

Una piedra biliar de grandes dimensiones hallada en una autopsia

Por V. PEREZ ROSAS Y J. SBARBARO

Interno y externo, respectivamente, en el Hospital «Dos de Mayo»

El fin del presente trabajo, es exponer, ante los lectores, un hallazgo de autopsia que presenta caracteres singulares. Por lo demás, nuestra relación no tiene de interesante, sino el cálculo biliar insospechado, pues, en lo que se refiere a la parte clínica carece, por decirlo así, de valor positivo, desde que no se pudo establecer un diagnóstico, debido a los escasos síntomas que acusaba el enfermo y a las dificultades (como mas adelante se indica) para obtener los datos clínicos.

HISTORIA CLINICA

La historia del enfermo, materia de estas líneas, es de un interés pobre, relativamente, por los pocos datos que posee.

Esto se debió a la postración que presentó desde el primer día el paciente y a la sordera casi completa de que adolecía, aunada a la dificultad de articulación de las palabras por la ausencia completa de dientes. En este estado se hizo imposible obtener datos anamnésticos completos.

Datos obtenidos. — Santiago Rojas, de 68 años de edad, ingresó al Hospital «Dos de Mayo», sala de San Roque, el día 3 de Enero de 1920. Sobre su enfermedad actual, lo único que se pudo saber por los que lo trajeron, fué, que había estado enfermo y aban-

donado en una habitación de donde lo extrajo la policía, para conducirlo al hospital.

Luego se supo, por declaración espontánea de él, que tenía mucha sed y apetito; síntomas que acusó en los días que permaneció en la sala.

Examen clínico— El examen del enfermo hecho el día 3 de Enero, dió los siguientes resultados:

Hábito externo: aspecto demacrado, con emaciación general, sin panículo adiposo; vientre deprimido, en batea, que continuó así hasta su muerte; la depresión del vientre era tal, que se pudo delimitar el páncreas y creerlo algo aumentado de volumen. Indolorabilidad a la presión del abdomen.

Piel.—La piel estaba seca, con una erupción de aspecto casi pectequial, manchitas de diversos tamaños, de color rosado intenso, de contornos definidos en algunas y con un rosado menos marcado y contornos mal definidos en otras, recordando hasta cierto punto el aspecto de la rubeola. Eran abundantes en la cara anterior del tronco y del vientre en ambas regiones glúteas, y menos numerosas en la cara interna de los miembros superiores y en los miembros inferiores. No desaparecían a la presión.

Se observó también infarto ganglionar crural, con la particularidad de que en el lado derecho existía un ganglio indoloro, de consistencia renitente, de dimensiones considerables (como las de un huevo de paloma), y claramente palpable, pues la piel no lo cubría por lo rugosa y flácida, dada la edad del sujeto, dejaba traslucir a la simple vista su forma.

Cavidad bucal.— Ausencia completa de dientes. Lengua húmeda y ligeramente saburrosa en el centro.

Aparato respiratorio.— Por la dificultad de hacerlo respirar y por su gran postración, fué imposible recolectar datos por los métodos físicos. Ausencia de tos.

Aparato circulatorio.— Notóse la humerales flexuosas, gruesas, y las radiales esclerosadas, ateromatosas, moniliformes. En el corazón nada digno de especial mención.

Tubo digestivo.— Ausencia de náuseas, vómitos y diarreas. Acusaba apetito, pero, según referencias de la hermana de la sala, cuando se le presentaba los alimentos no los tomaba.

El día 7 de Enero, haciendo un examen más detenido, se percibió un tumor nodular, duro, que seguía los movimientos respiratorios y situado en el hipocondrio derecho debajo del reborde costal. Su límite anterior, llegaba al nivel de la extremidad anterior de la octava costilla. Su límite posterior, se perdía en la profundidad

del hipocondrio, hacia el emplazamiento del riñón. No había dolor a la presión.

El exámen de la piel, demostró las mismas manchas observadas en el exámen anterior y la misma distribución.

Se halló, igualmente, el infarto considerable del ganglio crural derecho.

Aparato digestivo — Persistía la ausencia de náuseas, vómitos y diarreas. En cambio, había deposiciones formadas, de consistencia dura. Lengua con su mismo aspecto.

