Este trabajo que hemos concretado en el presente, se gestó y desarrolló en la Clínica Quirúrgica "A" que estuvo a cargo del Prof. Dr. Abel Chifflet, a cuyo lado trabajamos durante 19 años. Al Maestro nuestro permanente recuerdo.

Conducta terapéutica quirúrgica en los tumores secundarios del hígado

Dr. HERNAN PARODI-SAMONATI *

El hígado es el órgano de la economía que sufre más frecuentemente la invasión secundaria por tumores de otros órganos. Estos tumores secundarios son 34 veces más frecuentes que los tumores primitivos (Willis).

Satterle, da los siguientes datos estadísticos:

El 36 % de todos los cánceres de la economía dan metástasis en el hígado. El 50 % de los cánceres del área portal; el 20 % de los cánceres mamarios; el 14 % de los cánceres génito-urinarios; el 10 % de los cánceres de los órganos torácicos.

Estas cifras anteriores dan la real importancia del tema y obligan a buscar soluciones curativas y paliativas.

MECANISMOS DE LA PRODUCCION DE LA INVASION DEL HIGADO

1) *Por invasión directa*, por continuidad de los neoplasmas de los órganos o tejidos vecinos; por permeación retrógrada linfática; por trombosis neoplásica progresiva de la vena porta.

2) *Por embolia metastásica*, por vía portal o de la arteria hepática.

Estas son las verdaderas metástasis.

HISTOGENESIS Y PATOGENIA

Las metástasis son en su mayor número de origen epitelial (carcinomas). Con menor frecuencia de estirpe conjuntiva (sarcomas), dentro de éstos los más frecuentes son los melanomas que dan el hígado trufado.

El por qué del desarrollo en el hígado de las metástasis más que en ningún otro órgano, se debe según Willis, a que el tejido hepático es un excelente terreno para el crecimiento y desarrollo de las células neoplásicas circulantes debido a su alto contenido en glúcidos y al bajo tenor de oxígeno.

Las metástasis pueden adoptar un crecimiento expansivo o infiltrante. Las metástasis a crecimiento expansivo comprimen, desplazan y dislocan el parénquima, y quedan rodeadas de un tejido conjuntivo más o menos laxo o fibroso según el tiempo de evolución y la resistencia del parénquima. Esto ha tentado a algunos cirujanos a plantear cuando son únicas la enucleación.

Las metástasis a crecimiento infiltrante que han llegado por embolización son de alta malignidad.

La invasión hepática por otras vías adopta siempre una forma de crecimiento infiltrante; aunque la biología del tumor primario no sea de alta malignidad; ello se explica por la forma de difusión, ya que crecen infiltrando la vía biliar, el tejido celular o la vaina glissoniana.

Las metástasis producidas por embolización tienen un origen circunscripto y pueden adoptar una forma de crecimiento infiltrante, que in ade los pedículos portales y que es la responsable de la aoinfestación metastásica, es decir, siembra en el territorio correspondiente al del vaso invadido. Este concepto es fundamental pues marca un territorio a reseca si se pretende efectuar una exéresis lógica.

La invasión de los pedículos suprahepáticos cava provoca la diseminación sistémica y vuelve casi inútil toda pretensión curativa en la resección.

Cuando la metástasis se vuelve un centro generador de metástasis (para los autores que aceptan este criterio) tener presente que su difusión es *bipolar*.

La difusión portal no solo se hace dentro del territorio segmentario correspondiente, sino que por trombosis neoplásica retrógrada, puede invadir otros territorios segmentarios.

ASPECTO MACROSCOPICO DE LAS METASTASIS HEPATICAS

Generalmente son nodulares, de color amarillento grisáceo más o menos homogéneo o moteado, a veces con manchas equimóticas, a veces tienen el color del tumor del cual proceden como en el caso de los melanomas; son de consistencia firme; a veces son umbilicadas en su centro, por necrosis central o por retracción del estroma.

Cuando la metástasis se presenta con todos estos caracteres se puede hacer un diagnóstico macroscópico; pero cuando el nódulo es pequeño o no presenta sus caracteres clásicos sólo el examen microscópico permite asegurar su naturaleza. Es entonces que la biopsia exéresis adquiere todo su valor para plantear con firmeza una posible solución terapéutica.

A veces la metástasis se presenta rodeada de un halo rojo de hipervascularización, y aquí surge una seria interrogante, la hipervascularización es por reacción inflamatoria del parénquima parasitado, o es una hiperhemia provocada por la intensa biología y evolutividad del nódulo tumoral. Este aspecto de halo rojo traduce en general una elevada malignidad y

Trabajo de la Facultad de Medicina de Montevideo. Cátedra de Medicina Operatoria.

* Profesor Interino de Medicina Operatoria (Facultad de Medicina de Montevideo).

de enfermos ni al particular cuidado con el que se han vigilado los pacientes infundidos. El uso de bombas portátiles otorga a estos pacientes la posibilidad de una vida casi normal durante muchos de los meses que les otorga el tratamiento.

