

CARCINOMA DE LAS VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS *

Dr. JORGE SOLÍS
Dr. GUILLERMO TREVIÑO

EL CARCINOMA de las vías biliares extrahepáticas fue considerado como entidad poco frecuente hasta 1931, cuando Graham,¹ lo encontró en el diez por ciento de los tumores malignos de la mujer. A partir de entonces se despertó el interés por este padecimiento y en numerosas publicaciones médicas^{2, 3, 5, 6, 7,} se han descrito sus características clínicas y patológicas.

A pesar del mejor conocimiento de esta afección, su pronóstico se mantuvo malo, probablemente por lo tardío de sus manifestaciones clínicas y, también por la falta de un tratamiento quirúrgico correcto.

Durante muchos años el único método terapéutico conocido fue la colecistectomía simple que se llevaba a cabo como tratamiento de una colelitiasis sintomática, en la cual el estudio histopatológico del espécimen quirúrgico demostraba la naturaleza maligna de la lesión. Los resultados obtenidos dejaron mucho que desear.

En 1935, Whipple,⁸ describió la técnica de la resección pancreatoduodenal, contándose así, con un método quirúrgico concebido dentro de los conceptos modernos de la cirugía oncológica que permite el ataque de los tumores situados en el tercio inferior del conducto biliar principal y en la ampolla de Vater.

En 1949, Wangensteen,¹⁰ describió la técnica para la resección del lóbulo derecho del hígado, que debe considerarse como el antecedente al intento de Pack,¹¹ de tratar por este método a los carcinomas de la vesícula biliar y el conducto hepático derecho, completando así los métodos de ataque quirúrgico radical de la mayoría de los tumores malignos del árbol biliar extrahepático.

Durante la última década se han utilizado estos procedimientos con la esperanza de mejorar el sombrío pronóstico de dichos tumores.

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina.

El presente trabajo se realizó con el objeto de poder estudiar y valorar los resultados obtenidos con el conocimiento y empleo de las nuevas técnicas operatorias.

Dada la similitud del cuadro clínico y la semejanza de los problemas terapéuticos, se estudiaron en conjunto los tumores malignos de todas las estructuras biliares extrahepáticas, incluyendo los de la ampolla de Vater.

MATERIAL Y MÉTODO

En el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, fueron admitidos 30,800 pacientes, entre octubre de 1946 y julio de 1958. En 87 casos se estableció el diagnóstico de carcinoma de la vesícula biliar, del conducto hepatocolédoco y del ámpula de Vater. Esto corresponde a una frecuencia del 0.28%.

El requisito para la selección fue la comprobación histológica de la naturaleza maligna de la lesión. La biopsia o autopsia fue positiva en 86 casos. El estudio histológico no confirmó el diagnóstico en un paciente, sin embargo, dado las características del tumor examinado durante la laparotomía decidimos considerar la biopsia como falsa negativa y el caso fue incluido en el estudio.

LOCALIZACIÓN Y FRECUENCIA

En esta serie de 87 casos, el sitio de origen de los tumores fue el siguiente: La vesícula biliar en 50 casos, el conducto hepatocolédoco en 30 casos y la ampolla de Vater en 7 casos.

EDAD Y SEXO

La edad de los pacientes se clasificó en decenios. Se observó que en más de las dos terceras partes (76 por ciento) el carcinoma de las vías biliares extrahepáticas apareció en el quinto, sexto y séptimo decenio. Las edades extremas correspondieron a 30 y 85 años.

El sexo femenino mostró franca preponderancia, en la proporción de 3.1 a 1. Del total de 87 casos estudiados, 66 fueron mujeres y 21 fueron hombres.

SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas más importantes fueron, en orden decreciente: ictericia, dolor, pérdida de peso, anorexia, calosfrío y fiebre, náusea y vómito.

La ictericia fue el síntoma cardinal de este padecimiento y fue descrita en el 94 por ciento de los casos. En los tumores malignos de la vesícula biliar, la aparición de ictericia indicó la extensión de la neoplasia a los conductos biliares.

En el carcinoma de la vesícula biliar y del conducto hepatocolédoco, la ictericia fue habitualmente de principio brusco y de evolución progresiva. En los casos de tumor de la ampolla de Vater, el principio fue insidioso y su evolución progresiva, no habiéndose encontrado las fluctuaciones clásicamente descritas. Por lo común la ictericia se acompañó de coluria y acolia. El prurito intenso se observó con bastante frecuencia.

La presencia del dolor se señaló en el 94 por ciento de los tumores vesiculares, en el 76 por ciento de los tumores del conducto hepatocolédoco y en el 71 por ciento de las lesiones de la ampolla de Vater.

