

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Chifflet)

ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR CISTOADENOMA HEPÁTICO PEDICULADO (*)

"Hepatectomía izquierda"

Dr. Hernán Parodi

Vamos a presentar un curioso caso de Cistoadenoma de lóbulo izquierdo de Hígado que provocó una ictericia obstructiva determinada por un mamelón pediculado en la luz del conducto hepático izquierdo.

Historia Clínica Nº 127.933.

M.A.S. de A. Enferma de 32 años de edad, procedente de campaña, dedicada a las labores domésticas.

Su Historia Clínica comienza hace 4 años con: Dolor en hipocondrio derecho, fiebre y vómitos; ictericia con prurito, coluria y acolia, astenia y anorexia. Todo esto en el curso de un embarazo. Este cuadro clínico cedió luego del parto con tratamiento médico. Pasó un año bien y entonces repite el mismo cuadro que persiste durante 1 mes en el cual rebaja 25 kgs. de peso.

Es operada en campaña en Diciembre de 1958 con el diagnóstico de litiasis biliar. La exploración operatoria mostró una litiasis vesicular y un tumor intra coledociano. Se hace colecistostomía, se extirpó parcialmente el tumor; cuyo examen anátomo-patológico hace el diagnóstico de cisto-adenoma de hígado.

Luego de esta operación cedió la ictericia persistiendo discretos trastornos digestivos, vómitos, anorexia y diarrea durante un período de 2 meses.

6 meses después nuevo episodio ictérico que se repite en forma iterativa hasta que ingresa a la clínica quirúrgica A.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de octubre de 1960.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La enferma ingresa entonces a la clínica con esta historia y sin antecedentes personales ni familiares dignos de mención.

El examen clínico muestra una enferma icterica, lúcida, apirética y con buen estado general.

Abdomen simétrico, globuloso con dos cicatrices: una de Mc Burney y otra paramediana. Indoloro en el que solo se palpa una discreta hepatomegalia dolorosa.

Genital. Sólo se encuentran ligeros signos inflamatorios. Resto del examen normal.

Los exámenes complementarios de la enferma confirman que se trata de una ictericia colostática sin insuficiencia hepatocítica. Sin repercu-

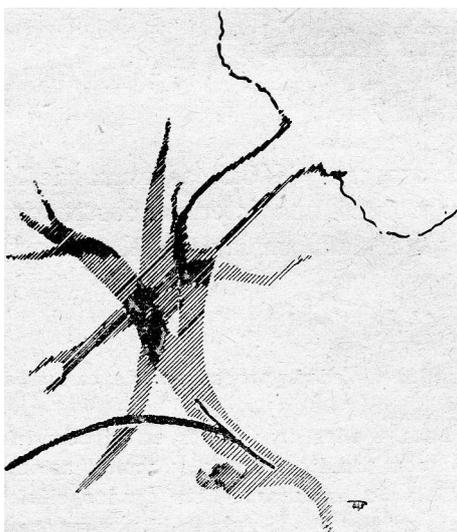


FIG. 1. — Colangiografía practicada antes de la última operación. Se ve el tumor pediculado en el hepático izquierdo.

sión visceral ni humoral y sin modificaciones del hemograma ni de la crisis sanguínea. Dada la intensidad de la ictericia no se hace el estudio contrastado de la vía biliar.

4 de Abril de 1960 — 1ra. operación.

Incisión paramediana. Transrectal derecha. Abierto el vientre se encuentra: hígado grande de colostasis, vesícula grande distendida sin cálculos, colédoco enorme en su sector supra duodenal, en cuyo interior se palpa un tumor blando y móvil que sube y baja en su interior.

La palpación del hígado no nos muestra nada anormal. Bazo, Estómago, Duodeno — páncreas normales.

Resto de la cavidad abdominalal S/P.

Se hace coledocostomía amplia por la cara anterior emergiendo una tumoración gris verdosa quística en forma de badajo de campana, que tiene un pedículo superior fijo a la cara izquierda del hepático izquierdo

a unos 3 cms. por encima de la unión de los 2 hepáticos. Esa tumoración tenía un tamaño de 5 cms. de largo x 3 de diámetro en su parte más ancha. Al movilizar la tumoración viene pus franco del hepático, lo que aumenta al comprimir el lóbulo izquierdo del hígado. (Este pus se envía a examen bacteriológico).

Con un ansa de acero para amigdalectomía se secciona el pedículo de la tumoración. La exploración del colédoco inferior lo muestra permeable de paredes y calibre normal. Se coloca un tubo de Kehr, se cierra la coledocostomía y se hace colecistectomía. Se deja drenaje de cigarrillo y se hace cierre de la pared por planos. La enferma tiene un post operatorio con algunos elementos dignos de mención.

