

Dr. Arsenio de la Torre.  
Profesor Titular de la Cátedra de Semiología

## Ptosis Hepática

**Hígado flotante.—Hígado desplazado.—Hígado móvil**

Por ptosis hepática entendemos el descenso del hígado hacia la cavidad abdominal, abandonando su posición normal, netamente subdiafragmática.

Anatómicos, histólogos y clínicos, han demostrado poco interés por el estudio minucioso de este proceso patológico, considerado como raro.

En 1754, Heister, y en 1804 Portal, ya hicieron su descripción incompleta. Cantani en 1866 trató de explicar su patogenia. Leube en 1894 y Tandler en 1908, fueron los primeros que autopsiaron cadáveres de enfermos fallecidos con dolencias diversas, pero en los cuales se encontraba presente la Ptosis hepática. Posteriormente, Eppinger de Viena, también prestó atención al asunto.

El vocablo ptosis implica desplazamiento del órgano y alargamiento de los ligamentos que lo sostienen a los órganos vecinos. Sin embargo, en los casos hasta ahora autopsiados no se ha comprobado el alargamiento de la Vena Cava Inferior entre la cara superior del hígado y la cara inferior del diafragma: se la ha encontrado igual a 4 cms., dimensión normal. Sabemos la íntima unión que existe entre el Hígado y la Cava Inferior: al desplazarse aquel debería elongar a su vena solidaria. Y, esto no sucede. En la necropsia únicamente se ha comprobado un ligero alargamiento del ligamento falciforme y de los triangulares, que realmente no son medios fijadores o de sostén del hígado. En consecuencia, la necropsia no aclara la patogenia del proceso; no existen alargamientos de los ligamentos hepáticos. Tandler en 1908 en el protocolo de autopsia del ca

so estudiado por él, entre otras cosas, sin mayor importancia, decía lo siguiente: abierta la cavidad abdominal se descubre al hígado como que hubiese girado alrededor de su eje transversal; la zona posterior hepática, se encuentra muy hipertrófica.

Después se invocó al tipo Asténico como causa primordial para la presentación de Ptosis hepática.

Este tipo constitucional, llamado también Hipomesenquimatoso, presenta como fenómeno llamativo gran laxitud del tejido conjuntivo y pobreza en fibras elásticas; es decir, mayor capacidad para la elongación del sistema ligamentoso de sostén. Y, sin embargo, la práctica comprueba que la Ptosis hepática no es privativa del Tipo Asténico hipomesenquimatoso, en el cual encontramos, indudablemente, la mayoría de las visceroptosis: gástrica, cólica, cecal y renal.

En el Asténico, cuya conformación corporal damos por sabida, con cúpulas diafragmáticas generalmente más elevadas, pareciera que el hígado se amoldara a su continente. En realidad su diámetro vertical parece crecer; el borde inferior se palpa por debajo del punto medio xifoumbilical; también se palpa una extensión notable de la cara anterosuperior del órgano; y la zona de matitez absoluta se encuentra aparentemente acrecentada. Sin embargo, el volumen total de la glándula no ha aumentado. Palpando en posición sentada, que es cuando obtenemos la posición más baja del diafragma y, por tanto, del hígado; o, en posición de pié, que nos proporciona también una situación baja, intermedia entre la de decúbito supino (posición más alta del diafragma) y la sentada, observamos que la masa hepática se vuelve más accesible a nuestros dedos, porque ha sufrido un ligero descenso ortostático fisiológico, demostrando una clara movilidad respiratoria, indicando que continúa solidaria con el diafragma. Ha sucedido también, que gran parte de la cara superior convexa, se ha transformado en cara anterior. Aquí, por tanto, el hígado ha modificado su forma; por decirlo así, se ha hecho longilíneo.

En el tipo pícnico, el diámetro transversal hepático aparentemente ha aumentado; su diámetro vertical se ha acortado; el borde hepático se palpa, si bien en mayor extensión en razón de la mayor abertura del ángulo epigástrico, muy por encima del punto medio xifoumbilical; el

área palpable de la cara, anterosuperior convexa, es muy reducida. Es un hígado transversal, echado; por decirlo así, se ha hecho brevilineo. Aquí también, el hígado se ha amoldado a su continente.

