

CASOS CLINICOS

Hepatocarcinoma pediculado

Dres. Nicolás Davidenko, Gonzalo Estapé,
Gustavo Nuchovich y Gerardo Miguel Lombardi.

Se presenta una observación excepcional de hepatocarcinoma pediculado que asentaba en un parénquima hepático previamente alterado (esteatosis masiva). Planteamos como hipótesis que su origen asiente en un lóbulo aberrante del hígado dado las dimensiones enormes adquiridas por el tumor.

Su nutrición provenía de la rama izquierda de la arteria hepática así como de un sistema de vasos patológicos que anastomosaban la arteria mesentérica superior con el tronco celiaco.

El tumor pediculado ocupaba el epigastrio, región umbilical, flanco e hipocondrio derecho. Esta situación permitió su exteriorización en el acto quirúrgico que consistió en la resección de la masa tumoral conjuntamente con el lóbulo cuadrado y los segmentos II y III del hígado.

La evolución post-operatoria fue favorable y el paciente se encuentra en buen estado de salud a los 12 meses de operado.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
HEPATOMA.

SUMMARY: Pediculate hepatocarcinoma.

An exceptional case of pediculate hepatocarcinoma occurring in a previous pathological liver (massive steatosis) is presented. Authors postulate that it originated in an aberrant liver lobe because of the enormous

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 15 de octubre de 1986.

Prof. Adjunto y Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Prof. Adjunto de Radiología, Post-Grado de Cirugía.

Dirección: (Dr. N. Davidenko). Nelson 3329, Montevideo.

Clinica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bollvar Delgado). Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.

size acquired by the tumour.

Its nutrition arose from the left branch of the hepatic artery as well as from a system of pathological vessels that anastomosed the superior mesenteric artery with the celiac trunk.

The pediculate tumour occupied the epigastrium, the umbilical region, the flank, and the right hypochondrium. This localization made its exteriorization possible during surgery, which consisted of the resection of the tumour, together the quadrate lobe and liver segments II and III.

The postoperative evolution was favourable, and the patient is still in good health twelve months after the operation.

RÉSUMÉ: Cancer pédiculé du foie.

Nous présentons une observation exceptionnelle de cancer du foie pédiculé, qui siégeait sur un parenchyme hépatique préalablement altéré (stéatose massive). Vu les dimensions énormes de cette tumeur, nous proposons comme hypothèse l'existence d'un lobe aberrant dans son origine.

Sa nutrition était fournie par la branche gauche de l'artère hépatique, ainsi que par un système de vaisseaux pathologiques qui anastomosaient l'artère mésentérique supérieure avec le tronc coeliaque.

La tumeur pédiculée occupait l'épigastre, la région ombilicale, le flanc et l'hypochondre droit. Cette situation a permis de l'extérioriser au moment de l'intervention: on a effectué la résection de la masse tumorale avec le lobe carré et les segments II et III du foie.

L'évolution postopératoire fut favorable et le malade se trouve en bon état de santé 12 mois plus tard.

El hepatocarcinoma pediculado es una rara eventualidad morfológica con los caracteres con que se presentó en el caso clínico que pasamos a relatar.

CASUÍSTICA

N° 42891. G.L.A.M. Sexo M. 61 años. Ingreso: 5/2/86.

E.A. Comienza hace tres meses con dolor tipo puntada en hipocondrio derecho que se irradia a dorso, de aparición insidiosa pero persistente en el tiempo, sin relación con la ingestión de alimentos. Desde el inicio nota la aparición de una tumoración a nivel del hipocondrio, flanco derecho y región umbilical que ha ido aumentando de tamaño. Adelgazamiento de unos 8 kilos, anorexia, no astenia. No presentó fiebre ni ictericia. Paciente del Interior, no expuesto aparentemente a sustancias tóxicas.