Tenía las mucosas pálidas, con ligero tinte subictérico. Los ojos excavados.

Sistema vascular.— Los mismos caracteres.

El exámen del día 8, confirmó la existencia de la tumoración y su consistencia dura, leñosa.

Las manchas parecían menos marcadas.

La lengua presentaba ligera sequedad, que conservó hasta el fin.

En los días posteriores, el enfermo siguió perdiendo fuerzas, llegando a una astenia completa.

Exámen de la sangre.— (practicado el 4 de Enero)

Numeración globular

Hematíes. . . . 3.480,000.— Leucocitos. . . . 8,000

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrófilos.	64 %
Polinucleares eosinófilos.	0 %
Formas de transición.	0 %
Grandes mononucleares.	2 %
Mononucleares medianos.	12 %
Linfocitos.	20 %

Ausencia de hematozooario de Laveran

Exámen de la sangre.— (practicado el 10 de Enero)

Numeración globular

Hematíes 1.490.000 Leucocitos 10,000

Fórmula leucocitaria

Polinucleares neutrófilos.	44%
Polinucleares eosinófilos.	0%
Formas de transición.	0%
Mononucleares grandes.	0%
Mononucleares medianos.	42%
Linfocitos.	14%

Examen de la orina.— Debido a la imposibilidad del enfermo de incorporarse para hacer sus necesidades, fué imposible tener la cantidad requerida de orina para el análisis.

Tratamiento.— Poción tónica en cucharadas cada dos horas y en los dos últimos días se prescribió, además, dos miligramos de adrenalina por vía subcutánea.

El enfermo sucumbió el día 10 a las 11 y 15 p.m.

AUTOPSIA.

Se practicó el día 11, en la mañana, con la colaboración del Sr. Fernando Galloso condiscípulo nuestro.

Exámen externo.— El cadáver presentaba emaciación marcada, con la piel sembrada de petequias rosadas y con una pequeña tumorcación en la región crural derecha.

Dando comienzo a la autopsia y al proceder a separar la capa cutáneo-muscular derecha, se vió la coloración anormal, bruna oscura, del músculo recto anterior derecho. Esta coloración se hallaba igualmente en el músculo homólogo, así como en los de la faja abdominal.

Levantado el peto esterno-costal, se encontró, en el lado derecho, adherencias antiguas, poco íntimas con la parrilla costal. En el lado izquierdo había adherencias de la misma antigüedad que las anteriores y bien íntimas.

Aparato respiratorio— Al extraer los pulmones de sus cavidades pleurales, se vieron y palparon adherencias del pulmón derecho poco resistentes, situadas en la cara lateral, en la cara posterior, en el vértice y en la base. Se observó además una pleuresía enquistada, con su placa de exudado, situado en la cara anterior del pulmón y en la parte mas inferior de esta cara, a la altura de la sexta y séptima costillas.

El pulmón izquierdo se hallaba adherido a la cavidad pleural, por adherencias que tenían la misma situación que en el pulmón derecho. En la base de este pulmón, la adherencia a la cúpula diafragmática era mas fuerte. Presentaba, como el pulmón derecho, un foco

enquistado de pleuresía, con su placa de exudado, situada en la cara lateral y cerca a la base.

Cavidades pleurales.—Extraídos los pulmones y puestas al libre exámen las cavidades pleurales, se pudo notar en el lado derecho numerosas formaciones de color blanquizco, de tamaño reducido unas y de tamaño más grande otras. Dichas formaciones constituían un verdadero semillero, esparcido en la pleura parietal de la cara posterior y lateral del tórax, así como en la pleura visceral.

La cavidad pleural izquierda, presentaba iguales formaciones, pero en menor número, que cubrían escasamente la amplia superficie de la pleura.

Exámen de los pulmones.— El exámen del pulmón derecho, nos demostró al corte y palpación de su parénquima, en su vértice, formaciones fibro-caseosas, caseosas y esclerosas; éstas últimas indicando tubérculos cicatrizados, de origen antiguo seguramente. Tales formaciones se encontraban en el lóbulo superior y medio. El lóbulo inferior se mostraba congestionado y carnificado; los surcos interlobares, se hallaban borrados por las adherencias que existían de lóbulo a lóbulo.

