
**DISCUSION CLINICO-SEMIOLOGICA DEL
CASO TIPIFICADO COMO**

**"LEIOMIOSARCOMA PRIMITIVO
DEL HIGADO"**

Dr. Carlos Prado D.

El caso del paciente que vamos a comentar, cuya Historia Clínica corresponde al No. 23-314, se halla publicado en el No. 2, Diciembre de 1.974, del Boletín Médico del Hospital "Eugenio Espejo" por el Dr. Hidalgo, patólogo de dicho Hospital (1). Este caso fue presentado en una de las sesiones anatomo-clínicas y discutido por los cirujanos del Pabellón Tres que, justamente suelen llevarse a cabo por las mañanas de los días Viernes. Naturalmente, por lo difícil y fuera de lo común del caso discutido, los diagnósticos sostenidos por los diferentes cirujanos que intervinieron fueron completamente dispares: absceso hepático, hepatoma primitivo, etc.

Nosotros que tomamos parte en la discusión llegamos a una conclusión diagnóstica fundamentada en base a los datos anamnésticos y a los hallazgos semiológico-objetivos que el caso ofrecía, corroborados por los exámenes para-clínicos.

En la Historia clínica presentada por el Dr. Hidalgo se han pasado por alto algunos datos, tanto de orden anamnéstico como de la vertiente de la exploración física, de laboratorio, evolución del caso, etc.; en consideración del gran valor semiológico que atribuimos a estas omisiones es que queremos hacer algunas acotaciones y comentarios clínico-semiológicos, desde luego muy someros, teniendo en cuenta el corto espacio disponible.

I. OMISION DE DATOS ANAMNESICOS.

Al resumir la Historia Clínica No. 23-314 correspondiente al paciente de las iniciales R.N.Q., anota que se trata de un hombre joven de raza negra que ingresa el 29 de Diciembre de 1.973, con una sintomatología de "disnea, dolor epigástrico y vómitos. El dolor no tenía relación con la ingesta, era intermitente cada 3-4 días y no se irradiaba". La anamnesis tomada personalmente por nosotros, en cambio, recoge el importantísimo dato de que el paciente de profesión aserrador de troncos de árboles, para sacar tablones—allá en las montañas de Esmeraldas—mientras caminaba, en cierta ocasión por entre los troncos, tropezó en algo y fue a caer de bruces, violentamente, contra uno de ellos que yacía en el suelo, recibiendo el impacto del golpe al nivel de la región tóra-

co-abdominal derecha que le hizo perder el "resuello" durante algunos minutos. Desde ese momento quedó tendido en el suelo sin poder respirar libremente, siendo auxiliado por los compañeros de trabajo quienes le trasladaron a su domicilio, donde permaneció encamado por algunos días, al cabo de los cuales no consiguió mejoría por cuanto anota que su vientre comienza a hincharse en la zona golpeada; además experimenta sensación de peso a ese nivel, dificultad para respirar, pérdida de apetito, náuseas y vómitos esporádicos. Ante esta situación, sus familiares deciden trasladarlo al Hospital "Eugenio Espejo" quedando alojado en el Pabellón Tres, Sala B.

II. OMISION DE DATOS DE EXPLORACION CLINICA.

En la historia clínica presentada —también original— solamente se anota que: "se trata de un hombre atlético en buen estado general aunque disneico. Abdomen distendido, hígado muy grande, palpable en el ombligo, duro, liso, no doloroso". En el examen físico practicado por nosotros a este paciente, en la época de su primer ingreso, encontramos los hallazgos palpatorios que, a continuación se detallan: gran hepatomegalia a expensas del lóbulo derecho del hígado cuyo borde inferior llega hasta dos traveses de dedo por encima de la espina ilíaca ántero—superior. Por arriba, el límite hepático—pulmonar alcanza el tercer espacio intercostal en la línea para—esternal y los espacios 4o. y 5o. en las líneas medio clavicular y axilar anterior respectivamente. Dichos espacios intercostales a ese nivel, se hallan ensanchados, prominentes y excesivamente sensibles a la presión; además se constata a nivel de dichos espacios ensanchados, fluctuación, lo cual indica contenido líquido. Por debajo del reborde costal, se aprecia la glándula hepática menos sensible a la palpación; su superficie es lisa y tiene el borde hepático romo, cuyo límite inferior permanece igual, o sea, en fosa ilíaca derecha a nivel de la espina ilíaca ántero—superior. Tales serían las acotaciones a la historia clínica presentada en lo que al examen físico se refiere.

Comentarios.