EXAMEN: Adelgazado, mucosas bien coloreadas. No ictericia. No presenta angiomas estelares ni circulación colateral abdominal. Abdomen: Inspección: Asimétrico a expensas de una gran tumoración que ocupa hipocondrio y flanco derecho prolongándose hacia la región umbilical, epigastrio e hipocondrio izquierdo, desciende con los movimientos respiratorios. Palpación: Abdomen depresible se palpa una gran tumoración en la topografía descrita en la inspección de límites netos, forma redondeada de unos 20 centímetros de diámetro, superficie lisa, consistencia firme elástica, mate a la percusión. Impresión estar en contigüidad con el hígado ya que no se puede insinuar la mano entre la tumoración y el borde inferior del hígado, es indolora a la presión y desciende claramente con los movimientos respiratorios, presenta contacto lumbar externo. Borde superior del hígado se percute a nivel del 5° espacio intercostal derecho. En flanco derecho la tumoración se palpa en su borde inferior a unos 12 centímetros aproximadamente del reborde costal. No se palpa bazo. En fosa lumbar derecha en su sector externo se palpa la tumoración la que se puede desplazar en sentido ántero-posterior. Fosa lumbar izquierda normal.

Ecografía: Abdominal: Gran tumoración sólida, con áreas de aspecto quístico, en el sector inferior del lóbulo derecho hepático, poliilobulada de contornos bien limitados extendida hacia flanco y región centro-abdominal. El riñón derecho está desplazado hacia atrás y es de caracteres normales. Vesícula desplazada hacia arriba y adelante de tamaño habitual, sin imágenes de litiasis. No se logró visualizar el páncreas por la marcada interposición de gases.

Tomografía Computada de Abdomen: Gran tumoración sólida de densidad inhomogénea con áreas quísticas o necróticas que ocupa hipocondrio y flanco derecho. Su parte superior está adherida o en contacto con el hígado. En la parte inferior a nivel de los polos inferiores renales la tumoración parece nacer del retroperitoneo o infiltrar el psoas derecho. En el polo superior del riñón izquierdo se observa un quiste de aproximadamente 6 centímetros con calcificaciones en sus paredes. Puede corresponder a un quiste simple aunque no puede descartarse un quiste hidático. El riñón derecho está comprimido y desplazado hacia atrás por la tumoración.

Arteriografía de tronco celíaco y Mesentérica Superior con portografía de retorno. Arteriografía del tronco celíaco: El ostium de salida del tronco celíaco se encuentra desplazado hacia la izquierda de la columna vertebral. La arteria hepática está estirada y horizontalizada encontrándose desplazada hacia arriba. La rama derecha de la arteria hepática presenta una distribución normal. La rama izquierda de dicha arteria presenta un bucle en su nacimiento y posteriormente brinda vasculari-

zación a una enorme masa tumoral que llega hasta el flanco derecho, muy voluminosa, con vasos irregulares típicamente tumorales con formación de lagos vasculares.

Arteriografía mesentérica superior: Dicha arteria de nacimiento normal se encuentra desplazada notoriamente en su recorrido hacia la izquierda de la columna vertebral; su distribución es normal. Llama la atención que al inyectar sustancia de contraste en dicha arteria existen numerosos vasos arteriales irregulares que anastomosan dicha arteria con el nacimiento de la arteria hepática rellenándose la misma.

Portografía de retorno: En el tiempo de retorno venoso se visualiza la vena porta que es de calibre normal, se encuentra libre pero desplazada hacia la izquierda y arriba.

Por el análisis de los distintos procedimientos efectuados se llega al diagnóstico preoperatorio: 1) Hepatoma del lóbulo derecho del hígado, 2) Tumor retroperitoneal derecho.

OPERACION: Incisión en boca de horno. Se palpa una gran tumoración hepática móvil, pediculada con base de implantación a nivel del lóbulo izquierdo del hígado que se exterioriza fuera del vientre del paciente. La masa mide unos 25 centímetros de diámetro. Peritoneo sano. Bazo normal. Hígado de color pardo-amarillento. La base de implantación de la masa tumoral asienta en el lóbulo cuadrado y en la base de los segmentos II y III, la parte posterior de masa se apoya a nivel de la bifurcación del pedículo hepático. Se decide realizar la resección de la masa tumoral en continuidad con el lóbulo cuadrado y los segmentos II y III del hígado. Ligaduras de la vena suprahepática izquierda y la rama izquierda de la vena porta así como numerosos troncos arteriales que vienen a irrigar al tumor. Biopsia hepática.

