

Valor de la laparoscopia en el diagnóstico del hígado metastásico

Dr. Alberto Piñeyro

Se presenta la experiencia del autor en el uso de la fibrolaparoscopia para el diagnóstico del hígado metastásico en base a 186 pacientes. Se hace un breve revisión del tema y una evaluación del procedimiento.

Clínica Quirúrgica "2" (Director Prof. Dr. C. Silva), Hospital Maciel, Fac. de Medicina, Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Liver Neoplasms / Diagnosis.

SUMMARY: Use of laparoscopy in the diagnosis of metastatic liver.

The author's experience in the use of fibrolaparoscopy for the diagnosis of the metastatic liver in 186 patients is said. Brief review of the subject and evaluation of the procedure is done.

RÉSUMÉ: Valeur de la laparoscopie dans le diagnostic du foie métastatique.

On présent l'expérience de l'auteur dans l'utilisation de la fibrolaparoscopie pour le diagnostic du foie métastatique basée sur 186 patients. On fait un bref compte-rendu du thème et une évaluation du procédé.

INTRODUCCION

El tratamiento adecuado de un cáncer requiere:
— un diagnóstico histológico preciso;
— una estadificación lo más acertada posible.

La mayoría de los tumores malignos pueden ocasionar metástasis a nivel hepático. La doble procedencia, sistémica y portal de su rica vascularización justifica que sea el órgano más comprometido por implantes metastásicos en el curso de cualquier enfermedad tumoral. Por estudios autopsicos se calcula que aproximadamente un 50% de los tumores del área esplácnica y un 30% de los restantes, se acompañan de colonización hepática⁽⁷⁾. En los tumores gastrointestinales el hígado ocupa el primer lugar como sitio de metástasis. Las células cancerosas reconocen cuatro vías de propagación hacia el hígado:

- *Vía portal*: es la habitual para las células provenientes de tumores digestivos. Los émbolos neoplásicos se detienen a nivel de vénulas y capilares sinusoidales. Su propagación sigue los ejes vasculares.
- *Vía arteria hepática*: es la vía de llegada habitual de células originadas en tumores de pulmón, mama, riñón, testículo y ovario.
- *Vía linfática*: es poco frecuente. La migración a contracorriente a partir de los ganglios mediastinales parece posible.
- *Vía directa*: los cánceres de la vesícula biliar y del estómago pueden propagarse directamente al hígado a pesar del rol temporario de barrera que ejerce la cápsula de Glisson.

Presentado como Tema Libre ante el 35º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Ibcuy 1116 (Dr. A Piñeyro).

Según diferentes estadísticas⁽⁴⁾ sólo sobreviven 1 año entre 7-10% de los pacientes con diagnóstico de metástasis hepáticas. Para su diagnóstico es posible recurrir a diversos procedimientos que deben ser evaluados en base a su: sensibilidad, especificidad, disponibilidad, costo e invasividad. Dentro de ellos mencionaremos:

- Bioquímica hepática: en especial F.A. y Gama G.T.
- Radiología.
- Centellografía y P.B.H.
- Ultrasonido.
- Tomografía Computada.

En el presente trabajo expondremos nuestra experiencia en base a 186 laparoscopías en hígados metastásicos sobre un total de 1.900 realizadas en el período 1979-1984.

MATERIAL Y METODO

La laparoscopia, procedimiento introducido a comienzos del siglo por Kelling y Jacobsen ha tenido en los últimos años un aporte invaluable con la introducción de la fuente de luz fría, la fibra de vidrio, la óptica tipo Hopkins y la documentación fototelevisada⁽⁶⁾. Utilizamos el equipo Storz con trocar de primera punción de 7 mm. El procedimiento lo realizamos de preferencia con neuroleptoanalgesia aunque muchas veces se utilizó la anestesia local. Consideramos imprescindible una mesa adecuada que permita los cambios de posición necesarios para una exploración completa de la cavidad abdominal⁽¹⁾.

El neumoperitoneo, clave de todo buen examen laparoscópico, lo realizamos de preferencia en el punto recomendado por Richter-Monroe o sea el tercio lateral de la línea que une ombligo a la espina iliaca ántero-superior izquierda. La penetración del trocar de primera punción la efectuamos a nivel del punto de Kalk, un través de dedo a la izquierda y dos por encima de la cicatriz umbilical, salvo que la existencia de cicatrices operatorias nos señalen la imposibilidad de hacerlo a ese nivel.