La mayor frecuencia del síntoma dolor en los casos de carcinoma de la vesícula biliar, puede explicarse por la frecuente coexistencia de litiasis vesicular, que fue encontrada en el 70 por ciento de los tumores de la vesícula biliar, en el 50 por ciento de los tumores del conducto hepatocolédoco y en el 14 por ciento de los tumores ampulares.

El dolor en los casos de carcinoma vesicular tuvo las características del llamado "cólico biliar" en el 40 por ciento y fue continuo en el 54 por ciento de los casos. En los tumores del hepatocolédoco el dolor fue de tipo cólico en 69 y en los de la ampolla de Vater, en el 80 por ciento de los enfermos. En los tres grupos, el dolor tuvo su ubicación más frecuente en el cuadrante superior derecho del abdomen y la irradiación más común, hacia la región lumbar y hacia la escápula derecha. El dolor de tipo paroxístico es idéntico y quizás ocasionado por el mismo mecanismo que el producido por la litiasis biliar. Más característico de lesión maligna es el dolor continuo, sordo y progresivo.

Hubo pérdida de peso, equivalente a un promedio de 10 Kgs., en 90 por ciento de nuestros pacientes; en el 80 por ciento de ellos fue un síntoma tardío.

El calosfrío y la fiebre fueron síntomas observados en el 71, 53 y 71 por ciento de los enfermos correspondientes a cada grupo. La fiebre en los casos de tumor vesicular, no es de tipo colangítico, sino de bajo grado y continua. Esto es debido probablemente a la necrosis del tumor, aun cuando el factor infeccioso puede encontrarse asociado.

Los demás síntomas: anorexia, náusea y vómito, diarrea, hemorragia digestiva y ascitis, se presentaron con menor frecuencia.

SIGNOS

La ictericia fue observada en el 68 por ciento de los pacientes con carcinoma de la vesícula biliar; en el 86 por ciento del hepatocolédoco, y en el 100

por ciento de los de la ampolla de Vater. La intensidad de la ictericia osciló entre un ligero tinte hasta el intenso color amarillo verdoso. Se apreciaron huellas de rasquido con frecuencia.

El hígado se notó aumentado de volumen en el 82 por ciento de los pacientes con carcinoma vesicular; en el 80 por ciento de los pacientes con carcinoma del hepatocolédoco y en el 100 por ciento de los tumores ampulares. En la mayoría de los casos de carcinoma vesicular la glándula hepática se encontró dura y nodular, en todo semejante a lo que se encuentra en casos de carcinoma del hígado. Debe mencionarse que en 84 por ciento de los carcinomas de la vesícula biliar y en el 73 por ciento de los casos de tumor del hepatocolédoco, se encontraron metástasis hepáticas. En los casos con hepatomegalia por estasis biliar, el hígado se palpaba moderadamente duro, liso y con bordes romos. Su exploración provocó sensación dolorosa poco intensa.

La vesícula biliar fue palpable en 10 casos (20 por ciento) de los pacientes con carcinoma de la vesícula biliar; en 7 (23 por ciento), de los pacientes con carcinoma del hepatocolédoco, y en 6 (86 por ciento) de los tumores ampulares.

DATOS DE LABORATORIO

Aun cuando la mayoría de los casos de ictericia pueden ser diagnosticados mediante cuidadoso interrogatorio y exploración física, el valor de las pruebas de funcionamiento hepático es indudable. El análisis de los datos proporcionados por las diferentes pruebas, constituye el mejor auxiliar del clínico para poder establecer correctamente la diferenciación entre las ictericias quirúrgicas y las médicas. Dentro del grupo de exámenes comúnmente empleados en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, para estudiar los diversos aspectos de funcionamiento del hígado, vamos a mencionar aquellas que fueron de mayor utilidad para el diagnóstico diferencial.

La utilidad de la determinación de bilirrubinas es relativa, pues este examen simplemente confirma la existencia de ictericia, y la cuantifica. Fue interesante observar que en el 26 por ciento de los casos de carcinoma de la vesícula biliar, en el 56 por ciento del hepatocolédoco y en el 71 por ciento de los de la ampolla de Vater, las cifras de bilirrubina directa fueron superiores a 10 miligramos. Puede decirse, que las cifras de 10 mg. de bilirrubina, o mayores, sugieren la existencia de un proceso obstructivo maligno. En los pacientes con tumor de la ampolla de Vater las fluctuaciones en las cifras de bilirrubinas fueron excepcionales.

