

Hemangiomas de hígado

A propósito de 5 casos resecaados

Dres. José A. Praderi¹, Carlos Juambeltz², Angeles Cassinasco³, José Cartazzo⁴, Washington De Mello⁴, Nebel Bonilla⁵, Martín Odriozola⁶, Gerardo Secondo⁶, Raúl Praderi⁷

Resumen

Se presentan cinco observaciones de hemangioma cavernoso de hígado tratados con resección.

Se efectuó hepatectomía izquierda en 2 casos, segmentectomía II, III en 2 casos y segmentectomía V, VI en un caso.

La evolución fue buena. Un enfermo supuró. No se registró mortalidad operatoria.

Palabras clave: Hemangioma de hígado-terapia

Summary

Five cases of cavernous hepatic hemangioma treated by resection are presented. Left hepatectomy was performed in two cases, II and IIIrd segmentectomy in two cases and V and VIth segmentectomy in one case. The evolution was good. One patient suppurated. No operative mortality was registered.

Introducción

Los hemangiomas son los tumores benignos más comunes del hígado y a su vez éste es el órgano más afectado por ellos.

La primer descripción de un hemangioma hepático fue realizada por Frerich en 1861⁽¹⁾.

Es originado en los vasos sanguíneos, encapsulado, clasificándose en capilares y cavernosos, siendo

estos últimos los más comunes. Pueden verse asociados a hemangiomas pancreáticos.

Nunca se malignizan.

Los hemangiomas subcapsulares varían de tamaño, de 2 cm a gigantes; los pequeños cuyo hallazgo es a veces intraoperatorio no requieren tratamiento.

Su aspecto es como una esponja, como espacios quísticos llenos de sangre.

Los hemangiomas cavernosos son más grandes y pueden llegar a provocar la muerte si se rompen originando un hemoperitoneo.

Pueden pesar desde 1 gramo hasta 15 kg.

Material y método

Como en nuestro país se han informado pocas observaciones de esta patología, hemos reunido 5 casos operados por cirujanos de la Clínica Quirúrgica «3».

Caso 1. Sexo femenino, 59 años. Consulta en el Hosp. Pereyra Rossell en IV/78 por dolor epigástrico de 3 años de evolución. Se estudia con Rx simple de abdomen que muestra desplazamientos viscerales. Pensando en un quiste hidático se realiza Arco 5 que es negativo. El centellograma hepático comprueba que el lóbulo izquierdo está sustituido por un proceso expansivo y el pool sanguíneo diagnostica tumor vascular. Se interviene el 30/V/78 por incisión mediana supraumbilical resecando xifoides. Se ve gruesa tumoración vascular que ocupa el lóbulo izquierdo. Se realiza segmentectomía lateral izquierda II y III, dejando drenaje subhepático.

A la semana se reinterviene drenando colecciones supuradas en epigastrio y logia prehepática. Evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los 3 meses.

La anatomía patológica informa hemangioma cavernoso de hígado.

Un centellograma hepático de control realizado al año comprueba hipertrofia del lóbulo derecho.

Caso 2. Sexo femenino, 67 años. Consulta por

Clínica Quirúrgica «3». Director Profesor Raúl C. Praderi. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Uruguay.

¹ Médico Cirujano del M.S.P. ² Asistente Clínica Quirúrgica

³ Residente de Cirugía. ⁴ Cirujanos M.S.P. ⁵ Rivera. ⁶ Profesor

Agregado Clínica Quirúrgica. ⁷ Practicantes Internos. ⁷ Profesor de Clínica Quirúrgica.

Presentado como Tema Libre al XL Congreso Uruguayo de Cirugía Piriápolis, diciembre de 1989

Correspondencia: Dr. R. Praderi. Luis P. Ponce 1337 (502) 11300. Montevideo, Uruguay.

