

5.
24° 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
HOSPITAL REGIONAL GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA"
I. S. S. S. T. E.**

MASAS HEPATICAS

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. RIGOBERTO ALVAREZ QUINTERO



ISSSTE

FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANATOMIA	4
ANTECEDENTES	5
<i>Absceso Hepático Amibiano y Piógeno</i>	5
<i>Tumores NoLignos del Hígado</i>	5
<i>Enfermedad Hidatídica del Hígado</i>	6
<i>Tumores Benignos y Quistes Hepáticos</i>	6
FISIOPATOLOGIA	7
<i>Absceso Hepático Piógeno</i>	7
<i>Absceso Hepático Amibiano</i>	8
<i>Tumores NoLignos del Hígado</i>	9
<i>Tumores Hepáticos Benignos</i>	11
<i>Enfermedad Hidatídica</i>	11
JUSTIFICACION	13
OBJETIVOS	14
MATERIAL Y METODOS	15
RESULTADOS	16
CONCLUSIONES	19
DISCUSION	21
GRAFICAS	23
<i>Distribución por Sexos</i>	23
<i>Certeza Diagnóstica</i>	24
<i>Datos Clínicos</i>	25
<i>Diagnósticos Definitivos</i>	26
BIBLIOGRAFIA	27

INTRODUCCION

Las tumoraciones hepáticas forman un grupo importante de padecimientos, los cuales requieren una identificación oportuna con una protocolización adecuada de estudios, ya que son éstos después de las manifestaciones clínicas - los que determinan la conducta de seguimiento y terapéutico. La gran variedad de patologías las cuales se manifiestan como tumoraciones hepáticas ya sean primarias de este órgano o como repercusiones a distancia hacen que es fuerzos orientados a la prevención, diagnóstico y tratamiento tomen relevancia en toda institución que se enfrenta con frecuencia a la patología que nos ocupa. Así tenemos que padecimientos de evolución benigna los cuales - permiten un rango de tiempo amplio para su estudio pueden confundirse con otros de carácter maligno, los cuales requieren de un diagnóstico y tratamiento oportuno más inmediato con el consiguiente fracaso en los resultados terapéuticos. Hay padecimientos los cuales por distribución geográfica son más frecuentes en ciertas regiones siendo por esto que muchos diagnósticos-paracrínicos y de gabinete se basen más en incidencia estadística que características radiológicas, inmunológicas o histopatológicas. En México tenemos que el absceso hepático amibiano ocupa una de las frecuencias más altas si lo comparamos con las demás patologías que se manifiestan como masas hepáticas; sin embargo en las áreas urbanas las neoplasias han incrementado - su frecuencia en forma importante, si tomamos en cuenta que la población de bajo nivel socio económico es principalmente la que acude a instituciones - de sector salud y que en este grupo por su falta de conocimiento, revisiones - y sobre todo información sobre las manifestaciones tempranas de neoplasias, que con frecuencia dan metástasis a hígado como son el Co. de cervix uterino y colónico, los cuales ocupan además el primer lugar de los padecimien-

tos neoplásicos en nuestra sociedad, esto hace que un gran número de pacientes acudan en estadios más avanzados y con esto experimentemos una incidencia mayor de tumores metastásicos de hígado. Aún así tenemos que en la actualidad los criterios de manejo con respecto a las metástasis hepáticas se han orientado hacia la resección de las mismas en los casos posibles ya que a pesar de su mal pronóstico se ha comprobado una leve mejoría con respecto a su morbimortalidad.

Los grandes avances tecnológicos y científicos experimentados en las últimas décadas en el campo diagnóstico en medicina, proporcionan un sin número de medios para el médico que enfrenta la responsabilidad de ofrecer el mejor manejo para el paciente con tumoraciones hepáticas, sin embargo es de gran importancia establecer protocolos en cada institución de acuerdo a sus recursos para obviar tiempo y molestias al paciente así como desperdicio de medios y materiales; no está por demás hacer énfasis en la necesidad de mantener un nivel óptimo de conocimientos médicos en el personal que realiza las interpretaciones tanto radiológicas como cito-histopatológicas de los estudios diagnósticos. Es así como la coordinación de esfuerzos redituará en un mejor tratamiento para el paciente y un importante ahorro para la institución. Aunque hacemos énfasis en el diagnóstico y tratamiento de estos padecimientos creo que nuestros esfuerzos deberían ser orientados a mejorar la educación de la población general, ya que el objetivo principal de todos los esfuerzos realizados por los trabajadores del sector salud deben ser hacia la prevención.

Ahora estamos en posibilidad de identificar las tumoraciones hepáticas en estadios tempranos además de diagnosticar enfermedades de baja incidencia en nuestro medio, las cuales debemos estar preparados para su diferenciación

así como su manejo. Entre éstas contamos con los padecimientos parasitarios, de carácter congénito como la poliquistosis o neoformaciones vasculares que aunque poco frecuentes se presentan en nuestro medio.