La determinación de la fosfatasa alcalina es la prueba de mayor valor diagnóstico. En ningún caso las cifras obtenidas fueron inferiores a 4 U.B. y, a mayor abundamiento, en el 71 por ciento de los pacientes, la cifra obtenida fue superior a 10 unidades y alcanzó valores hasta de 63 unidades Bodansky. El

valor de la determinación de la fosfatasa alcalina aumenta aún más, si se asocia a la determinación de la cefalina colesterol y del timol, las cuales fueron negativas en el 82 por ciento de los casos. La asociación de fosfatasa alcalina elevada con pruebas de fluoculación negativa, se presentó en el 80 por ciento de nuestros enfermos.

La determinación del colesterol total puso de manifiesto cifras superiores a lo normal, solamente en el 18 por ciento, 40 por ciento y 42 por ciento de los casos de carcinoma de vesícula, hepatocolédoco y ampolla de Vater, respectivamente. Cifras inferiores al 50 por ciento en la esterificación del colesterol se observaron en el 75 por ciento de los casos y, en términos generales, puede mencionarse que la cifra fue tanto menor cuanto más avanzado era el estado de la lesión neoplásica.

La retención de bromosulfaleína se encontró frecuentemente por arriba de las cifras normales (90 por ciento de los casos); sin embargo, carece de valor, dado que sus modificaciones corren más o menos paralelas a las cifras de bilirrubina.

El estudio hemocitológico mostró anemia y leucocitosis aproximadamente en el 40 por ciento de nuestros pacientes. Debe mencionarse que estas alteraciones fueron discretas.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

El estudio radiológico, a pesar de las limitaciones que tiene, es un complemento útil en el diagnóstico de estos enfermos.

En 43 de nuestros pacientes se practicó placa simple de abdomen. Se encontraron datos positivos principalmente litiasis biliar y hepatomegalia en el cincuenta por ciento de los enfermos.

El diagnóstico positivo fue establecido únicamente en el 20 por ciento de los enfermos estudiados mediante serie gastroduodenal. En el 65 por ciento los estudios radiológicos de estómago y duodeno fueron descritos como anormales, pero sin establecer un diagnóstico definitivo. El hecho de que la interpretación se haga observando las comprensiones o deformaciones sobre los órganos vecinos, necesariamente limita la identificación de los tumores de las vías biliares a lesiones extensas que habitualmente son inoperables.

En 13 de nuestros enfermos se practicó colecistografía que indicó exclusión de la vesícula en 12 casos y litiasis en dos.

Por existir ictericia, sólo se practicó colangiografía intravenosa en un caso de carcinoma de vesícula biliar; la vesícula se vio con baja concentración y los conductos fueron normales.

PERITONEOSCOPIA

La peritoneoscopia se practicó en 8 casos de carcinoma de la vesícula biliar. El tumor fue visto en tres pacientes y la biopsia fue positiva en dos de ellos. En tres pacientes se observaron metástasis hepáticas o peritoneales, y la biopsia fue positiva en dos de ellos. No se observó lesión alguna en dos pacientes.

En el carcinoma del hepato-colédoco solamente se practicó laparoscopia en dos casos, y el hígado presentó estasis biliar, que fue comprobada por la biopsia.

A pesar de que en esta serie el estudio paroscópico solamente fue utilizado en 8 pacientes y que es aventurado valorar los resultados de tan corto número de casos, creemos que este método, dadas las múltiples ventajas que ofrece, se debe practicar con más frecuencia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El tipo histológico más común en nuestro estudio, lo constituyó el adenocarcinoma, que correspondió al 72 por ciento de los enfermos estudiados. El carcinoma estuvo presente en el 23 por ciento. Las lesiones malignas del tipo adenocarcinoma se encontraron solamente en 2.3 por ciento. En un solo caso la biopsia fue negativa e informada como lesión de tipo inflamatorio.

En nuestro material la propagación tumoral ocurrió tanto por invasión directa, como por metástasis.

CARCINOMA DE VIAS BILIARES

Extensión directa

Organo	Vesícula biliar		Hepatocolédoco		Ampolla de Vater	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Hígado	20	40	4	13.3	—	—
Hepatocolédoco	17	34	—	—	—	—
Vesícula biliar	—	—	12	40	—	—
Duodeno	13	26	13	46.3	4	57.1
Colon	9	18	4	13.3	—	—
Estómago	7	14	4	13.3	—	—
Otros	11	22	9	30	2	28.5

La invasión por contigüidad fue más común hacia el hígado, conducto hepatocolédoco, vesícula biliar, duodeno, colon, estómago y otros, en orden decreciente.

