

11209¹⁴



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BERNARDO
SEPULVEDA G.
SERVICIO DE GASTROCIROGIA

TUMORES HEPATICOS, CASUISTICA DEL HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES CMN SXXI Y REVISION DE
LA LITERATURA

T E S I S

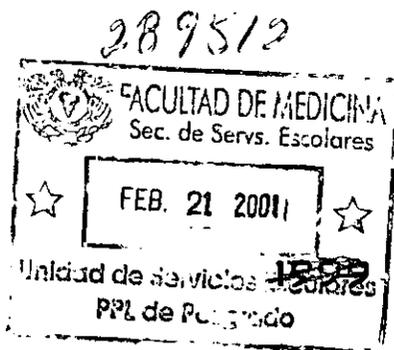
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

Dr. José Francisco Bartilotti Fernández



MEXICO, D. F.



2001



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.



Doctor

NIELS WACHER RODARTE

Jefe de División de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda G.
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social



Doctor

ROBERTO BLANCO BENAVIDES.

Jefe del servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda G.
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social



Doctor

ENRIQUE LUQUE DE LEÓN

Médico adscrito al Servicio de Gastrocirugía
Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda G.
Centro Médico nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por permitirnos aprender y servir en sus instalaciones.

A todos los Médicos que compartieron conmigo su experiencia y conocimientos.

A mis padres y abuelos por su apoyo a lo largo de mi preparación.

A Adriana Karina por hacerme querer ser mejor siempre.

DEDICATORIA.

A mi Madre y Padre.

A Gloria y Félix.

A Cheto y Juanita.

A Jeannine y Renata.

A Adriana Karina.

INDICE.

	Pág.
Resumen.....	1
Summary.....	2
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema.....	8
Hipótesis.....	9
Objetivos.....	10
Material, Pacientes y Métodos.....	11
Análisis Estadístico.....	13
Consideraciones Éticas.....	14
Recursos para el Estudio.....	15
Cronograma de Actividades.....	16
Resultados.....	17
Discusión.....	21
Conclusiones.....	22
Anexos.....	23
Bibliografía.....	28

RESUMEN

Presentamos la experiencia de nuestra institución en el manejo de los tumores hepáticos primarios. El presente es un estudio retrospectivo que incluye a todos los pacientes ingresados a nuestro hospital entre enero de 1993 a julio de 1999 y compara nuestros métodos diagnósticos y de manejo con aquellos reportados en la literatura disponible en nuestro medio en inglés de enero de 1966 a julio de 1999.

El número total de pacientes ingresados con el diagnóstico de tumor hepático primario fué 28, pero debido a la inexistencia de expedientes clínicos completos descartamos a 14 pacientes; además, descartamos a tres pacientes más por un registro inicial erróneo ya que no presentaban enfermedad tumoral.

La patología que encontramos con mayor frecuencia fué el quiste hepático simple, seguido por hepatocarcinomas; la edad promedio de presentación fue de 60 años, siendo superior en el sexo masculino que presentó una edad promedio de 73 años. La incidencia de tumoraciones en general fué mayor en las mujeres con una proporción de 1.8:1, que es similar a lo reportado en otros estudios. En contraste con otras series nuestro manejo fue primordialmente paliativo, con pocas resecciones hepáticas debido a la falta de diagnósticos tempranos. No obstante, nuestros resultados son similares de acuerdo a la etapa de la enfermedad al efectuar el diagnóstico. Nuestro abordaje diagnóstico es muy diferente al propuesto en otros reportes en los que se observa una alta correlación entre diagnóstico preoperatorio y postoperatorio. Consideramos que la certeza en el diagnóstico preoperatorio podría mejorarse en la medida que se utilicen mas los recursos con los que cuenta la unidad.

SUMMARY.

We present the experience of our institution in the management of primary hepatic tumors. This is a retrospective study which includes all patients admitted to our hospital between January 1993 and July 1999, and compares our methods of diagnosis and management with those reported in the English literature from January 1966 to July 1999.

The total number of patients admitted with the diagnosis of a primary hepatic tumor was 28; however, due to the inexistence of complete medical records we excluded 14 patients. Three additional patients were not considered for analysis because there was no evidence of tumoral pathology.

The most common pathologic entity found was that of simple hepatic cysts, followed by hepatocarcinomas. Average age at presentation was 60 years, with male patients being older than females (73 vs 53 years). The female:male ratio was 1.8:1, which is similar to other series. In contrast with other series, our management was mostly palliative with a few hepatic resections due to a lack in early diagnoses. According to the stage in which the disease was diagnosed, our overall results are similar to those in the literature. Our diagnostic approach is quite different from that proposed by some authors who have demonstrated a high correlation between preoperative and postoperative diagnosis. We believe a higher preoperative diagnostic certainty could be achieved by optimizing the use of our diagnostic resources.

ANTECEDENTES.

Los tumores hepáticos constituyen una gama de patologías entre las que se encuentran principalmente tumores metastásicos y una variedad de carcinomas primarios originados en células epiteliales y mesenquimatosas (1). Entre las patologías metastásicas del hígado, las más frecuentes son las originadas en el tracto gastrointestinal, encontrándose metástasis hepáticas en aproximadamente el 50% de las autopsias de pacientes con tumores primarios a este nivel. Las vías de diseminación de enfermedad maligna hacia el hígado son la venosa portal (que es la más frecuente), linfática, arterial y por invasión directa por tumores en órganos adyacentes. Los tumores primarios más frecuentemente implicados, en las metástasis hepáticas son el colorectal en 65% de los casos de metástasis, páncreas con el 33% y mama con 31% (1-3), existiendo estudios que demuestran la utilidad del tratamiento quirúrgico en tumores primarios del colon, recto y tumores neuroendócrinos, en donde el valor de la cirugía está bien demostrado, encontrándose en series grandes una sobrevida a 5 años en el rango del 25 al 35% y a 15 años de 32% (2,4). También se han hecho estudios sobre el efecto de la resección de metástasis hepáticas de origen distinto al colorectal con resultados variados (5,6). Los criterios para incluir a un paciente en un protocolo de tratamiento quirúrgico de lesiones metastásicas de origen colorectal deben demostrar que éste ofrecerá al paciente un beneficio en cuanto a morbilidad y mortalidad asociadas con relación a la mejoría en la sobrevida y calidad de vida esperada para la historia natural de la enfermedad o el tratamiento no quirúrgico de esta.