ANAT. PATOL.: Macroscopía: se recibe lóbulo izquierdo del hígado que está ocupado casi en totalidad por masa tumoral nodular pediculada de color rosa-amarillento con centro fibrótico que por cambios regresivos, tiene aspecto gelatinoso. Extensos focos necrosados dehiscentes. Los cortes paralelos dejan a la vista innumerables nódulos tumorales esparcidos en todo el parénquima hepático. Microscopía: Los cortes histológicos de diferentes zonas que incluyen masa tumoral principal y nódulos secundarios, tienen caracteres morfológicos similares. Se comprueba la morfología de un tumor epitelial maligno primitivo de hígado que corresponde a un hepatocarcinoma diferenciado.

El hígado es portador de una esteatosis masiva.

COMENTARIO

El hepatocarcinoma pediculado es excepcional^(10, 35, 39). En nuestro medio existe un caso de cistadenoma pediculado de hígado publicado por Parodi⁽³³⁾ y en la bibliografía consultada hemos encontrado un hemangioma pediculado⁽³⁶⁾.

En la bibliografía nacional existen diversas publicaciones sobre el hepatocarcinoma^(2, 3, 4, 7, 13, 15, 31, 35), alguno de cuyos autores presentaron series importantes^(7, 35), sin embargo analizando las características morfológicas ninguna presentaba el aspecto macroscópico de nuestra observación por lo que se trata del primer caso publicado de hepatocarcinoma pediculado en nuestro país.

Existen diversas clasificaciones de Hepatocarcinoma la primera de las cuales fue la de Hanot y Gilbert⁽²²⁾; posteriormente diversos autores pro-

pusieron la suya, siendo la más reciente la de E. Martín⁽²⁸⁾ sin embargo no menciona como forma posible la forma pediculada a pesar de que su estudio se basa sobre 252 tumores malignos del hígado.

Consideramos que el origen de este tipo de tumor pediculado en lóbulos hepáticos aberrantes; ello justifica el crecimiento exuberante se vea favorecido, ya que las vísceras huecas no le oponen resistencia a su crecimiento y el contacto con el lóbulo del hígado es relativamente pequeño si tomamos en consideración el enorme volumen adquirido.

En nuestro caso el origen se encuentra en el sector inferior del lóbulo izquierdo pero la masa tumoral en su crecimiento ocupó el epigastrio, región umbilical, hipocondrio y flanco derecho; esta situación permitió en el acto quirúrgico su exteriorización, pudiéndose apreciar en la figura correspondiente sus dimensiones asombrosas.

Clinicamente el paciente se presentó como portador de un gran tumor de hipocondrio y flanco derecho; debido a los caracteres físicos se planteó la posibilidad de un hepatoma del lóbulo derecho o bien de un tumor retroperitoneal sobre todo renal como hemos publicado⁽¹⁶⁾, ya que estos tumores pueden alcanzar gran volumen y llegar a producir la atrofia del lóbulo derecho y la hipertrofia del lóbulo izquierdo.

Existió un signo clínico que pasó desapercibido y que tiene valor ya que la gran masa ubicada en hipocondrio y flanco derecho se podía mover manualmente en el sentido ántero-posterior pero sobre todo lateral lo que le da el sello de tumor pediculado cosa que no ocurre en las otras dos situaciones antes mencionadas.

