

La laparoscopia como método de diagnóstico en las hepatopatías no cirróticas

Por el Prof. ANTONIO SENTÍ PAREDES
(10)

Es indudable que este medio de investigación clínica es de gran utilidad en un porcentaje elevado de afecciones hepáticas independiente de las hepatitis crónica y cirrosis en general. Es cierto que en los últimos 20 años la generalización de este método diagnóstico se ha hecho más ostensible de manera notable en los países europeos, sudamericanos y en nuestra patria, permitiendo aumentar de esa manera el índice diagnóstico de una serie de procesos hepáticos que antes se precisaban sólo por la laparotomía o la necropsia.

Siendo la laparoscopia un método de investigación que se puede catalogar como médico, permite que sea utilizado como un procedimiento fácilmente asequible al internista gastroenterólogo, ya que prácticamente no ocasiona molestias al paciente, estando desprovista de riesgos en manos experimentadas.

No cabe duda que el hígado puede considerarse como una de las vísceras más accesibles al laparoscopista, puesto que una gran extensión del mismo puede ser observado con facilidad y por lo tanto nos ayudará en el diagnóstico de una serie de hepatopatías que con frecuencia se presentan en la clínica, teniendo como expresión física el aumento de tamaño de la

viscera, bien de uno o de sus dos lóbulos y con variables caracteres de forma, tamaño, consistencia, sensibilidad, etc., todo lo cual puede dar origen a pensar en diferentes posibilidades diagnósticas. Bien es verdad que un buen examen clínico permitirá al internista hacer un diagnóstico más o menos certero, pero no es menos cierto que la confirmación o comprobación definitiva estará en la observación macroscópica primero y, en el estudio microscópico por biopsia dirigida después.

Pasemos pues a describir los aspectos más sobresalientes de las imágenes laparoscópicas de algunas de las hepatopatías frecuentemente observadas en la práctica:

El hígado de estasis.

Hígado congestivo de los cardiopatas, compresión de cava, trombosis de la cava. Se presenta al laparoscopista como una víscera ingurgitada, de color rojo púrpura o vinoso, borde romo, que en estadios más avanzados se aprecia cierto grado de fibrosis y espesamiento del glisson, haciéndose la superficie e irregular, abollonada hasta la constitución de una verdadera cirrosis en las fases más crónicas.

En los casos por ejemplo de pericarditis constrictiva crónica, el aspecto del hígado

10 Profesor de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana, en el Hospital General Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán". Calle 26 y Vía Blanca, Cerro, Habana, Cuba.

en sí mismo es difícil apreciar debido a la gran perilepatitis que presenta.

En el síndrome de Budd-Chiari, observamos una gran congestión hepática, pudiéndose ver una circulación colateral ostensible en la cara abdominal del diafragma, además es posible encontrar la hipertrofia del lóbulo caudado hepático.

Hígado graso.

O llamado también esteatosis hepática, se presenta con las características de estar aumentado de volumen en sus dos lóbulos, de borde romo, superficie lisa de un color rojizo amarillento. Otras veces se constata el mismo color pero no uniforme, dándole un aspecto jaspeado o también un tono amarillento.

Cáncer hepático primitivo.

Puede ser observado por laparoscopia, pero dependiendo de la forma anatómica y de su asiento en superficie o en profundidad.

En la forma masiva es frecuente que provoque deformidad de un lóbulo, así como su agrandamiento, apreciándose en la superficie del lóbulo una elevación o nodulación de color blanquecino o amarillenta, sin depresión central, estando rodeada por parénquima más decolorado o congestivo. Un detalle que hemos observado y que está referido por otros autores es la apreciación de una red de vasos de neoformación en la superficie hepática. La deformidad en la forma masiva lo hemos observado en dos de nuestros casos. También hemos visto la forma multinodular con elevaciones blanco-amarillentas sin depresión central emergiendo discretamente de la superficie hepática, simulando un hígado secundario.

En el carcinoma hepático asociado con cirrosis, el diagnóstico suele ser más difícil; si el nódulo, por ejemplo, tumoral, está situado superficialmente, es fácil hacer su diferenciación y diagnóstico, comprobándose en definitiva por la biopsia hepática dirigida, pero, si la tumoración está situada profundamente es prácticamente imposible hacer el diagnóstico por la sola inspección a no ser por biopsia y que ésta caiga exactamente en la zona tumoral o por la necropsia.

Hígado secundario o cáncer metastásico.

La endoscopia resulta sumamente útil para su diagnóstico, siendo en estos casos una de las exploraciones más precisas para la clínica, tanto en los casos cuyo hígado no está aumentado de tamaño, como en aquellos en que el hígado es grande.

Nuestra incidencia diagnóstica en este proceso es grande desde el punto de vista laparoscópico, habiendo una correlación entre la endoscopia y la observación microscópica en casi un 100% de los casos.

Muy a menudo los nodulos metastásicos son múltiples, aunque pueden ser únicos. Los múltiples pueden estar diseminados o confluentes, de color blanco nacarado, con umbilicación central con una zona periférica congestionada o algo verdosa.

Otras veces adopta la forma de placa blanco-amarillenta algo elevadas, redondeadas con una zona central deprimida.

No menos frecuentes son las metástasis observables como mancha de esperma o manchas de cera, que en nada sobresalen de la superficie hepática, con una coloración blanco-nacarado o simplemente blanquecinas y que pueden confundirse con espesamiento en placas

del glisson. La biopsia dirigida es de pronta ayuda.

En el melanoma secundario de hígado, del cual hemos tenido oportunidad de observar dos casos, el diagnóstico laparoscópico ha sido fácil debido a la pigmentación oscura de los nodulos y que con gran frecuencia son grandes. El espécimen de biopsia dirigida en uno de los casos era de color negruzco.

