

Caso del Hospital General de Tegucigalpa

Dr. Virgilio Cardona L. ()*

*Dr. Jorge A. Pacheco (**)*

F. R. D., varón de 66 años, soltero, originario de Yoro, residente en el Departamento de Atlántida, labrador, ingresó a la Sala de Medicina del Hospital General el 6 de julio de 1971 y falleció 5 días después.

E. A.—Desde hacía dos meses padecía de dolor en hipocondrio derecho, de tipo continuo, de poca intensidad, sin irradiación, sin relación con la ingesta alimentaria y sin modificación con los cambios de posición pero que se aumentaba cuando se palpaba la región. Inicialmente hubo hiporexia y en la actualidad hay anorexia, estreñimiento y debilidad progresiva. Toda esta sintomatología permaneció por un mes. A partir de entonces el dolor se hizo más intenso, se irradió al epigastrio y mejoraba con el decúbito dorsal; los otros síntomas no se modificaron. Refirió haber perdido peso en considerable cantidad y nunca se palpó tumoración abdominal. No hubo melena ni hematemesis. Desde hacía un mes su orina tomó coloración de Coca-Cola, con disuria y polaquiuria. Refirió que desde hacía un mes había edema en sus miembros inferiores que le tomaban hasta las rodillas. Desde hace 8 días está encamado.

Fue internado en el Hospital Atlántida, La Ceiba, donde estuvo por 8 días y se le suministraron 13 litros de suero y pastillas que no mejoraron su sintomatología.

En hábitos informó que ingería alcohol desde los 18 años (aguardiente o cerveza) y lo hacía durante 8 días cada mes, sin ingerir alimentos en esos períodos. Hace 4 meses ingirió alcohol por última vez y lo efectuó durante un mes seguido. Masticaba tabaco desde la edad de 13 años.

Como antecedente positivo informó que hacía 25 años padeció de sífilis que fue diagnosticada y tratada por médico. Hacía 10 años que fue operado de catarata bilateral.

EXAMEN FÍSICO

Paciente orientado en tiempo y espacio, cooperador, quejándose continuamente; se comprobaron manchas por sangrado escaso en labios; sumamente pálido. P. A.: 120/70; Temp.: 36.5°C; pulso: 92 p. m.; Resp.: 20 p. m.

Abdomen: ligeramente globuloso, cicatriz umbilical borrada, no hay circulación venosa. Las paredes se palparon tensas y esta exploración despertó dolor en región epigástrica. En planos superficiales se palpó a 7 cms. arriba del ombligo

(*) Departamento de Patología, Hospital General y U.N.A.H.

(**) Departamento de Medicina del Hospital General.

y con un diámetro de 3 cm. una tumoración indolora que se lograba hacer desaparecer por presión. A nivel de hipocondrio derecho y de epigastrio se palpó una tumoración que aparentemente crecía a expensas del hígado; el límite superior de este órgano se localizó en el 6° E. I. D. L. M. C. y el inferior varió, así: a 8 mía. en L. M. C. D., a 11 en L. P. E. D., a 9 en L. M. E. y a 10 en L. P. E. I. La superficie de la tumoración era regular, sus límites precisos y la palpación dolorosa. Se comprobó onda ascítica y la puñopercusión costal derecha fue positiva.

El examen ano-rectal no demostró patología pero el guante salió manchado de un líquido negro.

Se constató la presencia de edema blando e indoloro que tomaba ambos miembros inferiores hasta muslos.

EXAMENES Y EVOLUCIÓN

A las 10:00 p. m. del día de su ingreso se encontró decaído y deshidratado; la consistencia del hígado fue conceptuada como pétreo. N.N.P.: 119 mgm.%; glucosa: 171 mgm.%; creatinina: 3,4 mgm.%; cloruros: 119 mEq/L; sodio: 115 mEq/L; potasio: 4,2 mEq/L; CO₂: 24 mEq/L; bilirrubina total: 8,8 mgm.%; bilirrubina directa: 8 mgm.%; B. indirecta: 0,8 mgm.%; G. R.: 2.490.000 mm³; Hg. 7,4 gm.%; Ht: 24 vols.%; G. B.: 11.150 mm³; N-74%; E-2%; L-24%; clasificación de anemia: macrocítica, hiperocrómica, normoconcentrada. Proteínas totales: 5,5 gva.% No se logró efectuar B.S.P. ni fosfatasa alcalina.

