

Tumores Benignos de las Vías Biliares*

INFORME DE UN ADENOFIBROMA DEL COLEDOCO Y HEPATICO TRATADO CON EXITO QUIRURGICAMENTE

Por los Dres. Alberto Albornoz Plata y Alfonso Linares

Las lesiones tumorales de las vías biliares en general son muy raras: la mayoría han sido hallazgos quirúrgicos o de autopsia.

Entre estas lesiones las de tipo benignas son particularmente excepcionales. Por este motivo creemos importante relatar el presente caso que es el primero que se publica en Colombia.

Es muy poco lo que se encontró en la literatura sobre tumores benignos de las Vías Biliares en los textos clásicos de Gastroenterología (1-2-3-4): Rockus por ejemplo informa de 41 casos estudiados por Christopher y entre ellos el adenoma es el más frecuente; no le concede mayor importancia clínica.

Walters (5) cirujano de la Clínica Mayo sólo ha operado 1 caso: se trataba de un tumor del colédoco que el patólogo reportó como un Neuroma.

Investigando sobre la frecuencia de estos tumores benignos, Marshall (5-6) hace una revisión de los casos presentados en 20 años en la Clínica Mayo y sólo encuentra 4 comprobados.

Sobre 8.833 casos quirúrgicos de Vías Biliares en la misma clínica (5) no se encontró ni siquiera un caso de tumor benigno: sólo se presentaron 25 casos de tumores malignos de los conductos biliares (0.3%).

* Trabajo presentado en la VI Convención de Gastroenterología reunida en Barranquilla, Nov. 1954.

Grobl y Pohl hacen también un estudio similar (6 - 16) y sobre 2.630 casos de enfermedades de las Vías Biliares, encuentra 214 carcinomas (8.1%) y sólo un caso de tumor benigno, un papiloma de la ampolla de Vater (0.038%).

S. W. Moore y colaboradores (6) hacen una magnífica revisión de los tumores benignos de las Vías Biliares y presentan un caso de un papiloma localizado en el colédoco y hepático izquierdo y que fué operado dos veces por recurrencia del tumor.

Whipple (6) estudió 840 casos de enfermedades de las Vías Biliares y no encontró un solo tumor.

En autopsias se han investigado estos tumores y sobre 3.500 casos (Crump y Shapiro) y sólo se encontraron 3 (0.08%) de los cuales uno era un quiste congénito del colédoco.

En la literatura médica hasta el año 1952 sólo se han reportado 52 casos y de ellos sólo 13 tratados con éxito quirúrgicamente (6).

Revisando estos 52 casos se aprecia que el SINTOMA principal (la mayoría simulan litiasis o cuadro de ictericia obstructiva) era la ictericia en 28: no la había en 2 y nó se informa en 22.

El síntoma dolor estaba presente en 13 casos. La incidencia según el sexo es igual. Las edades van desde 3 a 75 años.

La clasificación PATOLOGICA de estos 52 casos es la siguiente:

CLASIFICACION PATOLOGICA DE LOS 52 TUMORES BENIGNOS DE LAS VIAS BILIARES

Nº de casos	TIPO DE TUMOR	%
33	Epiteliales (adenoma, papiloma, cistoadenoma)	63.6
5	Mixtos.	9.7
4	Lipomas.	7.7
3	Xantomas.	5.7
3	Neuromas.	5.7
2	Fibromas.	3.8
1	Carcinoide.	1.9
1	Mixoma.	1.9
52		100

La coexistencia de tumores benignos y litiasis es más o menos frecuente (6 - 13) en los 52 casos citados, se menciona su existencia en 4 todos coledocolitiasis; se menciona su ausencia en 7 y no se informa en 41: es decir, en 11 casos en que se anotaba este hecho estaba presente en 36.3%.

También parece que pueda existir una correlación entre la presencia del tumor y una patología previa biliar: así se ha reportado el caso de un papiloma en la vecindad de un cálculo enclavado en el colédoco (6-20) y de un lipoma en la estrechez también del colédoco (6).

El tamaño de estos tumores benignos puede ser tan pequeño como el informado por Neusser (6) que medía 5 mm. y uno de Ewe de 8 mm. (6-13) hasta llegar a tamaños de la cabeza de un niño (7) y presentar cavidades que pueden tener un volumen hasta de 5 litros según el caso presentado por Shattuck (8).

El diagnóstico clínico es casi imposible de verificarlo: en todo caso debe tenerse presente, en caso de ictericias tipo obstructivo (6); la colangiografía puede ser útil en el diagnóstico (6-24).