Según Scheele (6), el enfoque de selección de estos pacientes debe de hacerse según los siguientes parámetros:

- a.- Proporción real de pacientes probablemente resecables (no obtenidos de series quirúrgicas.).
- b.- Diagnóstico precoz.
- c.- Determinación de indicadores confiables de pronóstico y exclusión de pacientes que no se beneficiarán del manejo.
- d.- Evaluación de la resección.
- e.- Selección de la técnica terapéutica óptima.

Los factores identificados que afectan el pronóstico de los pacientes según el registro de metástasis hepáticas son la presencia de afectación de las vías biliares principales ó ganglios celiacos, enfermedad extrahepática no contigua, margen de resección (mejor pronóstico cuando se logra sea mayor de 1cm), estadio del tumor colorectal primario, número de metástasis (peor pronóstico para los pacientes que presentan cuatro o más metástasis), tamaño de metástasis solitarias (peor pronóstico si son mayores de 8cm), periodo libre de enfermedad antes de la resección y edad (peor pronóstico en los >70 años). Todos estos son factores que definitivamente influyen en el resultado del tratamiento (4).

Las resecciones hepáticas parciales para el tratamiento de lesiones metastásicas del hígado se asocian a una mortalidad quirúrgica que varía según distintos autores entre el 2 al 11% con un promedio del 4%, lo que permite incluir en estos protocolos a pacientes con enfermedades concomitantes(3,4,6). Una ventaja que se presenta al comparar el tratamiento quirúrgico en pacientes con enfermedad metastásica del hígado con los pacientes con hepatoma es que por supuesto la coexistencia de cirrosis es mucho más baja en los primeros encontrándose en el rango del 3% en comparación con el 70-80% de los pacientes con hepatocarcinoma. Esto los hace mejores candidatos para el manejo quirúrgico dada la mayor dificultad técnica en la realización de procedimientos quirúrgicos en pacientes con cirrosis, así como por la falta de capacidad regenerativa del hígado cirrótico. (3,6). Este tipo de cirugías aunque se acompañen de un aparente éxito con obtención de márgenes de resección mayores de 1cm, presentan en ocasiones recurrencias, siendo los sitios más frecuentes de estas, el hígado (43%) y el pulmón (31%) (3); en el primer caso, en algunas ocasiones es técnicamente posible una nueva resección e incluso resecciones subsecuentes así como resección de recurrencias extrahepáticas. Los resultados de estos abordajes por el momento parecen alentadores, sin embargo deberán de confrontarse con estudios más extensos conforme se desarrolle mayor experiencia en este tipo de cirugías (7). Otras posibilidades terapéuticas que han venido a complementar el tratamiento reseccional de las metástasis

son la crioterapia y la quimioterapia infusional con quimioembolización, que se han convertido en adyuvantes del manejo y tienen sus indicaciones propias, ventajas y desventajas cuando se comparan a la resección hepática (3,8).

Dentro de los tumores malignos primarios del hígado los más frecuentes son los hepatocarcinomas (1,9,10,11) , con una incidencia para América del norte de aproximadamente 1-3/100000 habitantes; sin embargo existen zonas geográficas en donde la incidencia reportada es de hasta 150/100000 habitantes como Taiwan y de aproximadamente 60/100000 habitantes en África en donde el hepatocarcinoma es el tumor gastrointestinal más frecuente (10,11). La etiología de estos tumores presenta aspectos interesantes ya que existen factores de riesgo bien identificados como son la presencia de cirrosis hepática,(en especial cuando se asocia a los virus de la hepatitis B y C). Se ha demostrado que la hepatitis crónica por virus B sin llegar a la etapa de cirrosis, puede acompañarse de hepatocarcinoma. Por todo esto se espera que las campañas de vacunación impacten la incidencia de esta patología sobre todo en sitios con una endemia alta(11). Otros factores de riesgo son el uso de agentes hormonales(11,12), aflatoxinas derivadas de hongos como el *Aspergillus flavus* (11) e incluso aun en la actualidad se reportan casos relacionados al uso de Dióxido de Taurio (Thorotrast) (13).

El diagnóstico se basa en la presencia de un cuadro clínico sugestivo que por lo general consta de dolor , molestias vagas (dispepsia) pudiendo presentarse en casos raros (menos del 1%) como urgencia abdominal por ruptura con choque hipovolémico secundario (9,11). El diagnóstico también se basa en estudios imagenológicos y de medicina nuclear (11-15).

El pronóstico es uniformemente malo a menos que se logre la excisión completa del tumor (9,10,11). Existe una variedad de hepatocarcinoma que es el carcinoma fibrolaminar que contribuye con menos del 1% de estas neoplasias y tiene un comportamiento biológico más favorable para su resección quirúrgica (16). Aunque de origen en los conductos biliares, el colangiocarcinoma también contribuye aunque con un porcentaje menor a los tumores malignos primarios del hígado,

ocupando el segundo lugar entre estos.(11,17) . El colangiocarcinoma tiene un comportamiento más agresivo y con mayor tendencia a la recurrencia tras su resección quirúrgica; al parecer representa un estado transicional entre el hepatocarcinoma y el colangiocarcinoma de los conductos biliares extrahepáticos (17) .