La radiografía de tórax fue informada como normal y las placas simples de abdomen revelaron la presencia de líquido peritoneal libre y de asas intestinales meteorizadas.

El 7 de julio se comprobó muy decaído por la mañana. En la noche se oyeron estertores en base pulmonar derecha. En ese momento se le estaba transfundiendo sangre.

N.N.P.: 65 mgm.%; glicemia: 259 mgm.%; creatinina: 2,8 mgm.%; cloruros: 106; mEq/L; potasio: 6,4 mEq/L; CO₂: 23 mEq/L; Hg: 9.9 gm.%; Ht: 31 vol.%; líquido ascítico; Rivalta positiva; proteína: 3 gm.%.
 El 8 de julio se notó decaído. Turbidez timol: 1,2 U. T. protrombina: 38% de retención en 45 m.

El 9 de julio tuvo un P. A. de 80/60, pulso de 62 p. m. Se constató francamente icterico, no respondiendo a preguntas y en estado agónico.

T. C: 3'45"; T. S.: 1'15"; N.N.P.: 157 mgm.%; creatinina: 3,4 mgm.%; cloruros: 94 mEq/L; sodio: 133 mEq/L; potasio: 4 mEq/L; CO₂: 15,8 mEq/L.

Falleció a las 9:30 a. m. del 10 de julio 1971.

Durante su internamiento no presentó fiebre y fue tratado con una pinta de sangre, Edccrin, Aldactone y 14 litros de líquidos parenterales.

DISCUSIÓN DEL CASO POR EL DR. JORGE A. PACHECO

Un diagnóstico salta a la vista y es la existencia de una hernia epigástrica. Tampoco cabe duda que el paciente estaba afecto de una cirrosis hepática alcohólico-nutricional.

¿Por qué murió tan rápidamente? La cirrosis puede matar por coma hepático; sin embargo, no hubo exámenes adecuados. La muerte pudo precipitarse por una infección, aunque no hay evidencia de la misma que pudo estar enmarcada por el mal estado general del paciente. Otra posible causa pudo ser un cáncer hepático primitivo o secundario a metástasis llegada a hígado por el sistema porta; más, no obstante, no hay evidencia de la existencia de la localización primitiva del cáncer y que pudo ser pancreática, dadas las hiperglicemia y la rápida pérdida de bienestar. En el hepatoma no tiene importancia clínica el tipo histológico; la radiología no ayuda a hacer este diagnóstico; va en contra de esta posibilidad el hecho que la cirrosis sea de tipo alcoholo-nutricional pero existe la inclinación de pensar que existe un carcinoma primitivo del hígado porque en la cirrosis alcoholo-nutricional el hígado no es duro sino de consistencia blanda. Además existe una reacción de Rivalta positiva con 3 gm. de proteínas en el líquido ascítico.

Llegó al diagnóstico de *hepatoma injertado en cirrosis hepática secundaria a factores alcoholo-nutricionales o a hepatitis*. Pensó en la posibilidad de la existencia de un fitobezoar por tabaco y atribuyó la causa de la muerte a un síndrome hepato-renal.

Los Doctores Rafael Zelaya y Armando Rivas pensaron, igualmente, en un hepatoma.

El Dr. Silvio R. Zúñiga consideró que, de acuerdo a estadística, debería pensarse que el cáncer hepático era secundario ya que por la escasez de exámenes complementarios no se había eliminado la posibilidad de un foco de cáncer en el lecho portal.

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO? Formúlelo antes de verificar los hallazgos de autopsia que se dan en la página 97.