

FIBROMA DEL HIGADO — EXERESIS — CURACION⁽¹⁾

Abel CHIFFLET

Presentado en la Sesión del 4 de Junio de 1941

La historia del paciente que motiva esta comunicación es la siguiente:

Z. A. de G., 35 años, de campaña, sin ningún antecedente mórbido de interés para su afección actual, ingresa al Servicio del Prof. Stajano el 29 de enero de 1941. Dice que desde 5 años atrás nota una tumoración en la parte alta de su abdomen, que sin provocarle mayores molestias ha crecido lentamente. Hace 3 años fué intervenida por ese tumor en una ciudad del interior, pensando en un quiste hidático, y se le dijo a los familiares al terminar la operación, que la lesión que se encontró no era extirpable. Últimamente ha tenido dolores discretos, difusos, en su vientre, en especial en el hipocondrio derecho, con irradiación al dorso y al hombro del mismo lado. El estado general de la paciente, sus fuerzas, apetito, peso, etc., se conservan normales. Sin vómito ni urticaria.

Al examen del abdomen se nota una fuerte tumoración situada hacia arriba y derecha del ombligo y que ocupa epigastrio e hipocondrio derecho. No hay deformación del reborde costal. La tumoración se moviliza con la respiración. A la palpación se circunscribe dicha tumoración de unos 20 cm. de diámetro, redondeada, lisa, dura, uniforme, no dolorosa. Se puede desplazar con la mano horizontalmente, siendo posible insinuarse entre ella y el reborde costal. Más hacia el epigastrio no es posible introducirse por arriba de la tumoración. El hígado no se palpa. En decúbito izquierdo la tumoración se desplaza yendo al epigastrio y aún hipocondrio izquierdo. No tiene contacto lumbar.

Percusión: Borde superior del hígado en 5º espacio. La macidez hepática se continúa con la macidez tumoral en el tercio interno del reborde costal. Esa macidez está rodeada de sonoridad siendo posible individualizar el colon a la derecha de la tumoración.

Ex. genital y pélvico: Nada de particular.

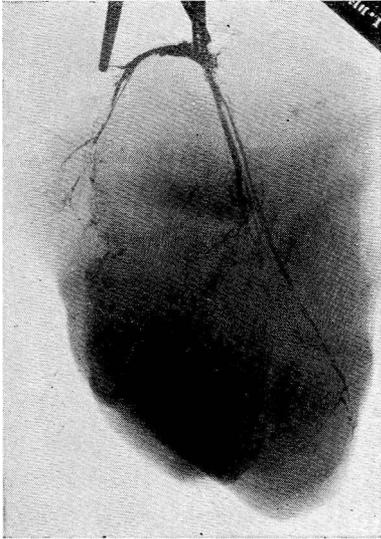
Análisis corrientes: normales.

Radioscopia: Tórax normal. Porción horizontal del estómago comprimido y levantado por la tumoración, dejando al descubierto el arco duodenal normal. Colon transversal sin signo de lesión intrínseca levantado por la tumoración a la cual contournea.

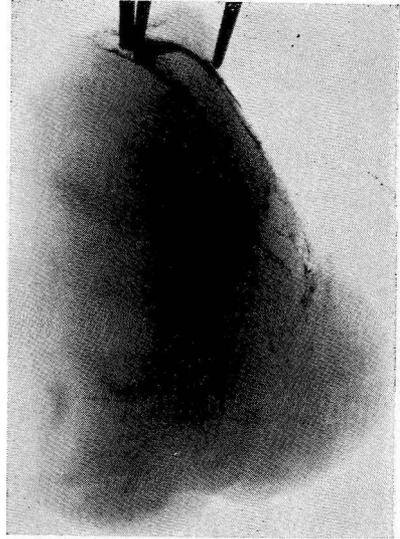
Operación: Dr. Abel Chifflet y Ptes. Solsone y Schroeder. Eter. Incisión

(1) Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía el 4 de junio de 1941.

transrectal derecha. La tumoración, intraperitoneal, es blanca, dura, con evidente aspecto fibromatoso y surcada por gruesas venas extendidas en su superficie. Se comprueba que está completamente libre abajo, atrás y a los lados, teniendo una unión hacia arriba. En las tentativas de exteriorizarlo se desgarró una vena de la superficie, que provoca abundante hemorragia, siendo imposible hacer su hemostasis con pinzas o suturas, pues la sangre viene del espesor del tumor duro, por vasos que se mantienen abiertos. Inmediatamente prolongo algo la incisión para permitir la exteriorización