CARCINOMA DE VIAS BILIARES

Metástasis

Órgano	Vesícula biliar		Hepatocolédoco		Ampolla de Vater	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Hígado	22	44	18	60	2	28.5
Ganglios del hilio	16	32	13	43.3	2	28.5
Ganglios peripancreáticos	6	12	3	10	1	14.2
Peritoneo	13	26	3	10	—	—
Ovarios	6	12	1	3.3	—	—
Pulmón	5	10	6	20	—	—
Epiplón	3	16	3	10	—	—
Otros	6	12	2	6.6	2	28.5

La diseminación metastásica de estos tumores afectó, en orden decreciente, los siguientes órganos: Hígado, ganglios del hilio, ganglios peripancreáticos, peritoneo, ovarios, pulmón, epiplón y otros.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

De los 87 casos de carcinoma de las vías biliares extrahepáticas 48 fueron sometidos a exploración quirúrgica.

Fundamentalmente fueron tres los tipos de tratamiento quirúrgico practicados:

1. *Cirugía con fines curativos*: Cinco enfermos fueron sometidos a resección pancreatoduodenal. Siete pacientes sufrieron diversos procedimientos quirúrgicos considerados como curativos.

2. *Cirugía paliativa*: Once pacientes fueron operados y en ellos se practicaron diversos procedimientos encaminados a corregir la obstrucción biliar.

3. *Cirugía diagnóstica*: En 25 enfermos se practicaron laparotomías exploradoras y el cirujano se concretó a ratificar el diagnóstico clínico.

El manejo preoperatorio tuvo por objeto la corrección del tiempo de protrombina, el mal estado nutricional, la insuficiencia hepática y la infección biliar cuanta ésta existía.

CIRUGIA CON FINES CURATIVOS

Operación		Morbilidad		Mortalidad	
Resección	pancreato-duodenal	Fístulas pancreáticas	2		0
	5				
Colecistectomía, coledocostomía y hepatectomía parcial	1	Obstrucción de gastroenteroanastomosis y eventración	1		0
Colecistectomía y hepatectomía parcial	1				0
Colecistectomía y coledocostomía	2	Sub-oclusión intestinal	1		0
Colecistectomía simple	1				0
Colecistectomía simple	1				0
Colecistectomía y resección del hepatocolédoco con anastomosis término-terminal	2	Edema pulmonar agudo	1	Coma hepático	1
		Mortalidad operatoria	7.8%		

Es un hecho establecido, que la cirugía radical debe ser empleada únicamente en los casos favorables, en los cuales el cirujano pueda esperar, en forma razonable, la curación del paciente. Tan sólo la posibilidad de curación justifica el elevado riesgo operatorio y el costo de un procedimiento quirúrgico tan extenso. Los tumores de la ampolla de Vater y el tercio inferior del colédoco llenan con más frecuencia estos requisitos.

Resección pancreato-duodenal.

En nuestra opinión, la resección pancreatoduodenal debe quedar limitada a los carcinomas de la región colédoco-ampular y a las lesiones pequeñas de la cabeza del páncreas.¹⁵ Las contraindicaciones para efectuarla son las siguientes:

1. Metástasis distantes.
2. Extensión local, con fijación a la arteria hepática, a la vena porta o a ambos.

En presencia de nódulos hepáticos, siempre es aconsejable tomar biopsia y establecer inmediatamente el diagnóstico histológico de los mismos. El epiplón gastro-hepático y la región retroduodenal deberán ser expuestas y cualquier ganglio que se observe, extirpado y estudiado microscópicamente. En los casos donde no existan pruebas de inoperabilidad, debe hacerse un esfuerzo para tener la certeza de la naturaleza maligna del tumor, antes de proceder a su resección. La toma de biopsias, directas, con la aguja de Silverman o con la cucharilla coledociana, debe intentarse siempre. Los riesgos de la operación son tales, que sólo se justifican en el tratamiento de los tumores malignos. Creemos que debe también mencionarse el error que se comete cuando se otorga confianza absoluta a las biopsias operatorias. No es raro que el patólogo encuentre solamente signos de inflamación en biopsias operatorias y que posteriormente la resección, o la autopsia, demuestren la naturaleza maligna del tumor.

El balance cuidadoso de todos los datos clínicos, de laboratorio y de gabinete, el aspecto macroscópico, y los datos proporcionados por la biopsia, deben preceder a la decisión en favor o en contra de la cirugía radical.

Cuatro de los pacientes con carcinoma ampular y uno con carcinoma del tercio inferior del colédoco fueron operados utilizándose la técnica de tipo Whipple.

En tres de ellos el diagnóstico fue hecho mediante la biopsia operatoria, con examen histológico inmediato. La resección se inició al conocerse la naturaleza maligna del tumor. En dos pacientes el diagnóstico fue correctamente establecido por las características macroscópicas del tumor, y confirmado posteriormente por el laboratorio de histopatología.

