

FRECUENCIA Y CARACTERISTICA DE LA ICTERICIA EN DISTINTAS AFECCIONES HEPATOBILIARES *

Dr. TOMÁS A. PINÓS MARSELL, en colaboración con los Dres. ISIDRO SERÉS
PAMPOLS y ENRIQUE TORRES TORREBLANCA

LA ictericia es un síntoma que aparece en un gran número de enfermedades y no es nuestro objeto en esta corta comunicación hacer el diagnóstico diferencial exhaustivo de este síntoma, que por lo demás puede encontrarse en cualquier libro de la especialidad.

En esta estadística haremos referencia a la frecuencia y características de la ictericia en ciertas afecciones hepáticas y de los conductos hepatobiliares estudiadas en un considerable número de en-

fermos ingresados en la Escuela de Patología del Hospital de San Pablo.

Distinguiremos la ictericia que aparece en enfermedades difusas del parénquima hepático, como son la hepatitis, la cirrosis y la cirrosis biliar primitiva, de la ictericia que aparece en afecciones de tipo extrahepático, ya de naturaleza benigna como la litiasis, o de naturaleza maligna como son las neoplasias de cabeza de páncreas, papila o vías biliares. (Cuadro n.º 1.)

CUADRO núm. 1

ICTERICIA

Lesiones hepáticas

Lesiones extrahepáticas

Hepatitis

Cirrosis

Cirrosis biliar primitiva

Litiasis

vesicular

coledocal

Neoplasias del confluente

(*) Comunicación presentada, como Académico Corresponsal (Dr. Tomás A. Pinós), en la Sesión del día 22-XI-66.

Ictericia y hepatitis

En un grupo de 275 enfermos diagnosticados de hepatitis, presentaron en el curso de su enfermedad ictericia el 98,5 % de casos, y sólo 4 dejaron de presentarla (Cuadro n.º 2). La ictericia es el síntoma dominante en la hepatitis y su curso y duración nos sirve para clasificar los distintos tipos de hepatitis. El número de hepatitis anictérica es mucho más elevado de lo que estos números in-

dican, pero es que tenemos que tener en cuenta que los enfermos hospitalarios son casos complicados, en la mayoría de los cuales ha fallado la terapéutica habitual.

La presentación de la ictericia fue indolora en el 86,5 %, y de éstos sólo en tres el dolor fue intenso hasta el punto de poder hacer pensar en un cólico biliar. La evolución de la ictericia por lo regular va paralela al pronóstico de la enfermedad y puede sufrir ondulaciones.

CUADRO núm. 2

HEPATITIS CUADRO CLÍNICO
(Revisión de 275 casos)

Ictericia	271	98,5 %
Coluria	211	76,7 %
Acolia o hipocolia	166	60,3 %
Anorexia	106	38,5 %
Náuseas y vómitos	52	18,9 %
Prurito	41	14,9 %
Fiebre	42	15,2 %
Dolor abdominal	37	13,4 %
Estreñimiento	23	8,3 %
Diarrea	23	8,3 %
Oliguria	22	8 %

Ictericia y cirrosis

En un grupo de 117 cirróticos estudiados desde el punto de vista clínico, anatomopatológico y de laboratorio, hemos encontrado ictericia en 30 casos (26 %). (Cuadro núm. 3.)

Llamó la atención que la intensidad de la ictericia fue ligera en la mayor parte de los enfermos y que su presencia indicaba un curso grave y rápido de la enfermedad,

pues fueron cirróticos de corta supervivencia.

Cuatro de estos enfermos presentaron una hepatitis anterior a su cirrosis; si bien el hecho de haber sufrido una hepatitis anterior no comporta el que la cirrosis tenga que cursar con la ictericia, pues había 6 enfermos más que tenían en sus antecedentes hepatitis anteriores y en cambio la cirrosis no cursó con ictericia.

CUADRO núm. 3

FRECUENCIA DE ALGUNOS SÍNTOMAS EN 117 CIRRÓTICOS

Ascitis	100	86 %
Hipertermia	16	14 %
Dolor	36	31 %
Esplenomegalia	34	29 %
Hepatomegalia	49	42 %
Ictericia	30	26 %
Circulación complementaria	94	80 %
Dilataciones capilares	64	55 %

Ictericia y cirrosis biliar primitiva

En los últimos años hemos estudiado 20 casos de cirrosis biliar primitiva. La ictericia ha aparecido en todos los enfermos. El modo de presentarse y las características de esta ictericia son muy variables. Siempre se ha acompaña-

do de prurito, el cual ha sido preictérico en 16 casos, dos ha sido coetáneo y dos postictérico. En una de nuestras enfermas el prurito preictérico databa de más de cinco años. La ictericia en esta afección puede sufrir altibajos. (Cuadro n.º 4.)

