

# Hepatectomía dextro-mediana por cáncer secundario de hígado

## A 46 años de la Hepatectomía de Caprio

Dres. Raúl Praderi, Carlos Gómez Fossati y Alberto Estefan

Los autores señalan que hace 46 años presentó en esta Sociedad de Cirugía el Dr. Gerardo Caprio la primer Hepatectomía Reglada publicada en la literatura mundial.

Como homenaje a este autor recientemente fallecido se comunica la que parece ser la primera observación nacional de Hepatectomía dextro-mediana por cáncer operada con sobrevida postoperatoria.

*Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS. Liver / Neoplasms / Surgery.*

Presentaremos una observación de hepatectomía dextromediana por metástasis única, metácrora de cáncer de colon.

Siguiendo la nomenclatura de Couinaud (4, 12) adoptada generalmente en nuestro país, designamos hepatectomía dextro mediana a la hepatectomía derecha ensanchada al segmento 4 (lóbulo cuadrado) Bourgeon (2) la llama hemi-hepatectomía derecha ensanchada al sector paramediano izquierdo (lóbulo cuadrado o segmento 4).

Bismuth (1) la designa "lobectomía derecha" aunque esta nomenclatura se presta a confusión; porque si bien se reseca la porción de hígado situada a la derecha del ligamento falciforme, si se mira el hígado por la cara superior; si se observa desde abajo la exéresis comprende el lóbulo derecho clásico más el cuadrado.

En ella se resecan las 3/4 partes del parénquima hepático dejando sólo los segmentos 1, 2 y 3 de Couinaud (4) es decir los lóbulos de Spiegel e izquierdo clásico. La vesícula biliar sale con la pieza y certifica la extensión de la exéresis. Es prácticamente la resección hepática más grande compatible con la vida, pues la ampliación al Spiegel es generalmente innecesaria.

Podríamos decir que ésta es la operación complementaria de la lobectomía izquierda clásica o bisegmentectomía 2, 3 de Covinaud (2,

4, 12) Aunque en realidad el lóbulo de Spiegel no se reseca en ninguna de las dos.

Ahora bien, esta última operación: la lobectomía izquierda, fue practicada de manera reglada, por primera vez, por un cirujano uruguayo: Gerardo Caprio, en agosto de 1931; siendo presentada en esta Sociedad el 30 de setiembre de 1931 (3).

Pero la lobectomía de Caprio fue también la primera hepatectomía reglada publicada en la literatura.

Como Gerardo Caprio (7) falleció este verano, antes de iniciarse el periodo de Sesiones de nuestra Sociedad, queremos aprovechar la oportunidad para rendirle homenaje comunicando hoy la que puede ser la primera observación de lobectomía dextromediana en nuestro país.

Dos autoridades en cirugía hepática cuyas palabras transcribimos ratifican la prioridad de Caprio.

Viard y Sgro (12) en su magnífico manual dicen así: "En efecto, la primera hepatectomía utilizando hemostasis previa de los vasos biliares y suprahepáticos fue realizada por Caprio que describió la técnica en el Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, de setiembre de 1931. Se trataba de una lobectomía izquierda por metástasis neoplásicas".

Bismuth (1) en el nuevo capítulo de Hepatectomías, publicado en la Enciclopedia Médico-Quirúrgica este año, dice:

"La primera hepatectomía típica es una lobectomía izquierda realizada por el cirujano uruguayo Caprio en 1932".

También nos parece interesante transcribir aquí parte del artículo de Caprio.

Es ejemplarizante la naturalidad y sencillez con que este autor describe su operación. Dice así:

"Operación. Me ayuda el Practicante Arancibia. Anestesia al éter. Laparotomía media xifoumbilical. Aparece el lóbulo izquierdo del hígado deformado por una masa tumoral irregular, de la que emerge un nódulo como una nuez, negruzco. Nos encontramos, sin duda, frente a un melanoma. Reclinando el estómago aparece un nódulo grande como una tangerina en el istmo pancreático, que liberamos en parte. Decepcio-

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 28 de setiembre de 1977.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi). Hospital Maciel. Montevideo.