Los comentarios clínico—semiológicos que columbramos por los datos, tanto de la vertiente de la anamnesis como de la vertiente de la exploración clínica, podemos resumirlos en la siguiente forma:

1.— La causa etiológica de la entidad nosológica que actualmente aqueja al paciente, se origina e inicia a raíz de haber sufrido el traumatismo tóraco—abdominal focalizado en hipocondrio derecho, puesto que, según la anamnesis recogida, el paciente hasta ese entonces gozaba de excelente salud tanto que, se hallaba dedicado a las pesadas faenas de su rudo trabajo, pero que después de haber sufrido el accidente traumático, se ve obligado a guardar cama. Mientras permaneció encamado nota que el abdomen derecho aumenta de volumen y asoman nuevos síntomas como: dificultad para respirar, sensación de peso en hipocondrio derecho y vómitos. Por consiguiente, se puede argumentar semiológicamente que hay una relación de causa a efecto entre el traumatismo y la aparición de la enfermedad actual con todo aquel cortejo sintomático descrito.

2.— Que el paciente, hombre vigoroso, en magnífico estado general que le permite dedicarse a sus faenas de aserrador, actividad que demanda gran esfuerzo físico en el desempeño de este oficio, lo cual, insistimos una vez más, implica gozar de un excelente estado de salud y vigor físico, obligando a pensar que, por lo menos en principio, este vigoroso paciente no podía adolecer, previamente al traumatismo, de una lesión neoplásica hepática que le habría obligado a retirarse de su trabajo. Además, supuesta la afección neoplásica, desde ya, habría repercutido sobre su estado general nutritivo y provocado metástasis, lo cual no se ha comprobado en este caso.

En efecto, el colega Dr. Hidalgo, en sus comentarios al caso, declara que: "No fue posible determinar en este caso, la presencia de metástasis, pero es de suponer que tuvo una larga evolución, mayor de la que deja suponer la historia clínica, un total de 10 meses".

III. RESPECTO DE LOS EXAMENES PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS.

Podemos anotar lo siguiente:

Existe una Gamagrafía realizada el 10 de Enero de 1.973 en la cual se anota que hay una gran hepatomegalia. Una masa tumoral ocupa el lóbulo derecho y desplaza al parénquima funcionante hacia el hipocondrio izquierdo. La mayor probabilidad sería un neo. La segunda probabilidad absceso o quiste”.

Posteriormente se realiza un Ecograma el 19 de Febrero, para ser exactos, cuyas conclusiones destacan los siguientes hechos:

1.— Gran hepatomegalia con densidad disminuida.

2.— Presencia de tumoración grande, morfoloía muy irregular (mixta) en lóbulo derecho.

3.— Signos de colección líquida o necrosis en el 5o. espacio intercostal derecho (anterior) y en 8o. espacio intercostal derecho posterior.

Comentarios:

1.— De los resultados interpretativos de la gamagrafía y del ecograma se colige que hay unanimidad de criterio evaluativo en lo que a la existencia de la hepatomegalia se refiere, o sea que, ambas exploraciones, tanto la gamagrafía como el ecograma, coinciden y se hallan contestes en afirmar dicha visceromegalia, la cual desde ya, fue constatada por la exploración física.

2.— Que a priori se establecen las hipótesis diagnósticas de “Neo, Quiste” como conclusión evaluativa gamagrafía, lo cual semiológicamente no puede admitirse, so pena de enjuiciar unilateralmente el problema en base a una exploración clínica complementaria, lo que equivale a juzgar el todo por la parte.

3.— Por el contrario, nuestra interpretación evaluativa de los datos anamnésticos como de la exploración física, obran en contra de la hipótesis diagnóstica de “Neo” por las razones y argumentos presentados: por tanto, consideramos que queda en pie la hipótesis de una colección líquida: hemática, necrótica, etc. Ahora bien, según la ter-

cera conclusión ecográfica, coincide con nuestra hipótesis, localizando su asiento topográfico al nivel del 5o. espacio intercostal derecho (cara anterior) lo cual concuerda con los hallazgos de la exploración clínica a ese nivel, o sea, con la fluctuación y el ensanchamiento de los espacios intercostales, la sensibilidad dolorosa, etc. que indicaban la existencia de una colección líquida: sangre, suero, linfa, etc..

Los patólogos distinguen entre las necrosis, la variedad así llamada “necrosis de coagulación” que acompaña a ciertas atriciones viscerales hígado, bazo, riñón; resulta de la coagulación de las proteínas de la zona afectada que da origen a un magma que, en el caso del hígado sería pardo—negruzca por estar formada además por una mezcla de sangre y bilis, confirmada por biopsia. Por consiguiente es evidente que en este caso nos encontramos frente a una necrosis que no proviene de la citolisis tumoral, sino de una necrosis de coagulación del parénquima hepático.

