

REVISTA
DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BARCELONA

ADENOMA PRIMITIVO DEL HÍGADO

NOTA CLÍNICA. — Vicente B. B., jornalero, de 60 años, casado, ingresó en el Hospital de la Santa Cruz en 17 de Noviembre de 1892. Hombre alto, enjuto de carnes, piel curtida y morena, pelo cano; no descubre en su aspecto apariencia de enfermedad grave. Por lo que recuerda, no hay en sus antecedentes hereditarios dato alguno diatésico, no ha padecido sífilis, ni es de hábitos alcohólicos. Todos los síntomas que presenta se refieren á trastornos digestivos, particularmente del estómago: anorexia muy marcada, lengua saburral, digestión laboriosa, vómitos mucosos poco abundantes y no frecuentes, pero más raros aun los alimenticios, que sólo ha tenido contadas veces, estreñimiento pertinaz y flatulencia considerable durante algunas horas del día (este es el síntoma culminante). La succusión no demuestra acúmulo de líquidos en el ventrículo gástrico ni la percusión aumento de su cavidad. Diagnosticóse: *Catarró crónico del estómago*.

La quietud y el reposo, una alimentación ordenada y sobria (leche, caldo de carne, sopas ligeras) junto con una medicación apropiada (absorbentes, eupépticos, nuez vómica) no produjeron resultado favorable, si bien el enfermo no empeoró y cobró algunas fuerzas. A mediados del mes siguiente (Diciembre) el enfermo hizo notar la aparición de un tumor situado dos traveses de dedo por debajo del reborde costal y algo por dentro de la línea mamilar derecha, y que á la percusión quedaba dentro de la zona mate del hígado. De forma redondeada, del tamaño de un huevo de gallina, indoloro á la presión y á la palpación, notábase en su consistencia cierta pastosidad elástica que producía una dudosa impresión de ser su contenido líquido, tanto que se hubiera practicado una punción exploradora á no haber venido un nuevo síntoma á dejarme perplejo. El tumor latía tan evidentemente, que al compás del ritmo cardíaco levantaba la pared abdominal y hasta, perceptiblemente, la cabeza del que auscultaba. No se percibía, sin embargo, ningún soplo y sólo los tonos cardíacos normales claramente transmitidos y aun quizás algo exagerados. ¿Era un aneurisma? A algunos les pareció esto indudable; yo no acabé de convencerme, porque nunca pude apreciar aquella expansión diastólica que no deja dudas. Sometióse empero al enfermo á una discreta medicación yodurada, bajo cuya influencia pareció al principio mejorar un tanto, y se mitigaron los dolores sordos, como tensivos, que desde hacía algunos días

aquejaba en el fondo del hueco epigástrico. Pero bien pronto los trastornos digestivos arreciaron de tal manera que sólo se pudo atender á ellos sintomáticamente; aumentaron los vómitos hasta hacerse incoercibles, desatóse la diarrea y abultóse extraordinariamente el abdomen, quedando completamente borrada la prominencia del tumor. En los primeros días, este abultamiento parecía debido principalmente á acúmulo de gases intestinales; más adelante presentóse ascitis (diez ó doce días antes de la muerte) que fué creciendo hasta quedar reducidísima la zona timpánica intestinal. El enfermo perdió rápidamente las fuerzas y falleció en 17 Enero 1893. Durante su enfermedad no presentó ictericia ni, aparte del tumor, síntoma alguno que permitiese localizar su mal en el hígado.

Huelga discutir el diagnóstico ya que he de confesar que no pude llegar á sentar definitivamente ninguno, pues todas las conjeturas se desvanecían, apenas formuladas, ante la falta de síntomas en que apoyarlas. La que más parecía capaz de resistir la crítica, era, sin duda, la idea de una neoplasia en el hígado, pero la falta de accidente primario y de dolores en la zona apreciable del tumor, la marcha rapidísima, la ausencia de los estigmas caquéticos, etc., mantenían en pie legítimas dudas.