En tres casos la operación fue practicada en un solo tiempo. En dos casos fue necesario practicar la operación en dos tiempos. En el primero se hizo colestoyeyunoanastomosis; tres semanas después se practicó la resección correspondiente. Ambos pacientes habían tenido obstrucción biliar de larga duración, con hepatomegalia y alteraciones importantes en las pruebas de funcionamiento hepático.

La continuidad del aparato digestivo fue reconstruida mediante diferentes técnicas. En dos ocasiones se practicó la anastomosis del conducto de Wirsung con el yeyuno. En dos casos el muñón pancreático fue anastomosado a la luz yeyunal.

Uno de estos pacientes desarrolló una fistula pancreática. En un caso el muñón fue simplemente suturado mediante puntos en U con seda y dejado en su posición habitual. Este paciente también presentó fistula pancreática.

El tránsito biliar se restableció utilizando la vesícula biliar en dos casos y el colédoco en tres.

El tránsito gastro-intestinal fue restablecido mediante anastomosis gastro-yeyunal término-lateral en tres ocasiones y término terminal en dos. Todas ellas fueron antecólicas.

Cuidados post-operatorios. Al regresar el paciente a su cama se inició aspiración gástrica continua que se aplicó durante 48 a 72 horas.

Durante tres a cinco días los pacientes recibieron alimentación parenteral. Las cantidades necesarias fueron calculadas mediante el balance de líquidos y electrólitos. Cada tercer o cuarto día se determinaron los electrólitos plasmáticos y se administraron cantidades complementarias de líquidos y electrólitos, hasta corregir cualquier alteración existente.

Se practicó estudio hemocitológico los días primero, tercero y décimo post-operatorio, y en caso de anemia esta fue corregida mediante la administración de transfusiones de sangre total.

En todos los pacientes se consideró prudente la administración sistemática de antibióticos. Todos los pacientes recibieron dosis terapéuticas de vitamina K. No se observaron hemorragias post-operatorias de importancia.

Al segundo o tercer día post-operatorio se suspendió la succión nasogástrica y se inició dieta tipo post-gastrectomía, que fue aumentada rápidamente hasta llegar a la administración de una dieta blanda, fraccionada en cinco tomas.

Complicaciones. En dos pacientes sin anastomosis del conducto de Wirsung al yeyuno, se formó una fístula pancreática. Se tuvieron los cuidados habituales de protección a la piel y se usaron anticolinérgicos. Las fístulas persistieron 21 y 76 días, respectivamente. En el segundo caso se consideró pertinente aplicar succión gástrica y alimentar al paciente por vía parenteral, durante varios días, con lo que disminuyó notablemente la cantidad de jugo pancreático, pero sin lograrse el cierre inmediato de la fístula. Ninguno de los enfermos presentó problemas serios de tipo nutricional.

Mortalidad operatoria. No hubo mortalidad quirúrgica en el grupo de pacientes que sufrieron resecciones radicales de tipo Whipple.

Resultados. De los cinco pacientes en los que se hizo resección pancreato-duodenal por carcinoma de la ampolla de Vater y del colédoco, solamente dos han fallecido. En ambos se pudo determinar que la causa de la muerte, ocurrida seis meses y un año después de operados, fue por las metástasis.

Los tres pacientes que sobreviven se encuentran sin molestias, cinco años, dos años y un año después.

La colecistectomía simple, como tratamiento de elección de los carcinomas de la vesícula biliar, ha sido condenada en repetidas ocasiones. Recientemente Marshall y O'Donnell,¹⁶ señalaron que en 15 pacientes, en los cuales se les practicó colecistectomía simple como procedimiento primario, el promedio de sobrevida fue de sólo 7 meses. En la actualidad, las medidas terapéuticas se han encaminado hacia la cirugía radical. La excisión de la vesícula biliar, porciones de hígado, nódulos linfáticos regionales, la resección de lóbulos hepáticos y de órganos vecinos, constituyen los procedimientos de elección en las lesiones operables.

En nuestra serie se practicaron procedimientos quirúrgicos considerados como curativos en solamente 7 casos. En un enfermo de este grupo se practicó colecistectomía, coledocostomía y hepatectomía parcial; en el segundo, colecistectomía y hepatectomía parcial; en el tercero y cuarto, colecistectomías y coledocostomías; en el quinto, colecistectomía simple; en el sexto y séptimo, colecistectomía y resección de hepatocolédoco, con anastomosis término terminal.

Un paciente presentó un cuadro de edema agudo pulmonar que pudo ser tratado satisfactoriamente, pero murió al décimo tercer día de operado, en coma hepático. La mortalidad quirúrgica en este grupo de pacientes fue de 14.2 por ciento.