Una segunda posibilidad que se plantea sería el hematoma subcapsular intrahepático que, en este caso no fue secundario a fractura de las costillas, sino a un simple hundimiento de aquellas que comprimieron la masa hepática, ocasionando la solución de continuidad del parénquima hepático.

No debe perderse de vista que, en el hígado puede darse la posibilidad de una neoformación benigna como el Angioma Hepático que generalmente se localiza en el borde hepático y la hemorragia a que dá lugar por ruptura vascular es más bien intraperitoneal, aunque esto no quita que también se desarrolle el angioma en la masa hepática. Fundándonos en estas consideraciones y posibilidades diagnósticas es que se pidió, en el curso de la discusión de este caso, que se practicara una angiografía selectiva que desgraciadamente no llegó a realizarse. Como prueba supletoria se recurrió a repetidas punciones tanto explorativas como punciones biopsia hepáticas. Mediante las punciones exploradoras se extrajo siempre sangre y “sustancia mucosanguinolenta”.

IV. OMISION DE LOS DATOS DE LABORATORIO.

Se han practicado tres punciones biopsias, de las cuales solamente transcribiremos el resultado de la punción practicada el 27 de Junio de 1974, pues para nosotros es la más tipificativa que las otras, aclarando que todas han sido realizadas por el patólogo del Hospital Dr. Hidalgo. La de la fecha indicada dice textualmente:

“Macroscópico: Se recibe una docena de formaciones cordonales de hasta 10 cm. de largo por 3—4 mm. de grueso muy blandas y friables. Parecen coágulos, algunos de ellos rodeados por una fina membrana blanquecina.— Microscópico: Varios cortes representativos muestran solamente coágulos hemáticos con una fina membrana fibrinosa de envoltura. En algunos se encuentra pequeños grupos de células hepáticas turgentes, fragmentos de epitelios biliares y ocasionales coágulos de bilis. Diagnóstico: Coágulos hemáticos. Fdo. Dr. Hidalgo”.

Comentarios:

Creo que con lo transcrito de los resultados de la punción biopsia sobre todo de esta última de Junio, se pone en evidencia que la gran “masa tumoral” de las interpretaciones gammagráficas, a nuestra manera de ver y, apoyándonos en la 3a. conclusión del ecograma que detecta signos de “necrosis” no puede corresponder sino a un gran foco de “necrosis de coagulación”, lo cual queda demostrado por el hallazgo biopsico de “fragmento de epitelio biliar” y de “ocasionales coágulos de bilis” que corroboran la hipótesis diagnóstica de la gran solución de continuidad a nivel del 5o. hasta el 8o. espacio intercostal, justamente a la altura del foco traumático que originó la ruptura no solamente de los vasos sanguíneos sino también de los conductillos biliares con la consiguiente extravasación de la bilis, lo cual propicia la formación de los “coágulos de bilis” del hallazgo biopsico. Para poder seguir ahondando en nuestras consideraciones semiológicas y abordar la fisiopatología de los trastornos funcionales que se suceden en la evo-

lución de este caso, creemos oportuno estudiar la fenomenología del reingreso del paciente.

Segunda Internación.

En la Historia Clínica presentada por el Dr. Hidalgo se menciona que el paciente volvió al hospital el 13 de Mayo del 74 con “un cuadro similar al del primer ingreso. Había dolor abdominal post—prandial, dolor posicional y un hígado muy duro, etc.”. Pero la verdad es que la anamnesis de este segundo reingreso se caracteriza por haber cursado con episodios dolorosos de tipo cólico hepático, náuseas y vómitos consistentes en que arrojaba un líquido negruzco, que aliviaban el dolor cólico; ocasionalmente deposiciones oscuras en número de 3—4 al día.

En el examen físico en la Sala, permitió constatar un hallazgo palpatorio muy llamativo, pues la hepatomegalia había disminuido a la mitad de su tamaño del ingreso, o sea, que se constató que su borde inferior se hallaba a unos dos traveses de dedo por encima del ombligo; el estado general no había desmejorado, la sensación de pesantez del hipocondrio derecho era mucho menor, podía respirar más fácilmente y en fin sentía apetito; daba la impresión de mejoría.