La ecografía y la tomografía computada si bien es cierto que dieron el diagnóstico probable no acertaron con el carácter morfológico que presenta el tumor. La arteriografía de tronco celiaco y mesentérica superior mostró que la nutrición tumoral provenía de la rama izquierda de la arteria mesentérica superior y sus ramas se encontraban enormemente desplazadas hacia la izquierda pero lo más interesante consistió en la existencia de gruesas ramas arteriales que anastomosaban los dos sistemas arteriales mencionados y que a su vez brindaban vascularización al tumor. Esta situación que se objetiva en la figura correspondiente es absolutamente excepcional. Es de mencionar que el tumor asentaba en un parénquima hepático previamente lesionado (esteatosis masiva), siendo importante no sólo la inspección macroscópica del hígado para manifestar que es normal sino que es imprescindible la realización de una biopsia hepática. En nuestro caso no se

pudo establecer cuál fue la noxa patógena que desencadenó las lesiones hepáticas mencionadas así como el tumor primitivo.

Aprovechando la circunstancia de la presentación de este caso clínico nos motiva para realizar diversos comentarios.

El cáncer primitivo del hígado ha aumentado de frecuencia en todos los países del mundo. En Europa y Estados Unidos ha pasado del 1% del conjunto de los cánceres hace 30 años al 6% si se tienen en cuenta los estudios necrópsicos⁽⁸⁾.

El rol del virus de la Hepatitis B ha sido puesta en evidencia en la casi totalidad de los Senegaleses que son portadores de Hepatocarcinoma⁽³⁷⁾. Las mismas conclusiones han sido efectuadas en el Sud-Este Asiático. El rol cancerígeno de la Aflatoxina ha sido probado⁽²⁷⁾. Las nitrosaminas y los pesticidas son igualmente incriminados⁽¹⁴⁾. El cloruro de vinilo, el arsénico y el Thorotrast pueden inducir al desarrollo de un angiosarcoma más frecuentemente que de un hepatocarcinoma.

Dentro de los factores hormonales la administración prolongada de andrógenos así como de estrógenos puede desarrollar la existencia de un cáncer primitivo del hígado. Los anticonceptivos orales han sido incriminados, pero no existe ninguna prueba formal sobre el desarrollo de tumores malignos, mientras que su relación con el adenoma benigno ha sido establecido⁽⁴¹⁾.

El potencial evolutivo del cáncer primitivo del hígado es rápido y la mayoría de los pacientes mueren al 6º mes de establecido el diagnóstico⁽⁵⁾. Sin embargo han sido descritos tumores con potencial evolutivo más lento; así Berman⁽⁶⁾ ha denominado "polygonal cell with fibrous stroma" a este grupo de tumores que tienen un mejor pronóstico a diferencia de las demás formas anatómo-clínicas. Craig⁽¹¹⁾ hace las mismas constataciones y denomina al tumor "carcinoma fibro-lamelar".

Un caso de regresión espontánea de carcinoma hepato-celular multicéntrico, con biopsia y sobrevida de más de 4 años ha sido publicado recientemente⁽²¹⁾.

La cancerización de la cirrosis puede pasar en algunos estudios al 30%⁽³⁴⁾ y ello se debe a una mayor sobrevida de los cirróticos gracias a los progresos terapéuticos. En estos enfermos toda agravación o descompensación inexplicable debe hacer sospechar la existencia de un hepatocarcinoma⁽¹⁰⁾. Es por ello que la tendencia actual es la despistar pequeños cánceres asintomáticos, sometiendo a los pacientes en forma regular a estudios biológicos y morfológicos.

Dentro de los exámenes biológicos la alfa-feto-proteína descrita por Abelev, cuando está eleva-

da confirma en un 50 a 80% la existencia de un hepatocarcinoma, sin embargo no es constante ni específica⁽²⁵⁾. A pesar de ello para el despistaje precoz y sistemático en el cirrótico tiene enorme valor⁽¹²⁾. Permite en caso de positividad seguir la evolución post-operatoria (en caso de que el tumor sea resecado), juzgar la eficacia terapéutica y despistar precozmente las recidivas que a veces son accesibles a un nuevo tratamiento quirúrgico^(20, 25, 40).