Se relaciona así mismo con tumoraciones primarias incluso benignas como quistes solitarios, dilatación segmentaria intrahepática (quistes biliares tipos IVa y V), con cuadros repetitivos de colangitis de cualquier etiología (11,18), así como al uso de Dióxido de Taurio (13). Existen otras múltiples patologías malignas primarias del hígado que son mucho más raras, entre las que se incluyen los angiosarcomas, (que como dato de importancia tiene una comprobada relación con la exposición industrial al cloruro de vinilo (13)), leiomiomas(19-22), carcinoma escamoso (23), linfomas extranodales (24,25), histiocitomas malignos (26) e incluso osteosarcomas (27). En el grupo pediátrico de la población si bien las tumoraciones hepáticas malignas primarias son relativamente raras contribuyendo con el 0.5-2% de el total de los tumores sólidos malignos en edad pediátrica (28) presentan características de variedad histológica y dificultades del tratamiento que han hecho que surja interés en estas. Las neoplasias malignas epiteliales son las más comunes conformado aproximadamente dos tercios de los casos reportados, siendo el hepatoblastoma la entidad patológica que es casi privativa de este grupo de edad, apareciendo solo excepcionalmente en mayores de 3 años (28,29,30).

En cuanto a las tumoraciones benignas primarias del hígado los más frecuentes son los hemangiomas (1,28), seguidos por los adenomas en sus variantes de adenoma de células hepáticas e hiperplasia nodular focal ; estas patologías adquieren importancia con el uso masivo desde hace décadas de los contraceptivos orales, sobre todo en la forma de megadosis como los que se utilizaban en un inicio ó los estrógenos inyectables de depósito. (1,12). Existe gran variedad de otras patologías benignas del hígado, como los quistes solitarios no parasitarios, poliquistosis hepática y otros tumores mesenquimatosos más raros (7,8).

La importancia de estas patologías estriba en su potencial para causar sintomatología ya sea por compresión, sangrado ó substitución del parénquima hepático así como por su difícil diagnóstico diferencial con las patologías malignas ya descritas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La última revisión de nuestra casuística de tumoraciones hepáticas y su manejo en nuestro servicio se llevó a cabo en 1981 con el análisis de los pacientes atendidos de 1961-1978. A la luz de los avances en la cirugía hepática de las últimas décadas, deseamos revisar las características demográficas, tipo de tumoraciones, manejo y resultados obtenidos en nuestros pacientes en los últimos años.

HIPOTESIS.

El manejo y diagnóstico de los tumores hepáticos en nuestra unidad es similar al reportado a la literatura.

OBJETIVOS.

1. Describir la experiencia en nuestra unidad con el manejo de tumores hepáticos primarios.

1.1.- Describir características demográficas.

1.2.- Describir tipo de patologías encontradas.

1.3.- Describir hallazgos en estudios de gabinete y laboratorio.

1.4.- Describir manejo utilizado en nuestra unidad.

1.5.- Describir resultados obtenidos en nuestra unidad en cuanto a
Morbilidad.
Mortalidad.
Sobrevida.

2. Realizar una revisión de la literatura mundial sobre el tema.

2.1 Comparar los resultados observados en la literatura con los de nuestra serie.

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

A)Diseño del estudio.- Retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

B)Universo de Trabajo.- Pacientes con diagnóstico de "Tumor hepático primario" atendidos en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del CMN SXXI de 1993 a 1999. Para la revisión de la literatura se incluirán series publicadas en la literatura mundial que en una búsqueda en medline contengan las palabras en texto de título "tumores hepáticos" y "revisión" y reporten series de casos semejantes a la nuestra.

C)Descripción de las variables.- Variables independientes : características demográficas de los pacientes, tipo de tumoración encontrada y manejo instituido. Variables dependientes; Sobrevida global, sobrevida libre de enfermedad, morbilidad y mortalidad quirúrgica.

D)Tamaño de la muestra.- Se estudiarán todos los casos de tumores hepáticos atendidos en nuestro servicio y se revisarán aquellas series de la literatura que presenten características demográficas y patologías similares a nuestra casuística.

E)Criterios de Inclusión:

1.- Disponibilidad de expediente clínico completo con historia clínica, reportes de estudios realizados, laboratorios, estudio histopatológico, nota postquirúrgica y evolución postoperatoria.

2.- Disponibilidad del material bibliográfico en la ciudad de México: Títulos que se encuentren a disposición en las unidades médicas del sector salud.

F) Criterios de Exclusión :

1.- Enfermedad metastásica de el hígado, abscesos piógenos y amibianos por no representar tumoraciones hepáticas primarias.

G)Procedimiento.- Se revisarán los registros de alta de nuestro servicio y se obtendrá de esta manera el número de afiliación de los pacientes que hallan sido manejados en nuestro servicio con el diagnóstico principal de "tumores hepáticos", se solicitará entonces a la división de enseñanza e investigación el préstamo de expedientes para su revisión y la captura de los datos. Se obtendrá bibliografía a través de un servicio público de medline sin límite en cuanto a la fecha de admisión de artículos que contengan como texto de titulo "hepatic tumors" and "review", se seleccionarán aquellos que describan series de casos similares en cuanto a características demográficas y tipo de patologías estudiadas a nuestra casuística para comparar los resultados obtenidos con los nuestros.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizará la determinación en primera instancia de los valores estadísticos que describan los resultados obtenidos en nuestra institución en cuanto a supervivencia libre de enfermedad, morbilidad y mortalidad, características demográficas y tipo de tumores observados en nuestra serie, que por el limitado número de casos consistirá de promedios principalmente.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Por tratarse de un estudio retrospectivo se cumplen por completo las consideraciones éticas.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos Humanos.

