

Tumores del Hígado

Prof. Santiago Triana Cortés

Algunos tumores benignos como los angiomas y los quistes no parasitarios, son tan raros que no despiertan el interés del clínico. Los adenomas del hígado pueden ser benignos o malignos. Las modalidades de su transformación epitelomatosa son los elementos de mayor importancia en el estudio de estos tumores.

CANCER DEL HIGADO

Los tumores malignos que se agrupan bajo el nombre de cáncer del hígado, comprenden los epitelomas, los sarcomas, y los tumores melánicos.

Los primeros son los más frecuentes. Los sarcomas son muy raros, pueden ser primitivos o secundarios y sus caracteres macroscópicos son casi iguales a los epitelomas, solamente la histología los puede diferenciar. Clínicamente los síntomas son idénticos a los de los epitelomas; solamente el hecho de ser más frecuentes en las personas jóvenes, permite pensar en ellos.

Los tumores melánicos del hígado son casi siempre secundarios, y se caracterizan por la presencia en los elementos celulares de granos de malanina (pigmento que se encuentra en la coroides y en las células de los cuerpos mucosos de Malpighi). Se presentan con más frecuencia en el hombre (40 a 60 años) : precozmente cuando se originan en la piel, tardíamente (2 o 3 años) después de la enucleación de un globo ocular, sitio del tumor primitivo. Una vez invadido el hígado la evolución es muy rápida

El diagnóstico de esa clase de tumores ha podido ser hecho, en algunos casos, por el hepatograma, que demuestra la presencia de células pigmentarias. La melanuria no tiene mayor valor diagnóstico porque se han comprobado melanurias sin tumores melánicos, como también melanomas sin melanurias.

Epiteliomas: Estos tumores comprenden los cánceres primitivos y secundarios. Los primarios no son comunes, constituyen el 2% de todos los cánceres. Son más frecuentes en el hombre que en la mujer y aunque la edad de su aparición es, por lo general, entre 50 y 60 años, no son excepcionales en los niños y en los jóvenes. Los hepatomas primitivos malignos, del hígado presentan 3 formas macroscópicas: el cáncer nodular, el cáncer masivo, y el adeno-cáncer con cirrosis.

El cáncer nodular no se diferencia en nada macroscópicamente del cáncer secundario.

El cáncer masivo puede adquirir un volumen y un peso exagerados (3 a 6 kilos), a pesar de ello el hígado no se encuentra ni deformado ni boselado. En ocasiones una delgada banda de tejido hepático separa la masa tumoral del tejido vecino formando una especie de cápsula que casi siempre resulta respetada: esta es la forma de cáncer en almendra.

Localmente el cáncer masivo en su desarrollo comprime poco y no invade a los órganos del pedículo hepático. Las vías biliares quedan permeables y la vena porta libre; no hay ascitis, y la esplenomegalia es moderada.

En el adeno-cáncer con cirrosis el hígado es atrófico, o de tamaño normal o aún ligeramente aumentado de volumen. Es de tendencia invasora del sistema venoso sobre todo del supra-hepático, da lugar a trombosis de la vena porta o de la vena cava. La invasión ganglionar es menos frecuente que en las otras formas de cáncer primitivo pero las metástasis son más comunes (pleuras, pulmones, etc.).

EPITELIOMAS SECUNDARIOS

Los epiteliomas secundarios son mucho más frecuentes que los primitivos. La propagación habitual por embolia da al cáncer epitelial secundario el aspecto nodular. Los nódulos son múltiples, más o menos numerosos, boselan irregularmente la superficie del hígado y provocan reacción periférica marcada. La consistencia de esas masas nodulares es desigual; pueden presentar una dureza fibrosa, estar umbilicada en el centro o tener el aspecto gelatinoso o francamente líquido.

ESTUDIO CLINICO

El cáncer masivo da una sintomatología de hepatomegalia regular; el cáncer nodular de hepatomegalia irregular, y el adenocáncer con cirrosis da una sintomatología de hígado cirrótico predominante.

El cáncer masivo es raro; de principio incidiioso pero de rápido desarrollo posterior. En una persona de 50 a 60 años, por ejemplo, aparecen perturbaciones digestivas de tipo banal: pérdida de apetito, disgusto electivo por las carnes y las grasas, pesadez gástrica, náuseas o vómitos, meteorismo, flatulencia, y constipación de la cual se quejan con mucha insistencia los enfermos. Luego, muy pronto, se inicia un ataque profundo al estado general: astenia, anemia, enflaquecimiento que hace perder varios kilogramos en pocas semanas.