Radiografía del tumor con los vasos inyectados



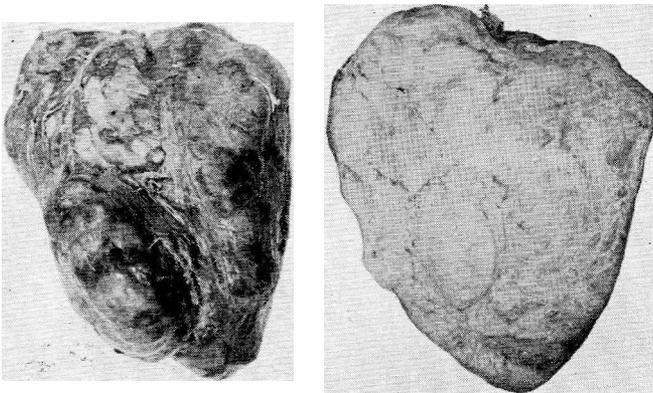
Radiografía mostrando la situación periférica de los vasos

rápida del tumor y sacándolo del vientre lo basculo hacia arriba con la idea de angular el hígado y detener la hemorragia. La hemostasis se obtuvo perfecta por esta maniobra. Luego se exploran las conexiones del tumor, haciendo cuidadosamente la preparación para el tiempo ulterior.

La masa tumoral estaba incluida en el lóbulo izquierdo del hígado, haciendo, por su gran volumen tracción sobre ese lóbulo, al que había orientado hacia abajo transformándolo en un verdadero grueso pedículo del tumor. Se decidió hacer su extirpación sin hemostasis previa. Sección de la cápsula hepática en todo el contorno del lóbulo izquierdo. Se deja el bisturí y con el dedo se va labrando en el parénquima hepático la separación de la zona a amputar. En el curso de esta separación aparecen algunos vasos que se ligan y cortan. En fin, la maniobra digital hecha en toda la periferia del lóbulo hacia la profundidad, deja a la masa a extirpar unida al resto del hígado por un grueso pedículo vascular que se liga y secciona, terminando así con la exéresis. La superficie cruenta hepática no sangra mucho, siendo suficiente unas compresas húmedas calientes para poder hacer la sutura

hepática en condiciones ideales. Siendo que el tumor llegaba profundamente en el hígado, al terminar su exeresis digital quedaron dos valvas hepáticas correspondientes a las caras superior e inferior del hígado y entre ellas, en la profundidad de la zona cruenta, la ligadura del grueso pedículo vascular. Sutura de la valva superior a la inferior con puntos en cadena de catgut. Cierre del vientre dejando una pequeña mecha.

Post-operatorio. — Proceso congestivo pulmonar en los días siguientes,



Fotografía de la superficie y del corte del fibroma

sin mayor importancia. Se retira la pequeña mecha a los cuatro días. Alta al 8° día de la operación. Evolución ulterior sin particularidades.

Estudio de la pieza operatoria. — Se trata de un fibroma de 20 cm. de diámetro, irregularmente esférico, recubierto en gran parte por la serosa peritoneal y con una amplia zona cruenta donde ha quedado resto de tejido hepático unido al tumor. El estudio histológico del tumor, de sus relaciones con los vasos, de la cápsula hepática, etc., permiten diagnosticar: fibroma del hígado. (Ver figuras).

Consideraciones. — El fibroma solitario de hígado, llegando a este volumen, constituye una afección extraordinariamente rara, no habiendo encontrado en la literatura médica ningún caso similar: sólo citas de necropsias. Es más interesante aún en nuestro medio, donde el quiste hidático tiene una frecuencia absorbente dentro de las formaciones hepáticas benignas.

El cuadro funcional de la enferma era casi nulo, pues apenas

algunos dolores vagos abdominales acompañaban a su tumor que ya había notado 5 años atrás. La intervención realizada 3 años antes fué justificada también sólo por la palpación accidental del tumor.

