

SECCIÓN CLÍNICA

Iniciamos con el presente número esta sección, que tiene por objeto permitir a nuestros colaboradores la presentación de casos clínicos, cuya divulgación se considera de interés bajo cualquier punto de vista: incidencia baja del proceso patológico, dificultad diagnóstica, ensayo de nuevas tendencias terapéuticas, introducción en nuestro país de cualquier avance de la ciencia médica, etc. Por su misma esencia, en esta sección se puede prescindir de estudios estadísticos, citas bibliográficas y otros factores que son imprescindibles en otro tipo de publicaciones-

HEPATOMA

Dr. SILVIO R. ZUÑIGA

Departamento Quirúrgico del Hospital General

El caso que se informa fue objeto de presentación por parte del autor en sesión del Departamento Quirúrgico del Hospital General de la capital. Ha considerado que tiene el suficiente interés para ocupar la sección de casos cuya sintomatología guía a otro diagnóstico o que por su rareza entre nosotros, bajo las condiciones que se apuntarán más abajo, debe ser conocido por nuestro mundo médico.

Ficha N° 39585, A. C. M., paciente femenina, de 17 años, procedente de Olancho, ingresó el 29 de marzo de este año a Medicina de Mujeres por "dolor en hipocondrio derecho". Tal queja apareció 4 meses antes de su ingreso, siendo de tipo continuo, de carácter constrictivo, irradiado hacia el hombro y escápula derecha. Su intensidad fue en aumento hasta dificultarle la marcha, siendo exacerbado por la posición de pie y el decúbito lateral izquierdo así cerno por la risa, los movimientos de tos o la inspiración profunda. Desde el inicio presentó febrículas que luego se convirtieron en verdadera fiebre, con exacerbaciones diarias precedidas de escalofrío y seguidas de diaforesis. En las últimas semanas y de manera esporádica presentó náuseas y vómitos biliosos que no guardaron relación con las comidas. Asimismo acusó hiporexia, pérdida de peso, adinamia y palidez generalizada.

En el resto de su anamnesis no hay dato contribuyente fuera de una amenorrea de tres meses de duración.

El examen físico reveló una paciente de facies triste, con mal estado nutricional, de marcha lenta y difícil, pálida y cooperando lentamente al interrogatorio.

P. A. 100/60, P 120 p. m., T 39 C, R 20 p. m. y un peso de 94 libras."

Como comprobaciones sobresalientes se constató un tórax asimétrico por aumento de la base del hemitórax derecho, en donde se comprobó la circulación colateral, ausencia del M. V., de la V. V. y macidez hasta el 4° espacio intercostal. El abdomen, asimismo, era asimétrico por tumoración en H. D., siendo el resto plano, depresible e indoloro. En H. D. hubo dolor a la palpación superficial, a la percusión y a la puñopercusión costal. Los ruidos intestinales eran en número de 4-6 por minuto de tono disminuido. El límite superior de la macidez hepática estaba en el 4° E. I. D. línea M. C. y el inferior era palpable 4 travesés de dedo bajo el reborde costal; la superficie palpable era regular y dolorosa; la masa tumoral parecía formar parte del hígado. El resto de examen fue negativo a no ser una retroflexión uterina.

El diagnóstico de ingreso fue "Absceso Hepático probablemente Amebiano" y en las notas progresivas de su protocolo aparece asentada con fecha 31 de marzo

la siguiente: "El diagnóstico de ingreso nos parece correcto y se hará lo más pronto posible la investigación de la motilidad diafragmática.—Dr. R. Custodio".

Los exámenes practicados demostraron R 2.900.000, B 7.750, Hb 8,3 gm. %, Ht 32 vols. %, Tipo Sanguíneo B, Rh Positivo, Glicemia 85 Mgm. %, V.D.R.L. Negativo. Heces con ascaris ++ y Necator +. Orina normal.

El estudio radiológico reveló "Cúpula diafragmática derecha considerablemente elevada y el ángulo costofrénico correspondiente está obliterado por un pequeño derrame pleural. El hígado está muy aumentado' de tamaño y el parénquima pulmonar aparentemente es normal. Impresión: Absceso Hepático. —Dr. Jorge Rivera". El tránsito gastro-duodenal informó únicamente desplazamiento' franco del estómago hacia la izquierda.