ANATOMIA

Su forma en el cadáver es la de un ovoide de dos caras; superior convexa e inferior ligeramente cóncava, en el vivo por su perfusión sanguínea ofrece una tercera cara posterior que anteriormente se describía como inferior. - En promedio presenta un peso de 1,400 a 1,500 grms. con un diámetro transversal de 24 a 26 cms., anteroposterior de 18 a 20 cms. y un diámetro vertical de 6 a 8 cms., las variaciones notables en vivos normales dependen principalmente del sexo y la edad. El hígado tiene un color rojizo pardo de consistencia friable. Está constituido por dos cubiertas, una peritoneal y otra fibrosa o cápsula de Glisson, el tejido propio del hígado constituido por células hepáticas y un gran número de vasos sanguíneos así como conductos biliares.

El hígado posee una red vascular nutritiva proporcionada por circulación sistémica a través de la arteria hepática rama del tronco celíaco así como drenaje a la cava a través de las venas suprahepáticas; su circulación funcional es dada por la vena porta formada por la unión de las dos venas mesentéricas y la vena esplénica. El sistema linfático es dado por sus cadenas superficiales las cuales terminan accesoriamente en los ganglios mamariorinternos, en los ganglios supradiaphragmáticos y principalmente hacia los ganglios del hilio hepático. Su inervación es dada por el nervio neumogástrico izquierdo, del plexo solar y frénico derecho. Las vías biliares están representadas por los canaliculos biliares a los cuales siguen los conductos interlobulillares; éstos, en número de tres a nivel del hilio se fusionan para formar el conducto hepático de aquí las vías biliares extrahepáticas constituidas por el conducto hepático común el conducto cístico y a su unión el colédoco que termina drenando en la segunda porción del duodeno.

ANTECEDENTES

ABSCESO HEPATICO AMIBIANO Y PIOGENO:

El diagnóstico y tratamiento de los abscesos hepáticos fue una de las consideraciones de Hipócrates, quien sugirió que el pronóstico podría alterarse por el carácter del drenaje. Las manifestaciones clínicas y correlaciones patológicas fueron descritas en 1836 por John Bright. La primera revisión global sobre abscesos hepáticos amibianos en la literatura americana fue presentada por Dr. Bakey y Oshner en 1951. En 1938 Oshner, De Bakey y Murray presentaron una revisión clave de abscesos piógenos en la era pre-antibiótica. En 1922 Sir Leonard Rogers presentó las Lettsonian Lectures sobre absceso hepático amibiano.

TUMORES MALIGNOS DEL HIGADO:

En 1829 Cruveilhier clasificó el cáncer como la enfermedad más seria y frecuente del hígado. En 1855 Rolitansky distinguió entre neoplasias hepáticas malignas primarias y secundarias. La aseveración de Virchow de que "los órganos comúnmente afectados por metástasis rara vez son el sitio de una neoplasia primaria" probablemente contribuyó en la demora entre el reconocimiento patológico y clínico del carcinoma primario de hígado. Dos casos presentados por Kelsch y Kiener en 1876 constituyen el primer informe clínico de carcinoma primario de hígado. Los mayores avances modernos en el campo de los tumores hepáticos incluyen las contribuciones en cuanto a la patología de Edmonson y las comparaciones clínicas de Foster y Berman.

ENFERMEDAD HIDATÍDICA DEL HIGADO:

La enfermedad hidatídica del hígado ya era conocida por Hipócrates y Galeno y que la naturaleza parasitaria de esta enfermedad se sospechaba fuertemente en el siglo XVII. Sin embargo en el presente siglo se hicieron avances significativos para un diagnóstico exacto y un tratamiento efectivo de la enfermedad hidatídica en el hombre. Después de la Segunda Guerra Mundial se lograron enormes avances en técnica quirúrgica así como la formación de imágenes de órganos y diagnóstico inmunológico de tal manera que se ha llegado al grado en que el diagnóstico y tratamiento del quiste hidatídico en el humano se encuentra en un nivel efectivo y por demás sofisticado. Durante los últimos 50 años una mayor comprensión de la patología quirúrgica de la enfermedad hidatídica humana y desarrollos innovadores en la técnica quirúrgica han dado como resultados una marcada disminución de la mortalidad y sobre todo de la morbilidad postoperatoria que acompañaba a esta enfermedad.

TUMORES BENIGNOS Y QUISTES HEPATICOS:

En 1856 Bristowe fue el primero en informar un caso de enfermedad quística no parasitaria del hígado y enfatizó la asociación con enfermedad poliquística renal. El mismo año Michel registró el primer quiste solitario no parasitario. Henson y Cols. resumieron aproximadamente 500 casos de quistes no parasitarios de la experiencia en la Clínica Mayo y la literatura mundial hasta 1954. Haddad y Cols. reunieron casi 900 casos en su informe en 1977.