RESUMEN

No se puede juzgar el resultado de un tratamiento sin conocer la historia natural de las metástasis hepáticas. Se comprueba que la sobrevida media de 60 de los 921 pacientes egresados del Hospital de Clínicas de Montevideo con tal diagnóstico es de 48 días. Es mayor esa sobrevida en neoplasmas originados en colon que en estómago o vías biliares. La presencia de ictericia o ascitis reduce esa sobrevida.

Se estudia el método de infusión intraarterial hepática con agentes antineoplásicos, fundamentalmente el 5-FU. Se analizan los resultados, observando que se lograron resultados paliativos francos en un 38 %, así como un aumento del tiempo de sobrevida.

RÉSUMÉ

Il faut connaître l'histoire naturelle des métastases hépatiques pour évaluer le résultat d'un traitement. La moyenne de survie de 60 malades parmi les 921 qui sont sortis de l'Hôpital de Cliniques de Montevideo avec ce diagnostic, a été de 48 jours.

La survie est supérieure dans les cancers qu'ont la tumeur primaire dans le colon que dans ceux qui l'ont dans l'estomac ou les voies biliaires. La présence de jaunisse ou d'ascite réduit le temps de survie des malades ayant des métastases hépatiques.

On réalise une étude de la méthode de l'infusion intra-arterielle hépatique avec agents antimittotiques. On analyse les résultats de ce procédé, en employant surtout le 5-Fluoruracile. On remarque qu'on a obtenu de bons résultats palliatifs dans le 38 % des cas, ainsi qu'une prolongation du temps de survie.

SUMMARY

It is impossible to judge on the results of a treatment without knowing the natural history of hepatic metastases. A study was done on 60 out of the 921 patients who were discharged from the Clinicas Hospital, Montevideo, with such diagnosis. The median survival time of those patients was 48 days. Survival is longer in the patients who have the primary tumor in colon than in those who have it in the stomach or the biliary tree. Jaundice and ascitis decrease the survival time of the patients with metastatic liver cancer.

The method of intrarterial liver infusions with chemotherapeutic agents is described. Results of the procedure are discussed. Good palliation was obtained in 38 % of the cases, as well as an increasing in survival time.

BIBLIOGRAFIA

1. BENGMARK, S. Palliative behandling von metastatischem leberkrebs und pathophysiologische bemerkungen. Schweizer Med. Wochenschrift 99: 571, 1969.
2. BREEDIS, C. and YOUNG, G. The blood supply of neoplasms in the liver. Am. J. of Pathology. 30: 969, 1954.
3. D'AURIA, A. E. Posibilidades actuales de diagnóstico y tratamiento en los carcinomas secundarios de hígado. Tesis de Profesorado. Facultad de Medicina de Montevideo, 1969.
4. DAVIDENKO, N. y SILVA-GARCIA, E. La oleohepatografía: un nuevo método de estudio. Resultados preliminares. 20º Congreso Uruguayo de Cirugía. 2: 65, 1969.
5. JAFFE, B. M., DONEGAN, W. L., WATSON, F. and SPRATT, J. S. (Jr.). Factors influencing survival in patients with untreated hepatic metastases. Surg. Gynec. and Obst. 127: 1, 1968.
6. PESTANA, C., REITEMEIER, R. J., MOERTEL, Ch. D., JUDD, E. S. and DOCKERTY, M. B. The natural history of carcinoma of the colon and rectum. Am. J. of Surgery. 108: 826, 1964.
7. PHILIPS, R., KARNOFSKY, D., HAMILTON, L. D. and NICKSON, J. J. Roentgentherapy of hepatic metastases. Am. J. of Roentgenology. 71: 826, 1954.
8. PETTAVEL, J. et MERGENTHALER, F. Traitement chimiotherapique des métastases hépatiques en fonction de leur evolution spontanée. Schweizer Med. Wochenschrift. 99: 588, 1969.
9. PRIARIO, J. C., IRIONDO, L. S., KASDORF, H. Quimioterapia regional intra arterial en el cáncer avanzado. Rev. Cir. Uruguay. 36: 249, 1966.
10. ROCHLIN, D. B. and SMART, C. R. An evaluation of 51 patients with hepatic artery infusion. Surg. Gyn. and Obst. 123: 534, 1966.
11. STEHLIN, J. S. (Jr.). Comunicación personal.
12. SULLIVAN, R. D., WATKINS, E. (Jr.), OBERFIELD, R. A. and KHAZEI, A. M. Chemotherapy of liver cancer by protracted ambulatory infusion. A scientific exhibit presented at the A.M.A. meeting, Atlantic City, New Jersey, June 18-22, 1967.
13. WATKINS, E. (Jr.), KHAZEI, A. M. and NAHRA, K. S. Surgical basis for arterial infusion chemotherapy of disseminated carcinoma of the liver. Surg Gyn. and Obst. 130: 581, 1970.