

**Trabajo del Instituto de Clínica Quirúrgica y Cirugía Experimental.
Profesor Alfredo Navarro.**

ADENOMA HEPÁTICO

Operación. — Curación

Dres. Ramón P. Sierra y Héctor Ardao

Los adenomas hepáticos son tan excepcionales, que justifican la presentación de todo caso que se observe.

Presentamos un caso de adenoma hepático, que tuvimos oportunidad de tratar en el Servicio del Profesor A. Navarro en el Hospital Maciel.

HISTORIA CLINICA. — L. P. de F., urug., cas., 41 años. Montevideo. Me consulta en setiembre de 1942 por molestias vagas y persistentes en el hipocondrio derecho. Desde hace 8 meses, se encuentra con sensación de pesantez epigástrica, que a veces llega a provocar un leve dolor persistente.

Estos síntomas aparecen sin ritmo fijo y esa variación se mantiene hasta el momento del examen.

Lo que más llama la atención es que lentamente va perdiendo su aptitud para el trabajo, se distrae fácil, se encuentra pesada, menos ágil. Sus fuerzas disminuyen y una astenia franca le dificulta cada vez más sus tareas.

Friolenta en estos últimos tiempos. Frecuentes cefaleas occipitales, a veces seguidas de mareos.

Desde el comienzo tiene intolerancia por pescado, carne hervida, grasas, etc., por lo cual hace un régimen que no logra hacer desaparecer sus molestias. Desde hace 2 a 3 años tiene ya síntomas de insuficiencia hepática.

No ha tenido vómitos ni diarrea.

Antecedentes personales. — Menarca a los 15 años. Menstruaciones regulares, periódicas, duran 3 días. Después de los 20 años, se hacen escasas, hasta que hace 4 años, después de un parto a fórceps, no menstruó más. Un solo embarazo. Niega abortos.

Antecedentes familiares. — Sin particular.

Examen. — Mujer de raza blanca. Estado general bueno. Apirética. Pulso regular. 80. Piel algo decolorada.

Abdomen se moviliza bien con la respiración e indoloro espontáneamente.

Panículo adiposo bien conservado. No hay contractura. Pared bien flácida, que permite una palpación abdominal fácil.

En el hipocondrio derecho, a pocos dedos por debajo del reborde costal, se comprueba una tumoración mate a la percusión, que llega por dentro hasta el borde externo del recto derecho, por debajo a unos 4 dedos bajo el reborde y por fuera unos 8 cms. fuera del borde del recto.

Como un puño mediano, firme, redondeada en su conjunto, de superficie lisa pero algo abollonada, tiene un límite neto inferior y por arriba se confunde con el hígado. Está bien en contacto con la pared anterior, bajo la cual se moviliza perfectamente con los movimientos respiratorios, acompañando al hígado en sus incursiones.

Deforma el borde del hígado y por fuera de ella logra palparse el borde hepático con caracteres normales. Se siente mejor en decúbito lateral izquierdo. El resto de la palpación hepática, nada de anormal. Bazo no se palpa. Fosas lumbares libres. Resto del abdomen normal. Tacto rectal y genital sin particular.

Examen laboratorio: Orina: Normal. Urea en suero: 0.40. R. W.: Negativa. Tiempo coagulación en tubo: 7'. Abreu: Cuti: Positiva. Radiografía: Normal. Radiografías: Estómago y duodeno: Normales.

Intestino grueso: Por enema: Desviación del ángulo hepático hacia línea media. Tránsito normal. No hay lesión orgánica. (Dr. Zerboni).

Resumen de la historia: Enferma de 41 años, que desde hace 2 ó 3 años tiene síntomas claros de insuficiencia hepática, que se intensifican en estos últimos 8 meses. Vista por mí, compruebo que a ese cuadro de insuficiencia hepática, con molestias vagas e intermitentes del hipocondrio derecho, se le agrega la presencia de una tumoración hepática de mediano volumen, que forma cuerpo con el hígado. Por tal motivo decido su ingreso.