\* Profesor de Clínica Quirúrgica y Profesores Adjuntos de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Mones Roses 6435. (Dr. Praderi).

nado por esta constatación, extirpé el nódulo que emergía del hígado, para estudiar y cerré el vientre con un surget de catgut, pero alentado por el Ayudante lo abrí de nuevo con intención de experimentar la movilización del órgano. Seccioné el suspensor en su inserción parietal, seccioné el triangular a tijera y decolé el coronario izquierdo a dedo, hasta las venas suprahepáticas. Todo esto muy fácil y exangüe. Pinzando el suspensor y el triangular, tenía a mi disposición, fuera del vientre, el lóbulo izquierdo. Con una pinza en la vesícula todo el hígado venía afuera. Lo exploré totalmente constatando pequeños nódulos en el lóbulo derecho, pero estaba demasiado tentador, y pensando la poca vida que le quedaría a la enferma, dejándola tal cual, resolví hacer la experiencia íntimamente convencido de que podía hacerlo.

Hice la resección a un centímetro del ligamento suspensor. El tiempo empleado no fue más de diez minutos. De una facilidad sorprendente.

La hemostasis previa la hice pasando un punto de catgut 3 para la vena suprahepática que va en el borde posterior del lóbulo y otros dos puntos en los lugares previstos para las otras dos ramas con la correspondiente rama de la porta. Otro punto vecino al Spiegel para la rama correspondiente a la hepática.

Me remito al número correspondiente del Boletín, donde están las referencias anatómicas.

Hice además una cadena transhepática. A continuación y haciendo el Ayudante compresión del lóbulo secciono a bisturí. No se vio sangre. Al soltar el Ayudante dos o tres vasos que daban se ligaron aislados. La sección tenía cuatro dedos de espesor y doce centímetros de largo, pasando por tejido hepático al parecer normal. Sólo adelante un nódulo se continuaba en el lóbulo cuadrado.

A continuación volcamos el ligamento suspensor sobre la sección e hicimos un sólido surget de su borde seccionado al epiplón menor, que en esta parte es muy sólido. Todavía traccionando del triangular seccionado, acercamos sólidamente los extremos de la sección.

Podríamos ir absolutamente tranquilos, y en el caso de que hubiera sangre, podríamos haber suturado la sección a la pared y comprimir por afuera, pues la movilización lo permitía. Cerramos el vientre tomando el suspensor por su superficie y dejamos una pequeña mecha subhepática que retiramos a las 48 horas".

Si bien la lobectomía izquierda de Caprio fue presentada aquí hace 46 años exactamente, la segunda observación fue publicada por Meyer May y Thon-That-Tung (8) en 1939, es decir, 8 años después.

La primera lobectomía derecha fue recién realizada por Lortat-Jacob y Robert (6) en 1951, es decir, 20 años después.

Esta última operación que ya tiene 26 años se ha practicado pocas veces por cáncer en nuestro país.

La explicación está en la rareza de los tumores primitivos de hígado en el Uruguay.

Uno de nosotros (R.P.) ha practicado tres hepatectomías por hepatoma. Dos de ellas eran izquierdas. El tercer caso operado hace diez años, era un niño de 9 años con un enorme tumor de lóbulo derecho. Falleció en la mesa de operaciones al terminar la hepatectomía derecha con la técnica de Lortat-Jacob. Se desgarró la suprahepática derecha tironeada

por el voluminoso tumor al bascularlo hacia adentro para ligarla.

En cambio el cáncer secundario de hígado es más frecuente, y existen casos resecaos con distintos procedimientos (metastasectomías y hepatectomías). Parodi en el Congreso Uruguayo de Cirugía de 1972 (9) reunió 8 observaciones, cuatro personales y cuatro de uno de nosotros (R.P.). En esa pequeña serie hay sobrevividas de 8, 4 y 5 años.

En esa Mesa Redonda Parodi comunicó también (8) una hepatectomía derecha por metástasis de un cáncer uterino. La paciente falleció con una carcinomatosis el 32º día del postoperatorio.

## CASO CLINICO

Paciente de 45 años, de sexo femenino, que ingresa el 12.II.78 con una oclusión de colon izquierdo. Es operada por nosotros el 13.II.78. Se encuentra un cáncer de colon descendente, practicando una hemicolectomía izquierda en un tiempo. El hígado es normal. Alta a los 10 días. En agosto de 1976 consulta por dolor en hipocondrio derecho y velocidad de eritrosedimentación aumentada. Se realiza un gammagrama hepático y arteriografía de tronco celiaco que muestra un área hipovascularizada en lóbulo derecho. (Fig. 1)

El 21.VIII.76 se opera con anestesia general. Tóraco-freno-laparotomía derecha por 9º espacio intercostal. Adherencias viscerales que se liberan en la región supramesocólica. No hay evidencia de recidiva visceral ni peritoneal. Grueso tumor sólido central en lóbulo derecho, de 15 cm. de diámetro aflorando a nivel de la cara anterior del hígado, (segmentos VI y VII). Adhiere al diafragma a ese nivel en un medallón de 5 cm. de diámetro. Se carga la vena cava inferior en el pericardio y por debajo del hígado. Disección y vaciamiento ganglionar del pedículo hepático. Ligadura primera de los elementos derechos en el hilio. Liberación periférica del lóbulo derecho mediante apertura del ligamento coronario,

