

Carcinoma Primitivo de las Vías Biliares⁽¹⁾

DR. RODOLFO CÉSPEDES F.*

DRA. AURA ESTELA GUTIÉRREZ R.*

INTRODUCCION :

Hemos querido analizar el problema del carcinoma primitivo de las vías biliares en la población asegurada, que tiene una condición económica y nutricional ligeramente superior que la población de hospitales de asistencia.

MATERIAL Y METODOS:

Está constituido por 2.400 autopsias y 126.000 biopsias, del Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Central, producto de 20 años de trabajo. A más de los documentos de Anatomía Patológica, se tuvo en los casos autopsiados, un buen resumen de la historia clínica. En los no autopsiados la documentación es deficiente, pero se tiene, al menos la hipótesis diagnóstica inicial y la seguridad de que después de una intervención quirúrgica, se concluyó que había un carcinoma de las vías biliares.

CASUISTICA:

Está constituido por 41 casos, de los cuales 24 corresponden a carcinoma de la vesícula, 7 de la ampolla de Vater y 10 de la región cistocolédociana, sin poderse precisar el punto de origen (Cuadro N° 1). Llamamos la atención que un paciente tuvo tres distintos tumores: 1 carcinoma basocelular de piel, 1 carcinoma indiferenciado de estómago y 1 adenocarcinoma de vesícula. Otro paciente presentó dos tumores: 1 carcinoma de la ampolla de Vater y 1 carcinoma renal.

(1) Trabajo presentado en el XXXVIII Congreso Médico Nacional, noviembre 1969.

* Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social. (Antes Hospital Central).

CUADRO N° 1
 CARCINOMA DE VIAS BILIARES
 TOTAL DE CASOS

Carcinoma de vesícula	24
Carcinoma de la ampolla de Vater	7
Carcinoma de vías biliares extra-hepáticas	10
TOTAL	41

	Ca. basocelular
3 Tumores en un mismo enfermo: Ca. gástrico	1
Ca. vesícula	
Ca. renal	
2 Tumores en un mismo enfermo: Ca. ampolla Vater	1

La distribución de los casos en los 20 años de trabajo del Hospital está en el Cuadro N° 2, que permite ver que entre 1950 y 1956, no se encontró ningún caso y luego pasaron cuatro años hasta que en 1960 se reinició la aparición del proceso; hay un repunte entre el año 1963 y 1965 y luego otro entre los años 1966 y 1969, que es cuando se ha hecho cirugía grande en el Hospital Central.

La distribución geográfica muestra 14 casos en la provincia de San José, 7 en la de Heredia, 7 en Alajuela, 4 en Cartago, 1 en Puntarenas, 4 en Guanacaste y 4 de domicilio desconocido, como se puede ver en el Cuadro N° 4.

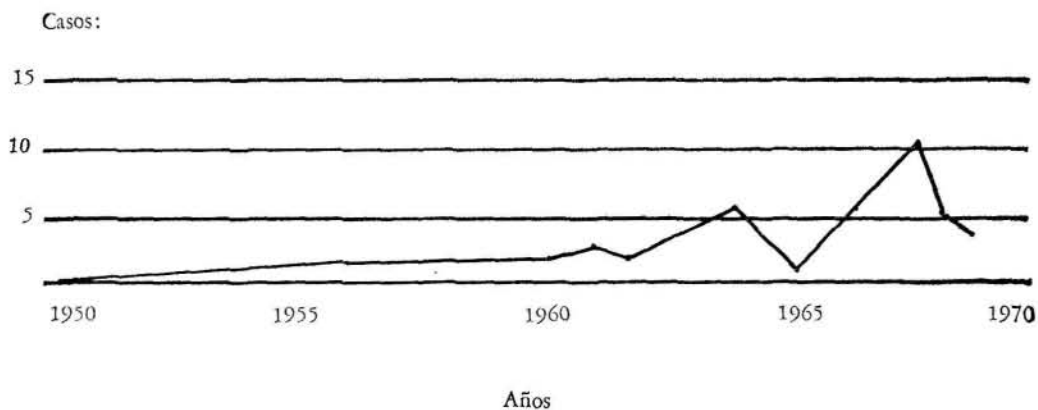
Respecto del sexo diremos que 14 son masculinos y 27 femeninos.

Según los trabajos de Salas (3) en Costa Rica y revisando 8.000 autopsias de pacientes de hospitales de asistencia que tienen una clientela de recursos económicos más limitados que los del Seguro Social, aparecieron 41 casos de carcinoma de la vesícula y vías biliares, lo que darían un 0.51%, en tanto nosotros en 2.400 autopsias tenemos 19 casos, lo que da un 0.79%.

En cuanto a la localización predominante nuestros resultados coinciden con los de Edmondson (2), que también muestra un franco predominio de la vesícula biliar.