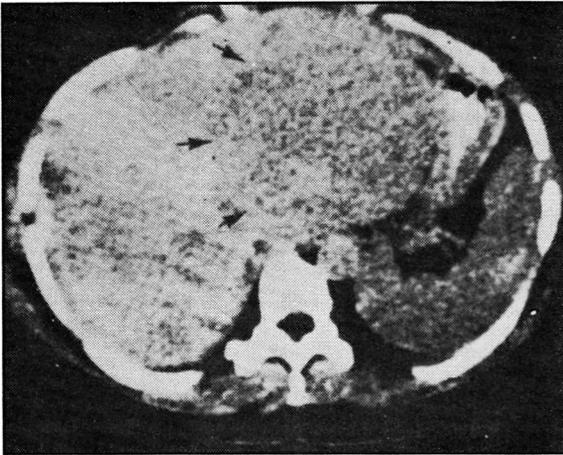


Figura 1. T.A.C. de hemangioma de lóbulo izquierdo hepático.

tumoración epigástrica de 3 meses de evolución. Se estudia con T.A.C. que muestra una imagen compatible con un hemangioma de lóbulo izquierdo hepático. Se interviene en V/79 en el Hosp. Italiano por incisión mediana supraumbilical prolongada hacia abajo e izquierda a la altura del ombligo. Se comprueba hemangioma de lóbulo izquierdo típico.

Se realiza lobectomía izquierda clásica (segmentos II y III).

Evolución postoperatoria sin incidentes (Figura 1).

La anatomía patológica informa hemangioma cavernoso de hígado.

Caso 3. Sexo femenino, 61 años. Obesa, con antecedentes de hipertensión arterial, que consulta por repercusión general, tumoración epigástrica y periumbilical, constatándose anemia clínica.

Se estudia con fibrolaparoscopia que muestra hepatomegalia de superficie nodular y aspecto hemático diagnosticándose angioma hepático.

La ecografía informa enorme formación quística polilobulada de hígado que respeta el lóbulo derecho.

Se interviene en IMPASA el 24/VI/87 por incisión mediana prolongada a fosa ilíaca izquierda por debajo del ombligo.

Se comprueba enorme tumor que aplasta al bazo y estómago y ocupa el abdomen superior. Disección del pedículo hepático y ligadura de una gruesa arteria hepática izquierda. Inmediatamente el tumor pierde su turgencia disminuyendo de volumen progresivamente hasta transformarse en una especie de bolsa vacía que permite trabajar con mucha comodidad completando la hepatectomía izquierda con resección del lóbulo de Spiegel. Al terminar la operación la cava se ve desnuda. Se completa con colecistectomía (Figura 2).

La anatomía patológica informa hemangioma cavernoso de lóbulo izquierdo hepático.



Figura 2. Aspecto intraoperatorio de la tercer observación antes y después de la ligadura de la arteria hepática izquierda.

A los 4 días de operada la paciente instala un AVE isquémico. Desde el punto de vista abdominal la paciente cursa sin complicaciones.

Fallece a los 6 meses por descompensación respiratoria.

Caso 4. Sexo femenino, 48 años, con antecedentes de consumir anticonceptivos orales de larga data, que consulta en IX/87 por molestias abdominales. Es estudiada con ecografía abdominal que muestra hepatomegalia moderada, irregular con proceso expansivo de lóbulo derecho planteándose secundarismo hepático. La T.A.C. corrobora proceso expansivo de la mayor parte del lóbulo derecho sector inferior.

El centellograma y pool sanguíneo con Tc 99 muestra marcada disminución de la radioactividad en la mitad del lóbulo derecho y todo el izquierdo, en segmentos IX, V y VI.

La arteriografía hepática informa proceso expansivo de la mitad inferior del lóbulo derecho con hiper y neovascularización. (Figura 3A y 3B).

Se interviene en el Sanatorio 2 del CASMU el 13/XI/87 por incisión transversa buscostal de hipocostrio derecho prolongada al 9º espacio intercostal sin apertura pleural. Se trata de un hemangioma de segmentos V y VI. Se realiza bisegmentectomía V y VI asociada a colecistectomía. Se coloca aspiración con drenaje al vacío. Evolución postoperatoria sin incidentes.

