

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA

Hemoperitoneo agudo como inicio clinico de un carcinoma hepático

(Diagnóstico laparoscópico)

Por la Dra.: MYRNA QUINTERO Diaz**

Quintero Diaz, M. *Hemoperitoneo agudo como inicio clínico de un carcinoma hepático diagnóstico laparoscópico*. Rev Cub Med 14: 3, 1975.

Se hace una revisión sucinta de la incidencia del carcinoma primario del hígado en distintos grupos étnicos, y la frecuencia del hemoperitoneo como complicación de estos tumores. Se reportan cinco casos de hemoperitoneo agudo diagnosticados por laparoscopia en tres de los cuales se vió el tumor sangrante. De los cinco pacientes, tres pertenecían a la raza amarilla, lo cual da un porcentaje racial muy alto, dado lo relativamente escaso de esta población en nuestro país. Todos los casos pertenecían al sexo masculino. Cuatro pacientes fallecieron y uno fue dado de alta. El diagnóstico anatomopatológico fue de tres hepatocarcinomas y dos colangiocarcinomas. Todos fueron intervenidos quirúrgicamente y se les realizó taponamiento con zimospuma o sutura del orificio del tumor sangrante como medio paliativo de urgencia.

La neoplasia primaria de hígado varía geográficamente en su frecuencia. Así vemos que entre los europeos occidentales es rara, pues representa el 0,2% de las autopsias¹ y en América el 0,14% ;² sin embargo, en China se ve en un 3,6%, en Java en un 2,3% y en Africa del Sur hasta en un 2,0%.² La incidencia de las complicaciones de la neoplasia primaria del hígado mantiene también esta distribución geográfica. Una de estas complicaciones, la ruptura del mismo, que ocasiona hemoperitoneo, es más frecuente también en estas zonas: en las tribus bantues de Africa del Sur, *Berman* reporta un 8%³ un 12,8% entre los chinos⁴ y un 4,8% en europeos⁵.

Se conoce clásicamente que este carcinoma se implanta principalmente sobre un terreno cirrótico. hasta en un 75%, según algunos autores.⁶

Etiopatogenicamente, el hemoperitoneo se debe generalmente a la ruptura de un nódulo carcinomatoso en la cavidad peritoneal. El carcinoma primario de hígado (CPH) recibe su vascularización de la arteria hepática y es drenado por el sistema venoso portal (*Breddis, Mac Fadzean*). El tumor invade preferentemente las ramas portales, de lo que resulta un aumento de la presión venosa por arriba; se abren las ramas subcapsulares de las venas suprahepáticas, las cuales pasan a ser entonces las venas de drenaje. Si se produce esta obstrucción venosa antes de que se establezca la circulación colateral o si las suprahepáticas son invadidas también por

*Especialista de primer grado de gastroenterología. Instituto de Gastroenterología . La Habana, Cuba.

el tumor, se produce un efecto de taponamiento con ruptura y hemorragia intratumoral. Esta última dislacera el parenquima tumoral; después el parenquima hepático sano se exterioriza por debajo de la cápsula de Glisson, formando un hematoma subcapsular seguido de la ruptura con hemoperitoneo.²

De las variedades del CPH, el que mas sangra es el carcinoma hepatocelular bien diferenciado en forma multinodular (60%). El colangioma y el sarcoma mas raramente, y las metastasis excepcionalmente (*Bettini, Gribble et Blair, Riopell*)}

El cuadro clinico generalmente es de instalación súbita con dolor en hipocondrio derecho que después se generaliza y síntomas de *shock*. Al examen físico, defensa muscular en hemiabdomen superior, ascitis, a veces hepatomegalia nodular, dura, esplenomegalia y estigmas periféricos de cirrosis.

El diagnóstico clínico es difícil si no se sospecha. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con *ulcus* perforado, ruptura de un absceso hepático, pancreatitis hemorrágica y ruptura esplénica.

El pronóstico es sombrío. El tratamiento quirúrgico puede ir desde un taponamiento de urgencia hasta una hepatectomía parcial

último tipo de cirugía^{7,8,9} o más largas supervivencias.