FIISOPATOLGIA

ABSCEO HEPATICO PIOGENO

El absceso hepático piógeno es múltiple en aproximadamente el 80% de los casos y la mayor parte de éstos se localizan en el lóbulo derecho del hígado, la frecuencia real es desconocida, en series de necropsias es de 0.3 a 1.5%, esto aumenta si incluimos los secundarios a septicemia como evento terminal, las bacterias pueden llegar al hígado a través del árbol biliar, la vena porta, la arteria hepática o por extensión directa de órganos adyacentes. La frecuencia con que las bacterias provenientes de la sangre circulante alcanzan el hígado es incierta; sin embargo el sistema reticuloendotelial hepático es muy efectivo para destruir dichas bacterias, razón por la cual el hígado humano sano permanece estéril. La patogenia de un absceso hepático piógeno implica un desequilibrio del balance entre contaminación bacteriana y su resistencia a la infección. Antes de la introducción de los antibióticos hasta 48% de los abscesos hepáticos piógenos se atribuían a infección en órganos abdominales con drenaje al sistema portal, sin embargo, en series más recientes se ha implicado a la sepsis de la vena porta en menos de 25% de los casos. La pyleflebitis portal secundaria a apendicitis perforada era particularmente común y constituyó el 34% de los casos reportados por Oschner en 1938; en los informes publicados desde 1960 la apendicitis se ha implicado en la etiología del absceso hepático piógeno en menos del 19%. El germen más frecuente involucrado es *Escherichia coli* con desarrollo en 20 a 64% de los cultivos. Otros aerobios que también se han cultivado son: *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Streptococcus viridans*, *Enterococos* y *Staphylococcus aureus*. Recientemente se ha enfatizado la importancia de los gérmenes anaerobios como causa de absceso hepá-

ático piógeno cuya aparente ausencia se puede deber a fallas técnicas en el momento de tomar las muestras. El diagnóstico de absceso hepático piógeno debe sospecharse en pacientes con ictericia tipo obstructivo prolongada, padecimientos infecciosos abdominales, lesiones focales en el hígado que presentan "fiebre de origen desconocido" asociadas a hepatomegalia dolorosa e ictericia, especialmente si la biometría hemática muestra leucocitosis o desviación a la izquierda de la cuenta diferencial. Actualmente contamos con la ultrasonografía, un método no invasivo con una certeza mayor de 85%. En otros medios, en caso de duda podemos complementar nuestro estudio auxiliándonos de la gammagrafía, tomografía axial computadorizada y si es necesario en casos especiales se puede utilizar la arteriografía.

ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO

Es causado por el trofozoito de *E. histolytica*, el que ha llegado al hígado a través de la vena porta a partir de una lesión de amibiasis invasora en la pared del colon. El absceso hepático amibiano en el 70% es único, localizado en el lóbulo derecho del hígado con tendencia a situarse cerca del diafragma en la cara superior o cerca de la superficie en la cara inferior. Su tamaño rara vez es menor de 3 cms., en el 10% de los casos se localizan en ambos lóbulos hepáticos, la ruptura del absceso se ha informado con una frecuencia de 4 a 25% aumentando su incidencia en los estratos económicos bajos. El 75% de los casos se abre a la cavidad peritoneal y produce un síndrome de abdomen agudo, puede abrirse a pleura y causar un empiema, a pulmón directamente cuando hay sinequias de la pleura parietal y visceral con el drenaje por bronquios y la consecuente "vómica" o en el peor de los casos a pericardio causando una pericarditis supurativa de graves consecuencias.

En México se informa a la amibiasis intestinal como endémica con 20% de la población parasitada por amibas siendo el sitio principal de infestación - el colon derecho, probablemente existen factores inmunológicos locales y - sistémicos que en la mayoría de los pacientes portadores de *E. histolytica* previenen el desarrollo de abscesos hepáticos amibianos, ya que si se considera que en México existen alrededor de 15 millones de personas con amibiasis intestinal con o sin manifestaciones clínicas y que la frecuencia - del absceso hepático amibiano en necropsias es de 4%, deben existir mecanismos muy importantes que previenen la invasión de los tejidos por el parásito. Además llama la atención la diferente incidencia con respecto al - sexo ya que guarda una relación de 9:1 con respecto a hombres y mujeres.

En todo paciente con dolor en cuadrante superior derecho del abdomen se debe considerar la posibilidad diagnóstica de absceso hepático amibiano, la - tele radiografía de tórax es un estudio muy útil al mostrar elevación del - hemidiafragma derecho en 80 a 85%, la demostración objetiva de los abscesos se puede efectuar por ultrasonografía o gammagrafía hepática, estudios - en los cuales se observa la localización exacta, tamaño y número de los abscesos. La tomografía axial computadorizada muestra el absceso con claridad pero habitualmente se llega al diagnóstico antes de practicar este estudio.

