

11209

48

26



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.

"TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS
TUMORES HEPATICOS BENIGNOS"

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. HECTOR GURROLA MACHUCA

ASESOR DE TESIS:

DR. RICARDO J. MONDRAGON SANCHEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1995

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

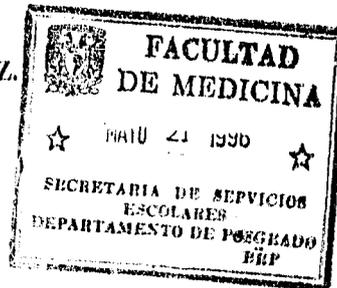
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

Eduardo
DR. EDUARDO FERNÁNDEZ DEL VILLAR.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Ricardo
DR. RICARDO J. MONDRAGON SANCHEZ.
ASESOR DE TESIS



Roberto
DR. ROBERTO REYES MARQUEZ.
COORDINADOR DE SUBDIVISION DE CIRUGIA

Aura
DRA. AURA ERAZO VALLE.
JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION Y DIVULGACION

Eduardo
DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



JEFATURA
DE ENSEÑANZA

AGRADECIMIENTOS

**A DIOS
POR PERMITIRME LOGRAR UNA META MAS EN
LA VIDA.**

**A MIS PADRES
HECTOR Y ZITA
POR SU APOYO Y COMPRESION.**

**A MIS HERMANOS
LUCERO, EDUARDO Y ZITA
POR COMPARTIR UNA ETAPA MAS.**

**A MI ASESOR DE TESIS
POR SU ENSEÑANZA Y TIEMPO DEDICADO.**

**A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL SERVICIO
POR LOS CONOCIMIENTOS BRINDADOS PARA
MI FORMACION COMO PERSONA Y COMO
PROFESIONAL.**

**A MIS COMPAÑEROS
POR LOS MOMENTOS QUE COMPARTIMOS**

**EL AGRADECIMIENTO A MIS AMIGOS Y
COMPAÑEROS OSCAR AUGUSTO AGUILAR
SOTO Y FRANCISCO CABEZA DE VACA
TORRES.**

**Y A TODOS EN GENERAL POR EL APOYO
BRINDADO Y LA CONFIANZA DEPOSITADA.**

RESUMEN

Los tumores hepáticos benignos son una entidad rara. El uso de los anticonceptivos y el avance de los métodos diagnósticos han despertado el interés para definir la mejor forma de manejo. Entre Mayo de 1992 a Junio de 1994, fueron diagnosticados y tratados diez pacientes. En cinco pacientes el diagnóstico fué de quiste simple del hígado; cuatro pacientes hemangioma cavernoso gigante; y en un paciente quiste parasitario del hígado. Todos presentaron sintomatología atribuible a la masa tumoral, como dolor abdominal y masa palpable en cuatro pacientes. Los estudios de laboratorio se encontraron sin alteraciones. El diagnóstico preoperatorio se realizó por USG, TAC, Angiografía y Gamagrafía. Se trataron los tumores quísticos con destechamiento amplio y omentoplastia; los tumores sólidos se les realizó hepatectomía derecha, izquierda ya sea simple o ampliada. Las complicaciones postoperatorias fueron: una fístula biliar, con buena evolución. Y un paciente falleció por tromboembolia pulmonar masiva. Los nueve pacientes se encuentran asintomáticos, sin complicación y sin recurrencia del tumor.

INDICE

- INTRODUCCION.....	1
- JUSTIFICACION.....	9
- OBJETIVOS.....	10
- MATERIAL Y METODOS.....	11
- RESULTADOS.....	12
- DISCUSION.....	13
- CONCLUSIONES.....	14
- FIGURAS.....	15
- BIBLIOGRAFIA.....	25

En artículos recientes se han encontrado que los tumores hepáticos benignos más frecuentes son: Hemangioma, Adenoma, Quistes, Hiperplasia nodular focal y Hamartomas ...

DIAGNOSTICO

SINTOMAS Y SIGNOS

Los dos síntomas más comunes de los tumores hepáticos benignos son el dolor y la plenitud abdominal; que pueden aparecer juntos o separados. Las lesiones más tempranas se asocian con buen pronóstico, y son aquellas que se presentan como masas asintomáticas, apreciadas por el paciente y el médico en un examen de rutina, y el cirujano durante una laparotomía por una afección abdominal. Otros síntomas pueden ser malestar general, pérdida de peso, anorexia, fiebre de origen desconocido, náuseas y vómitos, diarreas, escalofríos, ictericia y síndromes paraneoplásicos ...

LABORATORIO

No existe una prueba aislada, que pueda por sí sola determinar una neoplasia hepática. Cuando una de las diferentes pruebas de funcionamiento hepático es anormal, ella resulta incapaz de diferenciar la afección específica, sin posteriores estudios radiológicos o técnicos biopsicos.

GABINETE

Para detectar un tumor hepático benigno, lo más útil es la imagen directa del hígado, con la ecografía (USG), el cual sirve para diferenciar masas sólidas de las quísticas en el parenquima hepático, estas se detectan en 2.5% de la población, afectando a las mujeres y en el lóbulo derecho del hígado ...

Con el advenimiento de la Tomografía Axial Computarizada (TAC), no había estudio de imagen para la evaluación de las masas hepáticas. Considerándose el mejor método no invasivo, para determinar su naturaleza y la extensión de la masa hepática, el cual es específico para diagnosticar el tumor hepático benigno más frecuente el hemangioma cavernoso ...

Con la Imagen de Resonancia Magnética (IMR), permite diferenciar entre los tumores hepáticos benignos, y en el caso de los hemangiomas cavernosos en el 95% de los casos los resultados son más precisos que los ofrecidos por la TAC.

El uso de la Angiografía combinada con la TAC proporciona la resolución suficiente para descubrir tumores de diámetro inferior de 5 cm, en comparación con el Gamagrama Hepático; pudiendo ser capaces de apreciar lesiones de por lo menos 2.5 cm de diámetro, siempre y cuando no halla evidencias de afecciones hepáticas crónicas.

MANEJO QUIRURGICO DE LOS TUMORES HEPATICOS BENIGNOS

INTRODUCCION

Los tumores hepáticos benignos son raros, se detectan ahora con mayor frecuencia debido a la mejora de los estudios de imagen ¹, aparecen en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Son de mayor frecuencia en comparación con los tumores hepáticos malignos primarios y secundarios ². Algunos son de origen congénito, muchos de etiología desconocida y unos pocos pueden relacionarse a cambios exo-endógenos en el medio hormonal del paciente. La mayoría no producen síntomas y se hallan incidentalmente durante una cirugía abdominal ó en una necropsia 0.4%- 7.3%. Algunos muestran crecimiento progresivo y producen síntomas por efecto de masa ocupante. Hay tumores que causan síntomas agudos y severos, a causa de necrosis o trombosis del tumor asociados con ruptura y hemorragia. En los últimos años se ha despertado considerable interés, sobre todo la asociación entre neoplasias hepáticas y anticonceptivos orales ³. Aunque se han descrito diversos tumores benignos del hígado la mayor parte son suficientemente raros para que puedan considerarse curiosidades médicas. Los cuales se clasifican de acuerdo a la línea celular de los cuales derivan.