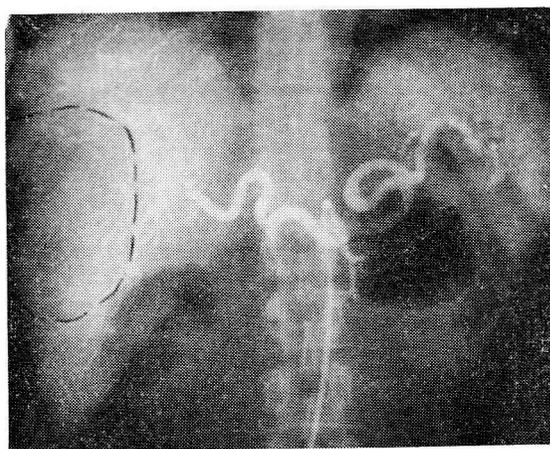


Fig. 1.—Arteriografía selectiva de tronco celiaco. Se ha señalado el área correspondiente al tumor enmarcado por arterias.

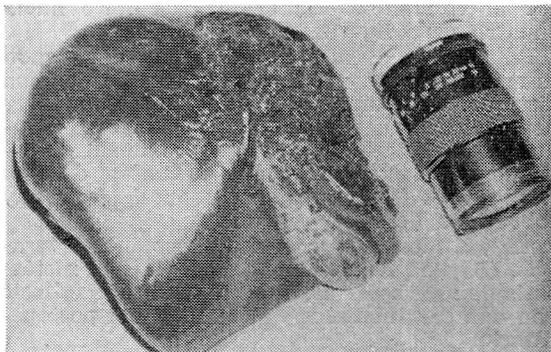


FIG. 2.—Pieza de resección, vista inferior. Se ve la cara inferior del hígado con la vesícula; a izquierda se dibuja la deformación tumoral.

ligadura de gruesa vena suprahepática derecha inferior. Hepatectomía dextromediana por digitoclasia con ligadura ulterior de la suprahepática derecha por dentro. Hemostasis satisfactoria. Junto con la pieza se reseca el medallón de diafragma infiltrado por el tumor. Por esa razón al suturarlo desciende el diafragma reduciendo el espacio muerto subfrénico que se rellena con duodeno y colon derecho. Se dejan dos cigarrillos subhepáticos. Tubo pleural, cierre por planos. (Figs. 2 y 3).

La evolución postoperatoria inmediata fue excelente. Ictericia postoperatoria. Alta de Sanatorio a los 25 días. Recuperación excelente. A los 3 meses de operada deterioro rápido del estado general y aparición de nódulos duros en el hígado restante. Fallece en el mes de diciembre.

## COMENTARIO

El procedimiento quirúrgico es muy favorecido por la maniobra de digitoclasia que permite disección roma y no sangrante. Esta técnica desarrollada por los cirujanos orientales (4, 10) permite entrar por la cisura, disminuir el sangrado y ligar la suprahepática derecha desde adentro. Esta técnica que utilizamos ahora en todas las resecciones hepáticas nos ha dado muy buenos resultados.

Del postoperatorio señalamos solamente que la ictericia es normal así como cierto grado de hipertensión portal que se produce porque toda la sangre abdominal debe pasar por la suprahepática izquierda.

La evolución de esta paciente no nos sorprendió aunque podría haber sido distinta como en las observaciones de metastasectomías que citamos antes con sobrevividas de años. La indicación operatoria y de resección fue correcta por no haber evidencias de otras metastasis.

De la revisión bibliográfica y de la casuística nacional conocida surge que es ésta la primera observación de hepatectomía dextromediana, o derecha ensanchada, por cáncer, con sobrevivida postoperatoria que se comunicó en el país.

## RESUME

### Hépatectomie dextro-médiane par cancer secondaire du foie.

La première hépatectomie typique fut publiée par le chirurgien uruguayen Gerardo Caprio il y a 46 ans. A son hommage les auteurs présentent la première hépatectomie dextro-médiane par cancer secondaire du foie avec survie postopératoire.

