

LAS OPERACIONES DE VIENTRE SUPERIOR Y LA EXPLORACION INTRAOPERATORIA DEL PARENQUIMA HEPATICO

Dr. RUBEN VARELA SOTO

¿Qué puede decir el hígado al cirujano que explora la región supramesocólica en las operaciones de las vísceras que contiene, y sobre todo en las intervenciones del sistema hepatobiliar?

El cirujano va al acto operatorio en general, asesorado por la clínica, el laboratorio y la radiología a resolver una condición quirúrgica, la mayoría de las veces en relación con el hígado y las vías biliares, pero su éxito en especial en estas intervenciones, va a descansar en gran parte en lo que vale el parénquima hepático funcionalmente y la funcionalidad hepática radica en la capacidad anatómica normal. Y bien, esta última se perturba siempre de la misma manera por el daño patológico, la degeneración y muerte celular y la cicatriz posterior y esto lo hacen las afecciones netamente médicas y las quirúrgicas.

Esos dos procesos no se pueden desligar, se deben considerar de manera unitaria, los dos son sucesivos o mejor concomitantes, afectando la lesión primaria la célula hepática y siendo la fibrosis y la regeneración parenquimatosa procesos reparativos. Esta regeneración celular es un factor de compensación de enorme trascendencia para la reintegración funcional, pero puede suceder que no se ponga en marcha en ciertas condiciones patológicas (daño agudo y extendido) o que se agote prematuramente. Su aparición cuenta según la etiología, intensidad, etc. de la noxa patológica, de la capacidad vital del sujeto y mismo del tratamiento efectuado, de tal manera que hay afecciones con toque hepatocítico importante, tipo hepatitis virósica, por ej. con posterior recuperación anatómica y funcional integral en casi todos los casos.

Los resultados finales de muchas lesiones hepáticas se parecen visiblemente unos a otros y las vamos a encontrar como telón de fondo, en proporciones variables en los procesos que residen en el hígado.

Si todo termina en la patología hepática por una destrucción celular seguida de una cicatrización llevando a los distintos grados de cirrosis por un lado y la regeneración e hipertrofia compensadora por otro; y siendo estos dos procesos de entidad completamente variable en cuanto a extensión, forma y grado, todo lo patológico que se sobreagregue tendrá expresión variable y no podemos standardizar el procedimiento, aunque siempre podremos sacar conclusiones útiles.

Con estos conceptos previos creemos que la exploración quirúrgica intraoperatoria visual y manual, puede dar datos que nos digan del proceso patológico en sí y datos que nos hablen del propio parénquima en su proyección anatomofuncional; pero como en este sentido hay mucho desconocimiento aún, pensamos que tenemos que ir a un estudio más íntimo y más seguro, por ello nos hemos hecho partidarios del estudio histológico echando mano de un recurso que es la punción biopsia o biopsia contemporánea a las otras maniobras quirúrgicas, que puede presentarse como un elemento explorador de indudable interés.

Sólo así, con los recursos actuales y no separando por insoluble el aspecto médico y quirúrgico, podremos valorar con más exactitud el hígado en el campo de la patología.

Conociendo la anatomía normal y la patológica, la exploración visual y manual del órgano pueden darnos conclusiones varias en la operación: comprobaremos cambios de coloración, aspecto general, gráfico normal de su superficie, aumentos o disminución de tamaño, modificaciones circulatorias generales o circunscriptas, la alteración patológica inflamatoria, tumoral o metabólica, la cicatriz o fibrosis y sus modalidades, el aumento o pérdida de la consistencia normal, la temperatura, etc.

Insistimos de nuevo que estos datos de la macroscopia serán siempre insuficientes, la última palabra por lo menos hasta hoy, en cuanto a valoración funcional será dada por el estudio histológico.

Esa exploración visual y manual complementada por la biopsia, ¿debe ser siempre igual o admite excepciones?

Desde luego que sí. El que se dirija al vientre superior para operar una vía biliar o el parénquima debe comenzar por conocer ampliamente el problema; a nadie se le ocurre que debe manosearse o puncionarse un hígado con atrofia amarilla aguda, ni exagerar maniobras exploratorias parenquimatosas en un enfermo joven con corta historia dolorosa canalicular y cálculos vesiculares, por ejemplo; en el primer caso una exploración exagerada mataría al enfermo, en el segundo será innecesaria porque no agregará nada.

Cada enfermo tiene su medida en lo que respecta a la exploración así como a la entidad y complejidad del acto quirúrgico, no pudiendo standardizar procedimientos, el ánimo del cirujano debe estar predispuesto a determinadas maniobras útiles lo que hace por sus conocimientos y estudios previos del enfermo.