Resultados. Los dos pacientes sometidos a cirugía radical con resección cu-neiforme de hígado por carcinomas de vesícula biliar, fallecieron. En ellos fue posible reconocer metástasis como la causa de la muerte, tres y seis meses después de operados. El paciente en quien se practicó colecistectomía simple, fue dado de baja del hospital y no se conoce cuál haya sido su evolución posterior. De los pacientes con colecistectomía y coledocostomía, uno permaneció asintomático tres años, al cabo de los cuales presentó recurrencia. Se ignora lo sucedido al otro enfermo. La paciente a la que se le practicó colecistectomía y resección del hepatocolédoco, permaneció asintomática seis meses, al cabo de los cuales dejó de ser vista en la Consulta externa.

Cirugía paliativa o diagnóstica. En 36 enfermos la laparotomía exploradora mostró lesiones que el cirujano consideró inoperables. Los principales hallazgos operatorios que contraindicaron la operación fueron: metástasis distantes, principalmente hepáticas y fijación del tumor a las estructuras vecinas, particularmente los vasos del hilio hepático (vena porta y arteria hepática).

CARCINOMA DE VIAS BILIARES

Cirugía paliativa y diagnóstica

Laparotomía exploradora	25	Ileo neurogénico	1	Coma hepático	7
				Bronconeumonía	2
				Peritonitis generalizada	1
Colecistectomía	3	Fístula biliar externa	1	Coma Hepático	2
Colecistectomía y Coledocostomía	2	Ileo-neurogénico	1	Peritonitis generalizada	1
Colecistectomía	2	Shock operatorio	1		
Gastroenteroanastomosis	2				
Colecistoyeyunoanastomosis	1			Coma hepático	1
Colecistoducdenoanastomosis	1				

Mortalidad operatoria: 40 por ciento.

Estos casos se consideraron como de cirugía paliativa porque el tumor invadía el hepatocolédoco.

Puede decirse que la mayoría de los pacientes que sufrieron cirugía paliativa, mejoraron de la ictericia y del prurito, excepto en los casos con extensas metástasis hepáticas. De los pacientes en los que pudo determinarse la sobrevida, se observó un promedio de dos meses y seis días. La mortalidad operatoria fue de 40 por ciento. Llama la atención lo elevado del riesgo en estos enfermos que sufrieron mínima agresión quirúrgica, en contraste con la mortalidad nula de los enfermos que sufrieron resección de tipo Whipple. Estos constituyen un ejemplo de como la mortalidad operatoria, en las mismas manos, es más bien resultado de las condiciones generales del paciente, que de lo extenso y delicado de la intervención quirúrgica.

COMENTARIO

El panorama general que ofrece el tratamiento del carcinoma de las vías biliares extrahepáticas es malo. El pronóstico del carcinoma de la vesícula biliar permanece sin modificaciones, a pesar de los progresos en la terapéutica quirúrgica, como lo demuestra el estudio de la presente serie, desarrollada durante los últimos años en un Hospital con gran interés en el manejo de este problema y en el cual no fue posible aplicar con frecuencia los principios y técnicas actuales.

Esto se debe sobre todo a lo tardío del diagnóstico. Los síntomas precoces son inexistentes, o similares en todo a los de la colecistitis crónica litiasica a la que frecuentemente se asocia. Cuando aparece ictericia, o dolor de tipo continuo, la lesión es casi siempre incurable. Los exámenes de gabinete y rayos X son inespecíficos y solamente son útiles cuando la lesión es extensa y la sospecha clínica, siempre tardía, ha sido confirmada. Podemos afirmar que el diagnóstico oportuno de estos tumores es prácticamente imposible, en el estado actual de los conocimientos médicos.

La cirugía preventiva es la única solución lógica. La colecistectomía en todo paciente con colelitiasis, sintomáticas o no, es el único método que puede prevenir la aparición del carcinoma de la vesícula biliar asociado a colelitiasis. Un estudio practicado en el "Cornell Medical Center",¹⁷ muestra la importancia del factor tiempo en la asociación colelitiasis y cáncer. En pacientes menores de 50 años, con colelitiasis, se encontró carcinoma solamente en el 0.2%, cifra que se elevó a 10% en pacientes mayores de 65 años. La curva de coincidencia ascendente de colelitiasis y carcinoma en relación con la edad, justifica la colecistectomía como tratamiento de elección en toda litiasis vesicular. En los raros casos en que se tenga la fortuna de encontrar una lesión maligna, pequeña, limitada a el cuerpo o al fondo vesicular, indudablemente, el método que ofrece al-

guna posibilidad curativa es la colecistectomía con lobectomía hepática derecha.