Dentro de los exámenes morfológicos el gammagrama hepático con pool sanguíneo es eficaz en las lesiones de un diámetro superior a los 2-3 cm pero fracasa cuando el tumor es hipo o avascularizado⁽¹⁷⁾. La utilización de la selenio-metionina que se fija selectivamente en el hepatocarcinoma, es de difícil interpretación cuando dicho tumor asienta en un hígado cirrótico⁽³⁰⁾.

La ecografía permite apreciar la densidad del tumor, búsqueda de nódulos adyacentes; estudiar las vías biliares, la vena porta, las venas suprahepáticas y la vena cava inferior⁽⁹⁾, permite



Fig. 1. Se observa el enorme hepatocarcinoma pediculado exteriorizado fuera del vientre.

detectar nódulos de 15 mm de diámetro y el rendimiento depende en gran medida del entrenamiento y la capacidad del médico que la realiza, es poco costoso, no agresivo y se puede repetir las veces que sean necesarias, ocupa el primer lugar en los estudios de elección en los tumores primitivos del hígado. En el hígado cirrótico el examen es más delicado sin embargo en un estudio reciente Chen⁽¹²⁾ diagnostica el tumor en el 84% de los cirróticos cuando el tumor tiene menos de 3 cm y permite guiar la biopsia del nódulo. El injerto de células tumorales en el trayecto de la punción o la diseminación peritoneal ha sido comunicado en forma excepcional⁽¹⁾. Si el tumor es muy hipervascularizado puede dar lugar a un hemoperitoneo^(24, 38).

La tomografía computada no resulta en sus resultados superior a la ecografía ya que a veces la densidad del tumor es muy parecida al parénquima normal. Se ha utilizado el Lipiodol Ultra Fluido con tomografía computada inyectándolo por vía arterial o portal para mejorar las imágenes⁽²⁹⁾. Nosotros la hemos utilizado en radiografía simple y tomografía lineal demostrando sus beneficios⁽¹⁸⁾.

La arteriografía de tronco celiaco y mesentérica superior objetiva en los hepatocarcinomas que frecuentemente son hipervascularizados con vasos tortuosos de calibre irregular y shunt arterio-venoso^(26, 30, 32). Los colangiocarcinomas son generalmente hipovascularizados. En los tumores hipervascularizados existe una hipertrofia de la arteria destinada al lóbulo tumoral, situación que hemos constatado⁽¹⁷⁾; realizando un "robo" vascular opacificándose mal el otro lóbulo lo más frecuente el izquierdo. En el tiempo de retorno venoso permite apreciar la indemnidad de la vena porta o su trombosis o bien una de sus ramas como lo hemos constatado en un caso⁽¹⁵⁾.

La cavografía inferior asociada con la suprahepaticografía se utiliza en los casos de tumor próximo al confluente suprahepático-cava y puede visualizar el crecimiento tumoral dentro del sistema supra-hepático pudiendo determinar un síndrome de Budd-Chiari⁽¹⁹⁾.

La laparoscopia es poco utilizada como procedimiento diagnóstico⁽¹⁰⁾. Puede descubrir la existencia de una cirrosis y visualizar el tumor en tales circunstancias puede efectuarse una punción biopsica guiada.

La exéresis quirúrgica de ser posible como en nuestro caso debe ser realizada^(7, 23). La evolución dependerá del tipo histológico del tumor; debiendo ser seguido el paciente con dosificaciones periódicas de alfa-feto-proteína^(20, 25, 40).