Los exámenes de laboratorio, sólo los Rayos X revelan un desplazamiento hacia adentro, del ángulo derecho del colon. (Fig. A).

No se hicieron las reacciones de quiste hidático.

Se decide la operación sin un diagnóstico preciso, como operación de exploración y tratamiento si es posible.

Operación. — Octubre 19/42. Dr. Sierra. Ayudante Dr. López Gutiérrez y Pte. Duró. Anestesia general: éter. Pte. Prunel. Incisión Spengel. Abierto el peritoneo se comprueba: en el lóbulo derecho del hígado, inmediatamente por fuera de la zona vesicular, una tumoración del volumen de una naranja mediana, que deforma el borde anterior del hígado

redondeándolo. Hace saliencia unos 4 cmts. en su cara antero-superior y unos 4 a 5 cmts. en la cara inferior.

Bajo la fina cápsula de Glisson, se ven sobre la tumoración varios vasos venosos de distinto calibre, algunos gruesos. El tumor tiene en con-



Radiografía de colon por enema. Se ve el ángulo derecho del colon desplazado hacia adentro

junto un color grisáceo, con algun tinte verdoso oscuro, que contrasta con el color normal del resto del parénquima hepático.

Algo abollonado, es de consistencia sólida, firme y uniforme a la palpación.

Está libre de adherencias con los órganos vecinos, epiplón y pared.

La vesícula queda por dentro del tumor y la exploración la muestra sana.

Se explora el resto del hígado y por la visión y una cuidadosa palpación de toda su superficie, (lóbulo derecho e izquierdo), no se comprueba nada de anormal. Estómago, duodeno, páncreas, colon y epiplón, normales.

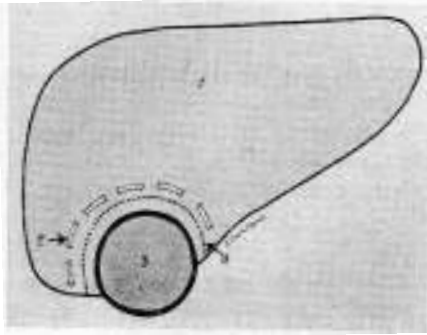


FIG. 1. — 1. Hígado; 2. Puntos en U.
3. Tumor; 4. Línea de sección en
parénquima sano.

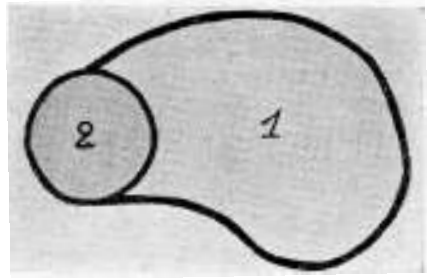


FIG. 2. — 1. Hígado; 2. Tumor

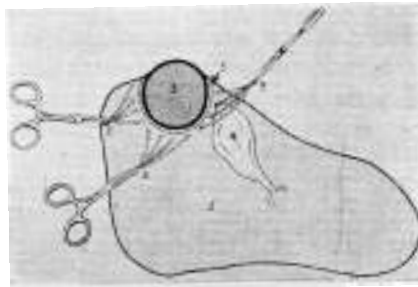


FIG. 3. — 1. Hígado; 2. Puntos en U
antes de incidir; 3. Tumor; 4. Ves-
ícula sana; 5. Línea de incisión.