TUMORES MALIGNOS DEL HIGADO

En base a la historia natural de esta enfermedad se ha podido adquirir mayor experiencia en su manejo, sin embargo, persisten muchas interrogantes - en relación a los múltiples factores que producen cambios neoplásicos en - el hígado no cirrótico, por lo que se han llevado a cabo múltiples trabajos de investigación para aclarar cuáles son los factores ambientales o ge

néticos para que aparezca con más frecuencia en Asia y África que en América y Europa Occidental, cuál es su relación con la ingesta prolongada de anticonceptivos orales y fármacos potencialmente carcinogénicos. En México, E.U.A. y Europa Occidental el carcinoma primario de hígado constituye el 2 a 3% del total de tumores del aparato digestivo, comparativamente en África y el Lejano Oriente representan hasta 40%. En cambio las neoplasias secundarias son más frecuentes en el Mundo Occidental especialmente las metástasis del carcinoma de colon. Las neoplasias hepáticas son más frecuentes en el sexo masculino en proporción de 5 a 1 y aparecen más frecuentemente entre los 40 y 60 años de edad, la exploración física muestra como hallazgo más relevante la presencia de masa en cuadrante superior derecho del abdomen de consistencia dura, frecuentemente nodular y que se puede acompañar de ascitis, ictericia, esplenomegalia y linfadenopatías, lo cual indica que la neoplasia está en una fase muy avanzada. Llama la atención la pérdida de peso como principal antecedente. Los tumores metastásicos son consecuencia de embolos tumorales a partir de una neoplasia primaria fuera del hígado representada en la mayoría de los casos por carcinoma de colon; sin embargo siguen en frecuencia los gástricos, pulmonares y cerebrales. El promedio de vida informado por Pestana en pacientes con Ca. de colon e hígado metastásicos fue de 9 meses sin tratamiento. Galante en 74 pacientes a quienes reseccó metástasis hepáticas, informa 8 sobrevivientes a cuatro años lo que corresponde a 11%. Los medios diagnósticos de más aguda son en primera instancia el ultrasonido complementándose con la tomografía axial computadorizada y la gammagrafía.

TUMORES HEPATICOS BENIGNOS

Las tumoraciones benignas del hígado ocupan una tercera parte de las tumoraciones hepáticas según la revisión de Foster y Berman. Estas lesiones presentan un aumento considerable con la ingesta de anticonceptivos orales. La clasificación más aceptada es la propuesta por Edmondson en base a es - tirpe histopatológica siendo las más frecuentes "El Hemangioma Cavernoso", el cual es una tumoración de origen mesodérmico, frecuentemente descubierta en forma incidental durante procedimientos quirúrgicos abdominales o como hallazgo imagenológico. Su manifestación clínica es dada principalmente por cuadros de dolor abdominal y en menor frecuencia sangrado que puede llevar a estado de shock hipovolémico, el estudio diagnóstico más utilizado es la tomografía axial computadorizada aunque contamos con medios complementarios como la arteriografía y gamagrafía; sin embargo su diagnóstico definitivo sólo se obtiene histopatológicamente. Otras lesiones benignas aunque menos frecuentes son: adenomas, hiperplasia nodular y hepatoblastoma.

ENFERMEDAD HIDATIDICA

El quiste hidatídico es una infestación silenciosa, ocasionada por dos especies de cestodos; *Echinococcus granulosus* y *E. multilocularis*, siendo el último raro en humanos, su distribución es endémica en países como Australia, Nueva Zelanda, América del sur y países del Mediterráneo, aunque recientemente se ha reportado una creciente frecuencia en Norte América.

Los quistes en hígado son únicos localizados dentro de una cápsula huésped que consiste en tejido hepático comprimido así como tejido cicatrizal. El parásito real consiste en una membrana laminada internamente por células germinales en crecimiento que dan origen a cápsulas hijas cada una de las

cuales contiene cierto número de protoesclisis. La manifestación clínica es una masa abdominal asintomática como hallazgo por el propio paciente, - en estudio imagenológico o durante laparotomía por otros padecimientos, en ocasiones presenta cólico biliar, ictericia y colangitis aunque esto es poco frecuente. Su diagnóstico se logra utilizando métodos ultrasonográficos y tomografía axial computadorizada complementándose con estudios de inmunoelectroforesis.

JUSTIFICACION

Pensamos que la incidencia de tumores hepáticos de diferente etiología en nuestro medio se presentan con una mayor frecuencia probablemente debido al bajo nivel socio económico de la población que manejamos, además creemos importante valorar la especificidad y sensibilidad de los medios diagnósticos paraclínicos y de gabinete para conocer su utilidad así como la capacidad interpretativa del personal que establece el diagnóstico de dichos estudios.

Una vez alcanzados los objetivos, el presente estudio servirá para orientar medidas de prevención y diagnósticos de las tumores hepáticas en nuestro medio, además al determinar la utilidad de los diferentes estudios complementarios podremos hacer un uso más racional de éstos con el consiguiente ahorro de tiempo y molestias para el paciente así como horas de trabajo y material para la Institución.