Autopsia. Derrame peritoneal incoloro, abundante. Hígado considerablemente abultado (no pudo pesarse, pero no tendría menos de 4,000 gr.). Aspecto de su superficie, normal en casi toda su extensión; sólo en varios puntos se notaban prominencias, algunas de las cuales estaban ulceradas en su cúspide, dejando ver un cráter amarillo sucio. Una de las mayores correspondía al punto del tumor observado en vida, pero estaba todavía revestida completamente de substancia hepática de apariencia normal. En el borde posterior, hundiéndose en el hipocondrio derecho, se notaba la mayor, ulcerada y cubierta de detritus. Una sección de la víscera mostró un interior completamente homogéneo en el que no quedaba rastro visible de parénquima hepático. La substancia normal había quedado reducida á una delgada costra que contenía una masa amarillenta, poco resistente al cuchillo, aunque no pulposa y disgregable, y sin una gota de sangre. Esta masa era la que, como obedeciendo á la presión de la superficie en que había vencido la resistencia hacia erupción en los puntos de la superficie en que había vencido la resistencia de la costra de substancia normal. En la parte extrema del lóbulo izquierdo la disposición era algo distinta: se veían algunos núcleos (secundarios?) del tamaño de una avellana, rodeados de parénquima hepático y sin comunicar con la gran masa central. Alguno estaba situado tan superficialmente que, por su abultamiento y color, semejava una gran pústula en la superficie de la entraña. El estómago y los intestinos no fueron abiertos, pero á juzgar por el aspecto exterior y consistencia de sus paredes, no eran asiento de lesión importante; la aorta estaba rodeada de un paquete de ganglios indurados. El bazo y los riñones eran normales.

¿De qué se trataba? La abertura del cadáver dejó resueltas parte de las dudas suscitadas en vida; supimos que el enfermo había sucumbido á una neoplasia hepática de evolución rapidísima é inusitada, pero acerca de cuya exacta naturaleza nos dejaba ignorantes el extraño aspecto macroscópico de la víscera enferma. La solución definitiva incumbía al microscopio.

DURÁN.

EXAMEN HISTOLÓGICO DEL TUMOR. — El trozo de tumor sobre el que recayó el examen histológico, era blando, como esponjoso, de color blanco-grisáceo, no recordando en nada el aspecto de la trama del hígado.

Convenientemente indurado y practicadas finas secciones, se advirtió bien pronto al microscopio que se trataba de una neoplasia de naturaleza epitelial, provista de un estroma ricamente vascularizado.

Estroma. Era muy abundante, constituyendo gruesos tabiques separatorios de las masas epiteliales y, en ciertos puntos, macizos considerables, que recordaban las formaciones conectivas exuberantes de la cirrosis. Por lo demás, el tejido conectivo ofrecía caracteres de adultez, constando de haces entrecruzados en diversas direcciones y de células fusiformes ó estrelladas poco numerosas. De trecho en trecho se observaba la sección de capilares dilatados, como cavernosos,

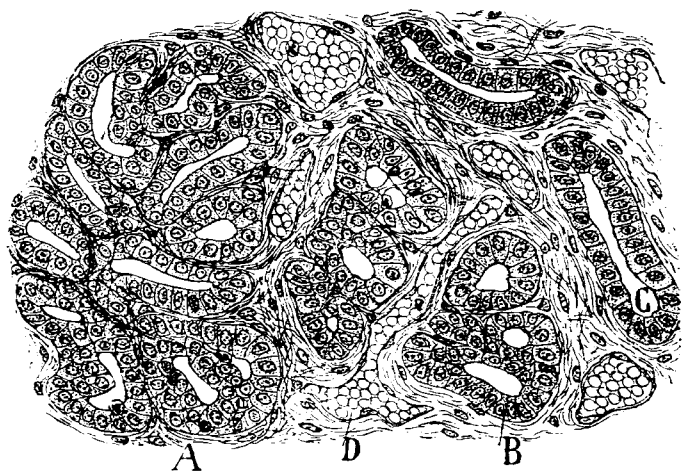


Fig. 1

y la de arterias y venas de algún calibre. Los lobulillos hepáticos han desaparecido por completo.

Epitelio. Las formaciones epiteliales presentan diversas disposiciones, correspondientes sin duda á distintas fases evolutivas.

La disposición más sencilla consiste en cavidades pequeñas, tubulosas (acaso continuas entre sí y con los lobulillos de que luego hablaremos), separadas por cantidad variable de estroma. No poseen membrana glandular, y el epitelio, dispuesto en una sola capa, consta de células cuboideas caracterizadas por un núcleo voluminoso y un protoplasma claro y finamente granuloso. Estos corpúsculos carecen de chapa superficial, de ahuecamiento caliciforme, de granulaciones de materia colorante biliar, y se parecen notablemente á las que limitan los conductos biliares perilobulares. El tránsito á la forma lobulada ó glandular se marca ya en la disposición representada en la fig. 1, B. La preparación muestra dos ó tres cavidades asociadas bajo un estroma común, y esas cavidades de forma tubulosa,

parecen continuar entre sí. Cada tubo asociado está separado de los otros á favor de un delicado tabique conectivo, pero en ciertos puntos falta una correcta limitación intertubular, pareciendo fundirse el epitelio de los conductos colindantes. Las cavidades glanduloides encierran un líquido albuminoide coagulado, con algunos leucocitos y células epiteliales desintegradas ó fuertemente alteradas.