El 1° de abril me fue referido el caso por sugerencia del Jefe del Servicio de Medicina y se consignó la siguiente nota: "Creemos que el diagnóstico de admisión debe sostenerse mientras no se demuestre lo contrario. Tenemos la impresión que la colección está en inminencia de rotura por lo que consideramos adecuada una laparotomía con el objeto de evitar una inundación peritoneal y sus desagradables consecuencias. Sin embargo, queremos dejar constancia de que existe otra posibilidad diagnóstica ya que algunos de los datos no encajan por completo con el primero: tipo e intensidad de fiebre, falta de leucocitosis, ignoramos fórmula leucocitaria, la palpación de la masa tumoral no es dolorosa en extremo y la puñopercusión está insinuada cuando en un absceso bien establecido debería ser franca. Por estas discrepancias ponemos como segundo diagnóstico' una neoflasia maligna del hígado. Se hará laparotomía exploratoria y de comprobarse el diagnóstico primero se hará evacuación de la colección".

A estas alturas se ordenó nuevo examen hematológico, siendo los resultados obtenidos los siguientes: B 14.500, Hb 10 gm %, H6 34, N 85%, E 1%, L 12%, M %. Se obtuvo el informe sobre investigación de motilidad diafragmática y el mismo reveló paresia en su mitad derecha. Estos nuevos datos inclinaban más decididamente a dar apoyo al diagnóstico de entrada.

La paciente fue intervenida en esa misma fecha, efectuando una microlaparotomía con incisión paramedia derecha supraumbilical. Al penetrar en peritoneo quedó expuesta la cara superior del hígado que no mostraba adherencias periviscerales. Por la pequeña incisión se puncionó el hígado en varias direcciones y profundidades sin obtenerse pus. Ante tal negatividad se amplió la incisión, comprobándose que la parte del hígado que estaba bajo nuestra visión correspondía al lóbulo izquierdo y en la superficie del cual aparecían numerosos nódulos blanco-grisáceos, no umbilicados, de mayor consistencia que el parénquima hepático y que formaban prominencia bajo la cápsula de Glisson; iguales nódulos se comprobaron en el lóbulo derecho. Se tomó biopsia de uno de dichos nódulos y no se efectuó exploración abdominal por tamaño de la incisión y por las malas condiciones en que se encontraba la paciente. El diagnóstico de egreso de Sala de Operaciones fue de Neoplasia Maligna de Hígado, sin especificar su origen.

El informe anatomopatológico correspondiente a la inclusión B-5945 dice: "Los cortes revelan tejido hepático reemplazado en un tercio de su tamaño por tejido neoplásico caracterizado por células dispuestas en cordones, con abundante citoplasma, núcleos redondos, algunos de ellos vacuolados con prominentes nucléolos acidofílicos. Estas células parecen originarse en el tejido hepático. En ciertas áreas las células malignas exhiben núcleos grandes hiper cromáticos y formación de células multinucleadas. No se observa formación de bilis o conductillos biliares. También hay áreas de hemorragia y necrosis. El tejido hepático restante demuestra solamente áreas de metamorfosis grasa sin evidencia de cirrosis. Diagnóstico: Carcinoma Primario de Hígado de Células Hepáticas. —Dr. Virgilio Cardona".

COMENTARIO

Están en común acuerdo los autores sobre la rareza de los tumores primitivos del hígado en contraposición con la frecuencia de los metastásicos. Su poca fre-

cuencia es capaz de plantear dificultades diagnósticas. Para hacer resaltar su rareza traemos las estadísticas del Departamento de Patología Quirúrgica del Columbia-Presbyterian Medical Center de Nueva York, donde sólo informan 21 casos probados de carcinoma primario del hígado en un período que va de 1930 a 1955 y los datos extraídos del Babes Hospital de Nueva York, de 1922 a 1955, lapso en el que observaron únicamente 7 casos (1). En 48.900 autopsias efectuadas en Los Angeles County Hospital, Edmondson (2) encuentra el siguiente porcentaje según la raza: mestizos 3.0% caucásicos 3.4%, negros 14.5% y mongólicos 33.3%.