El examen del abdomen permitía palpar fácilmente la gruesa tumoración, dando la impresión clara de tumor redondeado, sólido, uniforme. Su topografía era fácil de definir con los datos del examen clínico, afirmados más aún por el estudio radiológico: este tumor sólido estaba en la cavidad peritoneal, junto a la pared anterior a la cual no adhería, levantando hacia arriba el estómago y el colon transversal y dejando al descubierto el arco duodenal que era normal. El problema difícil era establecer las conexiones de ese tumor allí topografiado. Su ubicación infracólica nos hizo pensar seriamente en un tumor sólido de extremidad superior del mesenterio o del epiplón, y con ese diagnóstico iniciamos la operación. Algunos asistentes del Servicio pensaron en un quiste hidático por su extrema frecuencia y agregaron por el mismo motivo su ubicación en el hígado. Resultaba algo difícil, a pesar de la macidez que continuaba sobre el epigastrio, el hígado y el tumor, explicar el desplazamiento hacia arriba del colon y estómago y en especial el hecho de que el colega que había operado a la paciente no hubiese tentado su tratamiento. La disposición encontrada en el acto operatorio explica los resultados de la semiología clínica y radiológica. En efecto; el tumor en su crecimiento fué desplazándose por la cara anterior del vientre, descendiendo el lóbulo izquierdo del hígado y llegó a sobrepasar el colon transversal, al cual alojó en el espacio posterior a su pedículo.

El interés en la técnica operatoria en la cirugía de la glándula hepática está acaparado por el problema de la hemorragia. El hígado, en efecto, tiene condiciones excepcionales para cicatrizar, lo cual hace que a pocos días de su sutura ya existe una cicatriz perfecta. Tiene además una capacidad de regeneración extraordinaria que hace posible grandes exeresis. Al decir cirugía del hígado sólo se piensa en el problema de la hemorragia. Es a este problema que dedicaremos algunas consideraciones.

Varios recursos han sido utilizados por diferentes autores para evitar o cohibir una hemorragia de hígado. Es obligación de quien puede estar obligado a esta cirugía conocerlos a todos, pues de su hábil indicación y oportuna combinación pueden depender muchos éxitos.

1º *Hemostasis temporaria por compresión del pedículo.*

Es una maniobra que consiste en hacer la compresión por medio de un clan protegido con tubos de goma o con los dedos (pinza dígito - pulgar) y que toma todo el pedículo (arteria hepática, vena porta, canales biliares y nervios).

Fué ideada y ejecutada por Mc Dill en 1912. Kirschner la propone en su texto en 1933, pero Ravdin, traductor del autor alemán al inglés, hace una advertencia sobre el riesgo enorme para la vida del sujeto por la fuerte baja de presión. Zinker y Zinker hacen últimamente una revisión de la literatura sobre ese punto y realizan una serie de experiencias en animales para analizar los riesgos de la maniobra.

Resumiendo el estado actual del problema diremos que esa maniobra, hecha durante unos minutos, nunca superior a 10, puede ser de gran utilidad para controlar hemorragias violentas que exponen a la muerte en pocos minutos. Pero la indicación formal está limitada sólo a esos casos breves y graves, pues los riesgos de la compresión son serios:

1) Descenso brutal de la presión arterial que lleva a la muerte si no se detiene la compresión y se hace intensa medicación apropiada; 2) estasis venosa en el intestino que en pocos minutos lleva a hemorragias y necrosis de consecuencias muy graves. Es una maniobra a conocer pero cuya indicación ha de ser excepcional.

2º *Sutura hemostática previa del hígado.* — Esta sutura es posible aplicarla en los casos en que la zona a extirpar está en un borde o extremo del hígado. Puede ser sutura definitiva o temporaria, siendo su función en ambos casos el bloqueo de la región operatoria. La sutura definitiva se practica haciendo puntos en cadena o de colchonero que tomen todo el espesor del hígado. Se usa habitualmente catgut grueso para que no corte al traccionar, siendo, por otra parte, suave al traccionar. Las transfixiones del hígado deben ser hechas con agujas romas para que no perforen vasos importantes y conviene colocar en la superficie a suturar, para que no desgarré el hígado, láminas de celuloide o fajas de facia lata o epiplón, ligamento suspensor, algunos planos de pared abdominal, librados o no, etc.

La sutura temporaria sobre varillas metálicas que comprimen

arriba y abajo el hígado, es de excepcional aplicación, pues la rica vascularización y pronta regeneración del hígado hace preferible la hemostasis definitiva.

Los resultados de la sutura previa son buenos. Sin embargo esta sutura puede ser prácticamente imposible en los casos en que una hemorragia intensa de la zona enferma, por herida de hígado o por accidente operatorio, impida tomarse el tiempo necesario para esta sutura. En los casos de lesiones a tratar incluídas en la masa hepática puede resultar imposible colocar una línea de sutura que bloquee el tumor. En fin, en las tumoraciones benignas, aun situadas en los bordes del hígado, puede resultar mucho más práctico recurrir a las maniobras de hemostasis que nos ocuparán más adelante.