CLASIFICACION DE LOS TUMORES HEPATICOS BENIGNOS

EPITELIALES

HEPATOCELULARES: TRANSFORMACION NODULAR
HIPERPLASIA NODULAR FOCAL
ADENOMA HEPATOCELULAR
COLANGIOCELULAR: ADENOMA DE CONDUCTO BILIAR
CISTOADENOMA BILIAR

MESENQUIMATOSOS

DE TEJIDO ADIPOSO: LIPOMA
MIELOLIPOMA
ANGIOMIOLIPOMA
DE TEJIDO MUSCULAR: LEIOMIOMA
DE VASOS SANGUINEOS: HEMANGIOENDOTELIOMA INFANTIL
HEMANGIOMA
DE TEJIDO MESOTELIAL: MESOTELIOMA BENIGNO

MIXTOS MESENQUIMATOSOS Y EPITELIALES

HAMARTOMA MESENQUIMATOSO
TERATOMA BENIGNO

QUISTES

SIMPLES
PARASITARIOS

DIVERSOS

TUMOR SUPRARRENAL INICIAL
TUMORES INICIALES DE PANCREAS

Ishak GK, Goodman ZD: Benign tumors of liver. In Berk JE (dir): Gastroenterology, ed 4. Philadelphia, WD Saunders, 1985, p. 3302.

Luego que se ha determinado la existencia de una masa en el parénquima hepático, puede resultar necesario la realización de toma de biopsia para confirmar histológicamente la naturaleza de la lesión y nos sugiere la ausencia de malignidad de una masa sólida.

HEMANGIOMAS

Los hemangiomas son los tumores hepáticos benignos más frecuentes, son de origen mesenquimatoso; los pequeños hemangiomas capilares son más frecuentes que los cavernosos, y muchas veces son múltiples, su descubrimiento es incidental y sin significación clínica y terapéutica. Los hemangiomas cavernosos son los tumores hepáticos más comunes, superados únicamente por las metástasis hepáticas.

Los hemangiomas cavernosos se presentan en todas las edades pero su incidencia es mayor de los 30-60 años de edad, con afección mayor en mujeres (66%), y en edad más temprana y tienen tendencia a resultar clínicamente manifiestas; las lesiones mayores de 4 cm se han considerado como hemangiomas gigantes, cuando las lesiones crecen lo hacen por ectasia progresiva, estos no presentan transformación maligna.

La mayor parte de los hemangiomas cavernosos son asintomáticos, excepto cuando su diámetro es mayor de 10 cm, cuando hay estos suelen ser inespecíficos y la mayor parte presentan molestias en cuadrante superior derecho, por distensión o inflamación de la cápsula de Glisson. Muy rara vez presentan ruptura espontánea del tumor.

El examen físico suele ser anodino, a menos que se descubra una masa hepática palpable; en ocasiones se percibe un soplo a nivel del hemangioma, pero es un signo inespecífico.

Ninguna prueba de laboratorio es específica

El aspecto USG de los hemangiomas cavernosos es variable, pero generalmente se describe como hiperecoico y de bordes netos, por sí sola no lo distingue de un carcinoma hepatocelular, adenoma hepatocítico, hiperplasia nodular focal o metástasis solitaria.

La TAC ha resultado muy útil para el diagnóstico de hemangiomas y se han establecido muy bien los criterios correspondientes. Los hallazgos en TAC simple son: lesión esférica áspera de baja densidad, parte interna homogénea, no existen calcificaciones y el tamaño no cambia al aplicar el medio de contraste, después de la aplicación del medio de contraste hay un realce periférico de diferente espesor, la imagen interna del borde es ondulada y el centro del hemangioma es hipodenso.

La angiografía hepática selectiva muestra un tipo característico formado por arterias hepáticas de dimensión normal y en el llenado rápido producen el aspecto esponjoso alrededor de las arterias hepáticas "algodón en rama", con un tinte denso, la cual persiste en las fases capilar y venosa.

Se consideran que los datos que proporciona en TAC son suficientemente característicos, de manera que se limita el papel de la angiografía en el diagnóstico de los hemangiomas cavernosos hepáticos.

La IMR tiene gran especificidad para el diagnóstico de los hemangiomas hepáticos. Sin embargo por su elevado costo, tiene aplicación limitada.

En general la biopsia con aguja en las lesiones hepáticas vasculares, no se debe efectuar, solamente cuando hay dificultad para diagnosticar el hemangioma cavernoso.

O cuando la imagen no define la malignidad o benignidad de una masa sólida hepática y evita el seguimiento por imagen prolongado.

Cuando los hemangiomas cavernosos están situados en la parte subescapular del hígado, se reconocen fácilmente por examen macroscópico visual y por palpación. Los espacios quísticos están llenos de sangre de color oscuro inconfundiblemente y la lesión es compresible. Las lesiones más profundas son difíciles de descubrir, siendo necesaria la aspiración del hígado durante la intervención y bajo visión directa obtiene un volumen abundante de sangre fácil de extraer.

Microscópicamente, los hemangiomas son distintivos, formados por espacios vasculares dilatados, predominantemente quísticos, lo cual es característica del hemangioma cavernoso. El revestimiento es de células endoteliales. Las paredes de los tabiques están formadas por tejido fibroso irregular, siendo delgados. En ocasiones los espacios cavernosos contienen sangre coagulada.

El tratamiento varía desde la simple observación hasta la resección, las modalidades terapéuticas de ligadura de la arteria hepática, radioterapia y corticosteroides, se han señalado con resultados muy limitados. Las indicaciones para la resección quirúrgica son los tumores sintomáticos en pacientes con pronóstico aceptable, y lesiones indeterminadas a pesar de un estudio preoperatorio completo; o aumento del tamaño, con cambio en las características; los que son mayores de 10 cm y muy raramente ruptura espontánea del hemangioma.

Cuando está indicado la resección del hemangioma, esta constituye el único medio uniformemente eficaz. La técnica quirúrgica requiere considerar el volumen del tumor, la localización anatómica y experiencia que tenga el cirujano, siendo prudente y seguro efectuar una lobectomía anatómica formal o una lobectomía ampliada.

QUISTES SIMPLES DEL HIGADO

Los quistes simples del hígado son raros y pocas veces sintomáticos.

Serías de necropsia señalan una incidencia del 0.14%- 0.30%. Son tres veces más frecuentes en la mujer que en el hombre, los cuales son congénitos y crecen muy lentamente.

Estos suelen crecer muy lentamente, más frecuentemente son multiloculares que uniloculares, localizándose en el lóbulo derecho del hígado. La mayor parte suelen ser asintomáticos, y éstos se descubren incidentalmente al realizar estudios de gabinete, o en el transoperatorio.