Autores, personal de enseñanza, departamento de estadística y epidemiología del CMN SXXI, personal de archivos.

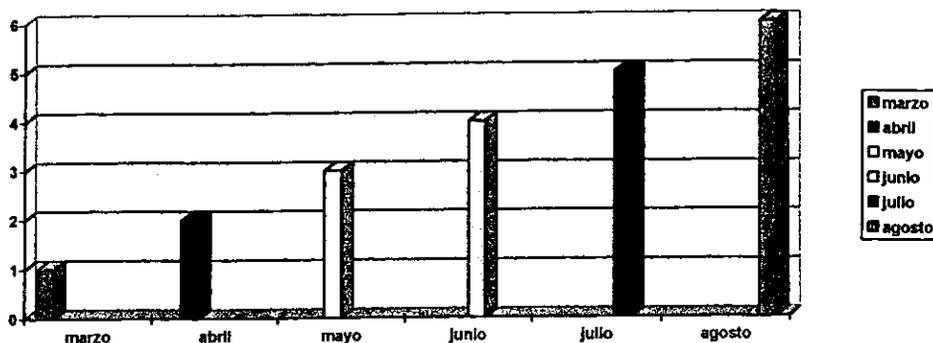
Recursos materiales.

Fondos personales de los autores para la obtención de la bibliografía, infraestructura del departamento de estadística e informática de la unidad, expedientes clínicos de los pacientes.

Recursos financieros.

No se requieren.

Cronograma de actividades



- 1.- Iniciar protocolo e inscripción a enseñanza
- 2.- Revisión Bibliográfica
- 3.- Revisión expedientes.
- 4.- Revisión con sinodales.
- 5.- correcciones.
- 6.- Finalización y entrega.

RESULTADOS.

Durante el periodo comprendido entre enero de 1993 y julio de 1999 se ingresaron a 28 pacientes con diagnóstico de tumoración hepática primaria. De estos, 14 contaban con expediente clínico en los archivos de la unidad. Dos pacientes fueron excluidos de la revisión por presentar abscesos hepáticos amibianos y un paciente por presentar absceso hepático piógeno.

Se incluyeron entonces 11 pacientes cuya edad promedio fué de 60 años. Fueron 7 pacientes del sexo femenino con edad promedio 53 años y 4 pacientes del sexo masculino con edad promedio de 73 años. Así, la relación mujer-hombre fué de 1.8 :1 y la edad de presentación fué sustancialmente mayor en el grupo de el sexo masculino (gráfica 2)

Las patologías encontradas en nuestros pacientes fueron: quistes hepáticos simples en 5 casos (45%), hepatocarcinomas en 4 casos (36%) , hemangioma en 1 caso (9%) y Carcinoma epidermoide en 1 caso (9%), (gráfica 3). El estudio de diagnóstico más frecuentemente utilizado fue el ultrasonograma hepático que se realizó en todos los pacientes. Además se realizó TAC en 5 pacientes , RMN en un caso y arteriografía en un caso. Se realizó perfil viral en un solo paciente que permitió detectar la seropositividad para anticuerpos contra virus de hepatitis C. Los exámenes de laboratorio aplicados incluían biometría hemática completa, AST, ALT, fosfatasa alcalina, albúmina, bilirrubina directa e indirecta, siendo para nuestra población de pacientes normales en su mayoría, sin embargo se demostraron valores anormales en algunos parámetros laboratoriales incluyendo fosfatasa alcalina de 444 ui, bilirrubina directa de 2.8mg/dl e indirecta de 1.21.

El principal factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias hepáticas encontrado fue el alcoholismo (gráfica 4), presente en 4 pacientes todos del sexo masculino ; uno de estos pacientes cursaba además con cirrosis hepática probablemente de origen alcohólico diagnosticada 5 años antes al presentar sangrado por varices esofágicas además de que este paciente era seropositivo para virus de hepatitis C. Una de las pacientes había utilizado hormonales de depósito como medio de control de la natalidad.

Los síntomas y signos más frecuentes que presentaban los pacientes fueron dolor en cuadrante superior derecho, que estaba presente en 7 pacientes, masa palpable en 5 pacientes, pérdida de peso en 4 casos, ictericia en 3 casos y choque hipovolémico en un caso.

Seis pacientes (54%) continúan vivos al momento de realizar el estudio con una supervivencia promedio de 7.5 meses, encontrándose libres de enfermedad durante este mismo periodo 4 pacientes (36%) todos con el diagnóstico de quiste simple hepático. Un paciente con diagnóstico de hepatocarcinoma continúa viva 11 meses después de su intervención quirúrgica. Otro paciente con diagnóstico de hemangioma cavernoso se encuentra vivo y asintomático tras 4 meses de haber recibido manejo por enfermedad vesicular sin tratamiento específico para su hemangioma. Los 5 pacientes que fallecieron (45%) fueron sometidos a algún procedimiento quirúrgico, con una supervivencia tras el tratamiento de tan solo 26 días en promedio .

