

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

DIAGNÓSTICO LAPAROSCÓPICO E HISTOLÓGICO DEL HÍGADO MESTASTÁSICO. ESTUDIO EN UN TRIENIO

Por:

Dra. Elda Areli Manrique Rionda¹, Dra. María Emilia Fernández Aguilar² y Dra. Elisa Marchena Pérez³

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología. e-mail: eldarelim@yahoo.com
2. Especialista de I Grado en Gastroenterología. e-mail: maguilarvenezuela@yahoo.es
3. Especialista de I Grado en Gastroenterología. e-mail: elisamarchena@yahoo.es

Descriptorios DeCS:

TECNICAS DE DIAGNOSTICO DEL
SISTEMA DIGESTIVO/utilización
NEOPLASMAS HEPATICOS/secundario

Subject headings:

DIAGNOSTIC TECHNIQUES, DIGESTIVE
SYSTEM/utilization
LIVER NEOPLASMS/secondary

Las metástasis hepáticas son frecuentes y constituyen la segunda causa de hepatopatía mortal, después de la cirrosis¹. Su incidencia es superior varias veces al carcinoma primitivo. Prácticamente todos los tumores, con excepción de los originados en el cerebro, metastizan en el hígado.

La gran vascularización hepática y el hecho de que sea este órgano el primer filtro de la sangre procedente del área esplácnica, es el motivo por el que con tanta frecuencia sirva de asiento a metástasis tumorales, sobre todo, consecutivas a procesos digestivos²⁻⁴.

En esta entidad, la ecografía, la tomografía computadorizada (TC) helicoidal y la resonancia magnética tienen una sensibilidad muy alta para el diagnóstico de la extensión de la enfermedad del hígado. Sin embargo, el desarrollo creciente de la cirugía mínimamente invasiva, tanto diagnóstica como terapéutica, hacen que la laparoscopia tenga un papel importante en el diagnóstico histológico de las metástasis hepáticas³⁻⁵.

Al revisar retrospectivamente los 2 848 informes laparoscópicos del servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau" de Villa Clara, desde enero de 2001 a diciembre de 2003, se halló en 54 el diagnóstico de hígado metastásico (2,07 %). El sexo femenino fue predominante (57,4 %) y el grupo etáreo más afectado fue el de 60 a 69 años (35,1%); esto se corresponde con lo informado por la mayoría de los autores³⁻⁶, al plantear que las enfermedades oncológicas aumentan su incidencia después de los 60 años, y constituyen la segunda causa de muerte a nivel mundial.

En nuestra serie, el tumor primario que con más frecuencia metastizó el hígado procedía del páncreas (20,3 %), seguido del de mama y colon (10,5 %) respectivamente. La mayoría de los autores coinciden en que la localización más frecuente del tumor primario en el hígado metastásico son las neoplasias colorrectales, cáncer de pulmón, mama y páncreas, con predominio de los tumores gastrointestinales^{5,6}.

Las descripciones endoscópicas reflejaron que el 97,6 % de las metástasis hepáticas tenían aspecto umbilicado, y predominó la infiltración difusa del órgano; esto permitió determinar el grado

de extensión en la afectación de la glándula, lo que constituye uno de los factores predictivos más importantes en la supervivencia de estos enfermos⁵⁻⁷.

Concordamos con otros autores respecto a las limitaciones de la laparoscopia en los pacientes con adherencias posquirúrgicas y lesiones en la profundidad del parénquima, en la valoración del número exacto de las lesiones presentes, así como al no poder visualizarse la superficie posterior y parte superior del hígado⁵.

De hecho, y con la intención de verificar el diagnóstico laparoscópico, se realizó biopsia al 31,5 % de los pacientes; en el resto no se realizó por contraindicaciones inherentes al procedimiento o por tener estudios citológicos positivos. Confirmamos la presencia de tumores de origen metastásico en el 82,35 %. En tres pacientes, no existió correlación entre el diagnóstico endoscópico e histológico; en uno de ellos, la biopsia constituyó el examen diagnóstico decisivo, al encontrarse granulomas eosinofílicos y áreas de necrosis; luego se aislaron huevos de fasciolas en un drenaje biliar, lo que permitió un oportuno tratamiento. En los restantes, el diagnóstico histológico fue hepatopatía crónica.

La biopsia hepática establece el diagnóstico y debe realizarse si existen dudas o se requiere la demostración histológica para las decisiones terapéuticas. Ella proporciona resultados positivos en el 65 % de los casos y otro 10 % se puede identificar en el examen del líquido aspirado y aumentar su rendimiento mediante biopsia guiada por ecografía o tomografía axial computadorizada.. Algunos especialistas prefieren la biopsia bajo visión directa a través del laparoscopio, aunque sea más complicada⁸; también pensamos que de esta forma es más segura y óptima la obtención de las muestras.

A pesar de que nuestra serie es pequeña, sus resultados avalan la necesidad del uso y la combinación de ambos procedimientos en el diagnóstico del hígado metastásico.

Referencias bibliográficas

1. Dienstang Jules L, Isselbacher Kart J. Tumores del hígado y las vías biliares. En: Harrison principios de medicina interna vol.I. 15^{ta} ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2002. p. 697-8.
2. Burdette WJ. Neoplasias del hígado. En: Schiff L. Enfermedades del hígado. vol. 3. 4^{ta} ed. Madrid: Científico Técnica; 1984. p. 1121-223.
3. Niederhuder JE. Tumores del hígado. En: Oncología clínica. Manual de la American Cancer Society. 2^{da} ed. Mur: OMS; 1996. p. 310-24.
4. De Vita. Principles & practice of oncology [CD-ROM]. Virginia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2005.
5. Hollan F. Cancer medicine [CD ROM]. Hamilton: Americans Cancer Society; 2000.
6. González Villalonga JA, Neninger Vinageras E, Parrilla Delgado M, Vallejo Witoska R. ¿Es racional y vale la pena operar hígados metastásicos. Experiencia en 20 operaciones. Rev Cubana Cir [serie en Internet]. 1996 [citado 7 Abr 2006];35(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.cielo.sld.cu/cielo.pho?pid=S0034-749319960001000068script=artex&ting=es>
7. Figueras Felipe J. Resección quirúrgica de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal. Tratamiento de las recidivas. Rev Cir Esp.2004;76(5):292-9.
8. Marks H, Beers MD. Manual Merck [CD ROM]. Madrid: Harcourt; 1999.