Comentarios:

El hallazgo palpatorio de una hepatomegalia reducida a la mitad de su tamaño primitivo, obra una vez más, en contra de la hipótesis diagnóstica de una hepatomegalia tumoral maligna, puesto que toda tumoración de tipo maligno se caracteriza, semiológicamente, por su persistencia y la tendencia a crecer y a producir metástasis, lo cual no se ha puesto en evidencia en este paciente. Considerando el acontecer evolutivo en este paciente, se anota la aparición de nuevos síntomas, tales como dolor de tipo cólico hepático que se alivia con los vómitos negruzcos al igual que con las deposiciones que, en número de 3—4 al día, producen la sensación de alivio a las manifestaciones sintomáticas de peso y dificultad respiratoria. Pero lo fuera de lo común en este caso es la disminución de la hepatomegalia que queda reducida a la mitad

de su tamaño al 2o. ingreso. Toda la sintomatología y signología actual de este paciente y aún su fisiopatología puede explicarse si se piensa, desde ya, por exclusión y con ciertos visos de verosimilitud, admitiendo con gran probabilidad de acierto el diagnóstico de "**Hemobilia traumática**".

En efecto, esta nueva entidad nosológica descrita por los cirujanos americanos (2), se caracteriza por los siguientes matices clínicos y paraclínicos.

Ha sido tipificado por los patólogos americanos como "**hemobilia traumática**" debido al hecho anatómo-patológico de que los traumatismos no penetrantes del hígado causan rotura hepática al quedar comprimido y aplastado el parénquima hepático, lo cual ocasiona que se formen una o más cavidades centrales que determinan la rotura y desgarramiento de los conductos biliares, arterias y venas que llenan la cavidad de bilis y sangre. **Hemobilia**, la cual buscará una salida después de días o semanas de estar estancada dentro de las cavidades centrales. Entonces se producirá una evacuación masiva de sangre y bilis hacia el intestino o puede ser proyectada parte por la boca.

Mientras prosigue el acontecer fisiopatológico, el paciente acusa dolores crecientes a nivel de la región hepática que se tipifican como "cólicos hepáticos" que son seguidos de melenas y/o hematemesis. La cronología de los síntomas se inicia por dolor sordo y creciente a nivel del hígado, lo cual acarrea una hepatomegalia que puede llegar a ser tan gigantesca que llega a ocupar la fosa ilíaca derecha; su superficie es lisa con aumento de la consistencia; borde hepático romo y engrosado; dolor localizado; dolor a la presión localizado en los espacios intercostales dependiendo del sitio del traumatismo. Los espacios están renitentes debido al hematoma subcapsular subyacente. Todo lo cual concuerda desde la etiología, con la cronología de los síntomas, hallazgos físicos de este caso.

Conclusiones.

1.— Del análisis crítico, tanto de los datos anamnésticos como los de la exploración física, se pone en evidencia, que existe una relación directa de causa a efecto, entre el traumatismo sufrido

por el paciente y la aparición de la enfermedad actual con su cortejo sintomático.

2.— Que el paciente, joven de complejión atlética, por lo menos en principio, mal puede haber adolecido de una neoplasia hepática —enfermedad esencialmente caquetizante y metastásiante— previamente al traumatismo.

3.— que como certifica el Dr. Hidalgo "en este caso no fue posible comprobar metástasis", dato negativo que, constituye un argumento más en contra de la malignidad del proceso hepático.

4.— Que las desviaciones por omisión cometidas, han llevado a sentar el diagnóstico anatómo-patológico de "**Leiomiocarcinoma primitivo de hígado**" que nos parece que se halla muy lejos de la realidad anatómo-clínica, según se desprende de los comentarios sobre aquellas omisiones.

5.— Que el caso comentado se compagina con todos los parámetros clínico-semiológicos que caracteriza a la entidad nosológica tipificada por los patólogos americanos como "**hemobilia traumática**", según creemos haber puesto en evidencia en el curso del análisis crítico desplegado en estos comentarios.

BIBLIOGRAFIA

- 1) HIDALGO, G.— Leiomiocarcinoma Primitivo del Hígado. Bol. Médico H.E.E. 1: 85—89, 1974.
- 2) SANDBLOM Ph.— Hemobilia. Clin. Quirur. de Norteamérica, 53: 1191—1201, 1973.

A MANERA DE CONTRAREPLICA

Dr. Galo Hidalgo B.

El Dr. Prado, autor de la discusión que precede, llega al interesante diagnóstico de hemobilia traumática, utilizando todos los datos que constan en la historia clínica del caso en cuestión, y además, datos recogidos por él personalmente al examinar al enfermo, y que no constan en dicha historia. La discusión que precede ilustra un nuevo