Los procedimientos empleados en nuestra unidad fueron drenaje y marsupialización en 4 casos, biopsia y alcoholización en 2 , colecistectomía en uno ,ligadura de la arteria hepática derecha en una paciente, laparotomía exploradora y empaquetamiento por choque hipovolémico en un caso y punción guiada por USG en otro. La morbilidad de estos procedimientos se presentó en dos pacientes sometidos a drenaje y marsupialización (50%) con anemia postoperatoria que requirió dos concentrados globulares en uno de ellos y coagulación intravascular diseminada que condicionó la muerte de otro de los pacientes al sexto día del procedimiento. Uno de los pacientes sometidos a biopsia y alcoholización presentó insuficiencia renal aguda como causa de la muerte en el día 9 postoperatorio confirmado por autopsia y la paciente sometida a ligadura de la arteria hepática derecha con cateterización de la misma presentó anasarca importante desde el tercer día postoperatorio; esta cedió siendo posible su egreso para manejo quimioterapéutico. La paciente presentó a los seis meses datos de anafilaxia con choque secundario al intentar permeabilizar el catéter intraarterial en nuestra consulta externa. Por

otro lado el paciente sometido a laparotomía exploradora con hallazgo de hepatocarcinoma hemorrágico falleció por choque hipovolémico en recuperación.

Los pacientes que cursaban con quiste hepático simple fueron referidos en su mayoría por el hallazgo de esta lesión al momento de realizar un ultrasonograma hepático por otra causa; 2 de estos pacientes pertenecían al sexo femenino y 3 al masculino (edad promedio de 66 años). El manejo utilizado en nuestra unidad consistió en punción guiada con USG en un caso y drenaje con marsupialización en los 4 restantes. Se presentó CID en un paciente que falleció en el postoperatorio temprano. La concordancia entre el diagnóstico preoperatorio y el postoperatorio fué alta con solo un caso de sospecha previa de quiste hidatídico que se descartó con la biopsia de la cápsula del quiste. Los pacientes con hepatocarcinomas fueron 4, todos presentaban al momento del diagnóstico tumoraciones mayores a los 5 centímetros que incluían lóbulos hepáticos; en una de las pacientes la extensión a ambos lóbulos era a expensas de lesiones satélites en lóbulo izquierdo y en otro caso el tumor no era resecable por invasión órganos adyacentes en los restantes, no siendo por todo esto buenos candidatos para resección hepática con intento curativo (2,7,9-11), El manejo fue paliativo mediante ligadura y cateterización de la arteria hepática derecha en un caso, un paciente fue sometido a la biopsia y alcoholización de las lesiones presentándose su defunción por insuficiencia renal aguda en el día noveno postoperatorio y en un paciente con hepatocarcinoma el diagnóstico se efectuó al realizar una laparatomía exploradora por choque hipovolémico (gráfica 5).

Una paciente no requirió manejo quirúrgico específico para su patología por tratarse de un hemangioma hepático pequeño que se encontró incidentalmente. Por otro lado, en relación a la paciente con carcinoma epidermoide si bien se trata de un caso interesante por no encontrarse aparentemente el primario en otro sitio y haber solo 14 casos reportados con anterioridad (23), fué sometida solo a biopsia de la lesión y falleció a los 90 días fuera de la unidad (sin autopsia).

En cuanto a la certeza diagnóstica de los estudios radiológicos preoperatorios se observó una correlación entre diagnóstico preoperatorio y postoperatorio de el 100% para los pacientes con quiste hepático simple; sin embargo para tumoraciones sólidas el diagnóstico ofreció mayores dificultades lográndose solo un diagnóstico preoperatorio acertado (16.66%).

DISCUSION.

Los datos obtenidos en esta revisión de casos reflejan las características especiales que presentan los pacientes enviados para su atención. La incidencia de casos de tumoraciones hepáticas primarias fue mayor en el grupo de sexo femenino como se reporta en la literatura (9-11). Al momento de su estudio y diagnóstico todos los pacientes con hepatocarcinoma presentaban tumoraciones mayores a los 5 centímetros que involucraban estructuras irresecables intrahepáticas como el hilio ó ambos lóbulos hepáticos; nuestra sobrevida en este tipo de pacientes es similar a la reportada en otras series (9), aunque el número de nuestros casos es reducido. Los pacientes con diagnóstico de quistes hepáticos simples presentaron un buen pronóstico; uno de ellos sin embargo, presentó CID y falleció en el postoperatorio temprano, asociado lo anterior a un sangrado importante que requirió la transfusión de 4 paquetes globulares y empaquetamiento.

La sintomatología estuvo en relación al tipo de tumoración, siendo más frecuente la incidencia de dolor en cuadrante superior derecho en los pacientes con quiste hepático simple, aunque al revisar estos casos se encontró que en todos los casos el diagnóstico se llevo a cabo de forma incidental al estudiarse esta sintomatología secundaria a litiasis vesicular y patología asociada, la presencia de ictericia y alteraciones en las pruebas de función hepática se asociaron más a patología maligna, sobre todo en el caso de la bilirrubina directa y la fosfatasa alcalina que incluso se considera un marcador tumoral por encontrarse siempre en niveles mas elevados en aquellos casos de patología maligna.

Aunque de uso aún no generalizado el estudio que aporta más datos para un diagnóstico diferencial de lesiones hepáticas sólidas es la resonancia magnética nuclear (15), que permite diferenciar mejor entre grasa y agua, lo que favorece la diferenciación entre hepatocarcinomas y lesiones metastásicas con un patrón de emisión de positrones menos intenso por su menor contenido hídrico por lo que es útil para diferenciar entre patología maligna.