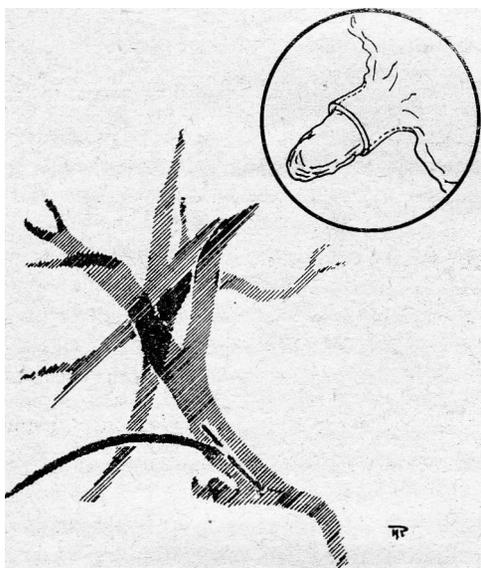


FIG. 2. — Colangiografía postoperatoria después de la exéresis del tumor y parte del hepático izquierdo. En círculo se ve esta porción de la pieza operatoria.

Desde el punto de vista del acto operatorio el post operatorio es normal, pero persiste la ictericia prolongadamente hasta casi 2 meses.

La exploración funcional de hígado muestra que se ha acentuado la colostasis en un primer momento y que recién al mes vuelve a los valores que tuvo antes de la operación.

El proteínograma no muestra modificaciones.

La anatomía patológica realizada por el Profesor Ferreyra Berruti muestra lo siguiente:

Pieza de 5 c. c. x 2, 1 de ancho en su mayor diámetro. Tiene una forma de pera alargada o un higo alargado, la superficie externa es polilobulosa lisa y brillante y el color es gris-verdoso. Se hace un corte según el eje mayor de la formación. Al corte, se observan tres cavidades de aspecto quístico la mayor de estas cavidades mide 1,8 x 0,9 cc. Todas

estas cavidades tienen una pared bien visible con manchas amarillentas que tienen el aspecto de incrustaciones de colesterolina y un contenido mucoso translúcido. Alrededor de estas formaciones principales se ven pequeñas cavidades con el mismo aspecto; por fuera de todas estas cavidades existe una membrana que envuelve en totalidad la formación poliposa. Para histología se toma la mitad de la formación poliposa. **VE-SICULA BILIAR:** Vesícula biliar abierta según su eje longitudinal mide 11 cc. de largo x 6 cc. de ancho. Tiene paredes delgadas y flexibles, la mucosa es de color verde y de aspecto finamente reticulado. Junto con la vesícula viene el cístico que tiene un diámetro de 0,5 es de paredes ligeramente engrosadas que mide 1 y 1/2 de espesor. Se toma un corte transversal del cístico y un frag. de vesícula que se arrolla para histología.

(Prof. Dr. P. Ferreyra Berruti).

HISTOLOGIA. Preparado N° 14071.

A) **Pólipo.** El pólipo que llenaba el canal hepático presenta nu-

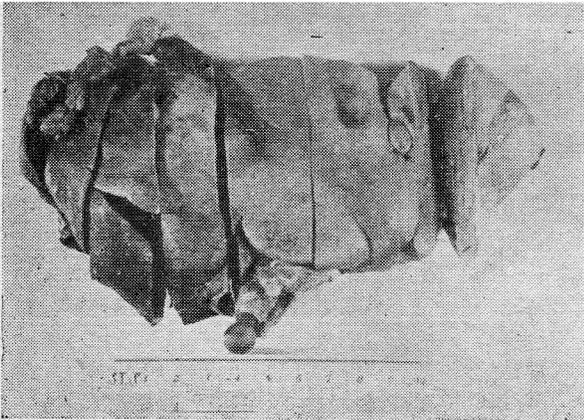


FIG. 3. — Fotografía de la pieza extirpada. Se ve abajo el canal cortado con el mamelón del tumor.

merosas cavidades quísticas recubiertas de un epitelio cilíndrico, similar al que tapiza los cálculos biliares. El estroma conjuntivo que separa estas cavidades es muy rico en capilares sanguíneos y presenta además en algunos sitios hemorragias intersticiales. Debajo del epitelio de algunas de estas cavidades quísticas existe infiltración de células xantomatosas.

RESUMEN: Como diagnóstico, pólipo con varios quistes tapizados de epitelio cúbico, pólipo adenomatoso quístico, cistoadenoma.