Reporte de nuestros casos

Presentamos cinco casos con las siguientes características:

- a) Los cinco pertenecían al sexo masculino, edad entre 62 a 82 años, dos de la raza blanca y tres de la raza amarilla.
- b) Solamente un paciente tenía antecedentes de padecimientos hepáticos veinte años atras; el resto no tenía antecedentes previos sugestivos de enfermedad hepática.
- c) En todos se recogía en la anamnesis historia de dolor vaso en epigastrio,

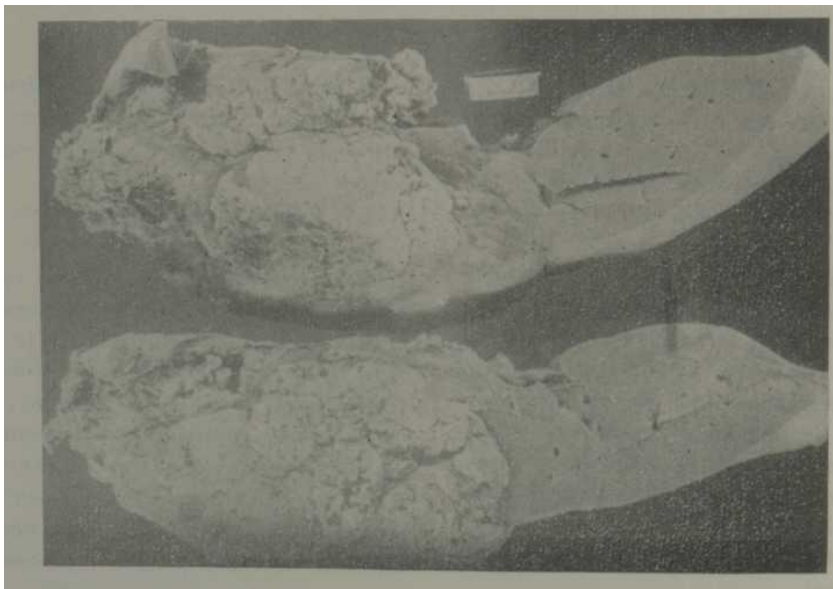


Fig. 1.—Paciente A.L.O. 69 años, raza amarilla. Infiltración masiva del lóbulo derecho. Hepatocarcinoma bien diferenciado.

en hipocondrio derecho o en ambos. que comenzaba de 2 meses a 15 días antes del ingreso, con síntomas generales de poco tiempo de evolución en cuatro, vómitos en dos y disnea en uno. El dolor se agudizó en tres pacientes de una semana a un día antes del ingreso. En ninguno había estado de *shock* al ingreso.

- d) Al examen físico, el abdomen era discretamente doloroso, principalmente en epigastrio e hipocondrio derecho, con defensa muscular; las mucosas estaban hipocoloreadas y se detectó hepatomegalia dura e irregular en cuatro y edemas en miembros inferiores en uno.

A todos se les hizo laparoscopia de urgencia en el servicio de endoscopia de urgencia de nuestro Instituto: cuatro de ellos fueron enviados desde el cuerpo de guardia y al restante se le realizó a la semana de ingresado. El diagnóstico laparoscópico fue de hemoperitoneo de etiología no precisada en dos pacientes pues el hemoperitoneo masivo no permitía ver los órganos abdominales, en los otros tres se vio el tumor sangrante (dos de ellos multicéntricos).

Los cinco fueron intervenidos de urgencia y se les realiza hemostasia con zimo-espuma sutura del orificio del tumor sangrante, o ambos procedimientos como medio paliativo.

Cuatro de los pacientes fallecieron en *shock* de uno a quince días después de la intervención quirúrgica (unos por hematemesis intensa, uno por tromboembolismo pulmonar a partir de tromboflebitis de una pierna y los otros dos por sangramiento intraperitoneal). El paciente restante fue dado de alta y se perdió su evolución posterior.

