeno fecal bajo, fosfatasas alcalinas y colesterol total altos.

El estudio radiológico no demuestra llenado de los conductos biliares extrahepáticos y la litiasis se hace evidente sólo cuando los cálculos son radioopacos.

RESUMEN

1. Se comenta acerca del material referente a carcinoma de vesícula y vías biliares extrahepáticas. Se revisaron 3.350 autopsias, correspondientes a individuos mayores de quince años. Se obtuvieron 21 casos con diagnóstico de carcinoma del tronco biliar, con una incidencia de 0.63%.
2. Se identificó el punto de partida del carcinoma, en 19 casos.
En 14, (67%), se localizó en vesícula biliar, para un porcentaje de 0.41% del total de autopsias revisadas.
De los 7 casos restantes, hubo 2 con carcinoma en colédoco; 3, en que el proceso se

inició en la unión de los conductos hepáticos y en los 2 restantes, por la extensión del proceso infiltrativo, no fue posible determinar el sitio inicial de la lesión.

3. En nuestro material predomina el cáncer de vesícula biliar sobre el de vías biliares, en proporción de 2 a 1.
4. Dada la importancia de la litiasis en la etiopatogenia del carcinoma de vías biliares, se determinó la presencia de la misma.
Se encontró litiasis asociada en 8 casos, de los cuales, sólo uno de litiasis múltiple del colédoco, mostró degeneración maligna del conducto.
En los 14 casos de carcinoma de vesícula biliar, 7, (50%), tenían cálculos en su interior; en 5 los cálculos eran múltiples y en los otros 2 existía un cálculo único.
Esta asociación resultó cierta, casi exclusivamente en pacientes del sexo femenino.
5. En la distribución por edad, el 62% de los casos correspondió a enfermos mayores de 60 años.
El tercio restante puede situarse en la edad media de la vida.
6. Se comprobó discrepancia respecto a la incidencia por sexo en relación con lo que reportan algunos autores, que establecen una proporción de 4 a 1.
En nuestro grupo de pacientes, la distribución dio cifras muy aproximadas al 50%, para cada sexo.
7. El carcinoma del tronco biliar, resultó una lesión predominante en la raza blanca.
8. En el cuadro clínico se distinguen dos grupos de síntomas: uno antiguo, asociado a la enfermedad litiásica pre existente en el tronco biliar y otro reciente, que depende de la degeneración maligna instalada.
9. Los síntomas que llevan a sospechar carcinoma de vías biliares, son: dolor sordo continuado en el hipocondrio derecho, anorexia y pérdida de peso progresivas y aparición tardía de ictericia, fenómeno éste que se considera como de muy mal pronóstico.
10. Puede palparse en el hipocondrio derecho, una masa que a veces reviste caracteres de malignidad; sin embargo, el peso evidenciado por el hígado en el momento de la autopsia estuvo dentro de límites normales en el 71% de los casos; sólo en un 19% se comprobó hepatomegalia.
11. Puede encontrarse el bazo palpable en las dos terceras partes de los casos.
12. Se encontraron metástasis en el 76% de los casos, con la siguiente distribución:
62% en el hígado
43% en el peritonio
29% en los ganglios del hilio hepático
13. Los exámenes de laboratorio son los correspondientes a una ictericia post-hepática completa, cuando hay invasión del colédoco.
Los resultados del estudio radiológico, habitualmente son pobres.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, W. A. D.
Pathology. *The C. V. Mosby Co., St. Louis*, 1948.
2. FORTNER, J. G.
Experimental bile-duct cancer possibly induced by bile of humans with bile duct cancer
Cáncer 8: 683, 1955.
3. FORTNER, J. G.
The experimental induction of primary carcinoma of the gallbladder. *Cáncer* 8:689,
1955.
4. FORTNER, J. G. y NORRIS, W. P.
Determination of the radioactivity of gallstones obtained from cases of gallbladder
cancer. *Cáncer*, 8:687, 1955.
5. LICHTMAN, S. S.
Diseases of the liver, gallbladder and bile ducts. *Lea and Febiger, Philadelphia*, 1953.
6. POPPER, H. y SCHAFFNER, F.
Liver: Structure and Function. *The Blakiston Division, McGraw.- Hill Book Com-
pany, Inc. New York*, 1957.
7. SPELLBERG, M. A.
Diseases of the Liver. *Grune and Stratton, New York*, 1954.
8. TWISS, J. R. y OPPENHEIN, E.
Liver, pancreas and biliary tract. *Lea and Febiger, Philadelphia*, 1955.