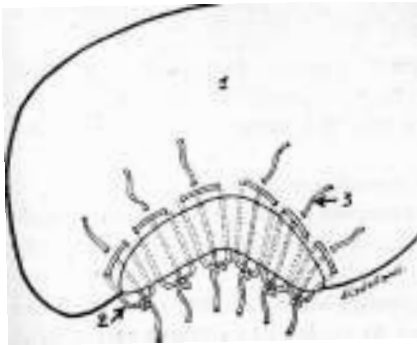


FIG. 4

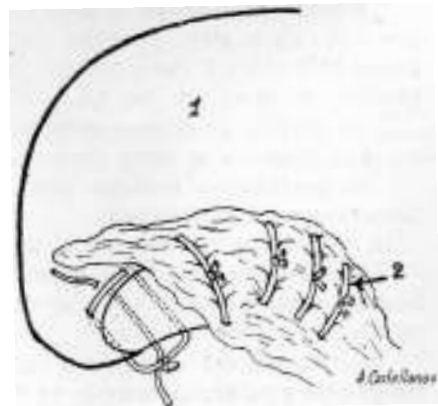


FIG. 5

Vista esa tumoración única, que la exploración la muestra con límites casi precisos, decido la extirpación.

Con maniobras suaves, logro exteriorizar parcialmente el lóbulo derecho del hígado, más allá de la tumoración y efectúo primero unos puntos en U en parénquima sano, con catgut 3, a fin de que me sirvan de riendas hemostáticas. Secciono a bisturí en parénquima sano (fig. 3 - 5, fig. 1 - 4) y extirpo en cuña hacia el centro del lóbulo derecho. Sale toda la tumoración en un block, con parte del parénquima sano. Al seccionar, la hemorragia es abundante, porque se ven gruesos vasos cortados, pero puedo cohibirla fácil 1º) traccionando suave y sostenido de las riendas que hice previamente con los puntos en U de catgut 3, y 2º) haciendo que el ayudante comprima con su mano en la cara inferior del hígado, para aplicarle bien su cara antero-superior contra el reborde costal. De este modo, en toda la superficie de sección, la hemorragia está detenida. La hemostasis se hace muy frágil. Hago aflojar suavemente y pinzo y ligo cuidadosamente uno por uno los vasos gruesos. Luego anudo los puntos en U en cara inferior (fig. 4 - 2) y no sangra más. La separación de las superficies de la cuña abierta de la resección, era muy amplia y los intentos de acercar una superficie a otra, para aplicarlos y contenerlas con una segunda sutura, eran imposibles. La parte externa del lóbulo derecho no venía fácil y había posibilidades de desgarro. Con catgut 3 atravesé parénquima sano, desde la cara superior a la inferior, por detrás de los puntos en U. Quedan así, varios catgut 3 (fig. 4 - 3) que luego se hacen pasar a través del epipión, sobre el cual se anudan y queda así un colchón epiploico bien fijado a la superficie de sección. (fig. 5). Se constata repetidas veces que no sangra, mismo después de reintegrar.

Cierre por planos sin drenaje.

Post-operatorio: excelente. Se levantó a los 11 días. Alta a los 12 días.

Actualmente (Agosto/943). Se encuentra perfectamente bien y desempeña con eficacia sus tareas.

Examen anatómo-patológico. — Prof. Dr. Héctor Ardao. Aspecto macroscópico de la pieza. La pieza operatoria comprende un fragmento cuneiforme de $7 \times 5 \times 5$ cms. sobre la superficie, hace saliente el tumor cuyo contorno se ve en (A. fig. 6).

La cápsula de Glisson sobre el tumor, aparece distendida y permite ver a su través, a la masa tumoral de un color amarillo oscuro.

El parénquima hepático está separado del tumor saliente por una línea sinuosa, algo deprimida.

A mayor aumento un campo de la precedente (figura 9).

Corresponde a una zona donde se observan células masivamente infiltradas de grasa. Entre ellas se observan otras en estado incipiente de infiltración y otras indemnes.

Las células del tumor están dispuestas en masas sólidas o en cordones irregulares y en partes también en forma de trabéculas atípicas con hileras de 2 y 3 células de espesor. Estas trabéculas se disponen en forma radiada o plexiforme. Entre ellas hay vasos capilares.