El tumor era multicentrico en dos pacientes, infiltrante en dos y unico en uno. El diagnóstico histológico se hizo por necropsia en los cuatro casos que fallecieron y por biopsia quirúrgica en el restante que fue dado de alta.



Fig. 2.—Paciente A.B.T. 62 años, raza blanca. El hígado presenta grandes áreas redondeadas de aspecto hemorrágico: Colangiocarcinoma.

En ninguno existía cirrosis hepaática concomitante. Histológicamente fueron catalogados como hepatocarcinomas tres (los tres de la raza amarilla) y dos colangiocarcinomas.

En tres existía trombosis de la porta (figs. 1-5). El paciente con disnea presentaba tuberculosis caseosa y metastasis pulmonares.

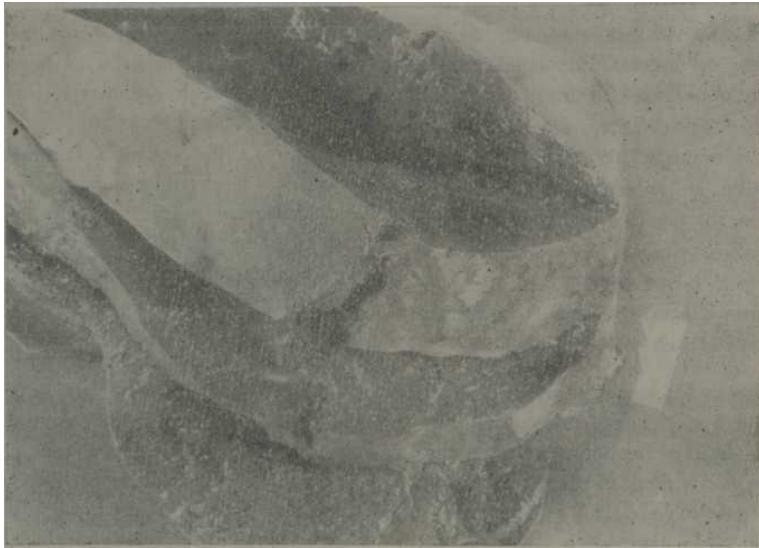


Fig. 3.—Caso anterior. Se aprecian las áreas necróticas y hemorrágicas.

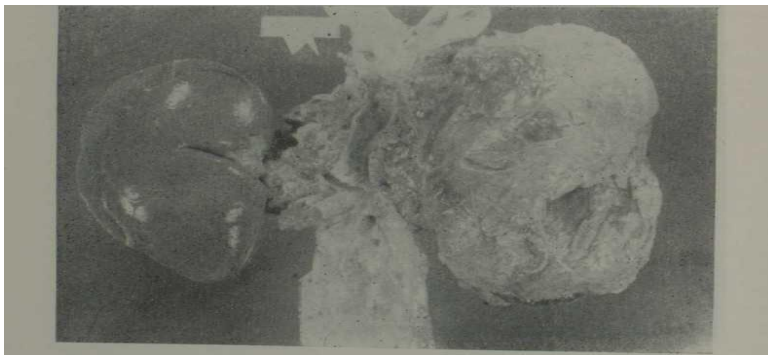


Fig. 4.—Caso anterior. Riñón izquierdo tumoral metastásico.