En el período de estado el examen revela el signo dominante, esencial: la hepatomegalia progresiva. El tumor se hace visible a la inspección. La macicez hepática sube dando la impresión de un derrame pleural. La palpación sitúa el borde inferior, que se encuentra liso, cortante o redondo, regular, rectilíneo a varios centímetros por debajo de las falsas costillas, descendiendo hasta el ombligo y aún hasta la cresta ilíaca.

La superficie del hígado es lisa uniformemente pero de dureza leñosa o pétrea. No se fija por adherencias porque no hay perihepatitis, pero por su tamaño que lo enclavea, por decir así, en el hipocondrio, es inmóvil, no se desplaza con los movimientos respiratorios. No hay ascitis ni ictericia, el bazo auncuando a veces se encuentra ligeramente hipertrofiado, en la mayoría de los casos es de tamaño normal.

Un último carácter, pero el más importante es de orden evolutivo: es la extraordinaria rapidez del desarrollo del tumor. Los límites del hígado trazados sobre la piel con lápiz dermográfico se desplazan, se ensanchan en pocos días. A la par los signos generales se acentúan conduciendo a una verdadera caquexia aguda que funde, por decir así, al enfermo.

La marcha del cáncer masivo es rápida. La duración media es de 3 a 4 meses; a veces se reduce a unas pocas semanas.

El adenocáncer con cirrosis, casi exclusivo del género masculino, es en realidad, un cáncer primitivo; constituye una afec-

ción rara cuyo diagnóstico clínicamente desconocido es por lo general, histológico.

Teóricamente el aspecto clínico, por lo menos por los signos del principio difiere según que los síntomas de cáncer aparezcan en un enfermo ya cirrótico o que cirrosis y cáncer, que es lo más frecuente, evolucionen simultáneamente.

En el primer caso se trata de un cuadro cirrótico de rápida agravación, con caquexia progresiva e insuficiencia hepática. En el segundo caso, el cuadro recuerda más al cáncer con ascitis, ictericia, hipertensión portal¹ y esplenomegalia.

EPITELIOMA NODULAR

Principia por síntomas análogos al cáncer masivo, pero en su período de estado la sintomatología le es propia. En este período, en donde los síntomas generales y funcionales se acentúan, el examen permite apreciar una hepatomegalia que a diferencia de la hepatomegalia monosintomática del cáncer masivo, presenta dos signos fundamentales: ictericia y ascitis.

La hepatomegalia es irregular, y aunque es progresiva lo es menos rápidamente que en el cáncer masivo. Este grueso hígado irregular es igualmente un hígado doloroso.

El cáncer nodular es en la mayoría de los casos secundario y su duración hasta la muerte es aproximadamente de 6 meses.

El diagnóstico de los cánceres epiteliales del hígado está basado, en la mayoría de los casos, en la exploración física, y en la acertada interpretación de la hepatomegalia (hepatomegalia regular, irregular, icterica, etc.), relacionada con el profundo ataque al estado general y la marcha rápida de la enfermedad.

El diagnóstico puede ser ayudado por métodos especiales de investigación como la punción biopsia del hígado, hepatograma, la hepatografía (inyección de bióxido de torium, thorustrat), y la peritoneoscopia.

TRATAMIENTO

El tratamiento se reduce, en la mayoría de los casos, al tratamiento paliativo. Sin embargo, gracias a los adelantos de la cirugía, es posible en algunos casos, cuando la condición del enfer-

mo no es muy precaria intentar la exéresis del tumor ya que con una buena preparación pre-operatoria y gracias al recurso de la transfusión durante el acto quirúrgico, la laparotomía exploradora no se agravaría extraordinariamente al intentar la extirpación radical, siempre que ésta resulte técnicamente posible. De esta suerte se han podido resechar grandes porciones del lóbulo derecho del hígado y cuando la lesión se encuentra al lado izquierdo el lóbulo izquierdo puede ser extirpado totalmente. La resección es particularmente fácil si el tumor está situado cerca del borde del órgano y sobresale por delante y hacia abajo con una especie de pedículo de pequeño tamaño, como sucede a veces. Un repaso de la literatura revela que una afortunada resección de hepatomas primarios malignos ha sido relatada a menudo con casos de pacientes que han sobrevivido varios años. La terapia por Rayos X ofrece una pequeña posibilidad de breves períodos de alivio en los casos en que el tumor sea radio-sensible.