

Hemoperitoneo espontáneo por rotura de metástasis hepáticas

Dres. Alfredo Armand Ugón, Alberto Lyonnet y Roberto Perdomo *

Los autores analizan dos observaciones de hemorragias peritoneales espontáneas por rotura de metástasis hepáticas. Esta complicación no es frecuente. En uno de los casos se hizo diagnóstico previo de hemoperitoneo por paracentesis. En ambos se trató el sangrado con procedimientos paliativos, puntos de apoyo sobre "Gel Foam" en un caso y mechado en el otro.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Hemoperitoneum / etiology.

En la presente contribución se analizan dos observaciones de hemoperitoneo espontáneo por rotura de metástasis hepáticas, generando un cuadro agudo de abdomen.

La complicación descrita es poco frecuente, lo que contrasta con la presencia corriente en la clínica del hígado secundario, ya que esta viscera es, dentro de la economía, la que sufre más frecuentemente la invasión secundaria por tumores de otros órganos (8).

En nuestro medio no existen comunicaciones previas, aunque la posibilidad ha sido señalada ya por D'Auria (2) y por Praderi (5).

OBSERVACION

Caso 1.— A.B. 66 a. H. Maciel. 16.479.

Ocho horas antes del ingreso presenta dolor tipo puntada, intenso, en hipocondrio derecho, que se irradia a epigastrio y hemiabdomen inferior; acompañándose de náuseas y mareos. No presentaba antecedentes digestivos ni había recibido traumatismos en la zona de referencia.

Al examen: Regular estado general; anemia clínica; pulso 112/m, PA 10/6. El abdomen duele espontáneamente en hipocondrio derecho, dolor que se exacerba con la palpación. Hepatomegalia irregular, dura, de tres traveses de dedo. Reacción peritoneal en hipocondrio derecho y hemiabdomen inferior.

Se efectuó paracentesis diagnóstica en borde externo de la vaina del recto anterior derecho, comprobándose la existencia de un hemoperitoneo.

Con diagnóstico de hemoperitoneo espontáneo, y previa reposición y valoración rápidas, se efectuó laparotomía de urgencia.

Operación

Hallazgo: hemoperitoneo de aproximadamente 500 cc; hígado secundario multinodular; sangrado activo

Servicios de Guardia de los Hospitales Maciel y Pasteur. Montevideo.

de un nódulo de borde anteroinferior de lóbulo derecho; lesión primitiva inaparente en la exploración.

Procedimiento: hemostasis directa por puntos apoyados sobre gelfoam; biopsia hepática; lavado peritoneal.

La anatomía patológica evidenció una metástasis de carcinoma epitelial glandular de origen digestivo.

Caso 2.— I.G. 67 a. H. Pasteur. 27.689.

Desde hace 2 meses refiere dolor de H.D., atípico, sin relación con las ingestas. Hace un mes agrega la presencia de una tumoración en la zona de dolor. Una semana antes del ingreso exacerba el dolor y refiere rápido crecimiento de la tumoración; hechos que se acompañan de coluria. No presentó dispepsias previas ni alteraciones del tránsito, pero sí una repercusión general desde el inicio.

Al examen: Regular estado general; anemia clínica. En el abdomen se palpa hepatomegalia irregular, dura, con nódulo dominante en H.D., doloroso. No reacción peritoneal.

Se llega al acto quirúrgico con diagnóstico preoperatorio de Q.H. de hígado complicado.

Operación

Hallazgo: hemoperitoneo de 250 cc; hígado secundario multinodular a nódulo dominante en lóbulo derecho, borde anteroinferior; sangrado activo de dicho nódulo en zona de necrosis central; no se localizó lesión primaria.

Procedimiento: hemostasis directa por mechado de la cavidad central del nódulo; biopsia hepática; lavado peritoneal.

COMENTARIO

Como causa de hemoperitoneo espontáneo en el hombre se ve precedida en frecuencia por las roturas de orden vascular, ya sea de arterias abdominales, de arterias viscerales, o de venas; por las roturas parenquimatosas de origen esplénico; y por las roturas de hígado debidas a hepatomas, o a afecciones inflamatorias o sistémicas que asienten en dicho parénquima (3,5).

Specter y Chodoff (7) en una serie de 14 hemoperitoneos espontáneos por rotura de hígado neoplásico encuentran 13 por hepatomas y 1 por hígado secundario. Heupel (4) refiere en 6 casos de cuadros agudos de abdomen por hígado secundario una observación con hemoperitoneo por rotura y sangrado de un nódulo metastásico.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 3 de setiembre de 1975.

* Residentes de Cirugía, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Tacuarembó 1587, Montevideo (Dr. Armand Ugón).

El hígado secundario sangra al peritoneo en el 0,7 % de las veces según Sherlock (6). Mondor fija dicha incidencia en el 0,3 %.

El comprobar la existencia del hemoperitoneo obliga al cirujano a tomar una conducta activa frente al paciente. Es sabido que el secundarismo hepático puede ser motivo de laparotomías de urgencia por error de diagnóstico (colecistitis aguda, QH en sufrimiento, apendicitis aguda, etc.), aun cuando no presente la complicación que señalamos (4).