Cuando éstos se vuelven sintomáticos se manifiestan con hepatomegalia, masa abdominal, dolor abdominal e ictericia, y en raros casos se presentan síntomas agudos como consecuencia de hemorragia dentro del quiste, superinfección, o torsión e isquemia de un quiste pedunculado.

Ninguna prueba de laboratorio es específica.

El USG puede detectar quistes mayores de 1-2 cm., son anecoicos con bordes lisos netos y transmisión aumentada del sonido a través de la lesión, originando un refuerzo acústico posterior, si el quiste tiene volumen suficiente.

Por TAC, los quistes simples del hígado se observan como lesiones de paredes lisas y densidad homogénea del orden 0-15 unidades Hounsfield.

En ambos estudios pueden mostrar imágenes cecoicas dentro del quiste, lo cual puede estar complicado por hemorragia o infección, adaptando un aspecto similar al de abscesos hepáticos.

La Angiografía como la IRM, no llegan a ser necesarias para realizar el diagnóstico de quistes simples del hígado.

Los grandes quistes hepáticos sintomáticos, se tratan de preferencia con resección hepática. Ya que estos generalmente recidivan después de aspiración percutánea o punción, e invariablemente se contaminan si se coloca una sonda de drenaje por vía percutánea. Estos pueden extirparse dejando la capa fibrosa más profunda; destechamiento del quiste con drenaje libre a cavidad abdominal o con parche de epiplón.

ADENOMA HEPATOCITICO

Desde el informe publicado por Baum (1973), acerca de la posible asociación entre anticonceptivos orales y el desarrollo de adenomas, este tipo de tumor ha merecido más atención.

La incidencia del adenoma hepatocítico ha aumentado netamente con el uso de anticonceptivos orales, el 89% había utilizado anticonceptivos orales por cierto tiempo; siendo la incidencia del adenoma hepatocítico proporcional a la duración del empleo de anticonceptivos orales, su dosis y edad mayor de 30 años. También es más probable que tengan ruptura o sufran necrosis; así como se han observado regresiones del tumor después de interrumpirlos, así como su progresión. Se ha reportado progresión al desarrollo de malignidad al carcinoma hepatocelular.

La presentación típica es la de una mujer mayor de 30 años de edad, con el antecedente del uso de anticonceptivos orales, presentando síntomas el 66% como dolor abdominal, y aproximadamente la tercera parte indicaba que los síntomas habían empezado en forma aguda por hemorragia o ruptura intratumoral. A la exploración física hay hipersensibilidad en el hemiabdomen superior, hepatomegalia o una masa palpable.

Las pruebas funcionales hepáticas suelen ser normales, o un poco alteradas en pacientes con necrosis o hemorragia del tumor. Tienen una prevalencia mayor de anemia, lo que refleja la tendencia de estos tumores para sangrar.

El USG revelará una lesión con textura heterogénea y ecogenidad mixta.

La TAC muestra imágenes hipodensas antes de inyectar el medio de contraste, y se vuelven complejas con gran diversidad de densidades después de inyectar el medio de contraste y éstos no presentan realce, así como pueden demostrar hemorragia o necrosis.

Angiográficamente se observa hipervascularidad con vasos alimenticios de calibre normal, imágenes de arterias alrededor de la lesión, y un tono rosado parenquimatoso y denso.

Las exploraciones del hígado con radionúclidos mostraran un defecto local.

La IRM no es necesario para el diagnóstico de adenomas hepatocíticos.

Esta patología esta compuesta de hepatocitos, idénticos a los normales del hígado vecino, son tumores bien circunscritos, y a veces encapsulados. Son datos bien descritos la degeneración celular, la hemorragia y las transformaciones degenerativas. El adenoma hepatocítico no presenta vía portal, ni conductos biliares; y en algunos casos hay presencia de células hematopoyéticas.

En pacientes con dolor abdominal agudo o hemorragia intraperitoneal, las indicaciones de cirugía son claras, lo son menos en los pacientes asintomáticos; pero como estos tarde o temprano se volverán sintomáticos y el peligro de simultaneidad o evolución al carcinoma, se tiene como conducta sistémica la resección hepática siempre y cuando sea posible.

HIPERPLASIA NODULAR FOCAL

La asociación con los anticonceptivos orales, la hiperplasia nodular focal es menos clara, pero en la revisión de Kerlin solo el 58% de las mujeres señaló el empleo de anticonceptivos, ya que se ha descubierto este tumor en niños y hombres. La hiperplasia nodular focal nunca o raramente sangra, y no tienden a malignizarse.

La mayor parte de los pacientes son asintomáticos, y la lesión en más del 90% se descubre incidentalmente al efectuar una laparotomía exploratoria u otras intervenciones diagnósticas. Cuando llegan a presentar síntomas es la molestia abdominal, y en ocasiones se descubre una masa palpable voluminosa.

Las pruebas de funcionamiento hepático no son útiles.

No hay ninguna modalidad para la obtención de imagen que proporcione uniformemente el diagnóstico.

Por USG la ecogenicidad es la misma, menor o mayor que la del parénquima hepático normal, pudiéndose observar una cicatriz central.

Por TAC, el tumor suele ser hipodenso y se vuelve hiperdenso o isodenso después de inyectar el medio de contraste, y la presencia de una cicatriz central se considera clásico.

La lesión tiene conductos biliares y células de Kupffer, por lo que el tumor llega a captar el coloide de azufre de tecnecio, las cuales pueden ser isointensas o hipertensas en comparación con el parénquima hepático normal, siendo el diagnóstico de hiperplasia focal nodular, si la captación es menor se recomienda la realización de la angiografía.

La angiografía muestra un tumor hipervascular, con intensa tinción capilar homogénea, con un realce uniforme central, la cual también se observa en la IRM.

La combinación de una lesión hipervascular y la captación normal o aumentada de un radioisótopo es específico de hiperplasia nodular focal, aunque sólo se comprobó en el 6%.

Patológicamente tiene mucha similitud con el adenoma hepatocítico, y la distinción entre los dos puede ser difícil. Macroscópicamente tiende a ser lobulada, y desarrolla una cicatriz estrellada central, cuando la lesión es mayor de 5 cm, la cual contiene vasos sanguíneos que riegan el proceso hiperplásico, así como la presencia de conductos biliares. La hiperplasia nodular focal está netamente delineada, separada de tejido hepático vecino, y en ocasiones forma una cápsula fibrosa delgada. Microscópicamente la cicatriz estrellada contiene hepatocitos casi normales, conductos biliares, vasos sanguíneos y células de inflamación crónica.

La extirpación quirúrgica es una opción viable, y puede llevarse a cabo sin peligro, cuando el tumor está aumentando de volumen, sangrando o sea sintomático. Siendo más frecuentemente la evolución clínica benigna y cuando se diagnostica incidentalmente el mejor tratamiento es el conservador; Adson considera que en algunos casos pueden estos tumores pasar de una etapa silenciosa a una fase activa.

QUISTE HEPATICO PARASITARIO

Este se presenta por infección equinocócica causada por *Echinococcus granulosus* en el 95%, y el resto por la infección de *Echinococcus multilocularis*.