Esa exploración puede ser bastante completa en lo que tiene que ver con los abordajes habituales de vientre superior (laparotomía). Incisiones tóracoabdominales variarán la modalidad exploratoria.

La mayor parte del parénquima puede ser objeto de palpación, un sector puede ser apreciado visualmente y existe otro sector que escapa a la exploración, es la parte de la cara posterior correspondiente al ligamento coronario; procesos de esa zona, tipo quiste hidático, escapan al control explorador.

Abierto el vientre una parte del borde anterior sea en su sector derecho o izquierdo según el abordaje, se apreciará visualmente. Luego la mano recorre y palpa la superficie de la cara ánterosuperior del lóbulo derecho hasta la hoja superior del ligamento coronario; borde anterior y luego cara inferior del mismo lóbulo; pasando al otro lado del ligamento suspensor repetimos la maniobra con el lóbulo izquierdo.

Muchas veces las maniobras extremas están trabadas en muchos procesos por adherencias más o menos firmes y extendidas, generalizadas en las perihepatitis, cercanas al borde anterior cara inferior y lecho vesicular en las colecistitis evolucionadas, localizadas a nivel del proceso, como en los abscesos, quistes hidáticos exteriorizados sobre todo si son complicados, supurados, fisurados, etc.

I

¿Cómo se presenta el hígado en las afecciones de las vías biliares principal y accesoria?

Muchas veces será un hígado de aspecto, color, consistencia, tamaño normales, sobre todo cuando el problema se localiza en la vía biliar accesoria, el sujeto es joven y no hay otras noxas de ataque hepático.

Otras será la congestión concomitante a un proceso agudo de tipo inflamatorio (colecistitis); otras se encontrará con una repercusión parenquimatosa que admite grados diversos como consecuencia de la enfermedad canalicular. Así tendremos distintos grados de fibrosis, consecutivos ataques repetidos de colecistitis aguda, de obstrucción biliar aguda o crónica.

El hígado grueso, uniformemente aumentado, de bordes redondeados, de consistencia aumentada, de superficie finamente granulosa, de color amarronado rojizo que nos habla de una fibrosis difusa secundaria al proceso inflamatorio vesicular o canalicular repetido.

El hígado agrandado de borde agudo, liso y recto cruzando el epigastrio, de color verde oscuro, de consistencia blanda, de la retención biliar reciente; o de color verde, granuloso, de consistencia aumentada, de bordes redondeados, de la última etapa de la colostasis crónica.

El hígado de la ictericia colostática intrahepática o colangioliática, es grande, verde, regular, se hace duro, fibroso, verdineo oscuro en etapas más evolucionadas cuando el proceso degenera en la cirrosis.

Ese mismo proceso cuando existe la infección canalicular que lo es casi siempre, y en las primeras etapas de este tipo de ictericia puede completar su aspecto con la aparición de microabscesos generalizados que aparecen como puntos blanquecinos, irregulares, que levantan la cápsula de Glisson, en un hígado agrandado, verdoso, caliente, verdadera esponja de pus.

Muchas veces nos encontraremos con un hígado fibroso, granuloso, de coloración distinta, de bordes gruesos, uniformemente agrandado o retraído; en otros será irregular con gruesos nódulos rojizos y bandas de esclerosis irregulares que deforman evidentemente la superficie; esos hígados son secuelas

de hepatitis únicas o a repetición, siendo los primeros patrimonio de hepatitis zonales difusas y los segundos de necrosis masivas parenquimatosas.

II

Otras veces nos encontramos con hígados grandes, lisos, blandos, de color amarillento o moscado con borde cortante, lo que nos pone de manifiesto una infiltración o degeneración grasa, como pasa en los enfermos cebados del punto de vista alimenticio, o faltos de factores lipotrópicos y nutritivos proteicos, o con trastornos vasculares congestivos o de hipoestasis como en los cardíacos o en los alcohólicos en las primeras etapas.

En estos casos, a pesar del aspecto, es posible que estemos en mejores condiciones para una recuperación integral que cuando estamos frente a una fibrosis difusa que es una etapa posterior al proceso de infiltración y degeneración grasa. Estos hígados tratados el factor nutritivo, proteico o hepatoprotector o vascular congestivo se pueden recuperar integralmente.

III

Otras veces el cirujano interviene por pedido del internista, un enfermo con una ictericia de tipo médico, una hepatocítica aguda, o una atrofia amarilla subaguda, con un fin de drenaje, no es el hígado de la infiltración grasa, sino el de la necrosis celular: puede haber reducción de tamaño, el hígado está flácido y arrugado, el lóbulo izquierdo es desproporcionadamente atrofiado en relación con el derecho (Hirsworth, S. Sherlok, Anery Jones). Es el hígado en degeneración y muerte celular, amarillo rojizo por sectores, o jaspeado; la disminución de tamaño puede alcanzar el grado de la atrofia amarilla aguda, hígado de 900 grs. o menos, flácido, arrugado, blando, metido profundamente en la logia subfrénica derecha.