Aunque esta enumeración no agota las formas clínicas de presentación, esquemáticamente las agrupamos de acuerdo a como vemos que se nos puede plantear el problema:

1) Hígado secundario conocido y cuadro agudo de abdomen con irritación peritoneal. Hemoperitoneo comprobado o no.

2) Hepatomegalia irregular y cuadro agudo de abdomen con o sin irritación peritoneal. Hemoperitoneo comprobado o no.

3) Cuadro agudo de abdomen con otro diagnóstico, hallazgo operatorio de la complicación que describimos.

La conducta del cirujano debe estar guiada a lograr la hemostasis del parénquima sangrante, por los siguientes procedimientos:

—Hemostasis directa: Se puede obtener mediante puntos apoyados, mechados, o electrocoagulación.

—Hemostasis resección: Si se trata de un nódulo único se puede efectuar la metastasectomía; pudiendo plantearse la resección hepática en caso de nódulos múltiples que asientan en una unidad de resección.

El tratamiento de la lesión primitiva creemos que debe ser postergado en la urgencia. En nuestras observaciones la laparotomía no la evidenció. Obviamente el grado de extensión lesional minimiza el interés de su tratamiento en la cirugía de urgencia. En casos de hemostasis resección vale el replanteo ulterior del paciente a la luz de la evolución y evaluación de la situación en el postoperatorio.

RESUME

Hemopéritoine spontanée par rupture de métastase hépatique.

Les auteurs analysent deux observations d'hémorragies péritonéales spontanées par rupture de métastase hépatique. Cette complication n'est pas fréquente. Dans un des cas un diagnostic préalable d'hémopéritoine fut établi par paracentèse. Dans les deux cas le saignement fut traité par des procédés palliatifs: points d'appui sur "Gel Foam" dans un cas et méchage dans l'autre.

SUMMARY

Spontaneous hemoperitoneum by rupture of hepatic metastasis.

The authors discuss two cases of spontaneous peritoneal hemorrhage by rupture of hepatic metastasis.

That is not a frequent complication. In one of the cases a diagnosis of hemoperitoneum had been previously done by paracentesis. In both cases, the bleeding was treated with a palliative procedure: suture over "Gel-foam" in one case and packing in the other.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AHMED A, METCALFE-GIBSON C. Haemoperitoneum complicating secondary carcinoma in the liver. *Br J Surg*, 59: 576, 1972.
2. D'AURIA A. Tesis de profesorado (inédita). Montevideo.
3. FINOCHIETTO R. Cirugía básica. Buenos Aires. López Libr. 1962.
4. HEUPEL HW. Liver metastases simulating acute surgical abdomen. *Arch Surg*, 92: 273, 1966.
5. PRADERI R. Tesis Premio Nario 1959. Montevideo (citado por Finochietto).
6. SHERLOCK S. Enfermedades del hígado y del sistema biliar. 434. 1966.
7. SPECTER J, CHODOFF R. Massive intraperitoneal hemorrhage from carcinoma of the liver. *Surgery*, 27: 457, 1950.
8. WILLYS A. The spread of tumors in the human body, Mosby, 1952.

DISCUSION

DR. ALBERTO VALLS.— Este trabajo es muy interesante, entra dentro del capítulo de las complicaciones de las metástasis hepáticas. Nosotros no tenemos experiencia personal de esta complicación, pero cuando un neoplasma sangra tiene una actividad biológica muy grande y su pronóstico es muy grave, lo mismo cuando una metástasis hepática da complicaciones, su capacidad evolutiva es notable. Hace un mes operé a un enfermo con el diagnóstico de colecistitis aguda y tenía una metástasis hepática que parecía que era la vesícula en el borde inferior. A ese enfermo le comprobé que tenía un neoplasma de estómago, le hice una biopsia de otra metástasis y ese enfermo no tenía ningún sufrimiento previo, es un hecho notable, no tenía ninguna dispepsia, jamás había sufrido de nada y estaba bien. A ese enfermo le bastó haber hecho esa complicación para morir en 20 días en una caquexia fulminante, nada hubiera parado la evolución de este enfermo. De tal manera que uno se tiene que plantear si estos enfermos se benefician en algo con un tratamiento quirúrgico activo, simplista, es decir, le resecamos la lesión, porque tiene un potencial evolutivo tan grande que escapa al tratamiento quirúrgico. Quizás estos enfermos deban verse como todos los neoplásicos en equipo con los oncólogos para hacerles quimioterapia, para ver si se les puede hacer algo que escape al tratamiento quirúrgico.

DR. ALFREDO ARMAND UGÓN. (Cierra la discusión). Estamos de acuerdo con el Dr. Valls en que la evolución de estos enfermos es a breve plazo: la observación Nº 1 falleció a las 72 horas en coma hepático, y la Nº 2 a los 10 días se le otorgó el alta a pedido de los familiares, ignorándose evolución ulterior.

Concordamos con el Dr. D'Auria en la extrema rareza de esta presentación y también con las directivas de tratamiento, ya que en la cirugía de urgencia creemos que se debe hacer la hemostasis y nada más.

En cuanto a lo que decía el Dr. Yanicelli, el sangrado fue muy difícil de hemostasiar; en el primer caso los puntos se dieron apoyados sobre gelfoam; y en la 2ª observación fue necesario practicar un mechado, ante la friabilidad del parénquima hepático.

Nada más, muchas gracias.