El síntoma más frecuente es el dolor abdominal vago que se presenta en el 80% de los pacientes, hepatomegalia y menos frecuentemente ictericia, fiebre, prurito, náusea y vómito. A la exploración física se palpa el hígado aumentado de volumen en el 50-60%.

Las pruebas de funcionamiento hepático son anormales en el 50%, y se observa eosinofilia en el 5-15%. La cutirreacción de Casoni, se acompaña de un número elevado de resultados positivos falsos, por lo que ha sido sustituida por la hemaglutinación y la inmunoelectroforesis, con una precisión diagnóstica del 85-90%.

El USG es un estudio eficaz, mostrando un quiste anecoico con paredes bien definidas, y un refuerzo acústico detrás del quiste por la transmisión de las ondas sonoras.

La TAC delinea la pared calcificada de la hidátide y de los quistes hijos dentro del quiste hepático, y con una densidad igual a la del agua.

Otras modalidades de imagen como los estudios de radionúclidos, angiografía e IRM, tienen poco valor para diagnosticar el quiste equinocócico.

Los pacientes con enfermedad hidatídica asintomática se tratan de preferencia quirúrgicamente, ya que el aumento del volumen puede originar ruptura y problemas graves; ya que el uso de antihelmínticos ha tenido éxito limitado.

JUSTIFICACION

Los tumores hepaticos benignos son una patología poco frecuente, pero cuando estos se vuelven sintomáticos y llegan a presentar complicaciones como ruptura, hemorragia, torsión, etc: como una urgencia médica, es necesario que el cirujano este familiarizado con las técnicas de resección hepática, así como la mejor técnica para cada tipo de tumor hepático. Evitando la recurrencia de estos, así como sus posibles complicaciones transoperatorias y postoperatorias por la intervención quirúrgica.

Realizar un estudio completo en cada uno de los pacientes con tumor hepático, para determinar la naturaleza de este tumor, y la frecuencia de este tipo de tumores, y de acuerdo a los hallazgos determinar la mejor técnica quirúrgica.

Analizar la morbi-mortalidad de los pacientes con tumores hepáticos, sometidos a resección quirúrgica.

Determinar la mejor técnica quirúrgica en cada tipo de tumor, con el fin de evitar la recurrencia.

Valorar en los pacientes con tumores hepáticos, el mejor tratamiento, ya sea conservador o quirúrgico, de acuerdo a cada tipo de tumor.

HIPOTESIS

NO EXISTE PORQUE ES UN ESTUDIO OBSERVACIONAL.

OBJETIVOS

1.- Demostrar que el tratamiento quirúrgico de los tumores hepáticos benignos, presenta una morbi-mortalidad baja, y evita la recurrencia del tumor.

2.- Establecer la sintomatología de cada uno de los tumores hepáticos benignos, así como sus complicaciones, antes de someterse a cirugía.

3.- Evaluar las complicaciones postoperatorias y determinar la recurrencia del tipo de tumor hepático benigno, en relación al procedimiento quirúrgico efectuado.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, prospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo. Se incluyeron a diez pacientes con el diagnóstico de tumor hepático benigno, los cuales se sometieron a tratamiento quirúrgico en el Servicio de Cirugía General del "CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE", I.S.S.S.T.E. durante el período comprendido entre Mayo de 1992 a Junio de 1994.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de tumor, localización, forma de presentación, antecedentes, estudios de gabinete realizados, indicación de manejo quirúrgico, técnica quirúrgica efectuada, morbi-mortalidad del procedimiento quirúrgico y vigilancia de recurrencia.

Los procedimientos quirúrgicos efectuados fueron básicamente de dos tipos: a pacientes con quistes simples del hígado o quistes parasitarios, se les realizó destechamiento amplio según la técnica de Edwards, hemastasia y omentoplastia, con o sin drenaje en caso de sospecha de infección. A pacientes con tumoraciones sólidas se les realizó hepatectomía simple o ampliada, con control vascular del ligamento hepatoduodenal (Maniobra de Pringle) y transección del parénquima hepático con la técnica de Kellyclasia, así como ligadura de los grandes vasos intrahepáticos (Técnica Lotar-Jaboub).

La estancia hospitalaria de los pacientes vario de 3-14 días, con un promedio de seis días.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todos los pacientes con diagnóstico de tumor hepático benigno, que sean sometidas a tratamiento quirúrgico.
- Todos aquellos sometidos a tratamiento quirúrgico de todas las edades en ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de tumor hepático benigno que no sean manejados quirúrgicamente o por otros métodos no quirúrgicos.

RESULTADOS

Diez pacientes con lesiones hepáticas benignas fueron operados durante el periodo revisado. Ocho fueron del sexo femenino y dos del sexo masculino. El rango de edad varió de 35-70 años con una media de 54 años de edad. A cinco pacientes se les diagnóstico quiste simple del hígado (50%), a cuatro pacientes se les diagnóstico hemangioma cavernoso gigante (40%) y a un paciente se le diagnóstico quiste parasitario del hígado (10%). Todos los pacientes tenían sintomatología atribuible a la masa; diez presentaban dolor abdominal, seis tenían masa palpable, uno tenía fiebre, uno tenía plenitud postprandial y uno durante un periodo de observación por dos años se le detectó crecimiento acelerado. Dos pacientes tenían el antecedente de uso de anticonceptivos orales, otro había recibido tratamiento para un adenoma hipofisiario. Un paciente con diagnóstico de quiste simple del hígado había sido manejado con punción, en el cual al momento de la laparotomía se encontró un líquido turbio, que el Gram reportó positivo para cocos, por lo que este se maneja con drenaje externo. Los estudios de laboratorio así como las pruebas de funcionamiento hepático se encontraban dentro de la normalidad en todos los pacientes. De los estudios de gabinete, el USG fue el estudio de imagen más utilizado para el diagnóstico en 10/10 pacientes, se utilizó TAC en 9/10 pacientes, angiografía visceral en 4/10 y gammagrafía en 2/10.

A los cinco pacientes que presentaron quistes simples del hígado se les realizó destechamiento amplio, hemostasia y a todos se les agregó omentoplastia y, al paciente con el antecedente de punción se le dejó drenaje externo; a un paciente con quiste parasitario del hígado se le realizó destechamiento amplio del quiste, toma de biopsia de pared y omentoplastia; y a los cuatro pacientes con hemangioma cavernoso gigante a uno se le realizó hepatectomía derecha, uno hepatectomía derecha ampliada, uno hepatectomía izquierda y a otro hepatectomía izquierda ampliada. El sangrado transoperatorio varió de 50 cc a 2,000 cc con una media de 550 cc. Los procedimientos que más sangraron fueron las hepatectomías de 700 cc a 2,000 cc, tres pacientes requirieron transfusión transoperatoria. No se presentaron complicaciones transoperatorias, un paciente presentó una fístula biliar manejada conservadoramente cediendo a la segunda semana de postoperatorio. Un paciente presentó dolor torácico al tercer día de postoperado falleciendo subitamente. Todas las piezas se mandaron a estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico y descartar malignidad. El promedio de estancia hospitalaria fue de 6 días con un rango de 3-14 días. El seguimiento se ha realizado en los nueve pacientes sobrevivientes, con una media de 18 meses con un rango de 2-23 meses, todos se encuentran asintomáticos.