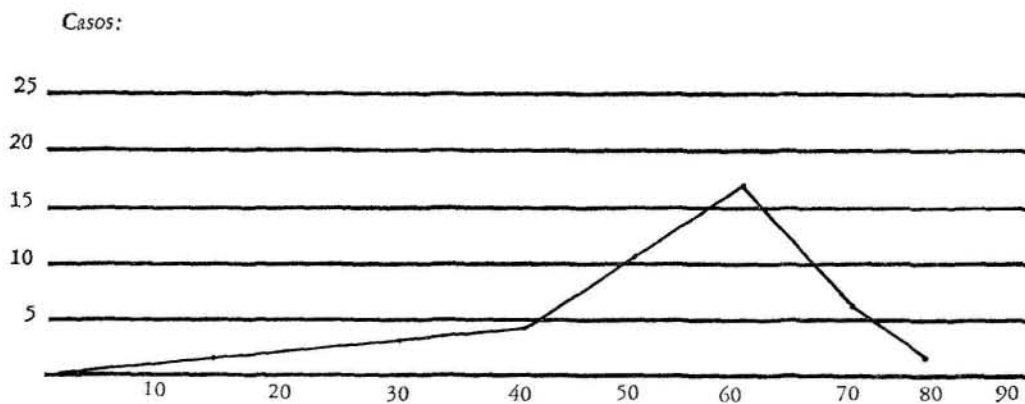
CUADRO N° 2
CARCINOMA DE VIAS BILIARES
DISTRIBUCION DE CASOS EN EL TIEMPO

Años: 1950-69



La distribución por edades permite ver que el mayor número de casos está entre los 40 y 70 años; como se aprecia en el Cuadro N° 3.

CUADRO N° 3
DISTRIBUCION POR EDAD
CARCINOMA DE VIAS BILIARES



CUADRO N° 4
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE CARCINOMA PRIMITIVO DE VIAS BILIARES

San José	Heredia	Alajuela	Cartago	Puntarenas	Limón	Guanacaste	Desconocido
Santa Ana 1	Heredia 6	S. Ramón 1	Cartago 2	Golfito 1	—	Cañas 2	4
San José 12	Barba 1	Orotina 1	Turrialba 2	—	—	Liberia 2	—
Goicoechea 1	—	Naranjo 2	—	—	—	—	—
Alajuelita 1	—	Grecia 1	—	—	—	—	—
—	—	Alajuela 2	—	—	—	—	—
TOTAL: 14	7	7	4	1	0	4	4

TOTAL : 41

DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL, LESION Y CAUSA DE MUERTE:

El Cuadro N° 5 permite ver los diagnósticos clínicos con que los pacientes ingresaron, las lesiones fundamentales encontradas en la autopsia y finalmente la causa de muerte en los casos que fueron autopsiados; puede apreciarse que la idea de carcinoma predominó en clínica; puede verse el predominio en anatomía patológica del cáncer de vesícula biliar y de la ampolla de Vater y verse también, que la hemorragia digestiva predominó entre las causas de muerte, así como la peritonitis aguda en casos operados.

CUADRO N° 5

CARCINOMA PRIMITIVO DE VIAS BILIARES

CASOS AUTOPSIADOS: 1950-1969

DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL	LESION FUNDAMENTAL	CAUSA DE MUERTE
Pancreatitis 2	Carcinoma vesícula 8	Hemorragia digestiva 5
Carcinoma páncreas 3	Ca. ampolla Vater 7	Caquexia por Ca.
Carcinoma hepático 3	Carcinoma colédoco 3	vías bil. 4
Cirrosis 1	Ca. cístico colédoco 1	Peritonitis aguda 3
Ulcus gast. duodenal 1		Colangitis 2
Ictericia obstructiva 4		Insuficiencia renal ag. 2
Carcinoma gástrico 2		Infarto miocardio 2
Ca. ampolla Vater 3		Pancreatitis aguda 1
Ca. vesícula biliar 1		
Ca. vías bil. 3		
Hemorragia digestiva 1		
Coma hepático 1		

En los casos que no llegaron a autopsia, la idea clínica predominante fue la coledocitis y la lesión predominante el carcinoma de vesícula, como se puede ver en el Cuadro N° 6.

CUADRO N° 6

CARCINOMA PRIMITIVO DE VIAS BILIARES

CASOS NO AUTOPSIADOS

DIAGNOSTICO CLINICO INICIAL		LESION ENCONTRADA	
Colelitiasis	7	Adenocarcinoma vesícula ...	15
Carcinoma vías biliares	2	Ca. indiferenciado vesíc. ...	1
Colédocolitiasis más Ca. vías bil.	1	Ca. vías biliares	5
Colecistitis crónica	1	Ca. de colédoco	1
Colecistitis aguda	1		
Empiema perforado	1		
Probable Ca. de vesícula	2		
Ca. hepático	1		
Colelitiasis más ictericia obst.	2		
Ictericia obstructiva	1		
Ca. de páncreas o vías bil.	1		

Un estudio de los principales síntomas y hallazgos semiológicos en los casos autopsias permite decir que la ictericia fue casi constante, así como el compromiso del estado general que también fue significativo el número de casos con hepatomegalia, dolor y colelitiasis; las metástasis fueron frecuentes en estos casos y predominaron en el área pericoledociana y pancreática; estuvieron presentes en 14 de los 19 casos autopsiados y en 10 de los 22 casos no autopsiados, pudiendo presumirse que esta cifra sea realmente mayor. En total se las encontró en 24 de 41 casos, lo que representa el 58.53%. El ascitis sólo existió en la tercera parte de los casos como puede verse en el Cuadro N° 7.