VE-SICULA BILIAR: La mucosa presenta numerosas pequeñas papilas, recubiertas por epitelio cilíndrico. El corion de la mucosa está infiltrado por plasmacélulas. Fibromuscular está infiltrado ligeramente por linfocitos y plasma-células.

CÍSTICO.

Tiene una amplia luz. El epitelio de la mucosa se levanta en papilas muy numerosas. Corión infiltrado por linfocitos y plasma-células. Se ven numerosos nodulillos linfoides con centro claro.

Capa muscular hipertrófica.

El 19 de Mayo la enferma es dada de alta para continuar su estudio y evolución en policlínica.

Frente al diagnóstico de cistoadenoma de hígado debíamos de estudiar la enferma en vista de una hepatectomía. Unica terapéutica que de ser posible curaría la enferma.

Las exploraciones que debían realizarse eran todas del orden radiológico

El control colangiográfico post operatorio mostró, como puede verse en las placas, la recidiva del proceso en la luz del hepático izquierdo y además la presencia de pequeñas imágenes suspendidas en el lóbulo izquierdo.

No se observan dislocaciones ni imágenes negativas en las vías biliares del lado derecho.

Era fundamental despistar la presencia de una tumoración en el lóbulo derecho lo cual iba a contraindicar la hepatectomía izquierda. La esplenopografía por punción esplénica no fue posible realizarla dada la obesidad de la enferma para la cual no había agujas suficientemente largas y cuando se quiso hacer intra operatoria fracasó porque colocaron el bucky al revés.

La hepatografía arterial pre-operatoria tampoco se pudo realizar.

La suprahepatografía tampoco se pudo realizar por no haber experiencia en nuestro medio.

Ante la imposibilidad de obtener más datos de los que daba la colangiografía y en vista de que en las vías biliares derechas no había ninguna modificación resolvimos practicar una hepatectomía izquierda que llevamos a cabo el 13 de Agosto de 1960.

La enferma se opera con una funcionalidad hepática prácticamente normal y con un buen equilibrio humoral y visceral.

2da. Operación.

Se hace una incision mediana supraumbilical con resección del apéndice xifoides. La entrada al vientre es dificultosa por las adherencias existentes. Una vez lograda se comprueba la existencia de una gran perihepatitis que bloquea y fija el hígado al diafragma y a las vísceras vecinas. Se comienza a liberar estas adherencias, lo que resulta sumamente chocante y sangrante. Conseguida la liberación del hígado se comprueba que a nivel de su lóbulo izquierdo, existe una tumoración de aspecto quístico de unos 15 cms. de diámetro y que había escaso parénquima hepático, habiendo sido éste sustituido por la tumoración quística.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En cambio a derecha existía una hepatomegalia compensadora y cuya palpación cuidadosa no mostró ninguna anormalidad.

Ya nos referimos al fracaso de intento de la esplenoportografía.

Decidimos pues hacer la hepatectomía izquierda resecaando el lóbulo izquierdo, el lóbulo cuadrado y si era necesario el Spiegel. Esto era lo que nos exigían las imágenes colangiográficas. Mentalmente preparados para hacer una hepatectomía típica como proponen COUNAUD (1), MULLER (11), ZUNINO (8), etc. nos fue imposible realizarla: 2 hechos lo impedían:

1º) la vía cisural externa se había perdido porque por la perihepatitis no había reperes superficiales; 2º) la vía biliar estaba bloqueada por la tumoración que invadía el labio anterior del hilio hepático. Resolvimos entonces hacer una hepatectomía atípica.

Resecamos el lóbulo cuadrado el lóbulo izquierdo, dejamos el Spiegel porque fue imposible separarlo de la cava inferior dada la perihepatitis; al seccionar el hepático izquierdo comprobamos la presencia intraluminal del tumor

La sección del hepático izquierdo se hizo casi en la bifurcación, como se ve en las placas de control, se dejó Gelfoam en la superficie parenquimatosa, se cambió el tubo de Kehr por otro más fino, se dejó un drenaje de cigarrillo en el espacio que ocupaba el lóbulo izquierdo y otro sub-hepático, se hizo cierre de la pared en un plano.

En la operación se transfundieron 6 litros de sangre.

El post operatorio fue bueno, evolucionando en apirexia y drenando las heridas, escasa cantidad de exudación.

Movilizó el intestino al 3er. día y como complicaciones hizo un hematoma parietal que se drenó al 6º día y una neumopatía de base izquierda, a los 20 días.

El estudio colangiomanométrico post operatorio mostró:

Discreta dilatación del colédoco, amputación del hepático izquierdo, pasaje al duodeno del líquido de contraste con presiones normales; 34 días después de la intervención se retira el tubo de Kehr, 3 días después cesa el corrimiento biliar y la enferma es dada de alta en buenas condiciones estando en estos momentos en el Interior gozando de buena salud. (Junio 1961).

