

Hepatomas

Dres. Gustavo Bogliaccini, Jorge Pomi, Homero Bagnulo y Raúl Praderi

Se presentan 33 casos de tumores primitivos de hígado reunidos de los Archivos Clínicos del Hospital de Clínicas, del Hospital Maciel y de la casuística personal de uno de los autores (R.P.). Se corrobora la experiencia de otros ambientes, en cuanto a su diagnóstico tardío y pésimo pronóstico. Hay un franco predominio del sexo masculino, entre los 50 y 70 años. La cirrosis aparece en el 45% de los casos. Se señala su baja frecuencia en nuestro país.

La cirugía radical es, en el momento actual, el único procedimiento que puede ofrecer la posibilidad de sobrevida prolongada y aún de curación.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Hepatoma.

INTRODUCCION

Aunque en el Uruguay los tumores primitivos de hígado son poco frecuentes, al igual que en el resto del mundo occidental, han dado lugar a numerosas publicaciones (2, 3, 5, 6, 14, 15). Son neoplasmas de alta incidencia en determinadas poblaciones africanas y asiáticas, lo que está probablemente vinculado a factores nutricionales, ambientales y de terreno: aflatoxina, clonorquiasis, cirrosis, hepatitis por virus B, etc. (9, 14, 16). En una reciente publicación (10) se comunican 8 casos de carcinoma hepático en mujeres con antecedentes de ingestión de anticonceptivos orales, siendo un nuevo factor causal a considerar en el cáncer primitivo del hígado.

En la casuística analizada resulta imposible valorar el o los factores que han intervenido. El único hecho destacable es la frecuencia de la cirrosis en estos enfermos, 14 casos en 33, cifra comparable a la relatada por otros autores (7).

MATERIAL Y METODO

Se analiza una serie de 33 casos extraídos del Archivo del Hospital de Clínicas, de las Clínicas Quirúrgica "3" y Médica "2" del Hospital Maciel y de la casuística personal de uno de los autores (R. P.).

Presentado al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Profesores Adjuntos, Residente de Medicina y Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo. M. S. P.

Dirección: Juan Paullier 1110, Apto. 16, Montevideo (Dr. G. Bogliaccini).

Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi). Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.

El promedio de edad es de 56,7 años, con la mayor incidencia entre los 50 y 70 años y edades extremas de 9 y 80 años. La distribución según el sexo es de 28 hombres y 5 mujeres.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron hepatomegalia 25 veces, dolor 21, anorexia, astenia y adelgazamiento en 19 oportunidades, ictericia en 13, ascitis en 10 e insuficiencia hepatocítica en 5. También en 5 enfermos se refiere un episodio de hemorragia digestiva grave y hubo dos episodios de anemia aguda por hemoperitoneo debido a ruptura del hepatoma. En 4 casos una metástasis fue el motivo de consulta original.

Padecían de cirrosis 14 enfermos, todos ellos varones, 13 de ellos pertenecían a la variedad hepatocarcinoma y el restante era un colangiocarcinoma. La diabetes consta como antecedente en 3 casos y hay un único enfermo con valores de glicemia de 0,80 gr./%. No se controlaron las calcemias.

Del punto de vista anatómo - patológico predominan francamente los hepatocarcinomas (HC), 29 sobre los colangiocarcinomas (CC) 4, de los cuales 3 eran cirróticos. Macroscópicamente 16 son a forma nodular o de gran masa predominando en uno de ambos hemihígados: 15 a derecha y el restante a izquierda. Hay 7 a nódulos múltiples y 3 a forma difusa. Siete pacientes no fueron catalogados desde este punto de vista ya que el diagnóstico está basado seis veces en PBH y una vez fue mal interpretado el hallazgo operatorio. La confirmación anatómo - patológica se hizo en 31 casos por alguno de estos tres procedimientos: PBH 11 veces, biopsia quirúrgica o estudio de la pieza de resección 15 veces, y autopsia 5 veces.