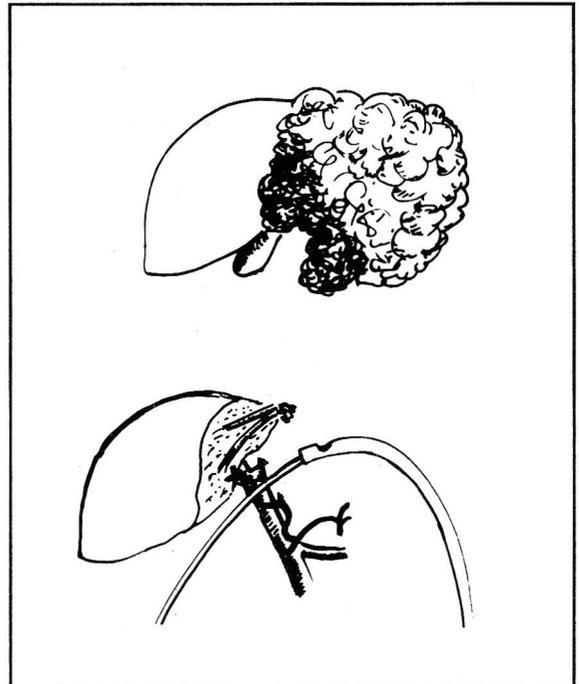
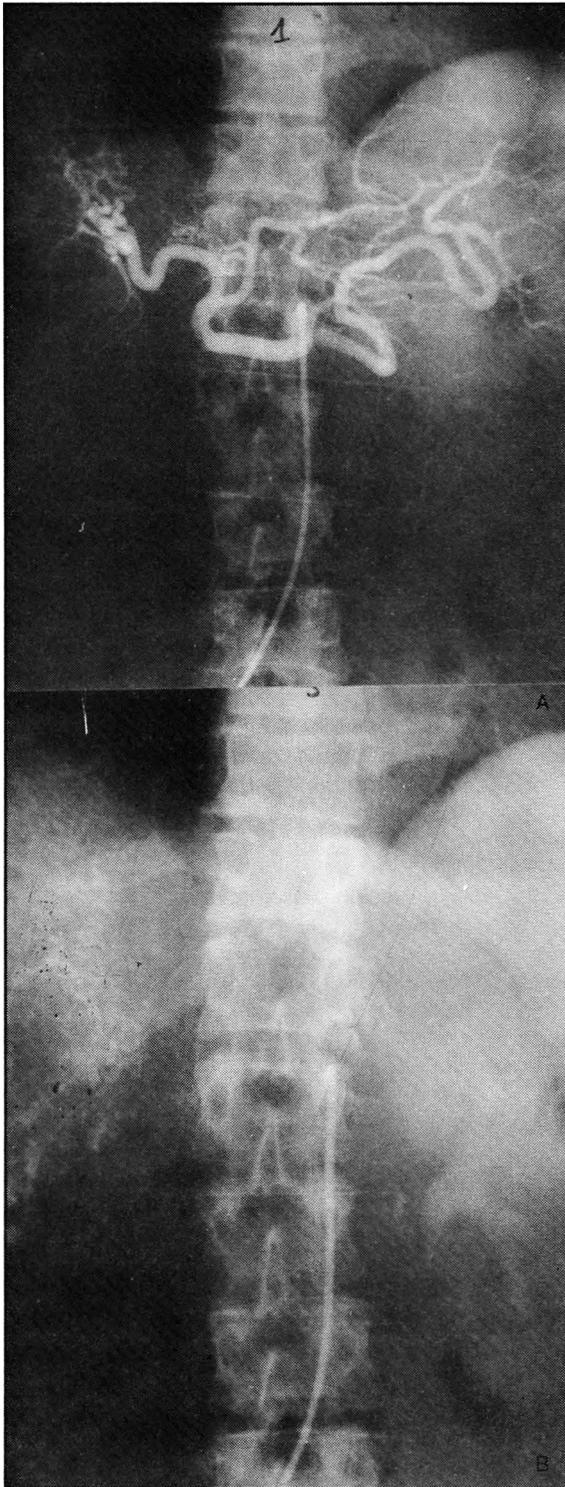


Figura 4. Caso 5. Aspecto del tumor y del hígado restante después de la hepatectomía.