Se describen 3 tipos macroscópicos de colonización metastásica del hígado⁽⁷⁾:

- Forma nodular: representa más del 90% de los casos.
- Forma masiva.
- Forma infiltrante.

En los casos típicos, se observa sobre un hígado liso, uno o más nódulos de tamaño variable que hacen relieve sobre la superficie hepática. Es característica de ellos y excepcionalmente se ve en el carcinoma primitivo, la depresión umbilical

del centro del nódulo y una corona de vasos anormales de disposición radial. Esta depresión central se origina como consecuencia de la necrosis de la masa tumoral y por ello es más frecuente en los nódulos de mayor tamaño y especialmente en los adenocarcinomas. Los tumores de estructura epitelial, como los pulmonares se muestran más compactos, redondeados y pueden alcanzar mayor tamaño sin sufrir la umbilicación postnecrótica.

Siendo las metástasis lesiones focales y la laparoscopia no permitir ver la totalidad de la superficie hepática, ésta puede no detectar las asentadas sobre áreas ocultas a nuestra exploración. Los cambios de posición de la mesa, el levantar el borde hepático con la ayuda del palpador y aumentar el neumoperitoneo son maniobras obligadas para ampliar nuestro campo visual. Sin embargo, siempre quedarán zonas inaccesibles: borde posterior, lateral y espesor del parénquima en los que persiste la posibilidad de un implante metastásico irreconocible.

COMENTARIO y CONCLUSIONES

En la mayoría de los países europeos, la peritoneoscopia es considerada como método de primera línea en el diagnóstico de afecciones hepáticas tanto difusas como focales. Sin embargo en los Estados Unidos y en Gran Bretaña la biopsia hepática a ciegas, percutánea es preferida frente a la laparoscopia, a pesar que el número de peritoneoscopias aumenta incesantemente. En ausencia de adherencias, la laparoscopia permite dominar el 80% de la superficie externa del hígado. Permite además efectuar biopsias dirigidas lo que disminuye notoriamente el porcentaje de falsos negativos, seleccionando las áreas tumorales⁽⁵⁾. Examen invasivo, con una mortalidad menor al 1 por mil, es considerada por el médico como un examen doloroso y desagradable; sin embargo en opinión de los pacientes que la han padecido, resultó paradójicamente menos desagradable que una fibrogastroscofia. El interés de la peritoneoscopia es particularmente grande en el caso de metástasis a nivel del lóbulo izquierdo o de segmentos izquierdos del derecho donde los falsos negativos de la ecografía y la Tomografía son mayores^(2, 3). La laparoscopia tiene un costo global bajo, permite un tiempo de internación corto y evita frecuentemente exámenes costosos y en ocasiones una laparotomía inútil⁽⁸⁾. Otras veces permite rectificar el diagnóstico frente a una hepatomegalia tumoral, mostrando un hígado cirrótico o poliquístico. Puede además

darnos información adicional, en especial la diseminación peritoneal que excepcionalmente es diagnosticado por U.S. o T.A.C.⁽²⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERCI G., JENSEN D. — Laparoscopy for the hepatologist and surgeon. *Acta Endosc.* 12: 9, 1982.
2. BLEIBERG H., OSTEAX M., PEETRON Ph. — Evaluation par laparoscopie de la tomographie computée et de l'ultra-sonographie dans le diagnostic des métastases hépatiques et abdominales. *Acta Endosc.* 12: 51, 1982.
3. BUFFET C., PELLETIER G., ETIENNE J.P. — Que reste-t-il des indications de la laparoscopie en 1983. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 7: 134, 1983.
4. CHAPUIS Y. — Les cancers secondaires du foie et leur traitement. *Rev. Prat.* 24: 2985, 1974.
5. HARADA T., SUGAYA H., MAEHARA M. — The diagnostic value of laparoscopy on focal hepatic lesions. *Acta Endosc.* 12: 35, 1982.
6. PIÑEYRO A. — Fibrolaparoscopia: su aplicación en cirugía general. Tesis de Doctorado. Montevideo, Facultad de Medicina, 1981. (inérita.)
7. SOLIS-HERRUZO J.A. — Atlas de diagnóstico diferencial laparoscópico. Madrid, Paz Montalvo, 1975.
8. SMITH V. — Laparoscopy. *Acta Endosc.* 12: 1, 1982.