Los controles post operatorios de Laboratorio fueron plenamente satisfactorios proteinograma y funcionalidad hepática.

El examen anátomo-patológico realizado por el Profesor Ferreyra Berruti muestra lo siguiente:

PREPARADO Nº 15028.

PIEZA DE HIGADO: Hepatectomía parcial.

La pieza mide $16 \frac{1}{2} \times 8 \frac{1}{2} \times 3 \frac{1}{3}$ centímetros.

Contiene numerosos quistes llenos de pus amarillo cremoso. Las paredes de estos quistes son fibrosas y tapizadas por un epitelio del tipo

de los epitelios que tapizan los canales biliares y la vesícula. En torno al conjunto de quistes que muestra la pieza de hígado extirpada se ve parénquima hepático con un proceso inflamatorio intersticial a polimorfonucleares: Hepatitis intersticial difusa. Histológicamente los grandes quistes presentan una pared fibrosa, tapizada por un epitelio aplanado, casi endoteliforme. En el parénquima hepático que rodea a la zona quística se observan conductos biliares anchos, con epitelio cilíndrico alto, a veces plegado. En la luz de estos canales dilatados se observan exudados formados por células epiteliales descamadas, leucocitos y materiales amorfos. Se observan también micro abscesos difusos. En Resumen: La pieza presenta varios quistes, quistoadenoma multilocular con proceso inflamatorio catarral y purulento en su interior.

CONSIDERACIONES SOBRE ESTE CASO

1º) La rareza de este tumor que podemos clasificar de acuerdo a Henson, Gray y a Dockerty como un cistoadenoma solitario y multilocular.

Hasta 1957 estos autores encontraron 499 casos de cistoadenomas descritos en la literatura mundial, de los cuales solo 20 fueron cistoadenomas solitarios multiloculares, de estos solo 5 están descritos en 47 años de la Clínica. Mayo (2, 3).

2º) El diagnóstico pre operatorio no se hizo nunca, sino que siempre fue hecho anatomopatológicamente, dado que la sintomatología es banal y común a otras afecciones muchísimo más frecuentes.

3º) El tratamiento que se pudo realizar fue el de elección, dado que si bien una simple resección del tumor hubiera bastado, el compromiso del hepático izquierdo obligó a una hemihepatectomía, la cual por la perihepatitis y por la invasión del hilio fue atípica. Evidentemente siempre se busca hacer resecciones anatómicas (7).

4º) La buena tolerancia de una hepatectomía extensa.

5º) Existe un hecho que no pudimos comprobar totalmente, descrito por Pack (5, 6). Este autor dice que luego de una hemihepatectomía se reduce a la mitad el aporte arterial pero no el aporte portal, por lo tanto el hemihígado que queda, sufre una ingurgitación importante ya que él recibe todo el aporte de sangre portal. Esto hace que esta sangre llegue a hígado sano,

lo que se traduce por una paradójal mejoría en la exploración funcional de laboratorio.

En nuestro caso, el post operatorio difirió de las anteriores en que no hubo ictericia, pero funcionalmente la enferma estaba ya normalizada en el pre operatorio.

Esta observación de Pack debe hacernos pensar que una insuficiencia hepatocítica pre operatoria de laboratorio puede ir por cuenta del sector de hígado enfermo y no debe ser una contraindicación operatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. COUINAUD C.; LE FOILDE; MASSON. — Paris - 1956.
2. HENSON S. TR.; GRAY H.; DOCKERTY M. — Genign Tumors of the Liver. I-Adenomas S.C.O. 103: 23 - 1956.
3. HENSON S. Jr.; GRAY H; DOCKERTY M. — Benign Tumors of the Liver. IV Multilocular Cystadenomas. S. C. O. 194: 551 - 1957.
4. MULLER TH. — Controlled Hepatic Lobectomy in the Treatment of Liver Tumors. J. S. CAROLINA M. Ass. 54: 164 - 1958.
5. PACK G. — Surgical Management of Primary and Metastatic Cancer of the Liver. Northwest. Medicine 57: 881 - 1958.
6. PACK G.; MOLANDER P. — Hepatic Lobectomy for Recurrent Echinococcus Cyst of the Liver. Am. Jour. Gastroenterology 33: 43 - 1960.
7. REIPFERSCHIED M. — Cirugía del Hígado. Beta. Bs. As. - 1958.
8. ZUNINO PRADERI J. — Anatomía del Lóbulo Izquierdo del Hígado. An. Pac. Med. Montevideo 44: 574 - 1959.