Esto demuestra, indudablemente, que la glándula hepática es una masa plástica y moldeable.

La plasticidad del hígado se demuestra también de otras maneras. En las hernias umbilicales congénitas se han encontrado mamelones hepáticos surgidos de la superficie del hígado y unidos a la glándula. En las hernias diafrágicas derechas se han visto prolongaciones coniformes partidas de la cara superior. El hígado emite también mamelones hacia los divertículos anormales vecinos a él. Recordemos también las huellas que se forman en la superficie hepática cuando la glándula es largamente comprimida por un derrame ascítico contra la cara interna de las costillas. Otra prueba más de la plasticidad activa del hígado la tenemos en el llamado "Hígado entallado", hoy de rara observación, porque la mujer ha abandonado ya el corset y no está de moda la cintura estrecha. Y, por último, el lóbulo de Riedel de la Colelitiasis, es otra manifestación más de la plasticidad hepática y de su poder hiperplásico, unas veces vicariante, y otras, regenerativo; no es posible entablar discusión ni plantear dudas sobre la actividad hiperplásico regenerativa del hígado, que es asombrosa.

De todo lo expuesto, es lógico concluir con Tandler, que el hígado crece en el sentido de la menor resistencia y se atrofia en los puntos donde está sometido a una presión ininterrumpida. Lo principal, es la plasticidad activa del órgano, que es proporcionalmente directa con la capacidad hiperplásica.

Para Tandler no existe una verdadera Hepatoptosis, sino una deformación hepática. El hígado crece y se desarrolla hacia el sitio que le ofrece menor resistencia. Por que, al denominado Hígado flotante o Ptósico, se lo ha encontrado en las grandes flacideces de la musculatura abdominal, en las eventraciones postquirúrgicas especialmente, y en las hernias de la pared anterior. Es, por tanto, la discontinuidad parietal, la causa más llamativa, según la opinión de Tandler.

Pero analicemos los hechos más hondamente. Sabemos que la presión que ejerce la musculatura abdominal se reparte en todas direcciones en el interior de la cavidad,

y es la fuerza más efectiva que mantiene a las visceras en su sitio, presión que tiene su antagónica en la actividad diafragmática inspiratoria. Si la presión abdominal tiende a elevar el hígado, la contracción diafragmática lo hace descender. La presión abdominal puede aminorar por la discontinuidad parietal, pero en cambio la actividad presora del diafragma no decrece. En este desnivel de presiones en juego debemos reconocer una gran causa funcional para la presentación de la Ptoxis hepática: el hígado desciende hacia la cavidad abdominal, hacia donde existe menor presión.

Tandler dice haber encontrado muy hipertrófica la zona posterior del hígado. He transcrito textualmente sus palabras. En la región lumbar el órgano apenas si tiene desplazabilidad; no tiene ambiente para demostrar su poder hiperplásico. Y sin embargo, se hipertrofia. Es un argumento contra la teoría de Tandler. La hipertrofia posterior hepática tiene su explicación: los movimientos del hígado se ejercen teniendo como eje casi inmóvil la parte posterior; lumbar, que actúa como agente irritativo hiperplásico. Clínicamente, los enfermos acusan dolores dorsolumbares en Ortatismo, que se explican fácilmente por lo que acabamos de decir.

En conclusión: la discontinuidad de la pared, y la hipopresión abdominal constituyen la patogénesis de lo que hemos de seguir llamando Hepatoptosis, por ser un término consagrado por el uso, y por representar, siquiera en parte, una realidad anatomoclínica. Existe el descenso del órgano, no, por flacidez o alargamiento de sus medios de sostén como se había creído; y puede también coexistir la deformación hepática, como opina Tandler.