Si estos procesos médicos le llegan al cirujano un poco más tarde (atrofia subaguda) dos semanas o algo más de evolución, se aprecian áreas de regeneración en forma de nódulos salientes congestivos que alternan con otras amarillentas de necrosis celular, lo que significa un esfuerzo regenerativo parenquimatoso.

Y si lo vemos más tarde aún curado el proceso agudo, tenemos el hígado irregular de la cicatrización postnecrótica, con sus nódulos parenquimatosos, irregulares, separados por bandas de esclerosis, con cápsula opaca y engrosada, consistencia aumentada, bordes irregulares, etc. (A).

IV

Cuando existe un proceso supurado hepático agudo, no diseminado sino circunscripto, tipo absceso hepático, si el hígado era previamente normal, se nos aparece aumentado de tamaño, congestivo, caliente, edematoso, acentuando su coloración normal y la zona correspondiente al proceso será evidente si éste aflora a la superficie haciéndose saliente, rojo negruzco o violácea con adherencias fibrinosas a los órganos vecinos y muchas veces encontraremos el epiplón como una barrera a la posible extensión del proceso pegado a la zona en causa.

V

El aspecto operatorio de la hidatidosis hepática es bien conocido. La hepatomegalia irregular al infinito, dependiendo del tipo y variedad de la hidatidosis, multiplicidad, etc.

La emergencia del quiste hidatídico hacia la superficialidad del órgano en su evolución característica lo muestra como un polo blanquecino, redondeado, más o menos exteriorizado, tenso, con la tensión de la masa quística, con su límite fibroso adventicial, adherido por velos a los órganos vecinos sobre todo en los quistes que sufren. El resto del órgano tiene aspecto normal sobre todo si los enfermos son personas jóvenes, sin embargo el parénquima puede ser inicio de una fibrosis que sólo podrá despistarse por la biopsia.

Cuando el quiste ha evolucionado a la supuración, abertura o migración a otras cavidades, la exploración mostrará esos aspectos.

Si el quiste se ha abierto en vías biliares y existe una ictericia colostática a la comprobación del quiste se agregará el

aspecto del hígado de la colostasis, grande, succulento, verdoso y si todavía se agrega la infección canalicular, el hígado del proceso infeccioso generalizado o circunscrito que hemos descrito.

VI

Cuando exploramos un hígado tumoral, hepatomegalia irregular de estirpe maligna, el aspecto varía según el carácter del tumor.

Al agrandamiento en su masa total se le agrega en el hígado secundario los nódulos blanquecinos o blancoamarillentos, duros, irregulares, de distintos tamaños, con umbilicación central en una etapa más o menos tardía de su evolución, sembrado en semillero o mostrándose en número limitado.

Otras veces la infiltración neoplásica metastásica se hace de una manera difusa (pudiera ser una etapa primaria), y sólo la biopsia con estudio histológico podrá mostrar la célula neoplásica.

Ciertos tipos de tumores, como ocurre con el melanoma maligno dan un hígado secundario enormemente agrandado, es una metástasis más lujuriente que la del carcinoma digestivo o prostático, tendiendo como a la infiltración difusa y masiva, el hígado es tenso, de bordes redondeados, de un color negro característico.

Si el tumor es primitivo, es la masa expansiva, localizada a un sector, con la consistencia aumentada, de color variable, blanquecino; como casi siempre este tumor aparece en hígados cirróticos o cocatriciales, el aspecto se complica, pero la saliencia tumoral será característica a no ser que el cáncer tome el carácter de neoplasia infiltrante y diseminada como a veces ocurre.

Cuando existe un proceso tumoral de origen vesicular, cáncer en etapa avanzada, se puede apreciar la infiltración secundaria del parénquima que cambia de aspecto y consistencia, tomando el sector entre los dedos lo apreciamos diferente, aumentado de consistencia, un block duro en continuidad con el proceso vesicular.

VII

Cuando operamos un hígado irregular, casi siempre con otro diagnóstico, y nos encontramos con tumoraciones redondeadas,

múltiples o únicas, pequeñas o grandes, de consistencia quística, de color oscuro azulado, de pared fina casi transparente estamos en presencia de los llamados quistes simples o enfermedad poli-quística hepática, más frecuente de lo que podría pensarse, coincidiendo con otros procesos quísticos del mismo tipo, sobre todo renales. El hígado fuera de la zona quística es normal, si no tiene otros procesos de fondo concomitantes.