CUADRO núm. 4

CIRROSIS BILIAR PRIMITIVA
(Revisión de 20 casos)

Prurito	20
Ictericia	20
Fiebre	6
Dolor	6
Hipertrofia hepática	18
Hipertrofia bazo	12
Xantelasma	9

Ictericia y litiasis biliar

La frecuencia de la ictericia en los enfermos litíasicos es muy dis-

tinta si la litiasis se circunscribe a la vesícula biliar o si además alcanza la vía biliar principal. (Cuadros núms. 5 y 6.)

CUADRO núm. 5

SINTOMATOLOGÍA DE LA LITIASIS EN 968 ENFERMOS
INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMÍA

Escalofríos	397	41 %
Calor.	208	21,5 %
Sudor	280	28,9 %

Fiebre	226	23,3 %
Ictericia	208	21,5 %
Coluria	424	44,2 %
Acolia	143	14,7 %
Prurito	72	7,5 %
Náuseas y vómitos	549	56,7 %
Molestias dispépticas	210	21,7 %
Diarrea	63	64,4 %
Estreñimiento	60	6,2 %
Pérdida de peso	212	22,1 %

CUADRO núm. 6

SINTOMATOLOGÍA DE LA LITIÁSIS COLEDOCAL EN 277 ENFERMOS INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMÍA

Escalofríos	161	58,1 %
Calor	113	40,5 %
Sudor	127	45,7 %
Fiebre	108	38,9 %
Ictericia	143	51,7 %
Coluria	197	67,7 %
Acolia	97	34,9 %
Prurito	44	15,6 %
Náuseas y vómitos	168	61,3 %
Molestias dispépticas	73	26,3 %
Diarrea	12	4 %
Estreñimiento	16	5 %
Pérdida de peso	75	26,5 %

En 968 enfermos afectados de litiasis vesicular, la ictericia apareció en el 21,5 % de los casos. En cambio, entre 277 enfermos afectados de litiasis coledocal, la ictericia estuvo presente en el 51,7 %. Esta ictericia, a diferencia de lo que ocurría en la hepatitis, fue precedida en casi todos los casos de dolor más o menos intenso.

Vemos, pues, que para litiasis biliar el hecho de que exista o no ictericia no sirve, como se ha dicho en ocasiones, para diagnosticar la existencia o no de cálculos en el colédoco; pues de nuestros enfermos, en casi la mitad no pre-

sentó ictericia en curso de su enfermedad, y que más del 21 % de los casos de litiasis vesiculares se acompañaron de ictericia.

Ictericia y neoplasias del confluente biliopancreático

En un grupo de 27 enfermos intervenidos por neoplasia a este nivel, habiéndose practicado una duodenopancreatectomía cefálica en el tratamiento, se halló la ictericia en todos los enfermos menos en uno. En este tipo de afección la ictericia se caracteriza por ser

progresiva y sin disminuir en ningún momento. La intervención quirúrgica despigmenta la mayor parte de las veces a los enfermos, pero el pronóstico es fatal a muy corto plazo. La afectación del estado general que hallamos en estos enfermos nos ayuda mucho para hacer el diagnóstico diferencial con las otras afecciones en que la ictericia aparece. El sondeo es asimismo de gran importancia diagnóstica.

RESUMEN

Frente a una ictericia, el médico se enfrenta siempre con un serio y difícil problema. ¿Es un enfermo quirúrgico y que sólo este tratamiento podrá solucionar su problema (caso de las obstrucciones extrahepáticas), o es un enfermo con una hepatopatía difusa para el que, no sólo no está indicado el tratamiento quirúrgico, sino que dicho tratamiento está seriamente contraindicado (caso de la cirrosis y hepatitis)? Finalmente, existen enfermos en que no sabemos qué conducta hemos de seguir exactamente (caso de la cirrosis biliar primitiva). Por ello, para precisar el diagnóstico diferencial de las distintas afecciones que aquí comentamos, no deberá apoyarse exclusivamente con el síntoma ictericia, sino estudiar detenidamente la historia del enfermo, la exploración física minuciosa, la ayuda del laboratorio, la laparoscopia, la pun-

ción y, aun con todo ello o en ocasiones, será la cirugía o el estudio microscópico los que harán el diagnóstico diferencial. A pesar de ello la intensidad y evolución de la ictericia presentan un gran valor diagnóstico.

* * *

La Laparoscopia proporciona datos de gran valor en el diagnóstico diferencial de los procesos hepáticos con ictericia.

En las hepatitis en su comienzo la visión endoscópica señala un aumento moderado del tamaño del hígado, de aspecto congestivo y de color rojo más o menos intenso. Kalk describió el hígado grande y rojo característico de la primera semana de evolución en la hepatitis aguda, pero ello sólo es verdad en las hepatitis intensamente infiltradas. El borde de ambos lóbulos es romo y la superficie lisa y brillante. Este aspecto laparoscópico corresponde a los primeros días de la enfermedad, pasados los cuales el hígado retorna paulatinamente a la normalidad.

En las hepatitis crónicas, durante los períodos de agudización, el color es rojo congestivo, pero la superficie hepática es granujienta, y no lisa como en la hepatitis aguda.