372

B. C. M.
MAYO-JUNIO, 1975

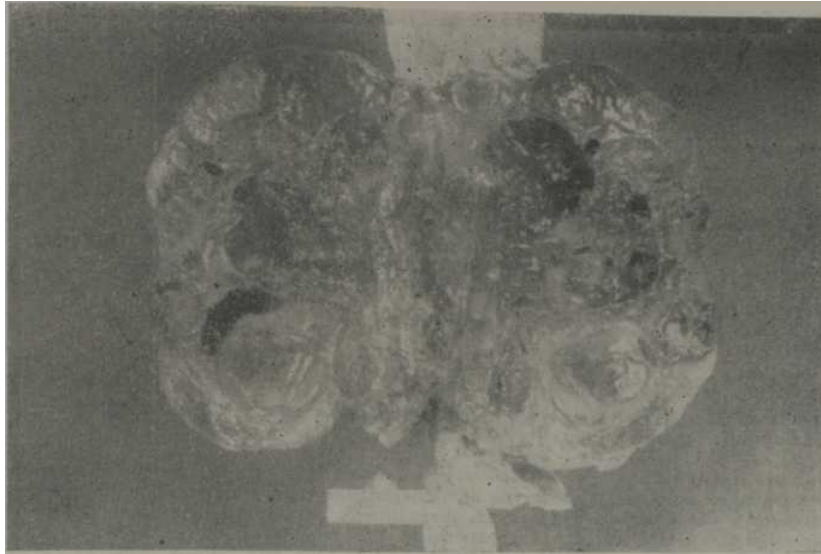


Fig. 5. Caso anterior. A la sección del riñón se aprecian grandes zonas tumorales con grandes cavidades quísticas ocupadas por sangre y coágulos. Pa en quima destruido en casi su totalidad

COMENTARIOS

En nuestra casuística resalta que hubo tres pacientes de la raza amarilla, a pesar de que este tipo de población es escaso en nuestro país (0,3% en el censo de 1953).

Se invoca factores favorecedores de la ruptura del hepatocarcinoma: el aumento de la actividad fibrinolítica del plasma en relación con una cirrosis subyacente o por el hepatoma mismo, el cor pulmonale crónico y la insuficiencia cardíaca derecha que dan éstasis intrahepáticos sanguíneos propiciando la hemorragia intratumoral. También se incrimina a la corticoterapia que aumenta el volumen tumoral del CPH (Le Breton).¹ En ninguno de nuestros pacientes había cirrosis subyacente, en tres se comprobo enfisema pulmonar, no había antecedentes de insuficiencia cardíaca derecha ni de ingestión de esteroides, aunque un paciente era asmático.

El dolor moderado abdominal es de observación banal en el curso del CPH, en

ausencia de hemoperitoneo. En nuestros casos, aunque existía el dolor días o semanas antes, se recogió el dato de agudización del mismo día u horas antes de la laparoscopia.

Solamente en uno de los pacientes se sospecho el diagnóstico, desde el punto de vista clínico, de tumor hepático sangrante antes de la laparoscopia, al realizar una punción abdominal y extraer sangre habiendo palpado una hepatomegalia nodular. En la literatura mundial solamente hemos encontrado reportados tres casos de hemoperitoneo por CPH diagnosticados por laparoscopia, dos de ellos en Francia y uno en Viet Nam.^{10, 11, 12}

Como conclusiones final es, hacemos resaltar la utilidad de la laparoscopia de urgencia en estos casos, la cual dió el diagnóstico exacto de tumor de hígado sangrante en tres casos y en los dos restantes el de hemoperitoneo intenso, lo que decidió la actitud quirúrgica en todos.

SUMMARY

Quintero Diaz, M. A. *Acute hemoperitoneum as first clinical manifestation of hepatic carcinoma (laparoscopic diagnosis)*. Rev Cub Med 14: 3, 1975.

A brief review of the incidence of hepatic primary carcinoma in several ethnic groups is made, and the frequency of hemoperitoneum as a complication of this tumor is pointed out. Five patients with laparoscopically diagnosed acute hemoperitoneum are reported; in three of them, the bleeding tumor was observed. Three of the five patients belonged to the yellow race; it constitutes a very high racial percentage, since this population is relatively scarce in our country. All patients were males. Four of them died and one was discharged. The pathological diagnosis was: three hepatocarcinomas and two cholangiocarcinomas. All patients underwent surgery; a tamponing with zimospuma or a suture of the bleeding-tumor orifice was made as emergency palliatives.

RESUME

Quintero Diaz M. A. *Hemoperitoine aigue a Porigine dun cadre clinique du carcinome hepatic (diagnostic laparoscopique)* Rev Cub Med 14: 3, 1975.