Otros hígados irregulares pueden ser comprobados. Es frecuente que el gran quiste hidático de lóbulo derecho, tratado o evacuado espontáneamente en las vías biliares, lleva a la desaparición de dicho lóbulo con una hipertrofia compensadora del izquierdo que adquiere tamaño desusado. En quistes no tan grandes, tratados, pueden aparecer cicatrices de distinto orden que modifican de manera varia la conformación del órgano.

La hepatitis zonal y la necrosis masiva dan lugar a hígados cicatriciales o cirróticos conocidos. La cicatrización postnecrótica lleva al hígado sumamente irregular, dando un tipo de hígado acordelado.

La caseosis y curación del goma sifilítico, llevan a la cicatrización posterior con formación del hígado acordelado sifilítico.

Lo mismo que la lesión sifilítica, podemos decir de otra inflamación específica como la tuberculosa. Posiblemente de hallazgo poco frecuente en la clínica diaria, pero sí autopsico en los hospitales de la especialidad.

La granulación miliar tuberculosa puede presentarse en la superficie hepática con características similares a otras zonas peritoneales o parenquimatosas.

Los tuberculomas que pueden ser múltiples o únicos se presentan como nódulos blanquecinos, salientes en la superficie, irregulares, sin la umbilicación característica de las metástasis carcinomatosas y con grados más o menos intensos de reacción perivisceral y con parénquima intermediario de aspecto sano.

Otras veces nos encontramos con aspectos llamativos que alteran la fisonomía normal, por ejemplo, la atrofia del lóbulo izquierdo que aparece como una lengüeta fibrosa, de color blanquecino estriado, en la cual hay poco parénquima reconocible, ese tipo de lesión se ve en las personas ancianas con procesos arteriales crónicos que dan anoxia parenquimatosa hepática.

Ese mismo proceso lo vemos en los bordes del hígado; otras veces en el parénquima vecino a la vesícula, posiblemente aquí secuelas de vecindad a procesos colecistíticos crónicos. Estos aspectos coexisten con un parénquima que por otra parte no presente anormalidad y es posible que no tengan funcionalmente ninguna importancia, son los denominados hígados nevados segmentarios.

VIII

En lo que se relaciona con otros procesos de orden sistémico y médico, como son las afecciones retículoendoteliales, modifican sustancialmente el órgano, son las hepatopatías retículoendoteliales, metabólicas o tumorales.

Pocas veces nos veremos frente a ellas, son hepatomegalias regulares, con aumento de consistencia, hígados elásticos de bordes cortantes, tales los hígados de las lipoidosis, xantomatosis, amiloidosis, etc. en las primeras etapas, luego la fibrosis post-infiltrativa modifica la consistencia y aspecto externo.

IX

Y bien todos estos aspectos y modificaciones externas del órgano podrán alertar al cirujano y al internista que lo acompañan y llevar una solución quirúrgica en el momento de la operación, su importancia es desde luego destacable; pero a la luz de los conocimientos actuales y a la nebulosa todavía indescifrable de muchos procesos, la exploración quirúrgica puede todavía hacer un aporte importante en cuanto a pronóstico en las distintas hepatobiliopatías. Conociendo por la experimentación la evolución de los acontecimientos en cada tipo de injuria hepática, se ha demostrado la importancia de apreciar la forma anatomohistológica de la lesión para prever la evolución futura.

Es por esto que resalta el valor de la punción-biopsia o de la biopsia intraoperatoria, quienes dándonos el panorama histológico y sabiendo sus proyecciones funcionales nos pueden ayudar a sentar un pronóstico referido a la función más exacto aún que el que nos puede dar el estudio de las distintas pruebas funcionales. Bien sabemos de la incertidumbre de las pruebas de

laboratorio. Los tests médicos (bilirrubina, colesterol, proteínas fraccionadas, Hanger, Timol, etc.) pueden ser normales o anormales y los resultados estar en oposición con esos datos.

Hay enfermos que operados no se mueren aunque tengan un Hanger 4 + si por indicación médica le drenamos la vesícula, en cambio pueden morir al segundo, cuarto o quinto días otros enfermos con pruebas más normales, en hiperpirexia u otras formas de muerte hepática.

El procedimiento de la toma biópsica o punción biópsica no está exento de peligros y limitaciones. Están contraindicados en pacientes con tiempos de sangría o índice de protrombina anormales. A nadie se le ocurre la biopsia en un hígado de atrofia amarilla aguda.

Con este método el diagnóstico es más exacto. Si el diagnóstico es dudoso, el tratamiento y el pronóstico son vacilantes y la conducción del paciente inefectiva (Hinsworth).

Este método nos dirá de la naturaleza del proceso que coloniza el hígado, pero nos dará sobre todo la proyección parenquimatosa general, que en definitiva del punto de vista vital es la que interesa y lo que nos permitirá aplicar correctamente el estímulo terapéutico.