Hospital San Camilo (San Felipe)
Servicio de Pediatría.

CANCER DE LA VESICULA BILIAR EN UN NIÑO DE 9 AÑOS

Por el Dr. SEGISMUNDO ITURRA TAITO.

El cáncer vesicular primitivo, afección relativamente común en la edad adulta, donde se observa con predilección en las mujeres y por encima de los 40 años, es muy poco frecuente en la edad juvenil, y en cuanto a su aparición en la infancia sólo tenemos el informe de Maxon (relatado por Ewing, 1940) en un niño de 4 años.

En la literatura nacional no hemos encontrado publicación al respecto.

El 18 de agosto de 1947 ingresó a nuestro servicio el enfermo J. E. T., de 9 años de edad. Observación clínica N° 6019/47. Sus antecedentes hereditarios y personales no revelaban nada de importancia. En su pasado mórbido había tenido otitis, sarampión, varicela, parotiditis, coqueluche.

Su enfermedad actual se inició hace 3 años, con una diarrea persistente, exteriorizada por deposiciones líquidas, espumosas, de aspecto de clara de huevo, en número de 4 a 6 en las 24 horas; de preferencia nocturnas. Los familiares son categóricos en afirmar que esta alteración digestiva no tuvo en ningún momento regresión ni exacerbación. Sin embargo, el niño es traído a nuestro servicio no por el proceso diarreico, sino por presentar ictericia generalizada de un mes de evolución. Concomitante con este síntoma se había agregado anorexia, fiebre alta, decaimiento y marcado enfraquecimiento.

El examen físico de ingreso nos reveló niño en pésimo estado general y nutritivo, consciente, febril, decaído, con ictericia generalizada de la piel y mucosas. Abdomen aumentado de volumen. Ascitis; hepatomegalia dolorosa; circulación venosa colateral infraumbilical. Bazo no se palpó.

Impresión diagnóstica: ¿Cirrosis hepática?

Se pidieron los siguientes exámenes de laboratorio efectuados en los Laboratorios Clínicos del Hospital del Salvador y Manuel Arriarán (gentileza del Dr. Julio Meneghello).

Bilirubinemia: Directa pronta (1'): 8,22 mgrs./100 cc. de suero.

Directa: 11,28 id.

Total: 12,88 id.

Porcentaje directa pronta: 63.

Porcentaje directa: 87.

Cholesterol total: 156 mgrs./100 cc. de suero.

Fosfatasa: 22,32 unidades.

Timol: 9 unidades (opal. 24 horas).

R. de Gros: 1,7-1,8 cc.

R. de Takata-Ara: negativa.

R. del oro coloidal: negativa.

R. del rojo coloidal: negativa.

Proteinemia: 36 grs. %.

Orina: Color: rojizo. Densidad: 1,015. Pigmentos biliares: abundantes.

Sales biliares: abundantes. Urobilina: no hay.

Deposición: Abundantes gotas de grasa. No se encontraron fibras musculares sin digerir. Cultivo: R. Triboulet: positivo.

• Líquido ascítico: Aspecto serofibrinoso. Rivalta (negativa).

Albúmina: 3,60. Ex. mic.: Glóbulos rojos muy abundantes. Glóbulos blancos escasos. No hay glóbulos de pus.

Hemograma:	Glóbulos rojos por mm. ³	3.200.000
	Glóbulos blancos por mm. ³	14.000
	Eosinófilos	0
	Basófilos	0
	Mielocitos	0
	Juveniles	0
	Baciliformes	10
	Segmentados	72
	Linfocitos	17
	Monocitos	1

Observaciones: Anisocitosis y poiquilocitosis.

R. de Kahn: Negativa.

Radioescopía tórax: Normal.

Tiempo de sangría: 4'.

Tiempo de coagulación: 8'.

Durante su estadía en el Servicio presentó diariamente deposiciones con los mismos caracteres anteriormente descritos. El grado de ictericia fué muy variable, oscilando entre la subictericia y la ictericia intensa. El tinte icterico

también fué fluctuando, en ocasiones, verdínico y en otras, flavínico. A la mañana de su ingreso presentó edema de los maléolos, piernas, escrotos y región lumbo-sacra, que se fué acentuando en el curso de su enfermedad. Igual cosa ocurrió con el estado general, que fué empeorando rápidamente, para alcanzar el grado de caquexia.

Días antes de su deceso, la pared abdominal, que siempre había estado tensa, se hace depresible, permitiendo palpar en la pared media del epigastrio, una masa redondeada, de más o menos 3 cms. de diámetro, de consistencia blanca, de superficie lisa e indolora.

Fallece después de haber permanecido 20 días en el Servicio. Es enviado a necropsia con los siguientes diagnósticos: ¿Cáncer del hígado? ¿Cirrosis hepática?

Informe anátomo-patológico: Efectuado por el Dr. Ricardo Rojas Maraboli, Patólogo del Hospital, a quien expreso mis agradecimientos por su valiosa cooperación.