Se exploraron 16 enfermos únicamente cinco de los cuales fueron resecados: 1) resección atípica derecha más neumenectomía derecha; 2) lobectomía izquierda más vaciamiento ganglionar hepático y coronario; 3) y 4) hepatectomía dextro - mediana, y 5) resección atípica derecha más colecistectomía. Tres de ellos fueron resecados por uno de nosotros (R. P.), casos 2, 3 y 4.

La causa de muerte fue en 9 casos coma hepático, en 5 casos hemorragia digestiva, en 3 casos carcinomatosis generalizada, en 2 casos hemoperitoneo, en 1 caso TEP tumoral masivo (2a) falleciendo un paciente en sala de operaciones

en el momento de la resección (19) y en los 12 casos restantes no se pudo determinar la causa de muerte.

COMENTARIO

Es conocida la baja incidencia de los hepatomas en medios similares al nuestro, donde se dan situaciones opuestas a las de Africa y Asia por su etnia diferente o por su nivel de nutrición (7, 9, 14). Sobre 438.700 pacientes registrados en el Hospital de Clínicas entre 1951 y 1979, se encontraron sólo 25 casos de hepatomas con diagnóstico confirmado por el examen anatómo-patológico. Lo que configura un 0,005 % de los ingresos de este hospital.

En cuanto a la variedad anatómo-patológica, predominan los hepatocarcinomas (HC) con 29 casos (87 %) sobre los colangiocarcinomas (CC) con 4 casos (13 %), lo que está de acuerdo con los datos aportados por otros autores (7). De esta variedad se ha señalado su carácter más linfófilo (16).

La cirrosis se halló en 15 casos, lo que configura un 45 % del total de nuestra serie, mostrando una incidencia mayor en los HC donde alcanza el 48 % y disminuye notoriamente su frecuencia en los CC al 25 %. Sólo se aceptó este diagnóstico cuando hubo confirmación histológica, aunque en una mayor proporción de enfermos existió el diagnóstico clínico de cirrosis. La tasa de esta afección es algo menor que la señalada por otros autores como Ihde (8) quien da una frecuencia de un 69 %. Es a destacar que en nuestro medio la incidencia de cirrosis es menor que la señalada por las estadísticas francesas y americanas.

Diferentes series (1) han mostrado la existencia de trombosis portal hasta en un 32 %, lo que da una frecuencia mayor que para la cirrosis y el hígado secundario. En la nuestra se comprobó en 5 casos, en 3 por la autopsia, en un caso por la esplenoportografía y en otro en la operación.

Basados en el esquema de Malt (13) hemos realizado la siguiente esquematización de las variedades de presentación clínica: a) en doce oportunidades, como un brusco deterioro de la función hepatocítica o de la hipertensión portal en un paciente cirrótico; b) en 8 casos como una rápida progresión de síntomas y signos que fueron obvios de hepatoma o tumor hepático; c) en 5 casos fue un hallazgo operatorio, existiendo en 3 de ellos diagnóstico previo de quiste hidático de hígado; d) en 3 pacientes, la primera expresión clínica fue una metástasis a distancia, como hecho a destacar, la primera publicación nacional de Ardao (2) se trataba de un caso del Hospital Aciel que presentaba una metástasis de húmero. De los 3 casos, hay 2 que fueron objeto de publicación previa (3, 6); e) en otros 3, existió enfermedad prolongada, que sugirió una afección infecciosa del hígado o las vías biliares; f) por último en los dos casos restantes, se presentó como un cuadro agudo de abdomen, con una hemorragia intraperitoneal (17). Dicha forma clínica ha sido motivo de una publicación anterior en nuestro país (5).

Solamente se reconoció el hepatoma en el mismo acto quirúrgico en dos oportunidades.

Los exámenes de laboratorio no fueron de utilidad para orientar el diagnóstico, aunque ha sido señalada una alteración de la fosfatasa alcalina y de T.G.O.S. en el 80 % de los casos (8).