El pulmón izquierdo, presentó al exámen en su vértice, formaciones como las de su homólogo, pero más numerosas, de todas dimensiones, y con distinto grado de consistencia: unas al tacto duras y otras a él, blandas. La parte restante del lóbulo superior tenía las mismas formaciones, pero con predominancia de los tubérculos esclerosados. El lóbulo inferior, congestionado y carnificado.

Mediastino.— Ocupado por masas de color negruzco, numerosas, de forma de habichuela, que demostraban la infartación de los ganglios traqueo brónquicos, infartación que había tomado todos los ganglios de dicha región interpulmonar, tanto los de los hilios pulmonares, los de los bronquios y los de la bifurcación traqueal, como los del tejido celular del mediastino.

Se pudo observar aquí, la dilatación de la aorta torácica y la presencia en ella de engrosamientos.

Aparato circulatorio.— La abertura del saco pericárdico, no dió nada de particular.

El corazón estaba disminuido de volúmen, de consistencia normal, ostentando en su superficie las arterias coronarias dilatadas, flexuosas y engrosadas.

Sistema linfático.— Tenemos que hacer mención del bazo, que estaba muy friable, con coloración pizarra clara. Al corte, su parénquima tenía puntos blanquizcos, simétricos, como granos de sémola, y que tenían probablemente los corpúsculos de Malpighio caseificados.



Cálculo hepático. Tamaño natura

En cuanto a los ganglios, el que tenía caracteres particulares, era el que se encontraba en la región crural derecha, con el tamaño de un huevo de paloma, y que se dejaba percibir bien a través de la piel. Su exámen, dió la caseificación total, con el aspecto clásico del «mastic» de los vidrieros.

Este mismo estado se notó en otros ganglios de la misma región, pero sin mas dimensiones de la anterior: mas reducidos.

Los ganglios del lado izquierdo, con las mismas lesiones y ligeramente aumentados de volúmen.

Cavidad abdominal. — El exámen de la cavidad abdominal, cuando la abertura de ella al comienzo de la autopsia, nos demostró la existencia de una mínima cantidad, insignificante, de líquido ascítico, de coloración amarillo-cetrina y turbio.

La serosa peritoneal presentaba placas de congestión y arborizaciones vasculares.

El epiploon mayor, estaba característico, bien retraído, reducido a una pequeña lengüeta, lengüeta que no estaba en relación con el nombre de dicha membrana ventral.

Aparato digestivo.— *Estómago:* Esta víscera estaba en condiciones normales, en su forma de gaita.

El intestino delgado, totalmente sembrado de trecho en trecho, a partir del ángulo duodeno-yeyunal, de anillos de granulaciones.

Se hallaba congestionado.

Por el lado de la mucosa, placas ulcerosas.

El intestino grueso, no tenía otra cosa de particular, que presentar su ángulo cólico derecho adherido a la vesícula biliar.

Glándulas anexas al tubo digestivo.— *Hígado:* La coloración de esta glándula era normal. Se presentaba congestionada y al corte de su parénquima se veía la luz de sus conductos aumentada en su diámetro:

Vesícula biliar.— Este receptáculo de la bilis, con sus paredes gruesas y su volúmen aumentado, tenía al tacto una gran dureza.

La abertura de él, hizo ver un cuerpo voluminoso, duro, de forma olivar, de coloración bruna oscura su superficie, con tintes amarillentos, granulosa, y con dos depresiones: una de ellas más excavada, la otra menos deprimida.

Su forma y ambas depresiones se pueden ver en la fotografía adjunta tomada por el señor Luis Alzamora, que reproduce el cálculo en su tamaño natural.

El cálculo antes citado, asunto principal de estas líneas, según las obras consultadas al respecto y que constan en la bibliografía, está considerado entre los más grandes que se ha hallado, bien en operaciones o bien en necropsias:

Su análisis, practicado por nuestro maestro Dr. M.A. Velázquez, dió el resultado siguiente:

Caracteres físicos.—Longitud 11. cm., circunferencia 16. cm., espesor 4.5 c.m. Peso al estado fresco 162 gramos. Después de desecado al aire y fracturado (unos días) 109. gramos. Su estructura se presentaba en capas concéntricas de color bruno oscuro, con ligeras manchas blanquecinas, constituídas por láminas de colesiterina. Mas denso que el agua, no sobrenada. Olor fétido. Pulverizado: polvo bruno, adherente. Arde con llama viva, dejando residuo carbonoso».