Cadáver de sexo masculino, bastante enflaquecido, con vientre globuloso, con marcada ictericia de la piel y de las mucosas. Edad más o menos 6 años.

Hígado: Bastante aumentado de tamaño, de consistencia firme, de color verdoso. Ya externamente se observan formaciones tumorales de forma irregularmente redondeadas, viéndose también algunas hemorragias subcapsulares y focos de color verdoso. Al corte llama la atención el color verdoso y también algunas hemorragias parenquimatosas. Pero lo que más resalta son varias tumoraciones hasta el tamaño de una nuez grande, de color amarillento con focos pequeños más amarillos, blandos. Estos tumores son irregularmente redondeados y ocupan tanto la superficie como la parte central del órgano.

Vías biliares: La vesícula aparece muy dilatada, hidrópica, conteniendo un líquido ligeramente espeso, incoloro. Además, la pared aparece distendida y atrofiada. Pero llama la atención, desde luego, una marcada adherencia con el lecho vesicular del hígado, en correspondencia de cuyo sitio se continúa insensiblemente con una de las tumoraciones descritas más arriba. Además, en esa parte, la pared vesicular presenta un engrosamiento marcado, observándose una prominencia de la mucosa hacia el lumen.

Mucosas: Todas presentan una marcada ictericia, observándose, además, en la mucosa gástrica zonas de hemorragias. Estas son puntiformes.

La cavidad abdominal: Presenta abundante líquido citrino, claro, con tinte amarillento, en cantidad poco más o menos de un litro y medio. Las asas intestinales y los órganos en general no presentan adherencias. Los ganglios lumbo-aórticos aparecen aumentados de tamaños, de color lardáceo al corte y homogéneos.

Bazo: Aumentado de tamaño, duro, al corte con zonas de hemorragias, de color rojizo. Las trabéculas y los folículos se notan algo borrosos.

Suprarrenales: Sin marcadas alteraciones.

Riñones: Fuera de la ictericia no se observa otra alteración.

Organos genitales y pelvianos: Con ictericia de las mucosas y sin otras alteraciones.

Pulmones: De tamaño, forma y consistencia corriente. Hemorragia puntiformes subpleurales. Al corte sin marcadas alteraciones. Ictericia de la mucosa de los bronquios.

Corazón: Tamaño corriente, sin alteraciones.

Ganglios: Algunos ganglios de la ingle aumentados de tamaño, con iguales características que los descritos en la cavidad abdominal.

Organos de la boca: Con ictericia de las mucosas.

Cráneo: Con ictericia de las meninges. Discreto edema cerebral. No se observa ictericia de los núcleos centrales.

Examen microscópico: Hígado y vesícula: Parénquima hepático con zonas de hemorragia y edema. Marcada congestión biliar. La zona engrosada de la pared vesicular se presenta formada por una proliferación glandular, de tipo edematoso, que recuerda en parte el epitelio glandular de la vesícula, pero infiltrante e irregular, con la presencia de células calciformes en el epitelio. Esta proliferación adenomatosa continúa hacia el lecho vesicular y se corresponde con un típico adenocarcinoma en relación con el tumor descrito subyacente al lecho vesicular; este cuadro de adenocarcinoma, a medida que se avanza en el hígado va perdiendo su carácter adenomatoso, para hacerse cada vez más indiferenciado y así se observa más bien ya un carcinoma sólido con gran polimorfismo celular, con numerosas mitosis atípicas y atipias celulares y zonas de necrosis. Además, numerosos núcleos presentan pycnosis y cariorexis.

Bazo: Con hemorragias y edema.

Ganglio lumbo-aórtico: Constituido por una extensa metástasis de un carcinoma poco diferenciado de tipo sólido. No se observa ya tejido linfático.

Páncreas: Sin alteraciones marcadas.

Al Dr. Julio Espinoza Soto (a quien reitero mis agradecimientos), Patólogo del Hospital Arriarán, también se le envió un trozo de hígado, vesícula biliar y ganglio lumbo-aórtico, concordando su informe con el del Dr. Rojas Maraboli, no pudiendo, eso sí, precisar en forma categórica si el adenocarcinoma era de origen vesicular o biliar a consecuencia de habersele enviado sólo una pequeña porción de material de necropsia.

Resumen.

Se describe un caso fatal de cáncer de la vesícula biliar en un niño de 9 años de edad, afección sumamente rara. Su sintomatología clínica se caracterizó por una diarrea crónica, de preferencia nocturna, agregándose en el último mes ictericia, fiebre alta y enfraquecimiento de rápida evolución, con hepatomegalia dolorosa y ascitis. Se dan a conocer las distintas pruebas hepáticas realizadas y los informes anatómo-patológicos.

Summary.

A fatal case of cancer of the gallbladder in a 9 old years boy is reported. The principal symptom was a chronic diarrhea, especially by night. In the last month, jaundice high fever, denutrition, ascitis and painful hepatomegaly was observed. Hepatic tests and post mortem studies are presented.