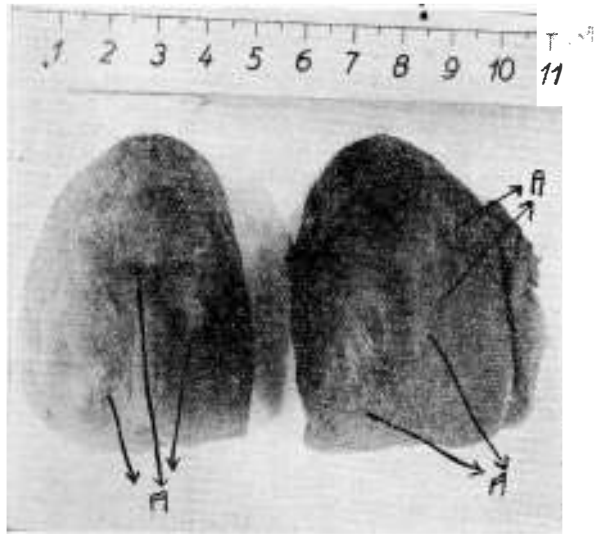


FIG. 6



FIG. 7. — Superficie de sección. La masa del tumor se ve multinodular, con lobulillos de dimensiones variables. Entre ellos aparecen tabiques conjuntivos. El color de los lobulillos tumorales es amarillo verdoso. En B, aparece el parénquima hepático normal, netamente separado de la tumoración encapsulada.

Esta disposición es evidentemente similar a la estructura histológica del hígado. En parte estas células se cargan masivamente de grasa. Parecen células del ejido adiposo. En otras partes no hay la más mínima gota de grasa en el protoplasma celular (investigación con técnicas selectivas).

Las células son jóvenes, con núcleo y nucleolo. Si bien no hay una disposición clara en lobulillos y trabéculas como en el hígado normal, los caracteres precedentes nos autorizan a concluir que se trata de un adenoma hepático verdadero.



FIG. 8. — Microfotografía topográfica en donde se muestra en (A) las células tumorales que están netamente infiltradas de grasa. No hay disposición lobulillar típica. En la periferia (B) el tejido conjuntivo vascular se espesa en forma de cápsula y le separa del parénquima trabecular adyacente (C) en estado de atrofia por compresión.

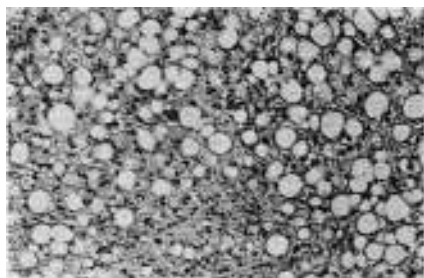


FIG. 9

El adenoma hepático no tiene síntoma patognomónico y puede revelarse por: 1) Tumor hepático. 2) Por desplazamiento de los órganos vecinos, y 3) Descubierta casualmente en exploración abdominal o en autopsia.

Se presenta en cualquier edad y el hallazgo en lactantes, como dice Shrager sugiere bien el origen congénito de estos tumores y por eso se aceptan los términos de disembrionoma y adenoma congénito.

Kauffman relata casos en personas de 70 años.

Letulle los interpreta como malformaciones disembrionoplásticas.

Lecene los llama disembrionomas.

Generalmente es un tumor único. Puede ser múltiple.

Sesil o pediculados, hacen saliente en la superficie hepática y son globulosos e irregulares en su forma.

Son encapsulados y la cápsula fina permite su fácil decolamiento del parénquima hepático. Dieulafoy cita casos en que un chorro de agua permite enuclearlos de la cápsula que lo rodea.

Como dice Rolleston el adenoma tiene tendencia a desplazar pero no a invadir el tejido que lo rodea.

A pesar de ello, Lanthier que en su tesis hace un estudio de 37 casos publicados, de los cuales 17 eran malignos, dice que prefiere hacer la resección en pleno tejido sano porque: a) es imposible distinguir a simple vista el adenoma maligno del benigno y b) porque con la búsqueda del plano de ciivaje existe el riesgo de complicaciones, como hemorragias, dilaceración del tumor, etc. Lecene participa de esta misma opinión.