El tratamiento debe ser el quirúrgico y el ideal es hacer la resección total ya que a pesar de no haber malignidad, hay tendencia a la reproducción como en el caso presentado por Moore (6). Por las dificultades operatorias los resultados no siempre son muy favorables y así en los 52 reportados sólo ha habido 13 que tuvieron éxito (6).

El caso presentado por Moore constituiría el 53, caso comprobado y publicado y el 14 tratado con éxito quirúrgicamente.

El que hoy presentamos sería el 54 en la literatura mundial y el 14 tratado con éxito, ya que en la última Bibliografía consultada (9) por nosotros no se conoce ningún otro caso, después del descrito por Moore (6). Igualmente sería el primero presentado en Colombia.

El caso que hoy presentamos es el siguientes

Enferma de 39 años de edad, natural de Soacha (Cundinamarca), casada, un hijo, sin antecedentes quirúrgicos; buena constitución, tendencias a la obesidad. 162 cms; 68 kilos de peso.

PRIMERA CONSULTA:

Agosto 12 de 1952. - Consulta por diversas alteraciones digestivas; consistentes en intolerancia a diversos alimentos, especialmente grasas, flatulencia, sensación de llenura, dolores vagos en el hipocondrio derecho, constipación intestinal.

Se ordenaron exámenes de laboratorio de rutina, con estos resultados:

Examen Coprológico: NEGATIVO. Examen de Orina: NORMAL. N. P. N.: 34 MMGR %. Glucosa: 98 MMGR %. Hanger: NEGATIVO: Hemograma: NORMAL. Índice Ictérico: 9 U. Bilirrubinemia 0.4 MMGR %. Radiología de las vías digestivas; y colon por enema: NORMAL. Colecistografía. MUY MALA CONCENTRACION DEL MEDIO OPACO. VESICULA EXCLUIDA (Ver Slide N° 1).

Se hace diagnóstico de Colecistitis con posible litiasis. No hay antecedentes de cólicos ni de ictericia. Rechaza la intervención quirúrgica. Se hace tratamiento médico con drogas colecistotrópicas y cuatro intubaciones duodenales. No se encontraron cristales en los exámenes biliares. Posteriormente a este tratamiento se hizo un control radiológico y se encontró una vesícula normal (Ver Slide N° 2). Mejoría de todos los síntomas.

SEGUNDA CONSULTA:

Enero 25 de 1954. - Consulta nuevamente por trastornos digestivos varios. Se repite el mismo tratamiento. Hay franca mejoría. La enferma rechazó nuevamente la intervención.

TERCERA CONSULTA:

Julio 24 de 1954. - Consulta por ictericia no muy marcada. No hay síntomas dolorosos. Ha perdido 3½ kilos desde la primera consulta: pesa hoy 64½ kilos.

Se piden exámenes de pruebas funcionales hepáticas y una Biligrafía, con estos resultados:

Biligrafía: Examen N° 1.152. Julio 24 de 1954.

“Con doble dosis de Biligrafina intravenosa no se logra visualizar la vesícula a la hora, hora y media, tres, tres y media y cuatro horas: tampoco hay delineación ni siquiera de los canales biliares extrahepáticos.

Conclusión: Vesícula biliar funcionalmente excluida. Colecistitis (Muy posiblemente calculosa).

Fdo. Dr. F. T. L.” ,

Colesterol: 188 Mgr.%. Esteres: 114 Mgr.%. Libre: 74 Mgr.%. Hanger: NEGATIVO. Timol: 4 UNIDADES. Bilirrubinemia: 1.2 Mgr.%. Otros exámenes de rutina: NORMALES.

Se resolvió operar: Diagnóstico de presunción: COLELITIASIS.

OPERACION: Agosto 10 de 1954.

Laparatomía. Se encuentra gran hepatomegalia: hígado fluctuante sobre lóbulo derecho: se punciona y se extraen 750 c.c. de bilis: se puede movilizar el hígado y se visualiza la vesícula: hay múltiples adherencias. Se hace colecistectomía. Se encontraron dos cálculos de 1 cms. de diámetro de colesterol; se hace exploración del cístico y colédoco: se aprecia una tumoración alargada cilíndrica intra coledociana y que llega hasta el hepático izquierdo.

Se hace Coledocotomía y se logra aislar la tumoración que semeja un áscaris de 5 cms. de longitud por 1.5 cms. de diámetro.

Una vez reseca esa masa se exploran los canales y quedan totalmente permeables. Se deja la sonda de Kher.

