

LA COLECISTITIS PROLIFERATIVA FOLICULAR *

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO

GUSTAVO G. BAZ
Académico de número

TOMÁS G. PERRÍN
Académico de número

Una cuidadosa revisión de obras de Anatomía Patológica, que abarcó un lapso de más de cincuenta años (desde el tratado de Anatomía Patológica General y Especial, de A. Ziegler —edición de 1910— hasta la de estos días —1935— Patología Quirúrgica de Lauren Ackerman) y otro no menos minucioso examen de publicaciones especiales sobre colecistitis en número de 295, entre artículos y monografías, nos dieron muy escasas y lejanas referencias sobre el caso que hoy presentamos. El viejo y magnífico tratado de Cornill, Ranvier, Brault y Letulle (1912) habla de una observación de colecistitis, debida a Terrier, en la que el cuadro principal era, por cierto, la iniciación de un absceso, pero entre cuyas lesiones inflamatorias parietales se cita la foliculitis; y respecto de los escritos monográficos hallamos un caso de linfogranulomatosis de las gruesas vías biliares descrito por Stahr y Synwoldt (M. K. 1922) que, por supuesto, tiene muy vaga relación con el que hoy presentamos.

Hacemos las anteriores consideraciones para justificar la presentación ante nuestra Academia, de un tipo de lesión vesicular que debemos considerar como muy poco conocido (o desconocido, acaso).

Diremos, antes de ello, palabras brevísimas; unas desde el punto de vista histológico y otras en consideración anatomoclínica.

Las primeras se refieren al silencio con que algunos histólogos y aun tratadistas sobre histopatología de las vías biliares —alguno afirma haber dedicado cuatro años al conocimiento de la histología de ellas— guardan sobre las formaciones linfoides parietovesiculares inconstantes y escasas, desde luego, pero de indiscutible existencia.

Las últimas palabras son para referirnos a que este proceso inflamatorio proliferativo folicular tiene una franca representación en otro órgano cavitario, muy pobre, también, en focos linfocíticos: en la vejiga urinaria.

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 9 de septiembre de 1953.

Así Herbut, en su moderna obra sobre patología urológica (1952), clasifica las cistitis proliferativas en foliculares, granulosas, poliposas, glandulares y quísticas. Y la única microfotografía —aunque elocuente— con la que demuestra un caso de cistitis folicular no es más impresionante que las que podemos presentar en nuestro caso de colecistitis proliferativa.

La Sra. A. G. V., residente en esta capital, casada, de 35 años, de 1.66 metros de estatura y 72 kilos de peso, dedicada al cuidado de su hogar, no tiene antecedentes hereditarios de importancia; recuerda haber sufrido neumonía y dice haber abortado tres veces sin motivo aparente y siempre cerca del quinto mes; tras los abortos, le fueron practicados sendos legrados uterinos.

Estudiada por uno de nosotros (G. B.) manifestó estar sufriendo, durante nueve años, de dolores localizados en la fosa ilíaca derecha, con vómitos de alimentos y de líquidos ácidos y amargos. Frecuentemente el dolor precede y sigue al período menstrual, se propaga al miembro inferior derecho y coincide con estreñimiento. Padece también cefaleas, a veces con tipo de jaquecas; dolor torácico (aunque la explotación del tórax no ofreció datos de importancia clínica), laringitis crónica, y edema vespertino de las extremidades inferiores.

Los aparatos renal, genital y locomotor no mostraron alteraciones dignas de mención.

La exploración del abdomen reveló paredes gruesas, dolor de colon derecho y del borde hepático, y bloqueo respiratorio al hacer presión sobre la vesícula biliar.

El estudio radiológico dió una vesícula negativa.

Al acentuarse los dolores con franco tipo de cólico vesicular (propagado al hombro y a la espalda) y al aumentar su frecuencia y su duración, (la que llegó a prolongarse hasta 14 horas), se procedió a la intervención quirúrgica.

Duró ésta 55 minutos, fué practicada por el doctor Baz con la colaboración del doctor Turpin, como Primer Ayudante, del doctor Guzmán como Segundo Ayudante y del doctor Bandera, como anestesista (quien empleó el Kemital, ciclo éter-oxígeno en circuito cerrado y con intubación endotraqueal).

La operación tuvo las características siguientes:

- a) Laparotomía paramedia derecha, supraumbilical, que interesó todos los planos blandos hasta llegar a la cavidad abdominal.
- b) Colecistectomía retrógrada por la técnica habitual.
Se extrajo una vesícula pequeña, atrófica, que contenía dos cálculos de, aproximadamente, 1 centímetro de diámetro.
- c) Cierre de la pared, por planos; se dejaron dos tubos de canalización gruesos, por contra-abertura en el flanco derecho y varios tubos pequeños abocados al tejido celular subcutáneo.
- d) Venoclisis, durante la intervención, de 300 c.c. de Beclysyl.