## SUMMARY

### Dextro-median hepatectomy for liver secondary cancer.

The authors point out that 46 years ago Dr. Gerardo Caprio report in this Surgical Society the first Regulated Hepatectomy published in the World literature. As a homage to this author recently deceded they report what it seems to be the first national dextro-median hepatectomy for cancer with survival.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BISMUTH H. Les hepatectomies. *Encycl. Med. Chir. Paris. Techniques Chirurgicales.* 4.2.07, 40762, 1977.
2. BOURGEO R, GUNTZ M. Foie et voies biliaires intrahépatiques. Paris, Masson, 1968.
3. CAPRIO G. n caso de extirpación del lóbulo izquierdo del hígado. *Bol. Soc. Cir., Montevideo,* 2: 159, 1931.
4. COUINAUD C. Hepatectomies. *Encycl. Med. Chir. Paris. Techniques Chirurgicales.* 3.14.02, 40780-1967.
5. LIN T, HSU K, HSIEH C, CHEN C. Study on lobectomy of the liver. *J. Formosan Med. Ass.* 57: 742, 1958.
6. LORTAT-JACOB J, ROBERT H, HENRY CH. Un cas d'hepatectomie droite réglée. *Mem. Acad. Chir.,* 78: 244, 1952.
7. MEROLA L (h). Dr. Gerardo Caprio. *Cir. Urug.,* 47: 173, 1977.
8. MEYER MAY J y THON THAT TUNG. Resection anatomique du lobe gauche pour cancer. *Mem. Acad. Chir.,* 65: 1208, 1939.
9. PARODI H. En: Priario J. Conducta terapéutica en la diseminación neoplásica de los parénquimas y las serosas. Congreso Uruguayo de Cirugía, 229. *Cir. Urug.,* 42: 1, 1972.
10. THON-THAT-TUNG. Cirugía d'exéresis e du foie. Masson, 1962, Paris.
11. THON THAT TUNG, NGUYEN DUONG QUAN G. A new technique for operating on the liver. *Lancet,* 1: 192, 1963.
12. VIARD H, SGRO J. Les hepatectomies majeures. Paris, L'expansion, 1970.

## DISCUSION

DR. DE CHIARA.—La alusión que hizo el comunicante Dr. Praderi, me permite evocar la figura del Dr. Gerardo Caprio a quien tuve el placer de conocer cuando ingresé por primera vez al Hospital Pasteur en la Clínica del Prof. Mérola. Tuve la fortuna de asistir a la sesión de la Sociedad de Cirugía en la avenida 18 de Julio, donde el Dr. Gerardo Caprio presentó este caso. No hay que olvidar que en esa época Caprio era un hombre joven, acababa de terminar su Jefatura de Clínica, y lo hizo ante el auditorio de los grandes Maestros del momento. Esa comunicación cayó no como un balde de hielo, sino como todo el polo norte junto y después de un momento en el que parecía que iba a finalizar sin comenta-

rio, uno de los Maestros presentes, dijo que eso le parecía una "acrobacia quirúrgica", y que no le veía porvenir a esos intentos, señalando que no debían pasar de ejercicios de Medicina Operativa.

En esa época no se grababan en la Sociedad de Cirugía las discusiones. Pero recuerdo que el Prof. Lorenzo Mérola fue quien hizo la defensa de la técnica, de sus aplicaciones, e incluso con aquella visión que tenía de los problemas, no olvidemos que Caprio había resecado una metástasis, Mérola dijo: "vaya a saber si en el futuro no habrá que operar las metástasis".

En cuanto a la operación presentada por el Dr. R. Praderi evidentemente es un caso brillantemente ejecutado, con una técnica de avanzada que enriquece la casuística nacional. Lamentablemente ese caso no tuvo el éxito a posteriori porque de lo que conocemos de la evolutividad del cáncer, es probable que en ese momento estaba en pleno empuje metastasante.

DR. VALLS.—Sabía, a través de Soto Blanco, que había estado en esa sesión, las peripecias que había pasado el Dr. Caprio cuando presentó ese trabajo, los comentarios que le hicieron y la defensa que hizo el Prof. Mérola (padre) el que terminó asegurando que iba a presentar la técnica para hacer la hepatectomía derecha a continuación.

Nosotros hemos realizado hepatectomías derechas e izquierdas en traumatismos. Tal como lo analizó el Dr. Praderi, es como se debe realizar, con la técnica de Thon-That-Tung, que le da una gran facilidad para hacerla en forma rápida, nosotros hemos hecho de urgencia hepatectomías derechas con gran rapidez, con digitoclasia y no nos han representado ningún problema las venas suprahepáticas, sobre todo la derecha como él señaló.