«Por calcinación cenizas escasas».

«Análisis químico»

	Humedad.....	15.20 %
<i>Materias orgánicas:</i>	Colesiterina.....	0.173
	Pigmentos y sales biliares... ..	0.625
	<i>Sales inorgánicas:</i> Carbonato de cal.....	0.052
	Idem de magnesia.....	trazas
	Agua.....	0.150
	Total.....	1.000

«El exámen microscópico y las reacciones químicas de colesiterina, pigmentos biliares y sales, han sido perfectamente claros. En cuanto al exámen bacteriológico ha sido negativo».

El análisis anterior demuestra que la composición del cálculo está formada, en su mayoría, por pigmentos y sales biliares, probablemente bilirubínicos de cal unidos a cierta cantidad de colesiterina, composición ésta citada como la más frecuente y que es la que ha presentado nuestro cálculo.

Terminado el aparte hecho sobre el cálculo, reanudaremos el curso de la autopsia.

Los conductos biliares se hallaron libres, permeables las distintas vías.

Olvidábamos decir que la vesícula presentó adherencias con el duodeno, con el colon y con el riñon derecho.

Pancreas.—El cuerpo y la cola del pancreas tenían un volumen mayor que la cabeza que se encontraba atrofiada. Este aumento de volumen de dichas partes del pancreas no era por lo demás particular.

Dada la vecindad de la arteria esplénica con la glándula pancreática, hablaremos de ella aquí. Se encontraba dilatada, fuertemente flexuosa, casi formando un ocho y esclerosada.

Ganglios abdominales.— Los ganglios del epiploon gastro-cólico estaban infartados, con una coloración blanco crema, de consistencia blanda y al corte una sustancia caseosa.

Los ganglios del mesenterio con las mismas particularidades.

Glándulas suprarrenales. — Ambas glándulas, la derecha y la izquierda, se hallaban normales.

Aparato urinario.— *Riñón derecho.* congestión pasiva, estrellas de Verheyen aparentes. Su parénquima, con congestión en la substancia cortical.

Riñón izquierdo.— Su exámen exterior hizo el efecto de un riñón fetal, pues se manifestó con abolladuras, y entre ellas surcos que delineaban lóbulos no muy marcados.

Vejiga.— Nada que anotar.

Aparato genital.— Contenido líquido en la vaginal izquierda • hidrocele, en cantidad reducida.

Los testículos normales.

BIBLIOGRAFIA

A. DEGHAMBRE.—*Dictionnaire encyclopedique des Sciences Médicales*, Tomo IX, 1868.

E. ZIEGLER.—*Traité d' Anatomie pathologique*, Volumen II, 1897.

S. BERNHEIM et E. LAURENTE. — *Traité pratique de Medecine Clinique et Therapeutique*. Tomo V, 1897.

BROUARDEL et GILBERT.—*Traité de Medecine*, Tomo V, 1902.

CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. *Traité de Medecine*, Tomo V, 1908.

NOTA DEL DR. JULIAN ARCE

El diagnóstico del caso precedente fué, para nosotros, sumamente difícil. Se trataba, como se habrá visto, de un anciano de 68 años, muy demacrado, que por su aspecto parecía tener mucha mayor edad y que, completamente desamparado de todo auxilio hasta el punto de carecer de alimentos durante cuatro días, fué llevado casi exánime al hospital, donde, sin mas antecedentes que los escasos que acabo de apuntar y los pocos datos que pudo darnos con grandes dificultades, procuramos indagar, mediante el exámen del enfermo, si el estado de emaciación y debilidad en que se encontraba, era atribuible únicamente a los efectos de la inanición, o si había, además, algún trastorno orgánico subyacente. Pero el sujeto no se quejaba sino de sed, pedía café y aun aseguraba tener apetito; por otro lado, el cuadro clínico no ofrecía elementos bastantes para fundar un diagnóstico definido; resolvimos,

pues, esperar el curso de los acontecimientos, entre tanto se practicaban los exámenes de laboratorio. A pesar de la medicación tónica empleada, la postración y el agotamiento de las fuerzas continuaron acentuándose, a la vez que la temperatura presentaba oscilaciones febriles alcanzando 38°4 C en la tarde del día 4 y 37° 8 en la del 6.