Hígado poliquístico

Su identificación es realmente fácil por la laparoscopia, pudiendo decir que su imagen es patognomónica. Desde el punto de vista clínico, la presencia de una liepatomegalia irregular y nodular como serían sus características a la palpación, traería por consiguiente errores diagnósticos.

La imagen endoscópica está evidenciada por formaciones de aspecto quístico de variable tamaño, superficiales y translúcidas o gris azulado con parénquima de color normal entre los mismos.

En nuestra serie de laparoscopias tenemos tres ejemplos típicos de esta entidad, uno de los cuales es portador también de riñón poliquístico.

Hígado de Dubin-Johnson

Llamado también Black liver por los anglosajones. Su imagen no ofrece dudas al laparoscopista, pudiéndose apreciar un hígado de tamaño normal o discretamente aumentado, de color negruzco o carmelita oscuro. La biopsia hepática nos da también ese aspecto negruzco que constituye un dato positivo para el diagnóstico y que será puesto en evidencia por el estudio microscópico, demostrando las granulaciones oscuras citoplasmáticas alrededor de la vena centrolobulillar.

Hemangiomas hepáticos

Su identificación por medio de la laparoscopia tiene una gran utilidad diagnóstica, ya que por medio de esta investigación puede ponerse en evidencia fácilmente. La biopsia hepática a ciegas sería contraproducente por el peligro de sangramiento seguro. Su aspecto es como manchas de variable tamaño de color rojo cereza a veces algo elevadas; pueden hallarse en uno o ambos lóbulos hepáticos. Los hemangiocavernomas se encuentran con mayor frecuencia en la cara inferior del lóbulo izquierdo.

En ocasiones es preciso hacer el diagnóstico diferencial entre hemangiomas y nódulos de regeneración muy vascularizados en pacientes cirróticos, lo cual puede dar lugar a confusión.

Granulomatosis hepática.

Su diagnóstico por simple inspección endoscópica resulta difícil o casi imposible. No obstante la observación de un hígado aumentado de tamaño, de borde romo con un punteado blanquecino amarillento diseminado por la superficie hepática, demostrando una hepatopatía infiltrativa, puede ser compatible con ese diagnóstico. Además es factible encontrar un bazo aumentado de tamaño con características similares. La biopsia hepática dirigida en definitiva aclarará el diagnóstico.

Cáncer de vesícula.

Por el estudio endoscópico es fácil identificar esta tumoración ya que por la clínica solamente puede prestarse a confusión con otras posibilidades diagnósticas. La vesícula tumoral puede ser grande o relativamente pequeña, siendo de un color blanquecina o blanca nacarada a veces algo elevadas en algunas zonas, en mayor o menor extensión en su superficie. Si ha habido con anterioridad algún proceso fluxionario vesicular, es posible observar adherencias a las visceras

vecinas.

En otras oportunidades hemos observado la infiltración característica del lecho hepático y no pocas veces metástasis secundarias a nivel de uno o ambos lóbulos hepáticos.

Absceso hepático.

La observación endoscópica puede ser imposible sobre todo en las localizaciones posteriores de la víscera. Sin embargo cuando el absceso está localizado en las porciones anteriores del hígado, se pone en evidencia por un abombamiento a veces de color blancuzco con una zona de congestión alrededor del absceso, pudiendo ser éste de variable tamaño, observándose en ocasiones adherencias en mayor o menor cantidad entre el hígado y el diafragma.

CONCLUSIONES

1. Creemos que la laparoscopia es un método de diagnóstico definitivo en un serie de hepatopatías que se observan con frecuencia en la práctica diaria.
2. Consideramos que este procedimiento es inocuo cuando se realiza en con-

diciones óptimas y está exento de riesgos con personal adiestrado.

3. La observación macroscópica seguida de biopsia dirigida lo consideramos de vital importancia porque permite realizar esta última, con mayor facilidad en aquellas zonas donde existe patología, ya que la biopsia a ciegas pierde su valor en esas condiciones en un porcentaje elevado de casos, como por ejemplo, en metástasis hepáticas escasas o solitarias.
4. La observación macroscópica en los hemangiomas hepáticos, lo estimamos de gran valor, puesto que una biopsia a ciegas sería realmente funesta por los peligros de sangramiento seguro.
5. Recomendamos por consiguiente, el uso de la laparoscopia como un método práctico y seguro en el diagnóstico clínico de las afecciones hepáticas, así como en patología biliar especialmente en la neoplasia vesicular, dado que su índice diagnóstico es bastante elevado.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Foures, A.; Ricordenu, P. y Caroli, J.*: Sur l'importance de la laparoscopie en pathologie hepatique. Arch. Mal. App. Dig. 40: 1342, 1951.
2. —*Kalk, H. Dr. y Bruhl, W. H. Dr.*: Manual de Laparoscopia y Gastroscopia.
3. —*Kalk, H.*: Fortschritte der Kaoariskopie, Deutsch. med. Wschnschr. 68: 677, 1942.
4. —*Llanio, R. N. Prof.*: Comunicación personal.
5. —*Milanés*: Diagnóstico Gastroenterológico. Capítulo de Laparoscopia a cargo del Prof. R. Llanio.
6. —*Llanio, R. N. Prof.*: La Laparoscopia. Revista de Medicina Latina. Enero y Febrero de 1959.
7. —*Popper, H. y Schaffner, F.*: Progresos en Patología Hepática.
8. —*Ruddock, J. C.*: Peritoneoscopy, West. J. Med. 42 : 392, 1934.