CUADRO N° 7

CARCINOMA PRIMITIVO DE VIAS BILIARES
SINTOMAS Y HALLAZGOS PREDOMINANTES EN 19 CASOS
AUTOPSIADOS

SINTOMA	No. CASOS
Dispepsia biliar	5
Dispepsia gástrica	9
Colelitiasis	11
Ictericia	17
Colangitis	12
Ascitis	6
Tumoración palpable región vesicular	7
Dolor	12
Hepatomegalia	16
Sangramiento digestivo	8
Compromiso severo del estado general	18
Metástasis	14
Tiempo de evolución promedio (mínimo: 1 día, máximo: 900 días)	185 días

Igual que en la casuística de Baro (1), en la nuestra, la evolución después de hecho el diagnóstico, es muy breve, hacia la muerte, con un promedio de 185 días, como puede verse en el Cuadro N° 7.

En estos mismos casos autopsiados, el Cuadro N° 8 nos permite decir que la bilirrubina se elevó en 14, el colesterol en 10, la transaminasa glutámico pirúvica en 12 y la fosfatasa alcalina en 15. El tiempo de protrombina sólo estuvo bajo en 5 casos. En los casos no autopsiados lamentablemente los documentos clínicos no aparecen o son incompletos y sólo podemos concluir en ellos que la colelitiasis estuvo presente en 14 de 22 casos y la ictericia en 10.

CUADRO N° 8

CARCINOMA PRIMITIVO DE VIAS BILIARES

Casos autopsiados	Elevada	Normal	Baja	No se estudió
Bilirrubina	14	1	—	4
Colesterol	10	5	—	4
Tiempo de protrombina	—	10	5	4
Transaminasa G.P.	12	4	—	3
Fosfatasa alcalina	15	2	—	2

COMENTARIO:

Puede decirse que el carcinoma primitivo de las vías biliares, en la población asegurada de Costa Rica, a juzgar por el material que en un Hospital que en 20 años subió de 200 a 400 camas y centralizó los casos de manejo más difícil entre los pacientes del Seguro Social, es un problema de gente vieja, aunque hay excepciones entre la década de los 30 y los 40. El problema parece irse incrementando con el tiempo, lo que seguramente se debe a los mejores recursos de diagnóstico y tratamiento.

La distribución geográfica no permite sacar conclusiones todavía.

Entre los síntomas más constantes están la ictericia, la hepatomegalia y el severo compromiso del estado general, siendo poco frecuente el ascitis, el hallazgo de tumoración y la dispepsia previa.

Como lesión predomina ampliamente el carcinoma de vesícula (24 en 41) y como causa de muerte la hemorragia digestiva, la peritonitis aguda y la caquexia.

RESUMEN

Un estudio de 41 casos de carcinoma primitivo de las vías biliares, demuestra que la localización más frecuente es la vesícula biliar, con 24 casos; entre los síntomas fundamentales estuvieron la ictericia, el compromiso severo del estado general y la hepatomegalia, clínicamente se pensó en tumor maligno y, o, en coleditiasis; el ascitis sólo existió en la tercera parte de los casos.

Como causa de muerte los factores más importantes fueron la hemorragia digestiva, la caquexia y la peritonitis aguda. La mayoría de los casos se presentó en pacientes entre 40 y 80 años de edad. Este trabajo representa 20 años de labor

en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Central del Seguro Social, en San José de Costa Rica y resume el análisis de 2.400 autopsias y 126.000 especímenes quirúrgicos.

SUMMARY

A study of 41 cases of primary carcinoma of the gallbladder and extrahepatic bile ducts shows that the localitation more frequently is that of gallbladder with 24 cases. Between the fundamental sintoms there were jaundice; severe compromise of general state and the hepatomegalia. Formerly was thought it was a malignant tumor, or cholelithiasis; ascitis was present in the third part of every cases. As causes of death the more important fact were digestive bleeding, caquexia and acute peritonitis. In most cases it happen in patient between 40 and 80 years old.

This paper is the result of 20 years of work in the Department of Pathology at the Hospital Central del Seguro Social, San José, Costa Rica, and resume the analisis among 2.400 autopsies and 126.000 surgical specimes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BARO, M. R.
Neoplasias de vesícula y vías biliares. Revista Médica de Valparaíso. 22(2)76-78; 1969.
- 2.—EDMONDSON, H. A.
Tumors of the Gallbladder and extrahepatic bile ducts. In Atlas of Tumors Pathology. Seccion VII-Fascicle 26. Armed forces Institute of Pathology. Washington D. C.; 1967.
- 3.—SALAS, J.
Enfermedades principales en un grupo de necropsias del Laboratorio de Patología del Hospital San Juan de Dios. Acta Médica Costarricense. 12(1)13-26; 1969.