DISCUSION

Al desarrollar el análisis de los resultados obtenidos en este estudio, la frecuencia de afección por sexo predominó en el femenino, entre la 5ª y 6ª década de la vida. Así como el tumor más frecuente en este estudio fue el quiste simple del hígado (5 casos), seguido por el hemangioma cavernoso gigante (4 casos) y, un caso de quiste parasitario del hígado.

En todos los pacientes presentaron síntomas atribuibles al tumor, como dolor y masa palpable, con menos frecuencia fiebre, plenitud postprandial y crecimiento acelerado. A una paciente se diagnosticó hepatocarcinoma en el preoperatorio, lo que fue motivo de exploración quirúrgica, siendo el diagnóstico definitivo de Hemangioma Cavernoso.

En todos los pacientes se les tomó análisis bioquímicos, como la Biometría hemática: Hb, Leucocitos con diferencial; Química sanguínea: BUN, Urea, Creatinina, y Glucosa; Tiempos de coagulación: TP y TPT; Pruebas de Funcionamiento Hepático: Albúmina, Transaminasas, Bilirrubinas, Colesterol y Fosfatasa Alcalina. Lo cual demostró que ninguna prueba de laboratorio es específica para el diagnóstico de tumores hepáticos benignos del hígado.

De los estudios de gabinete, en el que a todos los pacientes se les realizó fue el USG, siendo utilizado como único estudio en un paciente con quiste simple del hígado. La TAC se realizó solamente en 9 pacientes, no siendo necesario realizar otro estudio de gabinete diagnóstico en cinco pacientes, cuatro con quiste simple del hígado y uno con quiste parasitario del hígado. A los cuatro pacientes restantes, con el diagnóstico de hemangioma cavernoso se les realizó Angiografía y solamente en dos Gamagrafía, confirmando el diagnóstico.

El sangrado transoperatorio es escaso, durante la resección de los quistes simples o parasitarios del hígado de 125 cc, en un rango de 50-400 cc. Pero en las resecciones hepáticas, de acuerdo al tamaño, es más importante siendo en este estudio de 700-2,000 cc con un promedio de 1,300cc, siendo necesario la transfusión en tres pacientes.

Dentro de las complicaciones postoperatorias, se presentó una fístula biliar, la cual cedió conservadoramente.

Se presentó una defunción al tercer día del postoperatorio, inherente a la cirugía, en un paciente con quiste hepático simple del hígado, al cual se le realizó destechamiento amplio más omentoplastia, siendo la causa una tromboembolia pulmonar.

Así la estancia hospitalaria fue de 3-14 días, con un promedio de seis días, aún en las resecciones hepáticas.

Y el seguimiento de los siete pacientes fue de 2-23 meses, con un promedio de 18 meses, encontrándose todos los pacientes vivos, sin presentar complicación alguna, así como ninguno presentó recurrencia.

CONCLUSIONES

- 1.- Los tumores hepáticos benignos son una entidad rara en nuestro hospital, ya que solamente se han operado diez pacientes.
- 2.- Los pacientes con tumores hepáticos benignos del hígado, que sean sintomáticos, y con un diagnóstico preoperatorio de su naturaleza, se deben intervenir quirúrgicamente siempre y cuando sea mayor el beneficio.
- 3.- El síntoma principal de todos los tumores hepáticos benignos fué dolor en hipocondrio derecho y masa palpable en más de la mitad de los pacientes.
- 4.- Las pruebas de laboratorio son irrelevantes para el diagnóstico.
- 5.- Los estudios de gabinete tienen una sensibilidad alta para el diagnóstico de los tumores hepáticos benignos, sin embargo hay falsas negativas, y se debe tener el estudio histopatológico del tumor para confirmar el diagnóstico.
- 6.- La biopsia hepática debe recomendarse en casos seleccionados, ya que en hemangiomas puede ser muy peligrosa, así como tener falsos negativos.
- 7.- En los tumores hepáticos quísticos simples o parasitarios, el manejo quirúrgico recomendada es el destechamiento amplio, toma de biopsia con o sin omentoplastía.
- 8.- En los tumores hepáticos benignos sólidos, la resección hepática resolvió el problema.
- 9.- El manejo quirúrgico en casos seleccionados, presenta baja morbi-mortalidad, siendo menor del 10 %.
- 10.- La estancia hospitalaria fué de seis días, siendo más corta de lo esperado por el tipo de cirugía resectiva.
- 11.- El seguimiento de los nueve pacientes fué bastante bueno de 2-23 meses, con un promedio de 18 meses, sin presentar complicaciones, recurrencia o mortalidad postoperatoria.