Los estudios gamagráficos y arteriográficos, son de valor para topografiar el proceso fundamentalmente, así como para el diagnóstico (11, 16). En nuestra serie se hicieron estudios gammagráficos en 7 oportunidades y arteriografía selectiva del tronco celiaco, de la arteria hepática y la mesentérica superior en 4 casos, con esplenoportografía de retorno en dos casos.

La punción biopsia hepática (PBH) diagnóstica, fue realizada por vía transparietal en 6 de las 11 veces que se la realizó, este procedimiento ha sido discutido por Shin (20) quien formalmente contraindica el procedimiento en pacientes con posibilidades de resección.

Las posibilidades terapéuticas en nuestra serie quedaron limitadas exclusivamente a la cirugía como en otros medios (12) ya que la radio y quimioterapia no han sido de valor. Sin embargo es de destacar que se ha logrado por Cady (4) una sobrevida promedio de 18 meses con infusión de citostáticos por vía de la arteria hepática, hasta que ésta se obstruye.

Se exploraron 16 enfermos, el valor de la laparotomía consiste en que ella es el único procedimiento que permite descartar la posibilidad de resección (11). Sólo cinco enfermos fueron resecados, en los restantes 11 sólo pudo realizarse biopsia, por la extensión tumoral presente. Esto habla de lo tardío del diagnóstico, a lo que hay que agregar las malas condiciones del terreno dada la alta incidencia de cirrosis; lo antedicho explica que en 5 casos el hepatoma fue un hallazgo de autopsia.

De los 5 pacientes que fueron resecados, el primero se exploró por una toracotomía pósterolateral derecha, con diagnóstico de nódulo pulmonar; se le practicó neumonectomía, resección atípica hepática derecha y del sector de diafragma invadido. Tuvo una buena evolución y falleció a los 13 meses por insuficiencia respiratoria y metástasis múltiples. El segundo se exploró con diagnóstico de tumor renal derecho, se comprobó que el mismo asentaba en el lóbulo derecho del hígado, se practicó resección atípica derecha y colecistectomía. Fue controlado en policlínica durante un año, en el que pasó bien, sin evidencia de recidiva, no se controló posteriormente. El tercer paciente fue intervenido con diagnóstico de QH de lóbulo izquierdo de hígado. Se encontró un tumor de aspecto neoplásico y la biopsia extemporánea mostró un carcinoma por lo que se practicó lobectomía izquierda y vaciamiento ganglionar hepático y coronario. La enferma reingresa a los cuatro meses por metástasis múltiples de hígado remanente y carcinomatosis peritoneal. Se le ligó la arteria hepática falleciendo en el postoperatorio. El cuarto paciente es un niño de 9 años, explorado varios meses antes, se consideró irresecable, posteriormente es reintervenido y sometido a una hepatectomía dextro-mediana (18, 19) al prac-

ticarse el desprendimiento del hígado derecho, se produce un desgarró suprahepático-cavo con una hemorragia imposible de cohibir, falleciendo en sala de operaciones. El quinto paciente viene con biopsia quirúrgica de otro medio hospitalario. Se interviene y debido al enorme tamaño del tumor (figs. 1 y 2) se hace necesario realizar una hepatectomía dextro-mediana, según técnica ya descrita (19) pasando por tejido aparentemente sano. Este enfermo operado por dos de nosotros (R. P. y G. B.) sobrevive a los 25 meses de la operación, en excelente estado (fig. 3) y reintegrado a sus tareas habituales de campo. La supervida media de los resecados es de 11 meses. Mientras para el resto de los pacientes cuya evolución se conoce, luego de realizado el diagnóstico, hayan sido laparotomizados o no, la supervida promedio es de 24 días con un máximo de 55 días.