3º *Compresión manual o angulación del segmento a extirpar.* — La sutura hemostática previa puede ser reemplazada en ciertos casos por la compresión que un ayudante puede efectuar con sus manos hábilmente colocadas sobre el segmento a extirpar, o por compresión del hígado con una mano en su cara inferior contra el reborde costal. En nuestro caso, donde la intensidad de la hemorragia en la superficie del tumor y su volumen no permitieron hacer una sutura hemostática previa, recurrimos instintivamente a una maniobra que no hemos visto descrita y que consistía en la rápida exteriorización del tumor que fué llevado hacia arriba, angulando así el lóbulo izquierdo pediculizado y deteniendo instantáneamente la hemorragia. Es natural que los efectos de esta maniobra terminan en cuanto se termina la extirpación del tumor que sirvió para angular el segmento hepático adyacente, pero si la extirpación se hace practicando la ligadura previa de los vasos del tumor puede resultar, como en nuestro caso, una combinación de técnicas de altísimo valor práctico.

4º *Ligadura previa de los vasos.* — La noción de que las ramas de la arteria hepática se van subdividiendo, yendo en definitiva cada rama terminal a irrigar un territorio determinado de la glándula, hace comprender cómo un tumor que inicie su desarrollo en un punto de esa glándula, ha de estar irrigado por una sola arteria y que en su crecimiento, si se mantiene sin invadir los tejidos vecinos, como tumor benigno que es, ha de estar nutrido siempre sólo por esa arteria. De este hecho surge una

enseñanza interesante: la enucleación de esos tumores debe hacerse con cierta precaución para descubrir el pedículo y ligarlo antes de su sección. Tal fué lo que hicimos en nuestro paciente y estamos seguros que si no efectuábamos esa ligadura antes de la sección, la hemorragia hubiese sido tan enorme que difícilmente hubiésemos conseguido terminar con hemostasis perfecta en ese caso en que la hemostasis previa no fué posible.

Varios autores han estudiado, en vistas a las resecciones típicas segmentarias del hígado, en especial del lóbulo izquierdo, la topografía de los gruesos vasos que llegan a él, para hacer su ligadura previa. Estas ligaduras las han efectuado a través de la masa hepática y siempre las han acompañado de una sutura en cadena total del hígado a la altura de esas ligaduras, antes de cortar el hígado. Consideramos de interés el conocimiento de la ubicación de los vasos pero juzgamos que su ligadura a través del parénquima no puede aisladamente dar absoluta seguridad de hemostasis, para llevar a cabo con sencillez la operación.

Creemos, en cambio, que en esas resecciones de un segmento de hígado, sin pedículo vascular único como en los tumores, la ligadura de los vasos antes de su sección puede hacerse después de su descubierta. Para descubrir los vasos es posible, y así lo hemos comprobado en cadáveres frescos, seguir la misma técnica en nuestro caso de pedículo único, es decir el desgarramiento hepático a dedo.

En lugar de hacer la sección instrumental del hígado, hicimos una sección interesando sólo la cápsula y parte adyacente en todo el contorno del segmento a extirpar. Progresamos luego hacia el centro desgarrando suavemente con el dedo, siguiendo las zonas de fácil desprendimiento hasta llegar a la resistencia de brida de la gruesa arteria cuya ligadura y sección permitió la separación de la masa tumoral sin mayor corrimiento de sangre. El desprendimiento a dedo muestra aquí, como en muchos otros terrenos, ventajas evidentes sobre las maniobras instrumentales.

5º *Bisturí eléctrico*. — En el corte de un grueso pedículo de un tumor, sólo la ligadura puede evitar la hemorragia, pero es indudable que en las secciones de parénquima hepático, el bisturí eléctrico es de enorme utilidad. Casi todos los cirujanos que se ocupan de secciones de hígado lo aconsejan, debiendo tenerlo en el arsenal de recursos a utilizar.

6° *Sutura hemostática del hígado.* — Hecha la sección del hígado es necesario cerrar la brecha operatoria, para lo cual se debe hacer una sutura que detenga la hemorragia, que, sea cual sea el procedimiento previo usado, continúa en grado variable en la superficie de sección. No vamos a detallar la técnica de los puntos en cadena o de colchonero sino que sólo vamos a insistir en la necesidad de que esos puntos no desgarran el tejido hepático usando algunos de los recursos a que nos referimos al hablar de sutura hemostática previa.