La anatomía patológica informa hemangioma cavernoso muy extenso de hígado.

Caso 5. Sexo femenino, 46 años, con antecedentes de hipertensión arterial y consumidora de anticonceptivos orales de larga data que presenta dolor epigástrico de 5 meses de evolución. Se estudia con ecografía abdominal diagnosticándose quiste hidático de hígado. Es intervenida en Rivera en IX/89 por incisión en boca de horno. Se comprueba tumoración quística de segmentos II, III, y IV que al ser puncionada con trocar viene sangre. Por no disponer de reposición suficiente y cuidados postoperatorios especializados se decide su traslado a Montevideo. Ingres a los 2 días al Hospital Maciel. Es reestudiada con arteriografía de mesentérica superior y hepática. En esta última se ven 2 ramas arteriales de la derecha, una de ellas describiendo un arco cóncavo hacia la izquierda siendo opaco todo el sector medio e izquierdo, comprobándose proceso expansivo hepático de lóbulo izquierdo corroborado por T.A.C. con las características de un tumor vascular.

Es intervenida en la clínica el 21/XI/89 por la misma incisión. El tumor ocupa toda la fosa frénica izquierda y pasa la línea media. Tiene color negruzco, vinoso, polilobulado con nódulos más grandes a izquierda y otros más pequeños a nivel del lóbulo cuadrado que forma una lengüeta por delante del mismo. Se procede a la disección minuciosa del pedículo

hepático ligando todas las arterias que van al mismo y 2 ramas arteriales que nacen una a 2 cm por encima de la otra, que terminan en el lóbulo izquierdo, disminuyendo algo el volumen del tumor.

Se practica hepatectomía izquierda atípica (segm. I, II, III y IV) más colecistectomía. Se deja drenaje con toma de aire. Al cortar la pieza se constatan gruesos coágulos que explica que haya disminuido poco su tamaño al ligar las arterias que lo nutrían.

Evolución postoperatoria sin incidentes. Alta al 7º día. (Figura 4).

La anatomía patológica informa hemangioma cavernoso de hígado con importantes coágulos en su interior.

Comentario

Como se ve en esta pequeña casuística todas las pacientes son mujeres maduras entre los 48 y 67 años. Las más jóvenes (casos 4 y 5) eran tomadoras de anticonceptivos orales, asociación que se ve con frecuencia como lo señala Klastkin ⁽²⁾.

Los nuevos métodos diagnósticos permiten el estudio y diagnóstico con gran aproximación.

En todos los casos —menos uno— se realizó ecografía abdominal (pues fue operada antes del advenimiento de este procedimiento en nuestro país) ⁽³⁾.

La T.A.C. es un método muy útil para evaluar la anatomía topográfica exacta de dichos tumores antes de la operación ⁽³⁾. Se puede efectuar inyectando contraste en el árbol vascular ⁽⁴⁾.

En dos casos se efectuó centellograma hepático y pool sanguíneo, método bastante específico y útil.

En un caso fue estudiada solo con ecografía abdominal y fibrolaparoscopia. Este último método sirve para confirmar la etiología ⁽⁵⁾.

En dos enfermas se realizó arteriografía, una de ellas por no ser claras las imágenes obtenidas por otros métodos.

La enferma operada por primera vez en Rivera se quiso confirmar el origen anatómico de la arteria hepática para poder realizar la ligadura de la hepática izquierda al principio de la operación.

El abordaje fue abdominal en todos los casos utilizando incisiones medianas o en boca de horno.