Queda como último aspecto a valorar, la eficacia de la cirugía en el tratamiento del hemoperitoneo por ruptura del hepatoma. Ong (17) que relata casi un 15 % de hemoperitoneos en su extensa serie, señala el valor de la resección no oncológica, frente a la alta mortalidad que tiene la ligadura de la arteria hepática en pa-



FIG. 1.— Aspecto intraoperatorio de un hepatoma de lóbulo derecho.



FIG. 2.— El tumor luego de resecado: hepatectomía dextro mediana.

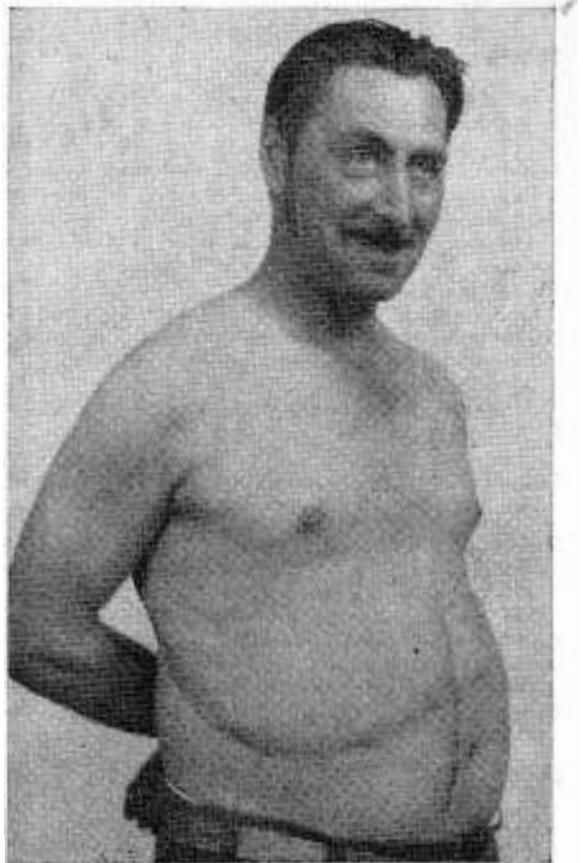


FIG. 3.— El paciente al que corresponden las fig. 1 y 2 al año de operado.

cientes frecuentemente cirróticos. La ligadura de la arteria hepática se plantea, ya que la ligadura hemostática sola, no alcanza a detener la hemorragia.

CONCLUSIONES

1) Los tumores primitivos del hígado son raros en el Uruguay, asentando, en casi la mitad de los casos en hígados cirróticos.

2) Se corroboran las dificultades de diagnóstico oportuno del hepatoma, incidiendo ello en su pésimo pronóstico.

3) Se desconocen factores autóctonos de alto riesgo, a efectos de intentar el despistaje precoz, pero debe buscarse en todos los cirróticos, con la ayuda de procedimientos complementarios de valor: antígeno carcino-embriionario, alfa-fetoproteína, gammagrama, arteriografía y laparoscopia con PBH.

4) La radio y la quimioterapia actuales, son poco efectivos en todos los ambientes. Sólo la resección quirúrgica radical ofrece por ahora supervidas aceptables y la posibilidad teórica de curación.

RESUME**Hepatomes**

On présente 33 cas de tumeurs primitifs du foie, réunis aux Archives Cliniques de L'Hôpital de Cliniques et de L'Hôpital Maciel de Montevideo et d'après la casuistique personnelle de l'un des auteurs (R.P.). On vérifie l'expérience qu'on a eue ailleurs, quant à son diagnostic tardif et un très mauvais pronostic. Il y a une prédominance franche du sexe masculin, entre les 50 et 70 ans. La cirrhose apparaît dans le 42 % des cas.

On signale que la chirurgie radicale est, de nos jours, le seul procédé qui puisse offrir la possibilité de survie prolongée et même de guérison.

SUMMARY**Hepatomas**

33 cases of primitive liver tumors from the Clinicas Hospital, Maciel Hospital and the personal record of one of us (R. P.). Are reviewed other's experience about late diagnosis and bad prognosis is confirmed.