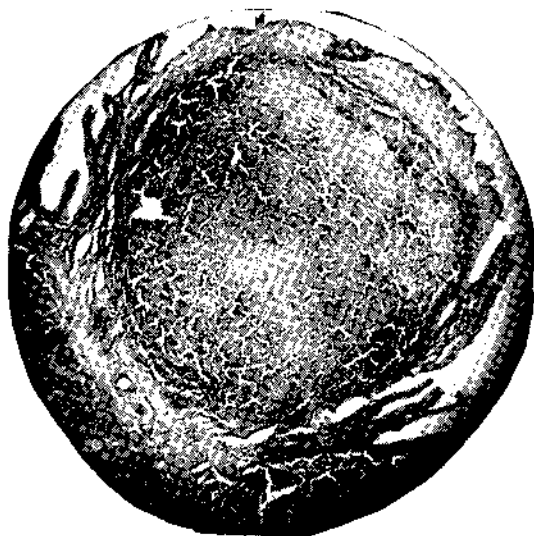
Recibimos (T. P.) en el laboratorio una pequeña vesícula, de paredes delgadas, abierta y vacía. Salvo manifestaciones congestivas, no se aprecia-



Microfotografía 1. Superficie interna de la vesícula. Manifestaciones linfoides vegetantes del corion (prenodular en la parte superior de la figura y nodular en la inferior). Ambas bajo las estructuras epiteliales de revestimiento.



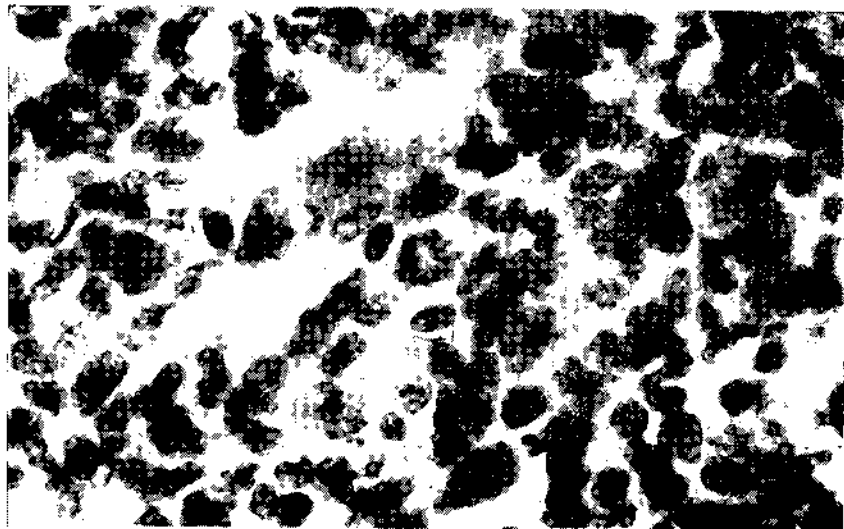
Microfotografía 2. Dos nódulos linfáticos del corion haciendo relieve en la cavidad del órgano. Nótese, sobre ellos, los repliegues corio-epiteliales de la mucosa.



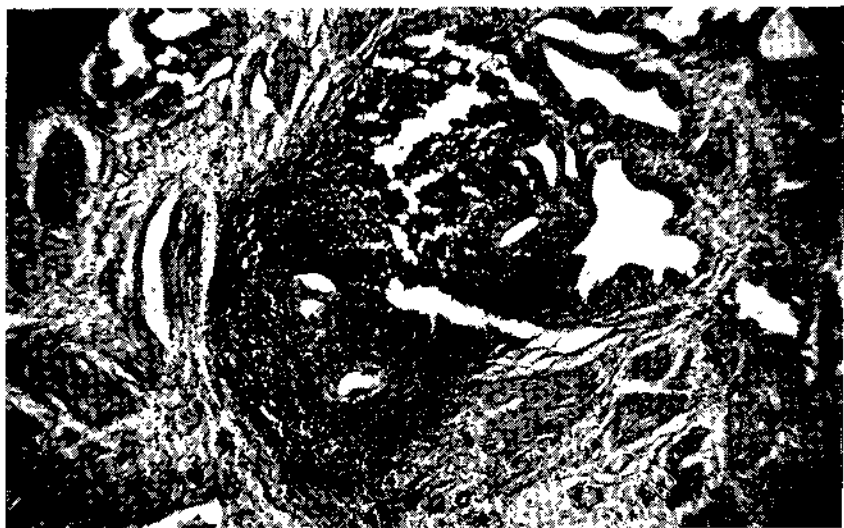
Microfotografía 3. Gran nódulo linfático haciendo relieve en la mucosa del colecisto.