OBJETIVOS

- 1) *Determinar la incidencia, distribución y frecuencia de las tumoraciones hepáticas en nuestro medio.*

- 2) *Determinar la sensibilidad y especificidad de los estudios paraclínicos y de gabinete disponibles para el diagnóstico de tumoraciones hepáticas en nuestra Unidad.*

- 3) *Conocer la capacidad interpretativa de el personal que nos auxilia con dichos estudios diagnósticos.*

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. en un periodo comprendido entre noviembre de 1988 a noviembre de 1989, se analizaron los resultados en los archivos tomográficos, bacteriológicos, citológicos, ultrasonográficos, histopatológicos, arteriográficos e intradermoreacción en los cuales se diagnosticaban masas hepáticas. Se correlacionaron los estudios paraclínicos y de gabinete con los expedientes clínicos, la recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario pre establecido en el cual se incluyen: nombre, edad, sexo, cédula de registro, estudios realizados y diagnóstico definitivo. Se complementa con datos clínicos, tales como: hepatomegalia, hiperternia, leucocitosis, pérdida de peso, ictericia, ascitis, dolor abdominal y padecimientos asociados.

La recolección de datos se realizó en forma retrospectiva, confrontando los resultados de los diferentes archivos con el expediente clínico y los diagnósticos operatorios en los casos intervenidos quirúrgicamente. El análisis se realiza en base a medidas de tendencia central complementando con exposición gráfica en pastel y barras. Se eliminaron los casos de pacientes que acudieron a esta Institución para la realización de estudios paraclínicos o gabinete y que pertenecían a otras unidades hospitalarias, así como aquellos los cuales no fue posible localizar sus expedientes clínicos.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 25 pacientes, los cuales contaban con estudios paraclinicos o de gabinete con diagnóstico de masas hepáticas en el periodo de tiempo establecido.

Se obtuvo una distribución por sexo de 11 pacientes masculinos (44%) y 14 femeninos (56%) con un promedio de edad de 48 años en un rango entre 22 meses y 81 años con una mediana en 50 años y una distribución polimodal de 26, 36, 48, 56 y 59 años.

Se realizaron 10 estudios histopatológicos de los 25 pacientes estudiados, lo cual representa el 40%, presentando diferencias entre el diagnóstico transoperatorio y definitivo en el 0% para determinación de neoplasias y fue determinante para el diagnóstico definitivo en el 100% de los casos analizados.

Se diagnosticaron 7 casos de neoplasias: 2 colangiocarcinomas (28%) y 5 metástasis hepáticas (72%), 1 hemangioma cavernoso, 1 hepatopatía diabética y 1 estudio normal. Se cuenta con 4 estudios citológicos (16%) con error diagnóstico en 1 caso (25%) y positivo para el diagnóstico definitivo en 3 pacientes (75%). Por Citología se estableció el diagnóstico de quiste hidatídico en 1 caso, el cual se encontraba con diagnóstico de poliquistosis y obteniéndose la muestra por punción percutánea.

La tomografía axial computadorizada (TAC) fue realizada en 19 pacientes (76%) con error diagnóstico en 4 casos que representa el 16% y una certeza en 15 pacientes (84%); llama la atención que en 8 casos de absceso hepático estudiados por TAC su sensibilidad y especificidad fue del 100%. Se practicó punción percutánea con control tomográfico en 5 pacientes (20%) de los cuales 3 fueron absceso hepático sin encontrarse estudios bacterio-

lógicos en ninguno de ellos, 1 caso de poliquistosis hepática diagnosticada por TAC y que el estudio citológico reportó como enfermedad hidatídica, el otro caso corresponde a un hemangioma cavernoso corroborado por Citología.

La ultrasonografía se realizó en 15 pacientes (60%) con una certeza diagnóstica en 9 casos (60%), no siendo posible su realización por abundante gas intestinal en 1 paciente (6%) y un error diagnóstico en 5 casos (33%). Los pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron 14 casos lo cual representa el 56%, corroborándose el diagnóstico en 13 pacientes (92%), con un error diagnóstico quirúrgico-patológico en 1 caso (8%), el cual su diagnóstico postoperatorio fue tumoración primaria de hígado y un diagnóstico definitivo de metástasis hepáticas. Se operaron 3 pacientes con absceso hepático lo cual representa el 30% de los casos diagnosticados.

Se practicaron 2 estudios de intradermorreacción específicamente pruebas de Casoni, las cuales fueron negativas con un valor diagnóstico del 100%, sin embargo por ultrasonografía y TAC se diagnosticaron 11 procesos quísticos hepáticos compatibles con abscesos o enfermedad poliquística, realizándose estudios de intradermorreacción en 2 casos (18%).

El único caso de quiste hidatídico en la serie no se le realizó dicha prueba. Otros estudios realizados son: seroamoeba en 1 caso el cual fue negativo; angiografía celiaca en 1 paciente con diagnóstico imagenológico de tumoración primaria de hígado y diagnóstico definitivo de hematoma hepático crónico, con un error diagnóstico en el único caso estudiado. No se cuenta con estudios bacteriológicos en ningún paciente incluido en el estudio.