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS SEXO

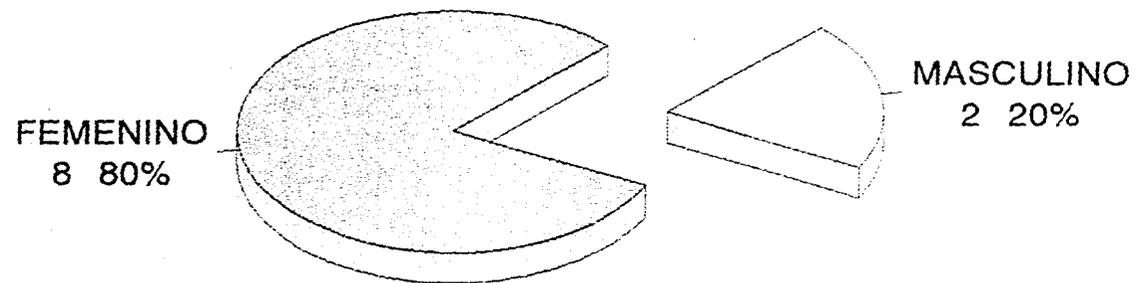


FIG 1

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS GRUPOS DE EDAD

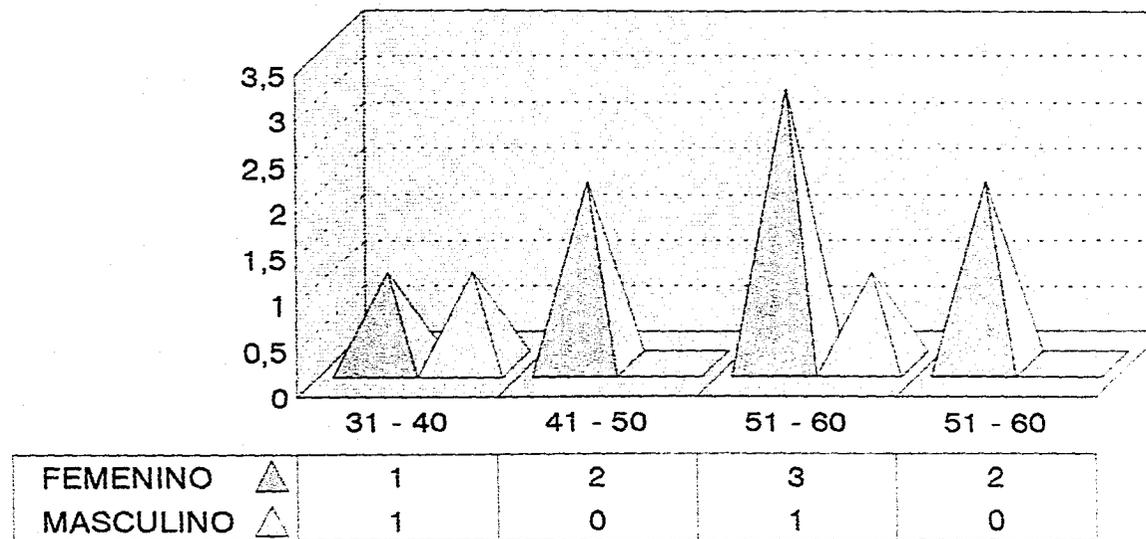


FIG 2

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS DIAGNOSTICOS

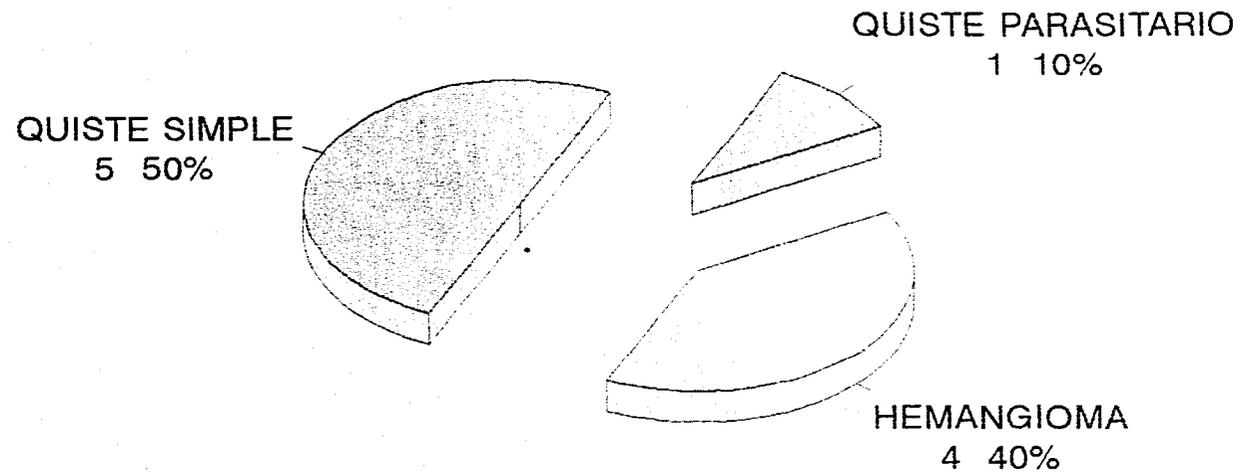


FIG 3

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS MANIFESTACIONES CLINICAS

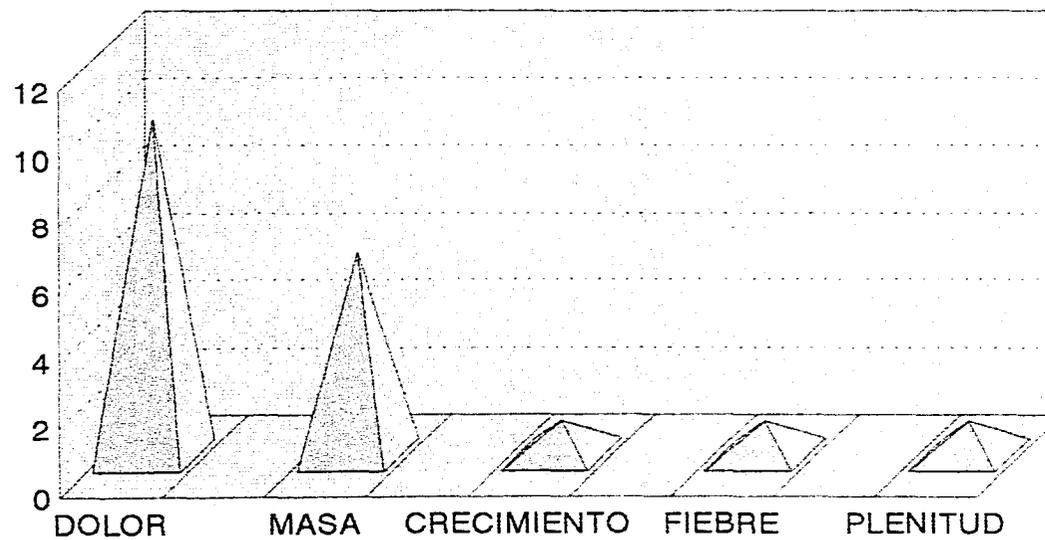


FIG 4

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS ESTUDIOS DE GABINETE

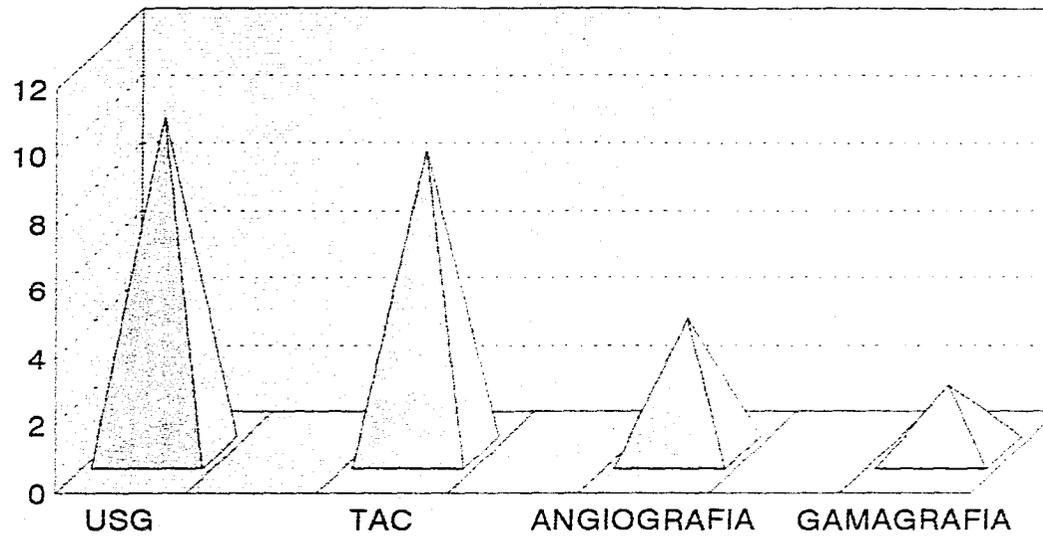


FIG 5

RECEIVED
MAY 10 1988
LIBRARY OF THE
HOSPITAL OF THE