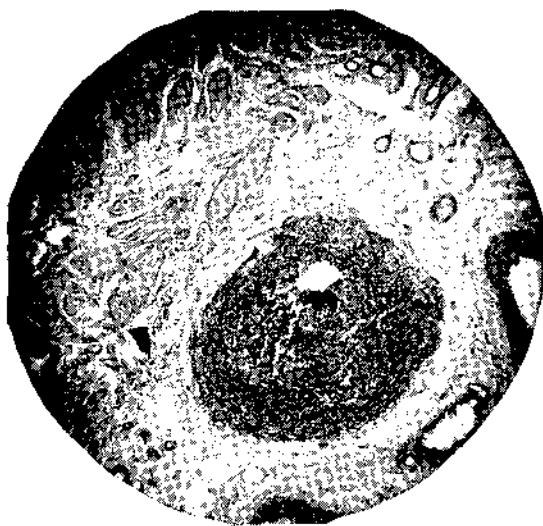
Microfotografía 4. Otro gran folículo linfático. Se aprecia bien su topografía en el corion bajo el epitelio de absorción.



Microfotografía 5. Mitosis (centro de la figura) en zona linfoblástica del mismo folículo.



Microfotografía 6. Infiltraciones linfoides en la zona de las glándulas de Juschka, limitando con la capa muscular plexiforme.



Microfotografía 7. Nódulo linfático (en menor aumento que la microfotografía anterior) entre las estructuras vásculo-fibro-musculares de la pared de la vesícula.

ban anormalidades de importancia, aunque fue de notarse la ausencia del ganglio de la escotadura infundibular. Ausencia extraña si se tiene en cuenta la histopatología vesicular de que en seguida hablaremos.

A la mucosa, que conservaba sus repliegues y areolas, tachonaban pequeñas elevaciones grisáceas, distintas de las más voluminosas y amarillentas de la colesterosis (vesícula "fresa"). Dichas granulaciones, que destacaban sobre el fondo congestionado de la mucosa daban, al tacto, sensación moderada de dureza.

Los dos cálculos no llegaron al Laboratorio. El que dejaran paso a los rayos X permite sospechar que tuviesen una composición colesterólica.

El cuadro histopatológico fue insólito: el de un verdadero estado linfático vesicular. Infiltraciones linfoides difusas, prenodulares y nodulares, y grandes folículos linfáticos con vastos centros germinativos, invadían la túnica serosa, la fibromuscular, el corion y la mucosa y aun levantaban a ésta en masas polipoides siempre recubiertas por el epitelio cilíndrico cuticular o de absorción de la vesícula, o bordeadas por el caliciforme mucíparo o de secreción.

Las infiltraciones linfoides, difusas o nodulares, en el corion o en la capa muscular plexiforme, aparecían aisladas o rodeando los divertículos o criptas de las formaciones sinusales de absorción o de Rokitansky, y las pseudoglándulas (dijéramos mejor, glándulas mucosas tubulosas) de Luschka.

La hiperplasia e hipertrofia de los folículos era impresionante; a los amplios centros germinativos o linfoblásticos, donde se encontraban fácilmente fases mitóticas, circundaba una estrecha corteza linfocítica.

Una franca diferencia histológica separa, desde luego, el comportamiento de los folículos linfáticos superficiales vesicales, de los vesiculares. Aquéllos denudan la mucosa y afloran a la superficie, destruido el epitelio pavimentoso estratificado de revestimiento. Estos, aunque proyectándose en masas polipoides a la cavidad del órgano, se localizan en el corion bajo el epitelio monoestratificado cilíndrico cuticular, cuya integridad respetan.

Las mismas características anatomopatológicas que condicionan la cistitis proliferativa folicular, y aun los mismos factores etiológicos que se invocan para aquélla (principalmente inflamaciones repetidas, y calcuosis) pudimos encontrarles en la observación objeto de la presente nota.

Más que autorizados nos creemos obligados a considerar este proceso de hiperplasia, distopia, e hipertrofia de las estructuras linfáticas, como un caso de colecistitis proliferativa folicular.

RESUMEN

En este trabajo se presenta un caso clínico de un tipo de lesión vesicular que, al parecer, no había sido descrito previamente.

Se encontró, al estudiar la pieza anatómica después de la colecistectomía, una infiltración linfoide, difusa o nodular, de la vesícula; un verdadero proceso de hiperplasia, distopia e hipertrofia de las estructuras linfáticas de la vesícula. En la revisión de la literatura, no se pudo encontrar otro caso semejante.

SUMMARY

This paper presents a case of gallbladder condition which had not been previously described in all probability. When studying the specimen after cholecystectomy, a diffuse or nodular lymphoid infiltration of the gallbladder was found. No mention in the literature of similar case could be found.