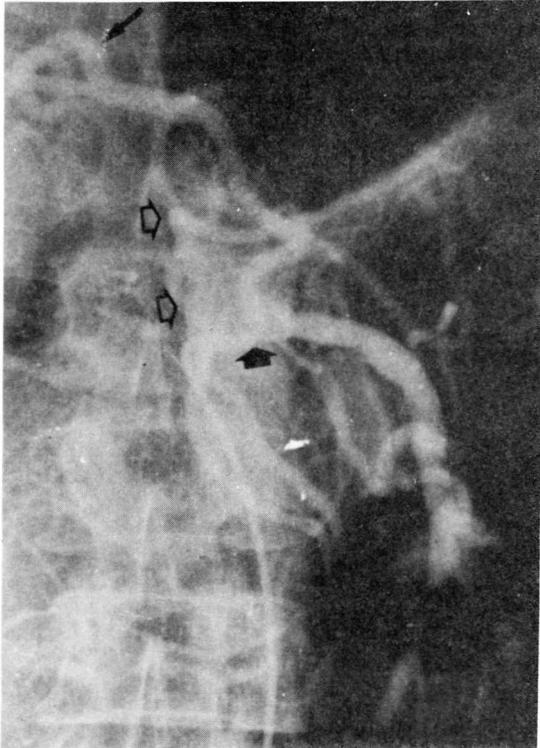


Fig. 2. La flecha inferior (gruesa) muestra el catéter inserto en el ostium de la arteria mesentérica superior. La flecha superior (fina) muestra la arteria hepática y su rama izquierda en forma de bucle. Las flechas intermedias (huecas) muestra una red de vasos arteriales que anastomosan los dos sistemas (hecho excepcional).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADSON M.A., WEILAND L.H. — Resection of primary solid hepatic tumors. *Am. J. Surg.* 141: 18, 1981.
- ARDAO H. — Hepatoma. *An. Fac. Med. Montevideo* 19: 649, 1934.
- BAGNULO H., ESTEFAN A., CEREJO I., COTELO A., SALICHE M., TISCORNIA E., GRAVIÑA G. — Microembolismo tumoral pulmonar masivo secundario a desarterialización hepática por embolización de un hepatocarcinoma. *Cir. Urug.* 49: 159, 1979.
- BENEDEK P., GOMEZ HAEDO C., MEDOC J., GRAVIÑA F., PURRIEL J., ESTABLE M., TOUYA E. — Metástasis raquídea de hepatocarcinoma. *Cir. Urug.* 49: 243, 1979.
- BENGMARK S., BORJESSON B., HAFSTROM L. — The natural history of primary carcinoma of the liver. *Scan. J. Gastroenterol* 6: 351, 1971.
- BERMAN M.M., LIBBRY P., FOSTER J.H. — Hepatocellular carcinoma polygonal cell type with fibrous stroma. An atypical variant with a favorable prognosis. *Cancer* 46: 1448, 1980.
- BOGLIACCINI G., POMI J., BAGNULO H., PRADERI R. — Hepatomas. *Cir. Urug.* 51: 127, 1981.
- BROCHERIOU C., AURIOL M., AJEBO M. et CHOMETTE G. — Les hépatomes. Dénombrement nécropsique et aspect morphologique a partir de 3.700 nécropsies. *Ann. Med. Inter.* 126: 265, 1975.
- BRYAN P.J., MARTIN DINN W., GROSSMAN Z.D., WISTOW B.W., MAC AFEE J.G., AKIEFER S.A. — Correlation of computed tomography, gray scale ultrasonography and radionuclide imaging of the liver in detecting space-occupying processes. *Radiology* 124: 387, 1977.
- CAROLI J. — Précis des maladies du foie. Paris. Masson, 1975.
- CRAIG J.R., PETERS R.L., EDMONDSON H.A., OMAŦA M. — Fibrolamellar carcinoma of the liver: a tumor of adolescents and young adults with distinctive clinico-pathologic features. *Cancer* 46: 372, 1980.
- CHEN D.S., SHEU J.C., SUNG J.L., LAI M.Y., LEE SU C.T., TSANG Y.M., HOX S.W., WANG T.H., WANG C.Y., SHU C.Y. — Small hepatocellular carcinoma. A clinicopathological study in 30 patients. *Gastroenterology* 83: 1109, 1982.
- CHIFFLET J.A., CASSINELLI D., TOLEDO N. — Hepatocarcinoma. *Hemoperitoneo. Cir. Urug.* 44: 53, 1974.
- DARNIS F., BALLEF F. — Cancer primitif du foie. *Encycl. Méd. Chir. (Paris) Foie-Pancréas* 7038 A 10, 6, 1982.
- DAVIDENKO N., CASANOVA M., SILVA GARCIA E., DE LOS SANTOS J. — Metástasis ósea primera manifestación de un hepatoma. *Cir. Urug.* 47: 162, 1977.
- DAVIDENKO N., CASANOVA de DAVIDENKO., SILVA GARCIA E., DAVIDENKO A. — Compresión hepática por voluminoso tumor renal derecho. *Cir. Urug.* 48: 141, 1979.
- DAVIDENKO N., CASANOVA M., SILVA GARCIA E., CURUCHET E., DE STEFANI E. — Alteraciones vasculares en los tumores hepáticos. *Cir. Urug.* 47: 85, 1977.
- DAVIDENKO N., SILVA GARCIA E., CASANOVA M., RIVERO I., VALLONE A. — Oleohepatografía. *Cir. Urug.* 43: 140, 1973.
- DAVIDENKO N. — Síndrome de Budd-Chiari. Tesis. 1975. Facultad de Medicina.
- GALLOT D., HIRSCH-MARIE H., HUGUET C. — L'alpha-feto-proteína (A.F.P.) sérique apres résection des cancers primitifs du foie chez l'adulte. *Nouv. Presse Méd.* 3: 2305, 1974.
- GOTTFRIED E.B., STELLER R., PARONETTO F., LIEBER C.S. — Spontaneous regression of hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 82: 770, 1982.
- HANOT V., GILBERT A. — Etude sur les maladies du foie. Paris. Asselin et Houzeau, 1888.
- HUGUET C., CAROLI J. — Traitement des tumeurs du foie. *Méd. Hyg.* 35: 11, 1977.
- LEMOTO Y., KONDO Y., NAKANO T., TSUCHIYA K., OHIO M. — Biliary cystadenocarcinoma diagnosed by liver biopsy performed under ultrasonographic guidance. *Gastroenterology* 84: 399, 1983.
- JOHNSON P.J., PORTMANN B., WILLIAMS R. — Alpha-feto-protein concentrations measured by radioimmunoassay in diagnosing and excluding hepatocellular carcinoma. *Br. Méd. J.* 2: 661, 1978.
- KIDO C., SASAKI T., KANEKO M. — Angiography of primary liver cancer. *Am. J. Roentgenol.* 113: 70, 1971.
- LUTWICK L.I. — Relation between aflatoxin, hepatitis B and hepatocellular carcinoma. *Lancet* 1: 755, 1979.
- MARTIN E., RAIN B. — Anatomie pathologique des tumeurs primitives du foie de l'adulte. Paris, Masson, 1983.
- MAKI S., KONNO T., MAEDA H. — Image enhancement in Computerized Tomography for sensitive diagnosis of liver cancer and semiquantitation of selective drug targeting with Oily contrast medium. *Cancer* 56: 751, 1985.
- NAGASUE N., INOKUCHI K., KOBAYASHI M., OGAWA Y.,