Los datos clínicos obtenidos en los pacientes estudiados fueron: hepatomegalia en 18 pacientes (72%), hipertermia en 16 pacientes lo cual representa

el 64%. En los pacientes con absceso hepático se encontró hipertermia en 10 casos lo cual representa el 100%, se obtuvo leucocitosis en 16 pacientes (64%) y en 9 de 10 pacientes con absceso hepático representando el 90%. Pérdida de peso en 20 pacientes (80%), presentándose en 6 pacientes con absceso hepático (60%) y en 9 casos relacionados con neoplasias (100%). Se encontró ictericia en 8 pacientes (32%), 2 pacientes con absceso hepático (20%) y en 6 casos relacionados con neoplasias (66%). La presencia de ascitis fue en 5 pacientes (20%); todos estos pacientes se encontraban con diagnóstico relacionado a neoplasias y representan el 55% del total de pacientes con carcinomas primarios o metastásicos. El dolor abdominal fue el hallazgo clínico más frecuente, presentándose en 22 casos lo cual representa el 88% del total de pacientes estudiados.

Los diagnósticos definitivos son representados por 10 casos de absceso hepático (40%) encontrándose antecedente de apendicectomía en los últimos 2 meses en 3 pacientes (30%); no se pudo diferenciar etiología amibiana, piógena o mixta por carecer de estudios bacteriológicos. 9 casos relacionados con neoplasias (36%) de los cuales 6 pacientes presentaron lesiones metastásicas (66%), 2 pacientes con colangiocarcinomas (22%) y un caso de hepatocarcinoma (11%). Otros diagnósticos definitivos fueron: hemangioma 1 caso (4%), quiste hidatídico 1 paciente (4%), ascaris lumbricoides en vía biliar 1 caso (4%), 1 hematoma hepático crónico (4%), 1 caso de hepatopatía diabética con vacuolización (4%) y un caso de poliquistosis hepática (4%).

CONCLUSIONES

La distribución de masas hepáticas y sobre todo los casos de abscesos y neoplasias fue ligeramente mayor en el sexo femenino con un predominio en la quinta y sexta década de la vida.

Se cuenta con medios diagnósticos de alta especificidad como es el estudio histopatológico el cual fue utilizado en el 40% de los casos; de igual manera los estudios citológicos se realizaron en el 16%, no practicándose estudios bacteriológicos. El estudio de gabinete más utilizado para el diagnóstico de masas hepáticas fue la tomografía axial computadorizada en el 76% de los casos estudiados con una certeza diagnóstica del 54% y error en el 16%, siendo la mayoría pacientes con absceso hepático, sin embargo posee una baja especificidad para diferenciar la etiología de los mismos. La punción percutánea con control tomográfico muestra resultados poco satisfactorios ya que en los 3 abscesos punccionados no se realizaron estudios bacteriológicos y los casos de quiste hidatídico y hemangioma cavernoso tienen contraindicación absoluta para su punción. La ultrasonografía a pesar de ser el método no invasivo más accesible se realizó sólo en el 60% de los casos, sin embargo presentó un error diagnóstico considerable (33%). Con respecto a los estudios de intradermorreacción, éstos se realizaron sólo en el 18% de las lesiones quísticas y en el único caso de quiste hidatídico no se realizó.

La cirugía presentó un alto valor diagnóstico una vez complementado con estudios histopatológicos transoperatorios el cual fue del 100% si tomamos en cuenta que el único error correspondió a la diferenciación entre tumoración hepática primaria y lesión metastásica. Llamo la atención que sólo el 30% de los casos de absceso hepático fueron intervenidos quirúrgicamente.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

te, sin embargo éstos tampoco contaron con estudios histopatológicos, citológicos o bacteriológicos.

Los datos clínicos encontrados fueron relevantes; la hepatomegalia en el 72% de los casos, hipertermia en el 64%, y de importancia que el 100% de los pacientes con abscesos hepáticos presentaron elevación de la temperatura. El 90% de los pacientes con abscesos hepáticos contaron con más de 13,000 leucocitos/ mm^3 . La pérdida de peso fue más importante en los casos relacionados con neoplasias presentándose en el 100% de éstos. En el total de los casos estudiados el dolor abdominal fue el más representativo manifestándose en un 88%.

Los diagnósticos definitivos mostraron predominio: los abscesos hepáticos con un 40%, seguido de las neoplasias en el 56%, quedando el 24% restante distribuido entre enfermedades parasitarias, tumoraciones benignas y enfermedad poliquística.

DISCUSION

Si tomamos en cuenta que los abscesos ocuparon el 40% en frecuencia de las masas hepáticas, llama la atención que ningún caso cuenta con estudios histopatológicos ni bacteriológicos, los cuales son básicos no sólo para el diagnóstico preciso sino para su terapéutica específica. Creemos que se debe establecer un protocolo de estudio y seguimiento de los pacientes con diagnóstico presuntivo de masas hepáticas, ya que algunos casos cuentan con estudios que mostraron baja especificidad como es la ultrasonografía comparada con el estudio histopatológico y la cirugía; sin embargo otros son diagnosticados con citología por abordajes erróneos como es el caso del quiste hidatídico y el hemangioma cavernoso reportados en este estudio. La baja especificidad de la ultrasonografía y la arteriografía selectiva puede ser secundaria no al estudio en sí, sino a su interpretación, lo cual demuestra que no siempre es realizada por personal capacitado.