Los tumores de la región periampular y del tercio inferior del colédoco ofrecen mejores perspectivas de curación. La aparición temprana de ictericia y el bajo grado de malignidad de estos tumores, permiten un diagnóstico oportuno. Más de la mitad de los pacientes explorados pudo ser sometido a resecciones radicales y en la actualidad tres de los cinco pacientes operados sobreviven en buenas condiciones de salud. Uno de ellos ha sobrevivido más de cinco años.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Del año de 1946 a julio de 1958, se estudiaron en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición 30,800 pacientes; de éstos, en 87 hubo carcinoma de la vesícula, del hepatocolédoco y de la ampolla de Vater.

2. La localización del carcinoma de las vías biliares extra hepáticas fue como sigue: Vesícula biliar: 50 casos (57.5 por ciento); hepatocolédoco: 30 casos (34.5 por ciento); y ampolla de Vater 7 casos (8.1 por ciento).

3. El tipo histológico más común fue el adenocarcinoma (73.5 por ciento), le siguió el carcinoma (20 por ciento) y, por último, el adenoacantoma (2.3 por ciento).

4. En el 70 por ciento de los casos de carcinoma de la vesícula biliar; en el 50 por ciento de los casos de hepatocolédoco y en el 14.2 por ciento de los casos de la ampolla de Vater, se encontró antecedente de colecistitis calculosa.

5. La mayor frecuencia del carcinoma de la vesícula biliar y de las vías biliares extrahepáticas ocurrió en el quinto, sexto y séptimo decenios de la vida.

6. El sexo femenino mostró franco predominio en los tres grupos analizados. Del grupo de 87 casos, 66 fueron mujeres (75.5 por ciento) y 21 hombres (24.4 por ciento).

7. Se encontraron como síntomas clínicos más frecuentes: Ictericia (90 por ciento); pérdida de peso (87 por ciento); dolor (82 por ciento); anorexia (72 por ciento); calosfríos y/o fiebre (66 por ciento); náuseas y vómitos (34 por ciento).

8. La exploración física reveló la presencia de ictericia, hepatomegalia y vesícula biliar palpable como principales signos.

9. Los datos de laboratorio que proporcionaron ayuda para establecer el diagnóstico fueron: bilirrubina directa elevada; fosfatasa alcalina elevada; pruebas de floculación negativas y las cifras menores del 50 por ciento de esterificación del colesterol.

El examen hemocitológico mostró anemia en la tercera parte de los casos, y leucocitosis en casi la mitad de ellos.

10. La serie gastroduodenal fue capaz de establecer el diagnóstico de carcinoma de las vías biliares extrahepáticas en 20 por ciento de los casos; en 65 por ciento sólo se reportaron anomalías no diagnósticas.

11. Seis pacientes con carcinoma de la vesícula biliar y uno con neoplasia en hepatocolédoco fueron sometidos a cirugía curativa. Sólo uno sobrevivió más de tres años; los demás fallecieron en menos de siete meses.

12. Cinco de los pacientes con tumores de la región ampular sufrieron resección pancreato-duodenal. Dos fallecieron seis y 18 meses después de la intervención quirúrgica; ambos presentaron metástasis. Tres de ellos sobreviven en buenas condiciones, cinco años, dos años y cinco meses respectivamente, después de la intervención. En este grupo no hubo mortalidad operatoria.

13. Treinta y seis pacientes fueron sometidos a procedimientos paliativos, o de cirugía diagnóstica, habiéndose practicado laparotomía exploradora en la mayoría (25 casos) de ellos. La mortalidad quirúrgica en este grupo de pacientes fue de 40 por ciento.