Brissaud los consideraba el resultado de una serie de transformaciones y decía: la cirrosis venosa sería la causa primera del adenoma, que luego se transformaría en cáncer. Gilbert opinaba que el adenoma es sólo una variedad de epiteloma.

El mismo Hanot dice: el adenoma es un epiteloma trabecular que se llama adeno carcinoma o epiteloma tubulado o epiteloma acinoso.

Pero el adenoma puede existir sin cirrosis y los estudios histológicos lo revelan como un tumor benigno.

Son precisamente los estudios de Conheim, Ribbert, Roussy y Cathala, que insisten sobre la ausencia habitual de cirrosis en el adenoma solitario. Así ven en esto una objeción a la tesis de Sabourin, de la irritación que provocaría la cirrosis, luego el adenoma y al fin el cáncer. Y llegan así a afirmar que el adenoma solitario es el resultado de una malformación embrionaria incluida en el parénquima: es un disembrionoma, susceptible de transformación maligna.

Grawitz ha descrito tipos de transformación hiperplástica del adenoma y de adenoma en carcinoma. A la misma conclusión llegan los estudios de Lecene.

Diagnóstico. Al diagnóstico de localización orgánica previa, sigue el de naturaleza del tumor y si recordamos que tenemos que establecer diagnóstico diferencial con: quistes parasitarios y no parasitarios, angiomas, fibromas, miomas, teratomas, embriomas, cáncer primitivo a forma nodular, tuberculomas, sífilis, cirrosis monolobares localizadas (v. Simon), vemos la dificultad del diagnóstico.

Por eso el diagnóstico de adenoma es muchas veces una simple conjetura.

Tratamiento. — El primer caso de extirpación de adenoma es el de V. Bergman en (Arch. f. Kl. Chi. 1893, p. 383). El segundo

es el de Groube (*Revue de Chirurgie*. 1896. p. 512). Hizo enucleación y llenó la cavidad con gaza yodoformada. Curó.

Lanthier describe un caso operado en que hace resección en hígado sano, con epiploplastia y mechas. Curó.

Todos los casos estudiados en su tesis evolucionaron bien con el tratamiento de resección hepática alrededor del tumor.

En todos los casos el post-operatorio ha sido bueno.

BIBLIOGRAFÍA

1. CULLEN. — *Arch. Surg.*, 15, 718. Chicago 1925.
2. COSTANTINI et DEBOUCHER. — *Journal de Chirurgie*. T. XXI, p. 1, 1923.
3. CHIRAY-BROCQ-ALBERT et LANTHIER. — Un cas d'adenoma solitaire du foie. Intervention. *Memoires de l'Academie de Chirurgie*. 1938, p. 911.
4. CHARCOT-BOUCHARD et BRISSAUD. — *Traité de Medicine*. T. III, p. 964.
5. DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*. T. VII, p. 309.
6. DIEULAFOY (G.). — *Manuel de Pathologie Interne*. T. II, Paris, 1908.
7. Enciclopedia Médico Quirúrgica. T. de Hígado.
8. EPPINGER HANS. — *Enfermedades del hígado*. 1940, p. 672.
9. GIRAUDEAU et LEGRAND. — Adenome du foie et du rein gauche. *Gaz. Hebdom.* 1887. II, p. 21.
10. HANOT et GILBERT. — *Etudes sur les maladies du foie*. Paris, 1888.
11. Nouveau *Traité de Pathologie Interne*. Enriquez-Laffitte. T. II, p. 478.
12. LECENE y LERICHE. — *Therapeutique Chirurgicale*. T. III, p. 368.
13. LECENE. — Adenome Solitaire du Foie. *Revue de Gynecologie et de Chirurgie Abdominale*. Dec. 1912, p. 555.
14. LANTHIER (P. L.). El adenoma solitario del hígado. Tesis de Paris. 1938.
15. PAIN (E.). — Cáncer primitif du foie a forme nodulaire. Tesis Paris. 1925.
16. RAMSEY. — *Annals of Surgery*. 90-41-46. 1929.
17. SHRAGER (V. L.). — Surgical aspects of adenoma of the liver. *Annals of Surgery*. 1937. T. I. p. 33-43.
18. STOKES MUNROE (H.). — Quiste solitario del hígado no parasitario. *Annals of Surgery*. Nov. 1942. p. 1043.
19. SIMON (V.). — Du role de la Syphilis dans le determination de certains cirrhoses. Tesis de Paris. 1925. p. 31.