Consideramos que la maniobra fundamental es la disección del pedículo hepático para ligar la arteria hepática correspondiente al área tumoral. Con esta maniobra se obtuvo algunas veces la disminución del tamaño del tumor que facilitó la exéresis.

En otros casos la presencia de coágulos en el interior del mismo no permitió que disminuyera mucho.

En todos los casos se realizó hepatectomía típica reglada por los planos cisurales: segmentectomía II y III en 2 casos; segmentectomía II, III, IV + resección

de lóbulo de Spiegel en 2 casos y segmentectomía V y VI en un caso.

Con excepción del caso operado en el Hospital Pereira Rossell, que supuró, los demás curaron sin complicaciones.

Discusión

Estos tumores son más frecuentes en niños varones que en adultos, aunque en éstos la mayor incidencia se ve en la 3ª y 4ª década de vida con una relación 5/1, mujer/hombre.

Los cinco casos presentados eran hemangiomas cavernosos que es la forma más común.

En el niño pueden debutar por su complicación: el hemoperitoneo.

En el adulto rara vez se rompen.

La punción y biopsia quirúrgica no son aconsejables, pues pueden provocar hemorragias muy peligrosas ⁽⁶⁾.

Otras complicaciones menos frecuentes son: la insuficiencia cardíaca por actuar como shunt arteriovenoso y el secuestro plaquetario originando un púrpura trombocitopénico.

La primera resección de un hemangioma hepático fue realizada por Von Eiselberg en 1893 ⁽¹⁾.

En casos de inoperabilidad por extensión, topografía o terreno puede realizarse la embolización de la arteria hepática con Gelfoam, Ivalon o microesferas o su ligadura ⁽⁷⁾.

Pero la resección quirúrgica pone a cubierto al enfermo de las complicaciones, utilizando buena técnica, con exacto conocimiento anatómico como señala Starzl ⁽⁸⁾ y otros ⁽⁹⁾.

Los resultados han sido buenos pues se trata de tumores benignos que bien tratados evolucionan favorablemente y sin complicaciones ⁽¹⁰⁾.

Bibliografía

1. **Schwartz S.** Quistes y tumores benignos. Cap. 65. En: Maingot R. Operaciones abdominales. Buenos Aires: Panamericana, 1986(2).
2. **Klastkin G.** Hepatic tumors: possible relationship to use of oral contraceptives. *Gastroenterology* 1977; 73: 386.
3. **Itai Y, Ohtomo K, Araki R, Furui S, Ilio M, Atomi J.** Computed tomography and sonography of cavernous hemangioma of the liver. *Am J Radiol* 1983; 141: 315.
4. **Bennett PH, Zerhouni EA, White RI, Siegelman SS.** Computed tomography in the diagnosis of cavernous hemangioma of the liver. *Am J Radiol* 1980; 134: 439.
5. **Kato M, Sugawara I, Okada A, Kuwata K, Satani M, Okamoto E.** Hemangioma of the liver. Diagnosis with combined use of laparoscopy and hepatic arteriography. *Am J Surg* 1975; 129: 698.
6. **Cady B.** Hepatic Tumors. Cap. 20. En: Mac Dermott W. *Surgery of the liver.* Boston: Blackwell Scient, 1989.

7. **Bengmark S, Jeppsson B.** Hepatic dearterialization and embolization in the treatment of primary and secondary liver tumours. En: Bengmark S, Blumgart LH. Liver Surgery. Edinburgh: Churchill Livingstones, 1986.
8. **Starzl TE, Koep LJ, Weil III R, Fennell RH, Iwatsuki S, Kano T.** Excisional treatment of cavernous hemangioma of liver. Ann Surg 1980; 192: 25.
9. **Trastek VF, von Heerden JA, Sheedy PF II, Adson MA.** Cavernous hemangioma of the liver. Resect or observe? Am J Surg 1983; 145: 49.
10. **Foster JH.** Focal nodular hyperplasia, benign tumours and cysts. En: Bengmark S, Blumgart LH. Liver Surgery. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986.