DR. TORTEROLO.—Quería felicitar al Dr. Praderi y a los colaboradores en este trabajo tan bien documentado. Concordamos con él, porque he operado algunas y he seguido de cerca otras, como primer o segundo ayudante. Este es un tema que me ha gustado siempre. Tenemos en este momento 24 reacciones hepáticas de las cuales la mayoría fueron traumáticas, excepto 6. Una de ellas que realizamos con el Dr. Pradines, fue una hepatectomía dextromediana por poliquistosis hepática en un enfermo que ya se había operado de esta afección y reingresaba con una insuficiencia respiratoria por la gran tumoración abdominal. La resección fue dificultosa porque en ese caso la digitoclasia por los múltiples quistes era mucho más difícil. Pero se pudo hacer la resección tal como lo mostró el Dr. R. Praderi, siguiendo los mismos pasos. Tuvimos una dificultad muy importante, pues terminada la resección quedó el hepático izquierdo muy largo haciendo un codo al subir el duodeno hacia arriba. Tenía una pérdida biliar permanente y quedó con una fistuleta biliar que luego cerró sola.

Vamos a presentar estos casos en las siguientes sesiones. En el postoperatorio de estas operaciones hay detalles muy importantes que todos debemos conocer, entre ellos la ictericia y la hemorragia. El seguimiento postoperatorio de estos enfermos tiene que hacerse por un equipo entrenado pues no es fácil. Nada más.

DR. MÉROLA.—Dos palabras nada más. Una sobre el recuerdo de Caprio y de la hepatectomía izquierda. A partir de esa sesión donde mi padre defendió a Caprio e hizo el planteo de la hepatectomía derecha que luego publicó (en unas notas clínicas) creo que al año siguiente, donde se hace el esquema anatómico de la operación que lógicamente no se hizo, pero se plantea el procedimiento, digamos la estrategia quirúrgica del procedimiento. En aquel momento mi padre comentó todavía que el problema más grande estaría en las suprahepáticas y en su entrada en el pericardio, es decir, planteando un poco que por vía abdominal pura iba a ser muy difícil dominar las suprahepáticas y la cava intrapericárdica. Eso en el aspecto del recuerdo. Ese comentario de mi padre provocó críticas muy acerbas; incluso se llegó a hablar de delirio quirúrgico frente a la posibilidad de hepatectomía derecha. Evidentemente hay personas que tienen más visión que otras, pero ese es un problema congénito.

En cuanto al caso concreto del Dr. Praderi, un caso tan lindo, le preguntaría si la hepatectomía del lóbulo cuadrado fue impuesta por circunstancias operatorias o fue planificada, porque con las primeras imágenes que aparecen en tan claras fotos y el abordaje transfrénico tan amplio, parecería al que mira esta documentación, que el problema está centrado en la parte posterolateral del lóbulo derecho. Entonces él, que es el que anduvo con el hígado en las manos, nos va a decir por qué incluyó el cuadrado. Esa es mi pregunta.

DR. R. PRADERI.—Simplemente me alegro de haber podido con motivo de esta comunicación traer este recuerdo de hace 46 años. Como señaló Mérola el abordaje pericárdico era imposible pues no se disponía aún de baronarcosis. Caprio habla en su trabajo de que él había publicado la técnica porque Mérola le había hecho practicar esta hepatectomía en la sala de disección. Es decir que realizó un procedimiento que había preparado y no fue una improvisación. En una palabra, estaba esperando el enfermo.

También quiero agradecer los comentarios de Valls y De Chiara. Ustedes vieron ya como el Dr. Torterolo señaló que hay otras observaciones pero no iguales ni con exéresis tan extensas. El problema de la hepatectomía en la enfermedad poliquistica hepática es distinto. Esta afección no interesa la vía biliar y forma bolsas quísticas cuya resección es cuestionable. Traté a una enferma con EPH durante 15 años y no le saqué nada más que biopsias. Murió con una insuficiencia renal porque tenía una poliquistosis renal asociada. La conducta consiste en realizar procedimientos menores. Nosotros hemos practicado varios: Marsupialización, la operación de Lin que consiste en la fenestración peritoneal de las bolsas quísticas, epiploplastia intraquística y quisto-yeyunostomía. Es interesante señalar el hecho que destacó el Dr. Torterolo, que la vía biliar quedó desnuda colgada, porque en la EPH todos los elementos están estirados en los tabiques entre las bolsas quísticas.

Al Dr. Mérola, al cual también agradezco los comentarios, le diré que la exéresis del cuadrado se realizó para dar un buen margen al tumor.