En la cirrosis hepática la ictericia es poco frecuente, como se ha señalado anteriormente. En estos casos el diagnóstico es fácil, la su-

perficie es nodular, con nódulos cuyo tamaño oscila entre un guisante y una nuez, prominentes y separados por valles formados por anchas bandas fibrosas, festoneado y recubierto frecuentemente de una fina cintilla fibrosa, dato laparoscópico de gran interés.

En la cirrosis biliar primitiva la ictericia tiene todos los caracteres etiopatogénicos de retención biliar por obstáculo mecánico, endoscópicamente puede observarse un hígado moderadamente aumentado de tamaño, de aspecto liso al principio de la evolución, pero en los períodos finales puede presentar un aspecto granujiento o francamente nodular como en las hepatitis crónicas cirrógicas. El color es variable, pero casi siempre su tonalidad es rojo-pardo-oscuro-amarillenta. Tiene especial interés comprobar el estado de la vesícula biliar, la cual es de configuración normal, atónica y depresible al tacto del laparoscopia.

La litiasis coledocal en el período icterico, el hígado está hipertrofiado, liso, borde romo y color verde con intensidad directamente proporcional a la cifra de bilirrubinemia del momento en que se practica la exploración. Si la laparoscopia se practica en un período anictérico los caracteres pueden corresponder a un hígado casi normal. La litiasis coledocal es secundaria a un proceso vesicular, y por ello pueden observarse signos

endoscópicos de una colecistitis con o sin pericolecistitis.

En los casos de ictericia neoplásica con obstrucción completa de las vías biliares extrahepáticas, el hígado está aumentado de tamaño, la superficie es lisa y turgente, el borde romo y la coloración verde botella intenso. Por esta tonalidad el diagnóstico resulta relativamente fácil. Si la obstrucción asienta por debajo del confluente, la vesícula está aumentada de volumen, con paredes de aspecto normal (signo de Courvoisier Terrier laparoscópico). Si la obstrucción está por encima de la desembocadura del cístico, la vesícula aparece depleccionada. Las metástasis hepáticas resultan fácilmente diagnosticables cuando se presentan en las zonas endoscópicamente visibles.

* * *

La biopsia hepática ayuda al diagnóstico de los diferentes tipos de ictericia.

En las hepatitis los hallazgos más sobresalientes son: lesión del centro del lobulillo, cuya intensidad es paralela a la importancia del cuadro clínico.

En la periferia, y en especial en el espacio conjuntivo vascular infiltración celular a base de células redondas.

Hay que señalar que el clínico precisa únicamente de la biopsia hepática para el diagnóstico de las hepatitis en casos excepcionales, ya

que la clínica y resto de exploraciones menos cruentas son suficientes la mayoría de las veces.

En la cirrosis hepática tipo Laennec, las columnas glandulares en el centro del lobulillo se conservan en mayor extensión con gran infiltración y esclerosis perilobulillar, formando verdaderas bandas que pueden llegar a rodear totalmente el lobulillo. Cuando los enfermos cirróticos sufren un proceso de agravación, que generalmente se acompaña de ictericia, el parénquima centrolobulillar presenta alteraciones muy parecidas a las de la hepatitis aguda.

La cirrosis biliar primitiva obstructiva muestra las mismas alteraciones histológicas que los otros tipos de ictericia obstructiva extrahepática. Durante los primeros períodos de evolución, las columnas glandulares están conservadas y la reacción inflamatoria perilobulillar es escasa. Hay signos de retención biliar en forma de trombus y de granulación intracelular en las células de Kupffer y en las células intraparenquimatosas. Al final de la evolución del proceso puede observarse destrucción de las células parenquimatosas en

el centro del lobulillo y marcados procesos inflamatorios en el perilobulillo con imagen parecida a la de la cirrosis de Laennec. Siempre están presentes los signos de retención biliar antes señalados.

La litiasis coledocal icterica se acompaña de estasis biliar cuya intensidad es proporcional al grado de obstrucción, y en el espécimen obtenido por biopsia hepática se observan los signos histológicos de la ictericia obstructiva: conservación del parénquima hepático con retención biliar en los canalículos y en el protoplasma celular. Un signo de gran valor es que la infiltración celular perilobulillar es con frecuencia a base de polinucleares

En las obstrucciones biliares extrahepáticas los signos de estasis biliar son más marcados. Los trombus son más numerosos, siendo los fenómenos infectivos escasos. Hay que señalar que ante la sospecha clínica de una obstrucción total, estará contraindicada la práctica de la biopsia, por el peligro del coleperitoneo, y por tanto, para los estudios anatomopatológicos, la biopsia operatoria o el estudio necrópsico.

Discusión. — El Dr. A. Pedro Pons (Presidente) subraya la gran importancia que tienen los datos clínicos aportados y, a efectos diagnósticos, formula una serie de preguntas, que contestan los autores.