UNIVERSITY OF
MICHIGAN

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS TRATAMIENTO QUIRURGICO

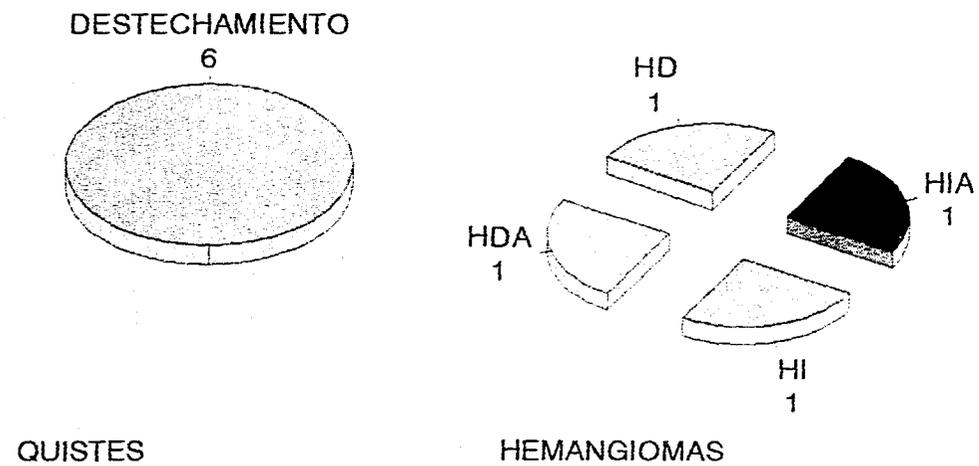


FIG 6

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS SANGRADO TRANSOPERATORIO

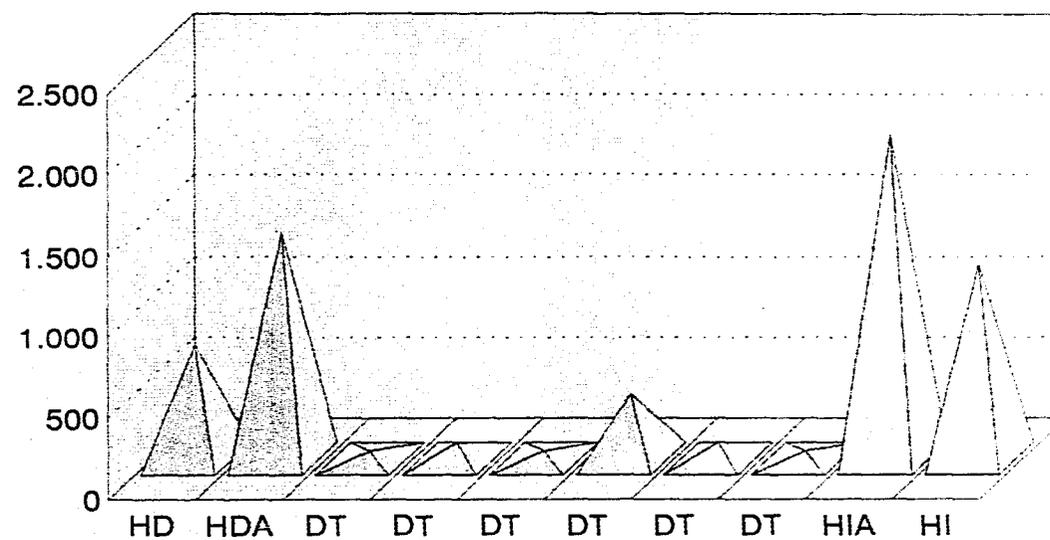
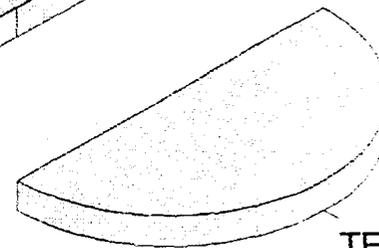
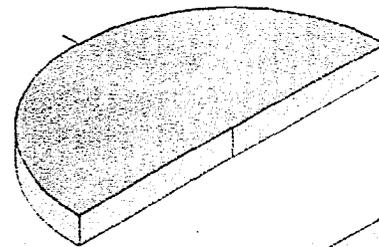


FIG 7

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS COMPLICACIONES

FISTULA BILIAR
1



TEP (FINADO)
1

FIG 8

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS)

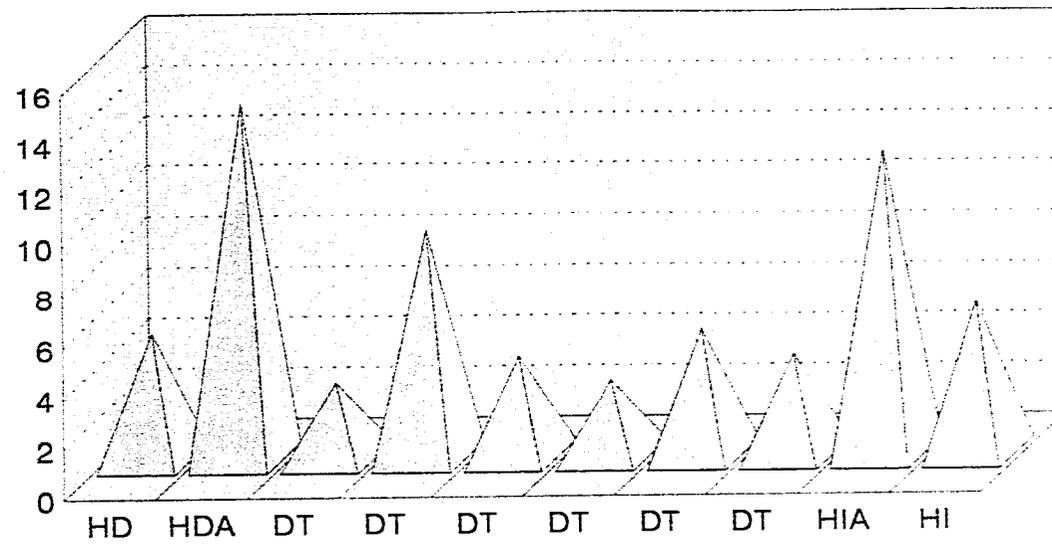


FIG 9

CIRUGIA DE TUMORES HEPATICOS BENIGNOS SEGUIMIENTO (MESES)