POST-OPERATORIO:

Medicación antibiótica de rutina, cuidados post-operatorios y curación de rutina en estos casos.

Drena muy bien la bilis por la sonda. El 18 de Agosto se pide una Colongiografía con el siguiente resultado:

Examen N° 1.448. Agosto 18 de 1954.

“En la Colongiografía post-operatoria se puede ver que las vías biliares están normalmente permeables ya que, el medio de contraste inyectado por la sonda de Kher pasó muy bien al duodeno”.

Fdo. Dr. C. A. P.

(Ver Slide N° 3).

El examen del patólogo de la vesícula y tumor es como sigue:

“Noviembre 16 de 1954.

Examen N° 590 - 54.

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Se recibió el siguiente material:

1°—Una vesícula biliar previamente abierta, aumentada de tamaño (9 x 5 cm). Se aprecia engrosamiento y edema de la pared. La serosa es lisa y brillante, la mucosa finamente reticulada y con delicadas estrías amarillentas. No se recibieron cálculos.

2°—Una masa de tejido de forma irregularmente cilíndrica de 5 cm. de longitud por 1.5 cm. de diámetro. La superficie se halla cubierta por pigmentos biliares de color verde amarillento y pequeños concrecimientos del mismo color. Al corte se aprecian varias cavidades quísticas vacías de superficie interior lisa y brillante. Miden hasta 1 cm. de diámetro y están rodeados por tejido de aspecto fibroso. No se ven estructuras papilares y no hay parásitos.

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

Los cortes practicados sobre la vesícula biliar muestran un proceso infla-

matorio activo de todas las capas con infiltración difusa por células inflamatorias, especialmente plasmocitos. El epitelio es atrófico. Hay vasodilatación y edema.

La masa tumoral encontrada en el canal hepático presenta arquitectura adenomatosa y se halla constituida por estroma fibroso muy celular y por espacios glandulares de diversos tamaños, tapizados por epitelio simple cilíndrico de tipo biliar a veces aplanado y atrófico. El estroma es adematoso, congestionado y presenta pequeños focos hemorrágicos. Se halla infiltrado por mediana cantidad de células inflamatorias de diversas clases. En la superficie se ven gruesos depósitos de pigmentos biliares de color amarillo intenso.

Es difícil decidir si se trata de una verdadera formación tumoral o sea un adenoma originado en el canal hepático o si es una pseudotumoración de origen inflamatorio.

Para aclarar este punto se envió el caso en consulta a Sadao Otani, Patólogo del Mount Sinai Hospital, New York City, quien contestó lo siguiente: "Este caso es lo más desusado. No recuerdo haber visto un caso similar. Como se halla tan localizado y casi encapsulado se debiera considerar como un ADENOFIBROMA, originado posiblemente en el conducto biliar".

En la literatura a nuestro alcance se encuentra muy poco referente al tema de los tumores benignos de las vías biliares. La mayoría de los autores los clasifican en papilomas y adenomas y todos están de acuerdo que son tumores raros. Más raros aún son los neoplasmas netamente conjuntivos (fibromas, lipomas, etc.). De acuerdo con Christopher, es más frecuente el adenoma, que puede ser único o múltiple, de tamaño generalmente pequeño.

Menciona que los síntomas son atípicos y el diagnóstico difícil de hacer antes de operar. Cuando llegan a adquirir tamaño suficiente para obstruir el conducto, se acompañan, como es natural, de ictericia y de otros signos obstructivos que dependen de su localización. Teter publica un caso de adenoma benigno del "Conducto biliar" con hemorragia masiva causando la muerte (37).

El artículo publicado en "The Journal of the Michigan State Medical Society" (53: 1, 1954) no se encuentra en el Hospital. En los archivos del laboratorio no existe otro caso semejante.

Fdo. Dr. E. L."