On fait une breve revision de l'incidence du carcinome primaire du foie dans les different* groupes ethniques. ainsi que la frequence du hemoperitoine comme complication de ces tumeurs. On rapporte 5 cas d'hemoperitoine aigue, diagnostiques par laparoscopie dont 3 avaient une tumeur saignante. Des 5 malades, 3 appartenaient a la race^ jaune, ce qui represente un pourcentage tres haut, tenant compte la basse population de celte race a Cuba. Tous les cas appartenaient au sexe maseulin. Quatre malades sont decedes et un est sorti de l'hospital. Le diagnostic anatomopathologique fut de trois hepatocarcinomes et deux cholangiocarcinomes. Tous ces malades furent intervenus chirurgicalement et on leur a realise tamponement avec "zimospuma" ou suture de l'orifice de la tumeur saignante comme un traitement d'urgence.

PE3KME

KpaTepo una3 M. OctphJS reMonepHTOHeo *ksk* 'KJinmpiecKoe Ha^ajio ne^e^Horo renaraTa.(jianapocKonmecKafi jwarhochtkb). Rev cub Med 14:3,1975.

npOEOJIHTCH peBH3iIH ^aCTOTH BUHBJI6HHH IiepBHHHOpo KapiJIHOMH ne^GKU B pa3 jicthhx eTHH^ecKi-ix rpyHH k hctooh BRHBjieHiiH reMonepiiTOHeo ksk ocjioacHe- hhh flpyax onyxojieM . CoodmaioTCH nnx cjiyqaeB octpom rewonepKTOHeo no cpeacTBOM jianapocKonHH .B TpeX H3 hKX odHapycajiiii KJIOBOH3JiHEHie onyxO- JIH . M3 HHTII nauHeHTOB.TpH npeHajiesajiiH xejiTowy pa3y,^TO aaeT cOKKA pasHKajiBHui npoueHT . Bee cjiy^aii (3KM MyjscKoro pojia . Herape no- ra&ra h ofHHt BHmeajiiBCH H3 pociHTajiH . Y TpeX ,EHarHCCTKpoBajiiM renara- KapunHOMa h y jiiByx xojaHrHOKapmiHOMa . Bee Chjik cnepHpoEaHu a tsh ste y Bex npoBojuuiH TafanoHnoBaHieM 3HM0cnyM0M *sum* hob OTBepTie onyxc.ui kbk najmaTHBHirai cnocoCoM .

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Assadourian, R. et al. Hémorragie intra-péritonéale par rupture spontanée d'une tumeur maligne du foie. Marseille Chir 20: 73, 1963.
- 2.—Heuper, W. C. Occupational Tumours and allied Diseases. Springfield, 11: Thomas, 1942.
- 3.—Berman, C. Primary Carcinoma of the Liver. 27 London, 1951.
- 4.—Ong, G. B. et al. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. The Br J Surg 52: 123, 1965.
- 5.—Benhamou, J. P. et al. Hemoperitoine aiguë spontanée et cancer primitif du foie. Bull Mem Soc Méd Hop. Paris 73: 323, 1957.
- 6.—Patton, R. B., Horn, R. C. Primary Liver Carcinoma. Autopsy study of 60 cases. Cancer 17: 757, 1964.
- 7.—Cimbe, J., et al. Rupture intra-péritonéale d'un hepatome malin avec constitution d'un pseudokyste hématique. Résection sous-segmentaire. Lyon Chir Belg 66: 308, 1972.
- 8.—Kestens, P. J., et al. Hepatome rupture traité par hépatectomie droite réglée faite d'urgence. Acta Chi Belg 66: 191, 1967.

- 9.—*Riddell, A. G.* Malignant Hepatoma. *Br J Surg* 40: 251, 1952.
- 10.—*Berthelot, P. et al.* L'hémopéritoine aiguë spontané au cours des cancers primitifs du foie. *Arch Mal App Dig* 52: 1258, 1953.
- 11.—*Pergola, F., Cachin, M.* La laparoscopie dans le diagnostic de cancer primitif du foie. Masson, Paris, 151-153.
- 12.—*Ton That Tung, et al.* Le problème des hématomes sous-capsulaires aigus non traumatiques du foie. *Lyon Chir* 67: 10, 1971.