- SAKU M., IWAKI A., YUKAYA H. — Angiographic evaluation of hepatoma for surgical treatment. *Surg. Gynecol. Obstet.* 143: 184, 1976.
31. NANDE ARAMBURU J., AGUIAR R.A., JAUREGUITO A.S. — Hepatoma maligno. *Bol. Soc. Urug.* 25: 426, 1954.
 32. OKUDA K., OBATA H., JUNNOUCHE S., KUBO Y., NAGASAKI Y., SHIMOKAWA Y., MOTOIRE Y., MUTO H., NAKAJIMA Y., MUCHA H., YAMAZAKI T., SAKAMOTO K., KOJIRO M., NAKASHIMA T. — Angiographic assessment of gross anatomy of hepatocellular carcinoma: comparison of celiac angiograms and liver pathology in 100 cases. *Radiology* 123: 21, 1977.
 33. PARODI H. — Ictericia obstructiva por cistoadenoma hepático pediculado. *Hepatectomía izquierda. Cir. Urug.* 32: 17, 1961.
 34. PEQUIGNOT H., ETIENNE J.P., DELAVIERRE P., PETITE J.P. — Cancers primitifs du foie sur cirrhose. Augmentation de fréquence et observation chez des cirrhotiques connus et suivis. *Presse Méd.* 51: 2595, 1967.
 35. POSADA O., KURDIAN M., MUNOZ MONTEAVARO C. — En: *Hepatología Montevideo. Of. del Libro* 1967.
 36. RUBIN J.C. — Large pedunculated cavernous angioma of the liver reaching down into the pelvis and causing obstetric difficulty. *Am. J. Obst.* 77: 237, 1918.
 37. SANKALE M. — L'hépatome maligne de l'Africain. *Rev. Prat.* 24, 33, 3023, 1974.
 38. SCHWERK W.B., SCHMITZ-MOORMANN P. — Ultrasonically guided fine needle biopsies in neoplastic liver disease: cytohistologic and echo pattern of lesions. *Cancer* 48: 1469, 1981.
 39. SCHIFF L. — *Enfermedades del hígado.* Barcelona, Salvat, 1980.
 40. SUGAHARA K., KASHII A., KOGURE G., MANAKA J., SHIRAKURA T., MITANI S. — Serum Alpha-fetoprotein and resection of primary hepatic cancer. *Arch. Surg.* 106: 63, 1963.
 41. WU., CHEN H., ZHANG K. — Primary hepatic carcinoma resection over 18 years. *Chinese Med. J.* 93: 723, 1980.