Es importante el estudio sistemático de los pacientes con masas hepáticas, esto con el fin de ahorrar molestias al paciente y recursos a la Institución, así como ofrecer un manejo y tratamiento adecuados para dichos pacientes. El manejo de los abscesos hepáticos no se limita a su drenaje sino que debe ser complementado con estudio histopatológico de sus paredes y bacteriológico con antibiograma del material drenado. Con respecto a las neoplasias, las metástasis fueron las más frecuentes y sabemos que actualmente su resección en caso de ser posible, mejorará la morbimortalidad de estos pacientes, además tenemos que la cirugía con estudio transoperatorio mostraron una certeza diagnóstica del 100%.

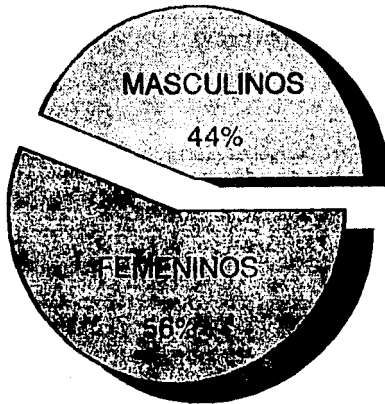
Los estudios de gabinete sólo orientan sobre las características morfológi

cas, numéricas y consistencia de las masas hepáticas; una vez obtenido esto el abordaje quirúrgico complementado con estudios histopatológicos y bacteriológicos ofrecerán el diagnóstico y la terapéutica adecuada, quedando la punción percutánea con control, ya sea tomográfico o ultrasonográfico, limitada a aquellos casos en los cuales la cirugía esté contraindicada o no pueda ser posible su realización.

Creemos que el estudio imagenológico de las masas hepáticas es indispensable en el inicio diagnóstico, pero debe completarse antes de proceder a la resolución quirúrgica en los casos indicados con angiografía selectiva para los casos de tumores primarios, estudio laparoscópico con biopsia para las masas sólidas, excepción hecha de los hemangiomas, y alfa-feto-proteína, antígeno carcinoembrionario para enfermedad metastásica, intradermorreacción de Casano para las lesiones sospechosas de quiste hidatídico. Estudio de páncreas y riñones para los casos de poliquistosis. Estudios complementarios para encontrar el tumor primario en el caso de metástasis como son: tránsito esófago esófago gastroduodenal, colon baritado, endoscopia del tubo digestivo, etc.

También pensamos que la aplicación en todos los servicios clínicos y de apoyo diagnóstico de los algoritmos relacionados con el diagnóstico, manejo y tratamiento del cáncer del aparato digestivo que el Servicio de Cirugía General propone a las Autoridades del Hospital, ofrecerá mejores resultados en la detección, estudio y tratamiento de las masas hepáticas y del cáncer del aparato digestivo en general.