Discusión

Dr. Chifflet. — Quería hacer notar la importancia de esta comunicación tan interesante que versa sobre un tema que excepcionalmente ha sido tratada en el escenario de nuestra Sociedad, como lo es el tratamiento de los tumores del hígado. Lo único que lamento es que los Dres. Sierra y Ardao no nos hayan hecho algunos comentarios respecto de la observación. Aunque espontáneamente surgen de la exposición del caso clínico, puesto que el Dr. Sierra nos habla de la técnica que empleó para hacer la extirpación del tumor.

Desearía insistir sobre dos aspectos de la comunicación: uno, es el de la indicación operatoria de esos tumores; es decir, que frente al tumor no diagnosticado clínicamente o frente a tumores cuyo hallazgo se hace en el curso de una intervención en que no se ha hecho el diagnóstico, el cirujano debe intervenir. La Cirugía de los tumores del hígado tanto benignos como malignos, metastásicos, constituye uno de los méritos más grandes de la escuela italiana y en nuestro país tenemos antecedentes de cirugía activa muy radical sobre hígado como para decir que existe escuela en nuestro medio de cirugía radical del hígado.

El adenoma no ha sido simplemente una curiosidad y el enfermo no lo va a llevar toda la vida. Es una lesión que en su evolución puede sufrir algunas transformaciones de orden degenerativo yendo a las degeneraciones quísticas o a las degeneraciones malignas; y en ese sentido la intervención debe practicarse. Y por ese motivo yo felicito a los autores de la comunicación por haberla decidido.

El segundo aspecto es la técnica quirúrgica. Es interesante el hecho de que a pesar de lo que sangra el hígado, el temor frente a la hemorragia no debe detener al cirujano. La verdad es que cuando se trata como el Dr. Sierra tomando medidas preventivas existe una serie de procedimientos para evitar esa hemorragia. Cuando yo hice una comunicación sobre fibroma de hígado hice mención a una técnica semejante y citaba una maniobra que también la ha hecho en este caso el Dr. Sierra y es la compresión del hígado contra el reborde costal. Da la impresión de que eso permitió en determinado momento preparar el campo para hacer la sutura hemostática.

Creo que en la Sociedad debe hablarse al tratar estos temas del Dr. Larghero que aconsejó hace varios años la sutura con epiplón, que ha hecho el Dr. Sierra en este caso.

Dr. Sierra. — Yo quisiera agradecer las manifestaciones del Dr. Chifflet y al mismo tiempo decir que desde el punto de vista del diagnóstico yo no hice ninguno porque los diagnósticos que se hicieron en este caso fueron múltiples, y ninguno de los diagnósticos que se hicieron estaban sustentados por nada que pudiera hacer pensar en un diagnóstico definitivo.

Por eso dije que se había intervenido ese enfermo sin diagnóstico.

En cuanto a la técnica de la operación fué muy cuidadosa. Antes de decidirse la intervención, me encontré con un tumor solitario único. La técnica de la hemostasis previa me pareció lógica hacerla, me facilitó mucho la exteriorización del hígado y la compresión del hígado contra el reborde costal. Lo mismo la "epiplostasia" me pareció necesaria porque esta superficie de sección era ancha y abierta; la hemostasis fué perfecta y no sangró nada. Tuve mucho cuidado después de reintegrado el hígado de diagnosticar que esa hemostasis estaba bien y me decidí a cerrar de primera intención.

El post-operatorio fué bueno y el enfermo actualmente se encuentra bien.