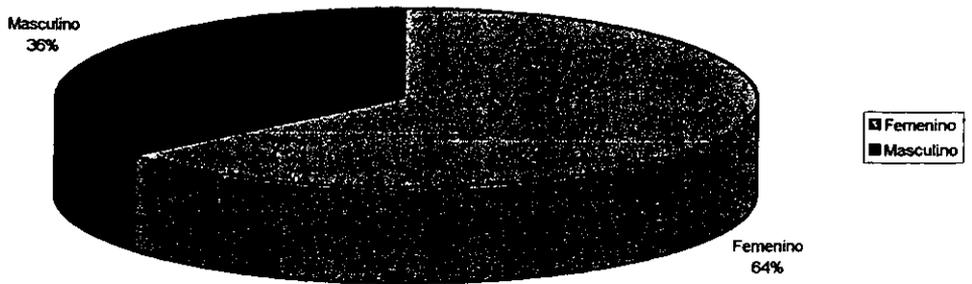
CONCLUSIONES.

Consideramos que en este rubro la atención a los pacientes mejorará en la medida en que se logren diagnósticos y referencias más tempranos. En nuestra población los factores de riesgo para el desarrollo de estas patologías están presentes en forma de exposición a sustancias, como el alcohol en un porcentaje importante de la población, estrógenos exógenos, incluso de los de tipo de depósito que son los que presentan mayor número de complicaciones (12), exposición a solventes volátiles y tetracloruro de carbono en trabajadores. En cuanto al Dióxido de Taurio (Thorotrast), su uso está proscrito en nuestro país y no encontramos referencias nacionales a tumoraciones hepáticas asociadas.

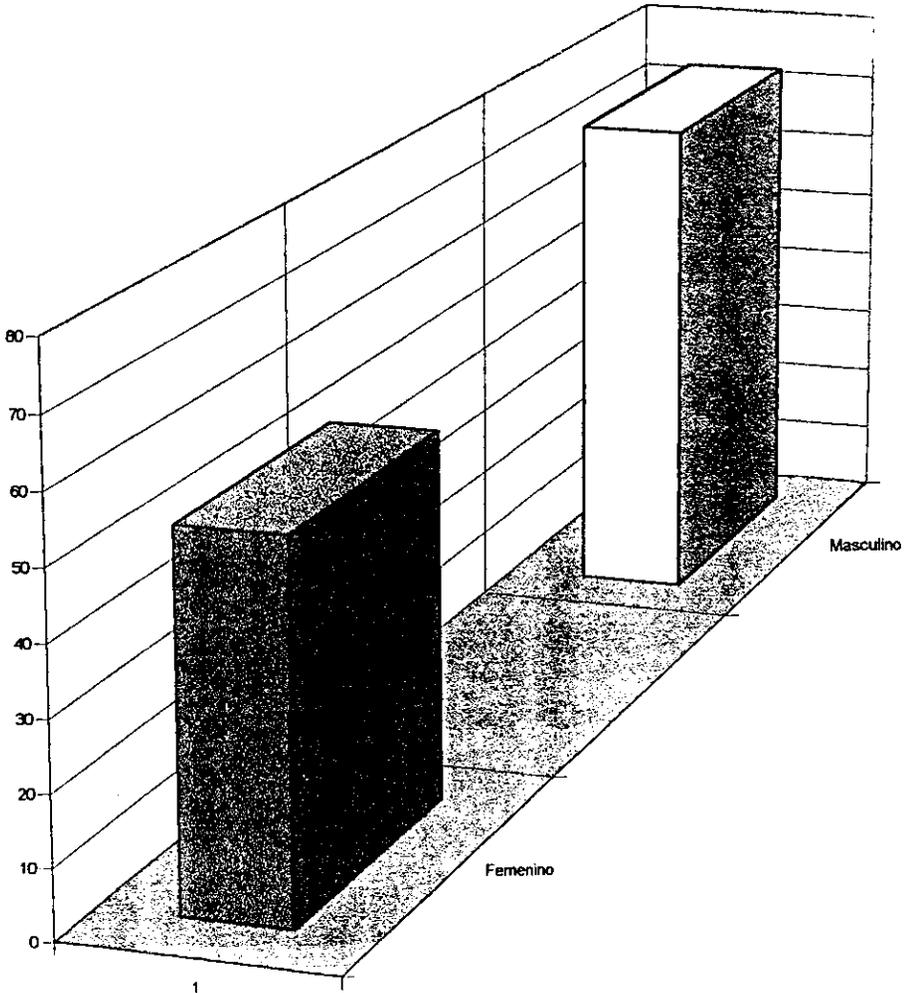
En cuanto a la atención de tercer nivel deben de revisarse los métodos de diagnóstico y manejo utilizados, ya que en su mayoría se difiere de aquellos métodos de diagnóstico y manejo óptimos reportados en la literatura mundial (2,7,9-12,15) . Consideramos sobre todo que el uso de la resonancia magnética nuclear debe de ser revalorado ya que por las características especiales de este estudio, ya mencionadas previamente, en la actualidad se considera que es el estudio de elección para el diagnóstico diferencial de éstas lesiones. Este método no invasivo con el que contamos en el H. Especialidades CMN SXXI esta siendo subutilizado.