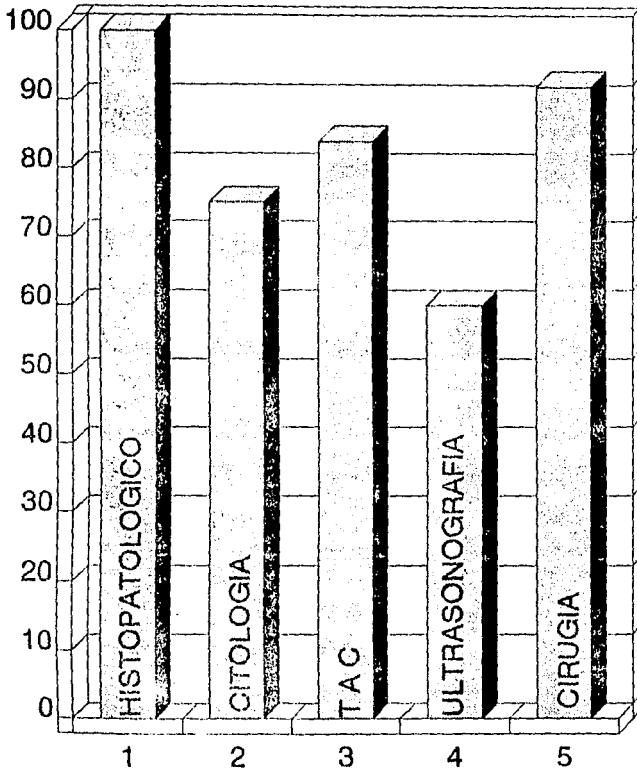
DISTRIBUCION POR SEXOS



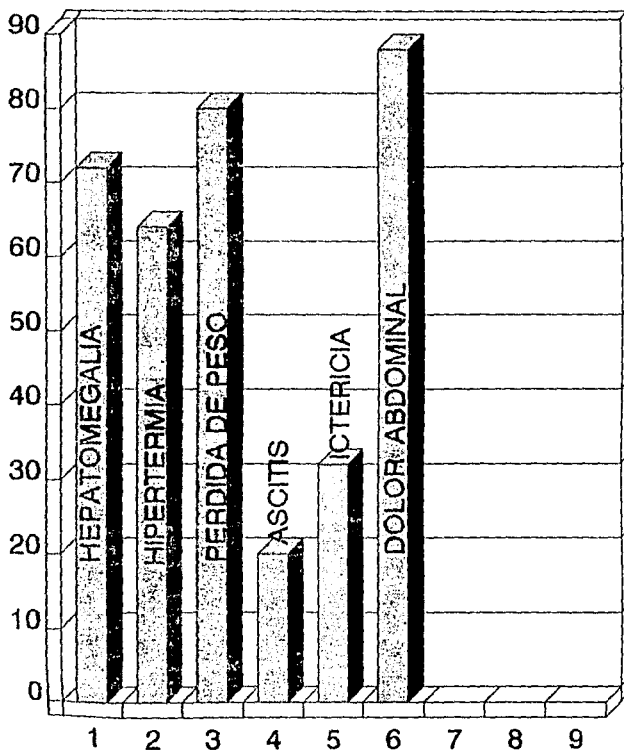
MASCULINOS (11 PACIENTES)

FEMENINOS (14 PACIENTES)

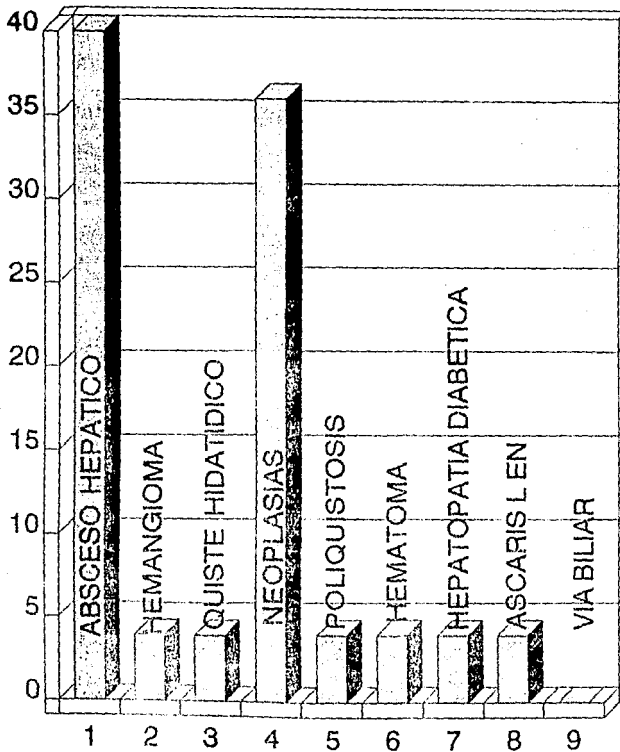
CERTEZA DIAGNOSTICA



DATOS CLINICOS



DIAGNOSTICO DEFINITIVO



BIBLIOGRAFIA

- 1) *A prospective Analysis of Laboratory Test and Imaging Studies To Detect Hepatic Lesions*
Mary Margaret Kemeny, *Ann of Surg.* Feb. 1982.
- 2) *Amebic Liver Abscess*
Abuabara SF, *Arch Surg.* 1982.
- 3) *Echinococcosis Rational Diagnosis and Therapy*
Morl M. et al, *F. Med.* 1982.
- 4) *Hepatic Resection for Primary and Secondary Neoplasms of the Liver*
Rodney F. Pommier, *Am Jour. of Surg.* Vol. 153 May 1967.
- 5) *A Prospective Study of Hepatic Imaging in the Detection of Metastatic Disease*
Thomas J. Smith, *Ann of surg.* 1982.
- 6) *Hepatic Tumors and Paraneoplastic Syndromes*
Ph. Morel, A Rohner, *Dig. Surg.* Vol. 4 1987.
- 7) *Improved Survival in Infants and Children With Primary Malignant Liver Tumors*
G. Hossein Mahour, *The Am Jour of Surg.* Aug. 1983.

- 8) *Major Hepatic Resection for Colorectal Liver Metastases*
H. A. Bradpiece, *Br. J. Surg.* April 1987.
- 9) *Cholangiocellular Carcinoma of the Liver*
Yoshifumi K., *Am Jour of Surg.* Vol. 147, March 1984.
- 10) *Amebic Liver Abscess. The Surgeon Role in Management*
Basile J. A., *Am J. Surg.* 1983.
- 11) *Neoplasias del Aparato Digestivo, revisión de 70,055 casos*
Gutiérrez S. *Rev. Gastroent. Méx.* 1984.
- 12) *Operaciones Abdominales*
Maingot-Schwartz, Edit. Panamericana, 1986.
- 13) *Anatomía Topográfica*
L. Testut-O. Jacob, Edit. Salvat 1976.
- 14) *Surgery of the Alimentary Tract*
Shackelfor-Zuidema, Edit. W. B. Saunders, 1983.