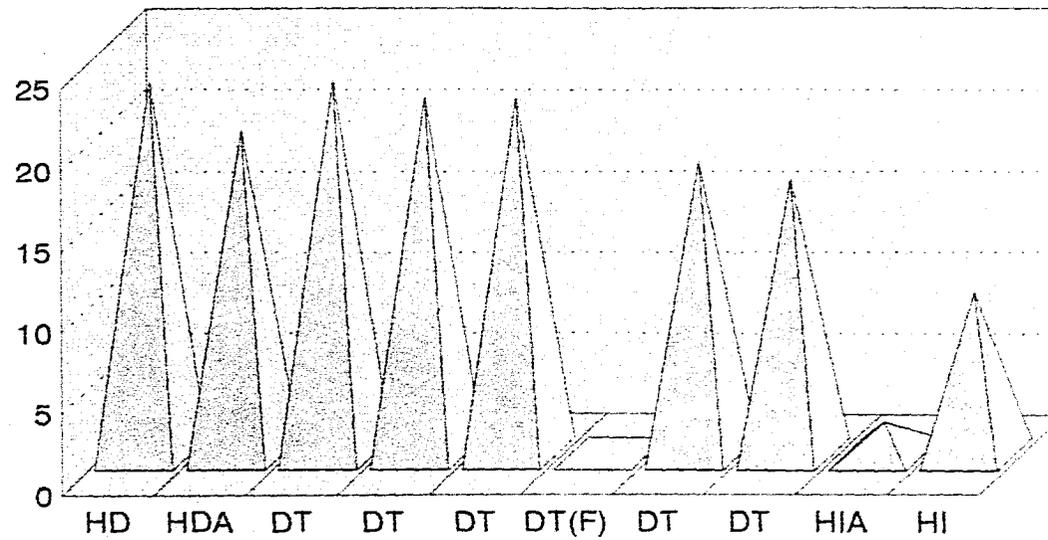


FIG 10

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Blumgart L.H. Cirugia del higado y vias biliares: Tumores hepáticos benignos. pp. 1321-1334.
- 2.- Iwatsuki S., Starzl T. E. Personal Experience with 411 Hepatic Resections. *Ann Surg*, 1988 Oct; 208 (4); pp. 421-434.
- 3.- Baum J. K., Holte F., Bookstein J. J. , et al. Possible Association Between Benign Hepatomas and Oral Anticonceptives. *Lancet* 2: 926-929, 1973.
- 4.- Zuidema G. D. Cirugia del Aparato Digestivo, Shackelford Vol III; Tumores del Hígado. pp. 504-519.
- 5.- Gaines P. A., Sampson M. A. The Prevalence and characterization of Simple Hepatic Cysts by USG. *Br J Radiol*; 1989 April; 62 (736); pp. 335-337.
- 6.- Johnson C. M., Sheedy P. F., Stanson A. W., et al. Computed Tomography and Angiography of Cavernous Hemangiomas of the Liver. *Radiology* 138; 115-121, 1985.
- 7.- Cronan J. J., Esparza R. A., Dorfman S. G., et al. Cavernous Hemangioma of the Liver; Role of Percutaneous Biopsy. *Radiology* 1988; 166; pp. 136-138.
- 8.- Adams Y. G., Huves A. G., Fortner J. G. Giant Hemangiomas of the Liver. *Ann Surg* 172: 239-245, 1970.
- 9.- Taboury J., Porcel A., Tubiana J-M, et al. Cavernous Hemangiomas of the Liver Studied by Ultrasound: Enhancement Posterior to a Hyperechoic Mass as a Sign of Hypervascularity. *Radiology* 149: 781, 1983.
- 10.- Borsch G., Uhlenbrock D., Beyer H., et al. Magnetic Resonance imaging in Evaluating Focal Liver Lesions. *South Med J* 80: 1125-1128, 1987.

- 11.- Trastek V. F., Van Heerden J. A., Sheedy P. F., et al. Cavemous Hemangiomas of the Liver: Resect or Observe?. *Am J Surg* 145: 49-53, 1983.
- 12.- Shunzaburo, Ivatsuki, Satoru T., Thomas E., Starzl. Excisional Therapy for Benign Hepatic Lesions. *Surg Gynecol Obstet*: 1990; 171: 240-246.
- 13.- Edwards D. J., Eckhauser E. F., Knol A. J., Strodel E. W., Appelman D. H. Optimizing Surgical Management of Symptomatic Solitary Hepatic Cysts. *Am Surg* 1987; 510-514.
- 14.- Chang C. S., Lin K. C., et al. Nonparasitic Hepatic Cysts Detected in Ultrasonographic Examination: Analysis of 95 Cases. *Taiwan*; 1989 April; 88 (4): 394-399.
- 15.- Sanchez H., Gagner M., Rossi L. R., Jenkin L. R., et al. Surgical Management of Nonparasitic Cystic Liver Disease. *Am J Surgery* 1991; 161: 113-117.
- 16.- Taylor K. J. W., Viscomi G. N. Ultrasonic Diagnosis of Cystic Disease of the Liver. *J Clin Gastroenterol* 2: 197; 1980.
- 17.- Kerlin P., Davis G. L., McGill D.B., et al. Hepatic Adenoma and Focal Nodular Hyperplasia: Clinical, Pathologic and Radiologic Features. *Gastroenterology* 84: 994-1002; 1983.
- 18.- Rooks J. B., Ory H. W., Ishak K. G., et al. Epidemiology of Hepatocellular Adenoma: The Role of Oral Contraceptive Use. *JAMA* 242: 644-648, 1979.
- 19.- Mariani A. F., Livingston A. S., Pererias R. V. Jr., et al. Progressive enlargement of a Hepatic Cell Adenoma. *Gastroenterology* 77: 1319; 1979.
- 20.- Casarella W. J., Knowles D. M., Wolff M., et al. Focal Nodular Hyperplasia and Liver Cell Adenoma: Radiologic and Pathologic Differentiation. *A J R* 131: 393; 1978.
- 21.- Sandler M. A., Petrocelli R. D., Marks D. S., et al. Ultrasonic Features and Radionuclide correlation in Liver Cell Adenoma and Focal Nodular Hyperplasia. *Radiology* 135: 393; 1980.

- 22.- Scataridge J. C., Fishman E. K., Sanders R. C. The Sonographic "scar sign" in Focal Nodular Hyperplasia of the Liver. *J Ultrasound Med* 1: 275; 1982.
- 23.- Welch T. J., Sheedy P. J. II, Johnson C. M., et al. Focal Nodular Hyperplasia and Hepatic Adenoma: Comparison of Angiography, CT, US and Scintigraphy. *Radiology* 156: 593-595; 1985.
- 24.- Adson M. A. Liver Tumors. *Current Surgical Therapy, 1984-1985*. Philadelphia, B. C. Decker, 1984, pp. 160-165.
- 25.- Hadidi A. Sonographic of Hepatic Echinococcal Cysts. *Gastrointest* 7: 349; 1982.
- 26.- Ismail M. A., Al-Dabagh A., Al-Janabi T. A., et al. The Use of Computerized Axial Tomography in the Diagnosis of Hydatid Cysts. *Clin Radiol* 30: 287-290; 1980.
- 27.- Kammerer W. S., Schantz P. M. Long Term Follow Up Human Hydatid Disease (*Echinococcus granulosus*) Treated with a High-Dose Mebendazole Regimen. *Am J Trop Med Hyg* 33: 132-137; 1984.
- 28.- Most H. Current Concepts: Treatment of Parasitic Infections of Travelers and immigrants. *N. Engl J Med* 310: 298-304; 1984.