No	Sexo	Edad	Dx Inicial	Dx Final B1	Tpo	Rtón	LEO	Antesg	PI	IN	INa	Lm	TGO	TOP	P.Ah	Am	BO	IN	u.Rtón	P.VrM	Dx Realizad	Fecha Dx	Comp	Fecha def
1	F	43	Quelra Hepatico	Quelra hepatico	No se realizó	No se realizó	Lesion aciclosidá B1en D	No se realizó	No se realizó	11.8	38.2	8900	23	19					No	No	Puncion L5/S6	70498	No	
2	F	33	Hemangioma Cx	Hemato Cx	Lesiones Hiperden	lesiones hialinas	Lesiones osteopoy	Lesion muy vax	Sonograf hepática normal	14	42.5	8700	96	11	112	3	0.23	0.34	Normal	No	Culebra B1 a	49799	Anestesia	
3	M	78	Quelra Hepatico	Quelra Hepatico	Kel Patologica	No se realizó	Lesion aciclosidá B1en D	No se realizó	Fleco HemoDiel Dur	15.7	47.3	8900	21	19	212	4.3	8.3	8.9	Normal	No	Dronaco y M	22048	Anestesia	
4	F	46	CCS	Hemangioma	No se realizó	No se realizó	CCL	No se realizó	No se realizó	14.6	43.8	8200	14	19	67	4.6	9.2	9.2	Taleno	No	CCT	29029	No	
5	F	68	T Hepatico	Hemato Cx	No se realizó	No se realizó	Lesion aciclosidá	No se realizó	No se realizó	19.8	45.8	9000	143	33	263	4	0.3	0.8	No	No	Lapa Jc	22929	No	
6	M	88	Choque Hígado	Hemato Cx	No se realizó	No se realizó	Liquidó B1en an cav	No se realizó	Vorta dera	19.1	22.8	8200	90	29	830	3.2	1.6	2.3	Normal	No	Lapa	1999	Definitivo	1999
7	F	42	Quelra Hepatico	Quelra Hepatico	Lesion Hiperden	No se realizó	Les 7x16x17mm Ag	No se realizó	M	18.1	46.1	8420	17	16	97	9.2	9.2	9.8	No	No	Dronaco y M	280489	No	
8	M	60	Quelra Hepatico	Quelra Hepatico	No se realizó	No se realizó	Les 3.2x2x17.4cm Ag	No se realizó	Dronaco pleural	17	89.4	7900	28	30	73	4.9			Impres	No	Dronaco y M	80299	No	
9	F	63	Quelra Hepatico	Quelra Hepatico	Lesion Hiperden	No se realizó	Les 8x16x32cm	No se realizó	No se realizó	14	37.4	8800	49	26	299	3.2	0.8	1	Taleno	No	Dronaco y M	29029	CD	29029
10	M	88	Hemato Cx	Hemato Cx	múltiples lesiones	No se realizó	Tumor 6x6cm	No se realizó	Dronaco pleural	14.9	44.8	8300	43	49	146	3.3	0.8	0.8	Choque VHC positivo		Dronaco	20099	EVG	110999
11	F	72	Cx vesicular	cá epidermoide	múltiples lesiones	No se realizó	múltiples lesiones	No se realizó	No se realizó	12.9	41	17800	279	183	444	2.4	19	3.6	No	No	Lapa Biopsia	250293	No	

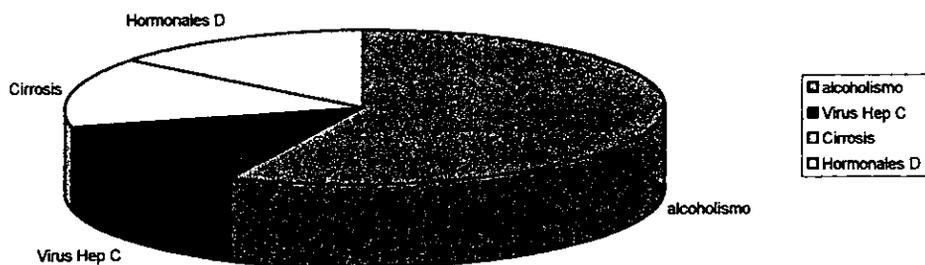
Incidencia por Sexos



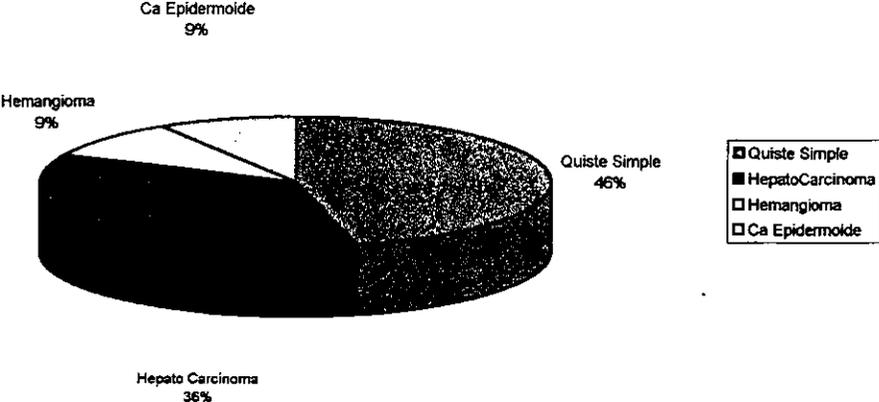
Edad en Años segun Sexo



Pacientes con Factores de riesgo conocidos



Patologias encontradas



BIBLIOGRAFIA.