7° *Movilización del hígado.* — En nuestra paciente, el voluminoso tumor había dislocado al lóbulo izquierdo del hígado, sacándolo de su contacto diafragmático, para transformarlo en una gruesa masa vertical que casi constituía un pedículo para el tumor. Fué posible maniobrar sobre este segmento de hígado, exteriorizándolo sin dificultad. Este factor fué de importancia en el desarrollo simple de nuestra operación, pues es evidente que ni la angulación del lóbulo izquierdo para la hemostasis previa, ni la ligadura del pedículo del tumor hubiesen sido sencillos si la operación se hubiese desarrollado en un hígado en situación y fijeza normales.

Al reconocer la importancia de esta movilidad, adelantamos ya nuestra opinión favorable a la movilización previa del hígado en su cirugía. La sección del ligamento triangular y el decolamiento del coronario tal como lo enseñaba Mérola y como lo realizó Caprio es una maniobra segura y que da una movilización suficiente como para una exteriorización indispensable.

8° *Autotransfusión.* — Frente a un paciente en extremo grado de anemia y con abundante cantidad de sangre en la cavidad peritoneal surge inmediatamente la idea de utilizarla por vía intravenosa, tal como se ha hecho para otras hemorragias intraperitoneales. Esta posibilidad ha sido ya planteada, resultando que la única objeción es la presencia en esa sangre, de bilis proveniente de los canalículos biliares, que puede ser muy nociva por los derivados de la colina que contiene.

Al análisis de las suturas sobre hígado sano que se han hecho, resulta siempre que cuando se han debido dejar mechas, éstas se mojan en sangre y nunca en bilis. En alguna herida que debimos

taponar, en el post - operatorio sólo vimos sangre alterada en las mechas.

Por otra parte, se ha estudiado experimentalmente el efecto de la inyección intravenosa de esa sangre hepática, no notando los autores de esa experiencia ningún efecto nocivo. Creemos que, previo estudio de la aglutinación, debe utilizarse en clínica humana, cuando las circunstancias exigen reposición sanguínea y no se dispone de "stock" abundante de sangre.

Si hemos entrado en la enumeración de recursos técnicos para la cirugía del hígado es porque la literatura mundial es ya bastante rica en extirpaciones de tumores benignos y malignos de este órgano y en resecciones parciales como para considerar obligatoria a esta cirugía en medios quirúrgicos como el nuestro.

El adenoma de hígado es una afección benigna pero la evolución puede llevarlo al neoplasma, por lo cual la casuística rica en extirpación de adenomas adquiere un real interés práctico. La frecuencia y riesgos de los hemangiomas hepáticos ha obligado también a múltiples resecciones parciales de hígado habiendo gran número de casos curados. Otros tumores benignos son excepcionales.

Los tumores malignos primitivos (carcinoma, adenocarcinoma, sarcoma, hipernefroma) no han escapado a la cirugía y ya son numerosos los pacientes que han tenido sobrevidas de varios años. En cuanto a los tumores malignos metastáticos, varias veces han sido reseçados ya sea por ignorar el primitivo o por creer que siendo metástasis única, era posible obtener con la extirpación del tumor primitivo una mayor sobrevida. Los casos a que se refiere Balfour parecen autorizar en muchas oportunidades esta resección hepato - tumoral.

En fin, en algunas heridas cortantes, contusas o por arma de fuego es necesario a veces, para hacer una buena hemostasis, reseccar todo el sector agredido lo cual permite una sutura típica en tejido sano.

Sabiendo la multiplicidad de indicaciones de la resección hepática y conociendo los recursos para evitar la hemorragia, es posible que la cirugía de la glándula adquiera una mayor difusión entre nosotros.

Resumen. — Con motivo de una observación de grueso fibroma hepático operado con éxito, se hacen consideraciones rápidas sobre la rareza de la afección y el diagnóstico clínico y radiológico. Se centraliza la exposición en los recursos posibles contra la hemorragia en la cirugía del hígado citando los procedimientos de hemostasis habituales y agregando dos nociones que reputamos de interés: la maniobra de hemostasis por angulación y la ligadura de los vasos antes de su sección, de indicación formal en los tumores benignos por su pedículo único pero siempre posible en cualquier caso, si se procede a la separación a dedo de la zona a extirpar. Termina la comunicación llamando la atención sobre la abundante casuística mundial en cirugía de hígado y sobre la necesidad de que todo cirujano que abre un vientre sepa los recursos indispensables para una intervención posible en ese órgano.