miológicos, en un enfermo que tiene un gran tumor abdominal si el tumor es de origen anterior, es una cosa que me enseñó Piaggio Blanco, si el tumor es de origen peritoneal la fosa lumbar es sonora porque deja el colon por detrás, en los retroperitoneales la fosa lumbar es mate. De modo que la semiología podría haber orientado, la urografía de excreción también porque mostraba que el riñón no tenía ningún desplazamiento, eso del punto de vista semiológico.

Con respecto al hepatocarcinoma en sí, es evidente que el pediculado es una cosa muy rara, es una forma masiva, él habló de dos nódulos, yo le pregunto porqué dice que esos nódulos eran metastásicos, porque para testimoniarlo tendría que haber hecho una biopsia, haber sacado algo para decir que son metastásicos; porque en un porcentaje de casos puede tener el enfermo nódulos de otra naturaleza, por ejemplo de tipo parasitario y tener además el hepatocarcinoma. Uno piensa que tiene una diseminación y la lesión está circunscrita y puede verse a veces un enfermo que se le hace una resección de estas y uno piensa que se termina en pocos meses y sigue una buena evolución, testimoniando que aquellos no eran nódulos metastásicos, podría ser que ocurriera eso.

La otra cosa que planteó el Dr. Davidenko es que estos tumores son raros, aparecen en ciertas zonas, en Africa sobre todo en Kenia y en Tanganika, en zonas bajas, pantanosas, en Asia, en Indochina donde hay crecimiento de hongos que elaboran aflatoxinas que son las responsables de la aparición de estas lesiones.

En esos lugares en el Extremo Oriente y en el Africa cuando hay un tumor de este tipo en el hígado, piensan en esta lesión, nosotros no pensamos, ellos si piensan y además se vincula mucho su aparición a la hepatitis y por eso la profilaxis de la hepatitis puede traer como consecuencia la disminución de estos tumores y eso es interesante saberlo, yo no sé si en el resto del hígado este enfermo no tenía lesiones de esteatosis, me parece que lo dijo, entonces cabría preguntarse si no tuvo antes una hepatitis y esto pudo ser secuela de una hepatitis que tuvo años antes, es un detalle que quiero consignar.

COMENTARIOS

Dr. A. Valls

Felicito al Dr. Davidenko por el trabajo presentado. Del punto de vista clínico hubieran sido interesantes algunos detalles se-