1. Schwartz M.D. Ellis M.D. Operaciones abdominales. Edit. Panamericana 8va edición, Mayo 1986.
2. G. Mentha, O. Huber. Elective Hepatic resection in the elderly. Br. J. Surg. 1992; 79:557-559.
3. M. Mercado, H. Medina, A. Rossano et al. Enfermedad metastásica de hígado. Enfoque quirúrgico. Rev Gastroenterol Mex 1997; 62(3): 235-238.
4. Registry of Hepatic Metastases. Resection of the liver for colorectal carcinoma metastases: A multi-institutional study of indications for resection. Surg. 1988; 103 (3): 278-288.
5. R. Wolf, MD, JE Goodnight MD et al. Results of resection and proposed guidelines for patient selection in instances of noncolorectal hepatic metastases Surg Gynecol & Obst. 1991; 173: 454-460.
6. JH Foster, MD. Survival after liver resection for secondary tumors. The Am. J. Surg 1978; 135: 389-394.
7. D. Elias, Ph Lasser, J.M: Hoang et al. Repeat hepatectomy for cancer. Br. J Surg, 1993; 80: 1557-1562.
8. Seymour I. Schwartz, M.D. Linda S. Jones, C.S. ; S. Craig S. ; Cune. M.D. Assesment of treatment of intrahepatic malignancies using chemotherapy via an implantable pump. Ann Surg 1985; 201: 560-567.
9. DA Kappel, MD, DR Miller MD. Primary Hepatic Carcinoma. A Review of thirty seven patients. The Am J Surg. 1972; 124: 798-802.
10. M. Balasegaram MB FRCS, FRACS, FACS. Management of primary liver cell carcinoma. The Am J Surg. 1975; 130: 34-37.
11. H. Orozco MD, MA Mercado MD. Cáncer primario de hígado. Rev Gastroenterol Méx 1997; 62(3): 227-234.
12. DE Nissen, MD. Association of liver tumors with oral contraceptives. Obst and Gynecol. 1976; 48(1): 49-55.
13. W Levy, S. Rindsberg, AC Friedman et al. Thorotrast-Induced Hepatoesplenic Neoplasia: CT Identification. AJR. 1986; 146: 997-1004.
14. Esterbrook Longmaid, SE Seltzer. Hepatocellular Carcinoma presenting as primary Extrahepatic Mass on CT. AJR. 1986; 1005-1009.
15. Joseph T. Ferruci. Liver Tumor Imaging: Current Concepts. AJR. 1990; 155: 473-484.

16. Daniel H. Teitelbaum, MD, Steven Tuttle, MD Larry C. Carey MD. Fibrolamellar carcinoma of the liver. Review of three cases and the presentation characteristic set of the tumor markers defining this tumor. *Ann Surg.* 1985; 202:36-41.
17. L.E. Harrison, Y. Fong, D.S. Klimstra, S.Y. Zee and L.H. Blumgart. Surgical treatment of 32 patients with peripheral intrahepatic cholangiocarcinoma. *Br J Surg* 1998; 85: 1068-1070.
18. Takuji Todani, MD, Katsuke Tabuchi, MD, Yasuhiro Watanabe , MD, and Toshiyuki Kobayashi, MD. Carcinoma arising in the wall of congenital bile ducts cysts. *Cancer.* 1979; 44: 1134-1141.
19. Henry masur M.D. Edward B. Sussman, MD, and David W. Molander, MD. *Gastroenterology* .1975;69:994-997.
20. Hope S. Maki, MD, Bruce C. Hubert, MD. Primary Hepatic Leiomyosarcoma. *Arch surg.* 1987;122:1193-1196.
21. Jeffrey S. Ross, MD, Arthur Del Rosario, MD, Hai Xuan Bui, MD, Hani Sonbati, MD, and Otelio Solis, MD. *Hum Path.* 1992;23: 69-72.
22. A. Forbes. B Portmann. P. Johnson, and Roger Williams. Hepatic sarcomas in adults: a Review of 25 cases. *Gut* 1987;28:668-674.
23. Fernando Q Orvañanos MD, Gustavo V Gutiérrez MD, Carlos S Rodriguez MD, Julieta R Jerkov MD, Luis Butrón MD. Carcinoma Escamoso primario de Hígado. *Revista gastroenterol Mex.* 1994;59 (3):236-237.
24. Evelyn Sutton, Dickran Malatjalian, Ormille A. Hayne and John G. Hanly. Liver limphoma in systemic lupus erythematosus. *J Rheumtol.* 1989;16:1584-1588.
25. Masahiko Ohsawa, Katsuyuki Aozasa, Keisuke Horiuchi, Makoto Kataoka, Jin-Ichi Hida, Hiroyuki Shimada, Kuniyuki Oka and Yasushi wakata. Malignant lymphoma of the liver. Report of Five cases and review of the literature. *Dig Dis Sci.* 1992;37(7): 1105-1109.
26. Shogo Katsuda, MD, Ei Kawahara, MD., Yutaka Matsui MD Shigekasu Ohyama MD and Isao Nakanisi, MD. Malignant Fibrous Histiocytoma of the Liver: A case report and review of the literature. *Am j gastroenterol.* November 1988;83(11):1278-1282.
27. Govender D, Rughubar KN. Primary hepatic osteosarcoma: case report and literature review. *Pathology.* 1998;30(3):323-325.
28. Arthur G. Weinberg MD and Milton J. Finegold. Primary Hepatic Tumors of childhood. *Hum Pathol.* 1983;14:512-537.

29. Philip R. Exelby, Robert M Filler, and Jay L. Grosfeld. Liver Tumors in Children in the particular reference to hepatoblastoma and hepatocellular carcinoma: American academy of pediatrics surgical section survey 1974. *J ped surg.*1975;10(3):329-337.
30. MD Stringer, S Hennayake, E.R. Howard, L.- Spitz, E.A. Shafford. Improved outcome for children with hepatoblastoma. *Br. J. Surg.* 1995;82:386-391.
31. Arlene J. Herzberg, M.D., James A. Macdonald, M.D. J allan Tucker, MD, Peter A. Humhrey, MD,Ph.D. Primary leiomyoma of the liver. *Am. J gastroenterol.*1990;85(12); 1642-1645.
32. David K Imagawa MD, jean Marie Lien MD, Michael C. Dugan MD, Ronald K. Tompkins MD. *Am. Surg.* 1994;60(11): 824-826.