REFERENCIAS

- Graham, E. A.: *The prevention of carcinoma of the gallbladder*. Ann. Surg. 93:371, 1931.
- Stewart, H. L.; Lieber, M. M. y Morgan, D. R.: *Carcinoma of the extrahepatic bile ducts*. Arch. Surg. 41:662, 1940.
- Ranson, H. K.: *Carcinoma of the extrahepatic bile ducts*. Ann. Surg. 40:264, 1938.
- Dick, J. C.: *Carcinoma of the lower and of the common bile ducts* Brit. J. Surg. 26:757, 1939.
- Glenn, F. y Hill, M. R.: *Extrahepatic biliary Tract*. Cancer 8:1218, 1955.
- Ruikin, L. M.: *Carcinoma of the gallbladder; report of 52 operative cases*. Arch. Surg. 70:689, 1955.
- Neibling, H. A.; Dockerty, M. B. y Waugh, J. M.: *Carcinoma of the extrahepatic ducts*. S.G.O. 89:429, 1949.
- Jones, C.: *Carcinoma of the gallbladder. Report of 50 casos*. Ann. Surg. 132:110, 1950.
- Whipple, A. O.; Parsons, W. B. y Mullins, C. R.: *Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater*. Ann. Surg. 102:765, 1935.
- Wangesteen, O. H.: *Cancer of the esophagus and stomach*. N. Y. Amer. Cancer Soc. 92, 1952.
- Pack, G. T. y Barker, H. W.: *Total right hepatic lobectomy*. Ann. Surg. 132:253, 1953.
- Pack, G. T.; Miller, T. R. y Brasfield, R. D.: *Total right hepatic lobectomy for cancer of the gallbladder*. Ann Surg. 142:6, 1955.
- Catell, R. B. y Pyrtek, L. J.: *Appraisal of pancreatoduodenal resection followup study of 61 cases*. Ann. Surg. 129:840, 1949.
- Miller, E. M. y Clagett, O. T.: *Survival 5 years after radical pancreatoduodenectomy for carcinoma of the pancreas*. Ann. Surg. 134:1013, 1951.
- Solís, J. y Hernández, A. A.: *Carcinoma del pancreas y región periampular*. Rev. Invest. Clin. IX:591, 1957.
- Marshall, S. T. y O'Donnell, B.: *Primary carcinoma of the gallbladder*. Ann. Surgeon 23:1040, 1957.
- Glenn, F. y Hill, M. R.: *Extrahepatic Biliary Tract*. Cancer 8:1218, 1955.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DOCTOR JORGE SOLIS

“CARCINOMA DE LAS VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS”

Dr. MANUEL QUIJANO N.

SI CON EL RUBRO de carcinoma de las vías biliares extrahepáticas se hace abarcar, por una parte los tumores malignos iniciados en la vesícula, y por otra los originados en el hepatocolédoco y el ámpula de Vater (a los que se podría añadir desde el punto de vista clínico, los de la segunda porción del duodeno y los de la cabeza del páncreas), se verá que es un padecimiento que ocurre con una frecuencia nada despreciable. Pero cuando se considera que aunque aparentemente de pésimo pronóstico, éste no lo es tanto si se establece oportunamente el diagnóstico y se efectúa una terapéutica quirúrgica adecuada para todos los casos del segundo grupo, o si se realiza una terapéutica profiláctica para los de la vesícula biliar, se comprenderá la pertinencia de las revisiones periódicas de la experiencia de una institución o de un grupo de cirujanos, en trabajos como el que acabamos de oír. Insistiendo en la frecuencia, recordaré que, según datos presentados hace tiempo aquí mismo, entre 606 casos de cáncer del tubo digestivo, 94 correspondieron a las vías biliares extrahepáticas, sin contar los de la cabeza del páncreas.

El trabajo muestra también con claridad que, tomando en consideración tan sólo los datos clínicos, se trata de pacientes febriles a veces, con ataque al estado general importante, pero en los que casi siempre se pueden descubrir datos de localización hepatobiliar. Claro está, el diagnóstico no es sencillo, sobre todo en las etapas iniciales —cuando es más importante—, pero contamos con una serie de datos que deben hacernos responsables de la oportunidad del diagnóstico, en un número mayor de casos de lo que ha venido sucediendo hasta ahora. Datos como que el dolor en la mitad de los casos no tiene un carácter cólico típico; que la ictericia puede estar ausente; que la palpación de una masa vesicular o subhepática es más bien rara; que la fosfatasa alcalina elevada en el suero sanguíneo

es un dato frecuente y probablemente temprano; y que los signos radiológicos, aunque indirectos, son suficientemente comunes e ilustrativos. Es preciso pues, pensar en este padecimiento, agotar los medios de estudio y llegar, en casos de duda, a la laparotomía exploradora que, como lo insinúa el doctor Solís al hablar del estudio histológico transoperatorio, es en ocasiones el único medio diagnóstico.

La importancia del diagnóstico oportuno queda bien clara al comparar los resultados terapéuticos presentados. La mortalidad operatoria alta ocurrió en los casos de intervenciones paliativas, lógicamente de menor magnitud que las potencialmente curativas. Y el hecho de que algunos enfermos, hayan sobrevivido varios años después de una operación que en manos competentes se acompaña de baja mortalidad, nos obliga a desear que tal tratamiento pueda ser ofrecido a un número mayor de pacientes con carcinoma de las vías biliares.

El pronóstico de esta enfermedad parece excesivamente sombrío hasta ahora. Pero el mérito de este trabajo radica, precisamente, en la honradez con que se han presentado las cifras y en la esperanza que puede abrigarse, de acuerdo con los éxitos escasos hasta ahora, de que la atingencia en el estudio de enfermos podrá modificar la situación en un futuro no lejano.