Es comúnmente aceptada la predisposición que crea la cirrosis hepática al desarrollo de los hepatomas al grado de asegurarse que la distribución geográfica del hepatoma se calca en la distribución geográfica de la cirrosis. Las cifras de coexistencia informadas varían del 64% (3) al 88% (4). La cantidad de cirróticos que producen hepatomas ha sido considerada fluctuando entre el 4.5% al 10% (5). Según Miyai y Rubner (6), el carcinoma hepático puede no ser consecuencia de la cirrosis, pero parece tener en común factores etiológicos que condicionan a ambos; las investigaciones de estos autores los ha hecho concluir que el tipo de cirrosis que se complica con hepatoma es generalmente postnecrótico. Según Wells y Col. (4), en la revisión de 43 casos de hepatomas encontraron en 15 de ellos la evidencia directa o indirecta de sífilis; creen que la cirrosis postnecrótica hallada en esos casos fue producida por hepatitis anictérica transmitida por inyecciones múltiples y no causada por la sífilis o los metales pesados per se. La relación del hepatoma a la cirrosis nutricional ha sido muy enfatizada en el pasado; Gall (7) ha demostrado que es excepcional (1 % de los hepatomas).

Según Davis (1) existen dos períodos de la vida en que su incidencia, es manifiesta: la infancia y las 5* y 6* décadas; en el primer grupo los tumores frecuentemente son de tipo embrionario con caracteres organoides y los del segundo grupo derivan del hepatocito (90%) o de las células de los conductillos biliares intrahepáticos (10), constituyendo el Carcinoma de Células Hepáticas (Hepatoma Maligno) y el Carcinoma de Células Ductales (Colangioma Maligno), respectivamente. El primero se ve predominantemente en el sexo masculino y el segundo en el femenino.

Los datos estadísticos obtenidos de países que tienen una similitud geográfica, racial, nutritiva y patológica con el nuestro que han llegado a nuestras manos, son 103 siguientes: Umaña y Tejeda (8), en una revisión de patología hepática efectuada en Guatemala, encontraron una incidencia de hepatoma entre los cirróticos del 4%; los sujetos investigados estaban comprendidos entre los 10 y los 40 años y en 2 de los casos ocurrió en personas menores de 30. Su incidencia con relación al número de autopsias realizadas por neoplasias malignas fue de 5,97%. Concluyen los autores que el hepatoma es un tumor raro en Guatemala, si se compara con el de otras partes del mundo, para el caso la incidencia informada en las tribus Bantú de Sud África (23,4%), en África Occidental (23%) y en Filipinas (24%) entre los tumores malignos.

RE F E R E N C I A S

- 1.—DAVIS, L.: Christopher's Textbook of Surgery, W. B. Saunders Company, Philadelphia y Londres, 1960.
- 2.—EDMONDSON, H. A.: Tumors of the liver and intrahepatic bile ducts, Armed Forces Inst. of Path., Washington, D. C., 1958.
- 3.—GALL, E. A.: Primary and metastatic carcinoma of the liver. Relationship to hepatic cirrhosis. A. M. A. Arch. Path. 70:226, 1960.
- 4.—WELLS, R. F. y LUNDBERG, G. D.: Hepatoma: review of 43 cases with comments on syphilis as an etiologic factor. Gastroenterol. 44:598, 1963.
- 5.—DREYER, M. M.; LERNES, A. y FUNES, A.: Hepatoma primitivo del hígado. La Prensa Méd. Arg. 50:121, 1963.
- 6.—MIYAI, K. y RUEBNER, B. H.: Acute yellow atrophy, cirrhosis and hepatoma. Their incidence at the Johns Hopkins Hospital. Arch. Path. 75:609, 1963.
- 7.—GALL, E. A.: Posthepatic, postnecrotic and nutritional cirrhosis. A pathological analysis. Amer. J. Path. 36:241, 1960.
- 8.—UMAÑA, C. R. y TEJEDA VALENZUELA, C: Patología hepática en Guatemala: Cirrosis y Hepatoma. Rev. Col. Méd. 12:170, 1961.