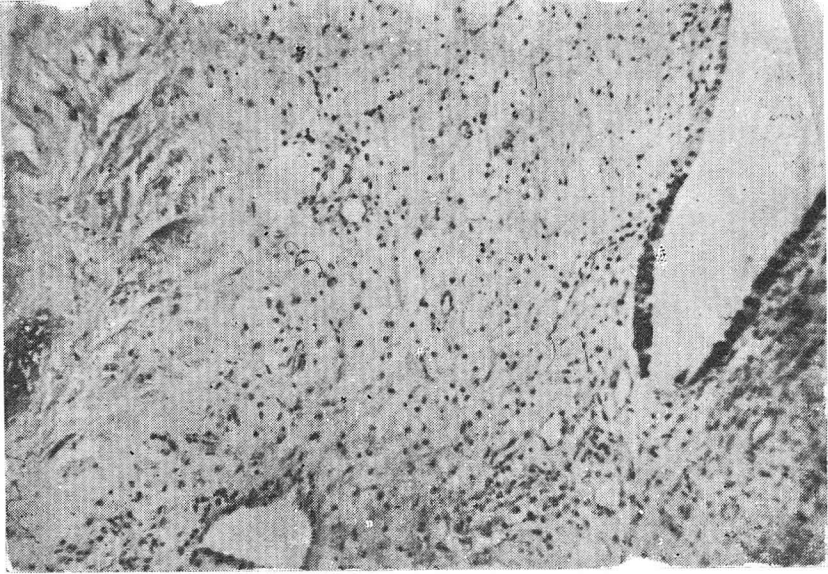
(Ver Slide Nº 4) y (Ver Slide Nº 5).

La paciente se recuperó totalmente y salió de la clínica por curación.

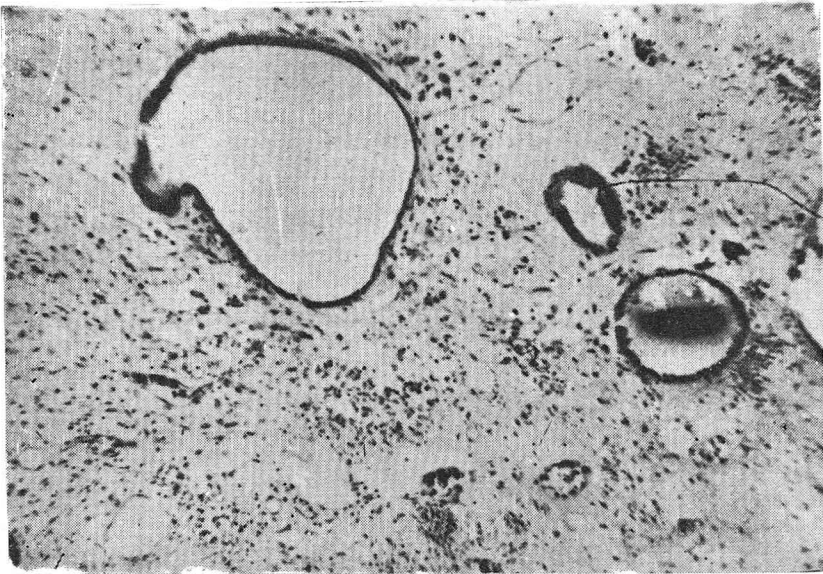
Se hicieron varias consultas de control a la paciente y en la última, el 10 de Noviembre de 1954 se encontró en perfectas condiciones de salud.

SUMARIO:

1.—Se hace una revisión de la literatura médica relacionada con tumores benignos de las vías biliares.



SLIDE 4



SLIDE 5

2.—Se presenta un caso de tumor benigno en una paciente que fué operada con éxito. Se comprobó que se trataba de un adenofibroma localizado dentro del colédoco y hepático izquierdo.

3.—El presente caso constituye el 54 en toda la literatura médica mundial consultada y el 15 tratado con éxito quirúrgicamente.

4.—En Colombia es éste el primer caso que se presenta de tumor benigno de las vías biliares.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.—BOCKUS H. L. **Gastroenterology**. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London.
- 2.—PORTIS SIDNEY A. **Diseases of the Digestive Tract**. Lea and Febiger Philadelphia.
- 3.—KANTOR and KASICH. **Handbook of Digestive Diseases**. The C. V. Mosby Co.
- 4.—BOCKUS H. L. **Post-graduate Gastroenterology**. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London.
- 5.—WALTERS y SNELL. **Enfermedades de la vejiga biliar y los conductos biliares**. Salvat. University Society.
- 6.—MOORE S. W. Mc ELWEE R. S. **Bening Tumors of the Biliary Tract**. J. A. M. A. 150 - 999 Nov. 8 1952.
- 7.—MIRIZZI L. PABLO. **Diagnóstico de los tumores abdominales**. Edición Ateneo. Buenos Aires, 1942.
- 8.—EWING JAMES. **Oncología**.
- 9.—**Current List of Medical Literature**. Armed Forces. Medical Library.
- 10.—WILLIS R. A. **Pathology of tumors**. Butterworths. Medical Publications, 1948.
- 11.—EWING, J.: **Neoplastic Disease: A Treatise on Tumors**, Ed. 3, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1931, p. 731.
- 12.—NELSON NEW LOOSE. **Leaf Surgery**, edited by A. O. Whipple, New York, Thomas Nelson & Sons, 1927. 1932. Vol. 5, p. 468.