The highest frequency is in males between 50 and 70 years old. Cirrosis appears in 45 % of cases. It is pointed out that at this time radical surgery is the only procedure that can offer prolonged survival and perhaps cure.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ^LBACETE RA. MATTHEWS MJ and SAINI N. Portal vein thrombosis in malignant hepatoma. *Ann Intern Med*, 67: 377, 1967.
2. ARDAO H. Hepatoma. *An Fac Med Montevideo*, 19: 649, 1934.
- 2a. BAGNULO H, ESTEFAN A, CERELJO I, COTELO A, SALICE M, TISCORNIA E y GRAVINA G. Microembolismo tumoral pulmonar masivo secundario a desarterialización hepática por embolización de un hepatocarcinoma. *Cir Uruguay*, 49: 159, 1979.
3. BENEDEK P, GOMEZ HAEDO C, MEDOC J, GRAVINA F, PURRIEL J, ESTABLE M y TOUYA E. Metástasis raquídea de hepatocarcinoma. *Cir Uruguay*, 49: 243, 1979.
4. CADY B and OBERFIELD RA. Arterial infusion Chemotherapy of hepatoma. *Surg Gynecol Obstet*, 138: 381, 1974.
5. CHIFFLET JA, CASSINELLI D y TOLEDO N. Hepatocarcinoma. Hemoperitoneo. *Cir Uruguay*, 44: 53, 1974.
6. DAVIDENKO N, CASANOVA M, SILVA E y DE LOS SANTOS J. Metástasis ósea. Primera manifestación de un hepatoma. *Cir Uruguay*, 47: 62, 1977.
7. FOSTER JH and BERMAN MM. Solid liver tumors. *Maj Probl Clin Surg*, 22: 1, 1977.
8. IHDE DC, SHERLOCK P and WINABER SJ. Clinical manifestations of hepatoma. A review of six year's experience at a cancer hospital. *Am J Med*, 56: 83, 1974.
9. INOUE AA and WHELAN TJ. Primary liver cancer: A review of 205 cases in Hawaii. *Am J Surg*, 138: 53, 1979.
10. KEIFER WS Jr and SCOTT JC. Liver neoplasms and the oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol*, 128: 448, 1977.
11. KIM DK, MC SWEENEY J, YEH SDJ and FORTNER JG. Tumor of the liver as demonstrated by angiography, scan and laparotomy. *Surg Gynecol Obstet*, 141: 409, 1975.
12. LAWRE CE GH and BASHANT GH. Bilateral pulmonary resection for metastatic hepatoma. *J.A.M.A.*, 191: 139, 1965.
13. MALT RA, VAN VROONHOVEN TJ and KAKUMOTO Y. Manifestations and prognosis of carcinoma of the liver. *Surg Gynecol Obstet*, 135: 361, 1972.
14. POSADA O, KURDIAN M, MUÑOZ MONTEAVARO C. En: *Hepatología*. Montevideo. Of. del Libro, 1967, p. 275.
15. NANDE ARAMBURU J, AGUIAR AR y JAUREGUITO SA. Hepatoma maligno. *Bol Soc Cir Urug*, 25: 426, 1954.
16. ONG GB and CHAN PKW. Primary carcinoma of the liver. *Surg Gynecol Obstet*, 143: 31, 1976.
17. ONG GB and TAW JL. Spontaneous rupture of a hepatocellular carcinoma. *Br Med J*, 4: 146, 1972.
18. PACK GT and BAKER HW. Total right hepatic lobectomy: report of a case. *Ann Surg*, 138: 253, 1953.
19. PRADERI R, GOMEZ FOSSATI C y ESTEFAN A. Hepatectomia dextromediana por cáncer secundario de hígado. *Cir Uruguay*, 48: 250, 1978.
20. SHIU MH and FORTNER JG. Current management of hepatic tumors. *Surg Gynecol Obstet*, 140: 781, 1975.