El diagnóstico de los grandes Hepatoptosis es fácil. No voy a insistir en su sintomatología, por ser muy conocida: descenso del límite superior de la matitez hepática que se hace muy notorio en posición sentada o de pié; ya en decúbito supino se palpa el hígado por debajo del reborde costal; con el borde mirando hacia delante; se lo puede enganchar y hacerlo dibujar bajo la pared estando el enfermo sentado o de pié, el borde inferior desciende francamente, llega casi hasta la cresta iliaca; si se hace acostar al enfermo es posible reponer al órgano al hipocondrio y aparecerá matitez o el límite hepato pulmonar ascenderá. **La** movilidad respiratoria hepática, lógicamente, es muy reducida. Radioló

gicamente se observa aumento de espacio hépatodiafragmático, como si hubiese un pequeño neumoperitoneo; el colón puede interponerse entre el hígado y la pared abdominal derecha (signo de Chilaiditis).

Hace algunos años, sistemáticamente, he palpado el hígado, comparativamente, en decúbito supino y en posición sentada. Y esto me ha permitido señalar ciertos datos que creo de interés para el diagnóstico de las hepatoptosis poco marcadas. En esta última posición el hígado desciende normalmente, pero debe conservar su movilidad respiratoria solidaria con la actividad diafragmática. Si la desplazabilidad respiratoria decrece o no se efectúa (la energía de la actividad muscular puede juzgarse por el grado de la tensión abdominal respiratoria) aboga a favor de ptosis hepática.

A la palpación he encontrado también un dato muy llamativo, ostensible ya en decúbito supino, y aún más en posición sentada o de pié: la gran dificultad para palpar netamente el borde inferior. Se explica ya por la interposición colónica y también, porque en la hepatoptosis, dicho borde, por el basculamiento del órgano, mira hacia abajo y un poco hacia atrás, y tanto, que permite palpar la cara anterior en gran extensión y con toda nitidez. Las dos técnicas palpatorias que aconsejo son: la del enganche de Mathieu, y la de Gilbert, inclusive la variante para la palpación del borde posterior. La de Chauffard, o las técnicas defectuosas de aplicación de las dos manos de plano sobre la pared abdominal, rechazan el hígado ptósico contra los planos posteriores, y no permiten localizar el borde, que es lo importante. Recordemos de paso, que la localización del borde anterior normal, por su consistencia, es bastante difícil de palpar; tanto, que muchas veces no podemos localizarlo.

Además, debo mencionar otro signo más, que, como los dos ya descritos, no lo he visto mencionado: la posibilidad de introducir fácilmente nuestros dedos entre la pared costal y el hígado. Sabemos que en una hipertrofia hepática de algún volumen, esto es bastante difícil, y en algún caso, imposible.

Opino que en las Hepatoptosis, en los casos avanzados y muy crónicos, hay siempre estasis en las suprahepáticas, que va a reflejarse ingurgitando el hígado, determinando a la larga su endurecimiento cirrótico, como si se tratara de

una éstasis cardiaca; por esos es que, el borde a la larga se pone duro, afilado. También, a la larga el vaciamiento de la porta en el hígado se encuentra impedido: aparecerán hemorroides, ascitis.

La sintomatología funcional acompañante está en relación directa con el ortostatismo (1); desaparece o se atenúa con el decúbito supino. Lo cual constituye un signo importante para el diagnóstico diferencial. No puedo detenerme más en la exposición del cuadro clínico, la relación que guarda la hepatoptosis con las otras Visceroptosis, ni en el tratamiento (2).

La hepatopexia ha resultado ineficaz. Una buena faja abdominal de sostén, es realmente útil, tan útil que las molestias desaparecen muy rápidamente, lo que no observamos en las otras Visceroptosis.

Agradezco a los colegas y estudiantes que me han escuchado, y pongo a su consideración, estos trabajos de la Cátedra a nuestro cargo.

/

(1) Tanto, que muchas molestias pueden englobarse en el "Síndrome hipo-tónico ortostático" o en el "Síndrome Abdominal Ortostático", tan admirablemente descrito por el profesor Roberto Novoa Santos, en su última e inconclusa obra "Patología Postural", en la cual el autor no se ocupa de la Ptosis hepática.

(2) La Visceroptosis no se encuentra en los animales cuya actividad se ejerce en posición horizontal. Solamente se la ha encontrado en el hombre cuya actividad se desarrolla en posición orto.