En la fig. 1, A. representamos una fase de mayor complicación. Aquí se advierte ya un verdadero lobulillo glandular, de tamaño casi macroscópico, constituido por la aglomeración de varios tubos de paredes, ora comunes, ora indepen-

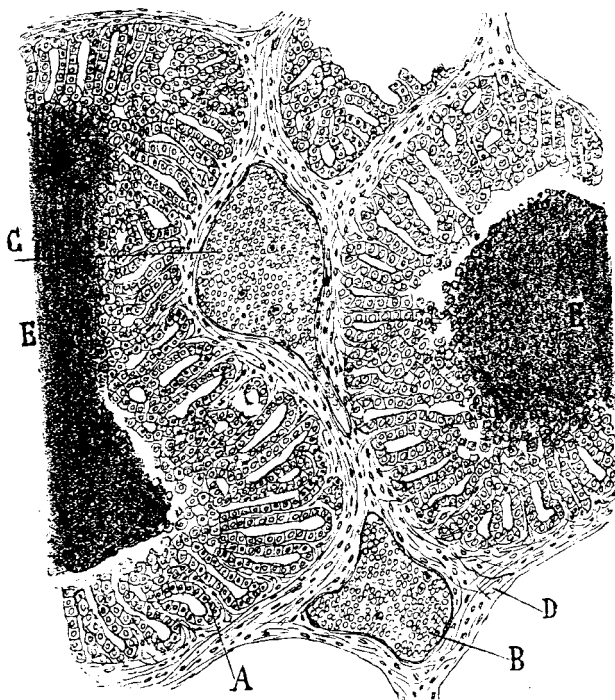


Fig. 2

dientes. Muchos de estos tubos se dirigen convergiendo al centro del grumo glandular, donde no es raro observar que se ponen en recíproca comunicación. El epitelio afecta los mismos caracteres que el de los conductos sueltos, es decir, que aparece cuboideo, de protoplasma claro y núcleos ovoideos ó esferoidales bastante voluminosos. Entre las células se nota alguno que otro leucocito emigrante.

Finalmente, los *acini* completamente desarrollados revelan una extensión y una complicación notables (fig. 2). El estroma que los separa queda reducido á finos tabiques, los cuales presentan, de trecho en trecho, la sección de vasos dilatados que, por su aspecto, semejan las venas del centro de los lobulillos normales. Estos vasos poseen además golfos ó cavernas de gran amplitud.

Los tubos son numerosos, asociándose en masas ó lóbulos que, en ocasiones, pasan de un milímetro de extensión. Hay parajes donde se advierte que el sistema tubuloso de un lobulillo se continúa con el de otro, dificultándose la determinación de las fronteras de la formación epitelial.

La masa celular central de estos extensos lobulillos glandulares, aparece á menudo en vías de destrucción (fig. 2, *E*), constituyéndose un magma granuloso, donde á duras penas se reconocen los límites de las células epiteliales. La hematosilina y carmines tiñen con dificultad los núcleos de estos corpúsculos degenerados que recuerdan, por su aspecto, los de la periferia de los focos caseosos. La degeneración y destrucción de la trama glandular se extiende, á veces, á la totalidad de algunos lobulillos. Estas partes son las que, á la simple vista, aparecían blandas y como desintegradas.

Una particularidad de disposición existe que, á un examen superficial, puede inducir á error. En estos grandes lobulillos, de masa central necrosada y como caseosa, los tubos que arrancan del estroma son casi todos convergentes, no exhibiendo casi nunca anastómosis laterales (fig. 2, *A*). Y como la unión de dichos tubos con el foco necrótico es tan floja, que durante las maniobras de preparación casi todos ellos se desprenden, pareciendo acabar en un cabo libre y flotante, nada más fácil que tomar los acini como verdaderos quistes, y el revestimiento epitelial de los tubos por el de las vegetaciones interiores de los cistomas papilosos. Nosotros caímos al principio en esta equivocación, tanto más fácil cuanto que las alteraciones cadavéricas del tumor hacían muy difícil, al nivel de los quistes grandes, la percepción de los contornos del epitelio. Un examen de otras zonas menos alteradas, donde se veían asociados con los grandes acinis quísticos, lobulillos pequeños y de composición más sencilla, nos permitieron subsanar el error.

Después de lo expuesto ¿cuál debe ser el diagnóstico anatómico? Para nosotros no existe actualmente duda alguna: se trata de un *adenoma primitivo del hígado, con formaciones quísticas secundarias*, por degeneración y reblandecimiento consecutivos de las masas centrales de los grandes lobulillos.