Ahora bien, la comprobación de un tumor voluminoso, de contornos redondeados, de superficie nodular, especialmente en su extremidad inferior, y de consistencia dura, leñosa, en relación evidente con el hígado, nos hizo pensar en la posibilidad de un cáncer hepático secundario, hipótesis que tenía algunos síntomas en su favor, pero no los suficientes para hacer de ella un diagnóstico afirmativo. Habíamos pensado, igualmente, en la tuberculosis pulmonar de data antigua, que podía sumar sus efectos a los de cualquiera otra enfermedad sobreviniente, causa inmediata del estado actual del paciente, pero no llegáhamos, con todo, a precisar con claridad cual fuese dicha causa postrera. El exámen hematológico del 4 demostró la existencia de una anemia marcada y el que se practicó el 10, día del fallecimiento, dió a conocer los progresos violentos de esa anemia, que en seis días acusaba una disminución de 2.000,000 de glóbulos rojos. Si hubiésemos conocido este resultado antes de la muerte del enfermo, nuestras sospechas relativas al cáncer habrían seguramente aumentado, apartándonos así, más todavía, de la verdadera naturaleza del tumor hepático, que constituye el objeto principal del trabajo de los señores PEREZ ROSAS y SBARBARO y de la nota terminal que hemos creído conveniente agregar.

En efecto, cometimos el error de olvidar la frecuencia de las piedras biliares en los ancianos, cuando discurrimos sobre la naturaleza probable de la tumoración del hipocondrio derecho y si puede explicarse en parte esa omisión por el tamaño extraordinario del tumor, inusitado tratándose de cálculos biliares, debemos confesar que no pensamos absolutamente en esa eventualidad y de ahí que nos alejásemos tanto de la realidad, sugestionándonos mas bien la hipótesis de una neoplasia maligna. Es por esto, que insisto en el error cometido, fácil de evitar, si como es de regla, se piensa en todas las posibilidades, sin excluir ninguna por rara que parezca. El clínico no debe olvidar nunca, que pensar es diagnosticar.

Afortunadamente, el cálculo encontrado no tuvo parte inmediata ni directa en la muerte del enfermo, aunque con esto no queremos decir que se haya mantenido *latente* durante el largo curso de su formación: «Es clásico dice CHAUFFARD (1) hablar de la litiasis biliar latente de los viejos y citar la frecuencia de los cálculos insospechados».

(1).—A. CHAUFFARD.—*Leçons sur la lithiase biliaire.*—Pag 89—Paris 1914.

dos, encontrados en las autopsias de las ancianas de la Salpêtriére. Pero, en realidad ¿qué sabemos, en la mayoría de los casos, de los antecedentes clínicos de esas ancianas? Muy poca cosa, a lo más, que no ha habido en su pasado cólicos hepáticos francos y esto, sin duda, no nos da el derecho de concluir en la latencia anterior, real, de la enfermedad. Y las reservas a este respecto son tanto mas justificadas, cuanto que es a menudo difícil precisar donde comienza la historia clínica de la colelitiasis.».

En nuestro caso, la estratificación y composición química mixta del cálculo corresponden a la *bilis infectada*; y el engrosamiento de la vesícula y sus adherencias al duodeno, el colón y el riñon derecho, que atestiguan crisis vesiculares intensas, demuestran que la formación de ese cálculo gigante, no ha sido silenciosa, latente, sin síntomas subjetivos capaces de perdurar en la memoria del enfermo.

No podemos terminar este breve comentario, sin expresar nuestro agradecimiento al distinguido Profesor de Química Médica, Dr. M.A. VELAZQUES, que se ha dignado hacer el análisis químico del cálculo y al Sr. L. ALZAMORA, interno de los hospitales, que ha tenido la gentileza de tomar la fotografía que ilustra estas líneas.