- 13.—GRUMP, C.: **Incidence of Gall Stones and Gall Bladder Disease**, Surg., Gynec. & Obst. 53: 447, 1931.
- 14.—SHAPIRO, P. F. and LIFVENDAHL, R. A.: **Tumors of the Extrahepatic Bile-Ducts**, Ann, Surg. 94: 61, 1931.
- 15.—MARSHALL, J. M.: **Tumors of Bile Ducts**, Surg., Gynec. & Obst. 54: 6, 1932.
- 16.—GROBL, W., and POHL W.: **Über die Tumoren der Ausseren Gallenwege: Erfahrungen an Hand eines Krankengutes von 206 Fallen**, Beitr. Klin. Chir. 173: 215, 1942.
- 17.—KONJETZNY, G. E.: **Pathologische Anatomie und Physiologie der Gallenblasenund Gallengangserkrankungen**, Ergebn, de. allg. Path. u. Anat. 14: 712. 1910.
- 18.—BAZIN, A. T.: **Benign Papiloma of Common Bile-Duct**, Ann. Surg. 92: 658, 1930.
- 19.—CHRISTOPHER, F.: **Adenoma of the Ampulla of Vater**, Surg., Gynec. & Obst. 56: 202, 1933.
- 20.—ROLLESTON, H. D.: **A Papilloma of the Bile-Duct Associated with an Impacted Gall - Stone**, Tr. Path. Soc. London 45: 83, 1893 1894.
- 21.—MONARI, A.: **Sul restringimento fibroso del coledoco da angiocolite cattarrale**, Clin, med. ital. 37 - 289, 1898.
- 22.—TOELG, J., and NEUSSER, E.: **Ein Fall von Icterus catarrhalis mit letalem Ausgang**, Ztschr. Klin. Med. 7: 321, 1833 - 1884.
- 23.—EVE, F.: **Large Cyst of Common Bile-Duct**, Tr. Clin. Soc. London 39: 144, 1905 - 1906.
- 24.—DE LA FLOR V., J., and BARACO G., V.: **Pólipo del colédoco**, Arch. peruanos pat. y clin. 1: 341, 1947.
- 25.—LERICHE, R.: **Volumineuse tumeur papillomateuse du cholédoque chez un enfant**, Lyon, chir. 31: 598, 1934.
- 26.—HENRY, C. K. P.: **Benign Papilomata of Callbladder and Biliary Duct**, Canad. M. A. J. 28: 300, 1933.
- 27.—ROGER, K. E.: **Papillary Cystadenoma of Common Hepatic Duct**, Canad. M. A. J. 55: 597, 1946.
- 28.—STEIN, J.: **Ein Fall von Choledochusverschluss durch einen Tumor der Duodenalschleimhaut**, prog. med. Wchnschr. 35: 383, 1910.

-
- 29.—SAVY, L.: BONNET, P.: and MARTIN, J. F.: **Tumeurs Bénignes des voies biliaires.** Lyon Chir. 9: 673, 1913.
- 30.—DIAZ, G. L.: **Adenome du canal hépatique: ictere chronique par rétention, ablation de la tumeur, réconstitution de la voie biliaire principale par un lambeau du cystique, guérison,** Bull. et mén. Soc. nat. de chir. 52: 1.053. 1926.
- 31.—GREIG, D. M.: **Adenoma of Bile Ducts,** Edinburgh M. J. 27: 145, 1921.
- 32.—ARCHIBALD, E. W., in discussion on Bazin.
- 33.—MEADE, H. S.: **A Case of Papilloma of the Common Bile Duct,** Irish J. M. Sc., p. 710, 1945.
- 34.—BRENTANO, A.: **Tumorverschluss des choledochus,** Zentralbl. f. Chir. 47: 547, 1920.
- 35.—MAYO, W. J.: **Restoration of the Bile Passage After Serious Injury to the Common or Hepatic Ducts,** Surg., Gynec & Obst. 22: 1, 1916.
- 36.—CONFORT, M. E., and WALTERS, W.: **Intermittent Jaundice Due to Neuroma of Cystic and Common Bile Ducts,** Ann. Surg. 93: 1.142, 1931.
- 37.—TETER **Benign adenoma of the Common Bile duct the Journal of the Michigan State Medical Society** 53: 1, 1954.