Examinando la casuística reunida por los autores, se ve que el adenoma hepático no es una neoplasia excesivamente rara, y que en su marcha y carácter se muestra tan grave é invasora como el carcinoma. Griesinger, Rindfleisch, Kelsch y Kiener, Sabourin, Greenisch, etc., han publicado casos de adenoma del hígado, más ó menos semejantes al que acabamos de estudiar.

Pero el adenoma de esta víscera comprende algunas variedades: 1.º adenoma formado de lobulillos hepáticos casi normales, con actividad funcional fisiológica (esta neoplasia más que tumor representa una deformidad sin importancia); 2.º adenoma genuino, constituido de cordones epiteliales flexuosos, provistos ó no de luz central, y reunidos en lóbulos revestidos por cubierta fibrosa; 3.º adenoma construido por simple vegetación de canalículos biliares, sin formación lobular (adenoma biliar de Birch-Hirschelf, etc.).

De estas tres variedades, la segunda, que es también la mejor descrita y conocida, corresponde bastante bien á la textura del tumor que estudiamos. No obstante, consultando las figuras y descripciones de Cornil, Rindfleisch, Ziegler, Klebs, Siegmund, Naunyn, etc., aparecen algunas diferencias entre nuestra neoplasia y la variedad indicada. En nuestro tumor no existe cápsula envolvente de los lobulillos; sólo hay un estroma general análogo al del carcinoma. Además los tubos epiteliales son anchos, casi rectos y están casi constantemente orientados

de un modo convergente, como partiendo de un foco á cuyo nivel habría continuidad tanto del epitelio como de la luz glandular, propiedades que no concurren, en general, en los tumores representados por los autores.

Tocante al origen del epitelio del tumor, los anatomo-patólogos se inclinan á admitir una derivación de los cordones epiteliales de los lobulillos hepáticos. En el caso actual no cabe comprobar tal procedencia, por cuanto en el trozo neoplásico examinado faltaba por completo toda formación lobular normal, y por tanto la posible transición entre el epitelio progenitor y el derivado. De todos modos, aun cuando de una observación tan incompleta no puede sacarse ninguna conclusión sintogenética positiva, ello es que la presencia en medio del estroma de tubos sueltos, guarnecidos de un epitelio idéntico al de los lobulillos, las transiciones entre éstos y los primeros, la analogía que tales elementos epiteliales poseen, con los que forman los conductos biliares perilobulares, hasta los anchos huecos de los tubos neoformados, que tanto contrastan con los angostísimos capilares biliares del lobulillo normal, etc., todo parece deponer en pro de una procedencia del epitelio de los conductos biliares gruesos ó perilobulares.

DR. S. RAMÓN Y CAJAL.

PATOGENIA DE LA ICTERICIA

por el Prof. Liebermeister, de Tubinga

La ictericia se produce cuando en la sangre penetra bilis ó, especialmente, su materia colorante, y luego se deposita en los tejidos. Es relativamente fácil en muchos casos comprender cómo la bilis llega á la sangre, pero en otros la explicación es sumamente difícil.

Quando de una ú otra manera se impide la salida de la bilis formada en el hígado, resulta excesiva la presión bajo la cual está en los conductos biliares y en las células hepáticas, y á consecuencia de ella puede pasar á los vasos linfáticos ó directamente á los sanguíneos. Las investigaciones modernas parecen demostrar que en tal estasis biliar, la bilis pasa en primer lugar y preferentemente á los vasos linfáticos. La ictericia que así resulta se califica de *congestiva* ó *por estasis*, ó también, ya que la bilis secretada se reabsorbe, de *ictericia por reabsorción*, ó, porque la bilis que entra en la sangre se había formado antes en el hígado, de *ictericia hepatógena*.

Pero también se presenta ictericia en casos en que la estasis biliar no puede demostrarse. Habían supuesto algunos que podía producirse por exceso de bilis, — *policolia*, — exceso que se reabsorbe en el intestino, sobre todo cuando al entrar en la sangre no se descompone suficientemente. Pero entre los casos en que se observa la ictericia sin congestión biliar, hay muchos en que todas las circunstancias hablan á favor de la disminución ó aun suspensión completa de la elaboración de bilis.

Mientras se pudo admitir que la secreción en el hígado consistía tan sólo en una segregación de sustancias que existían ya formadas en la sangre, no ofrecía dificultad este género de ictericia. Así como en la suspensión del funcionalismo renal hay retención de urea y de otras partes constitutivas de la orina, y acumu-