

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

HIGADO METASTASICO. ALGUNAS CONSIDERACIONES CLINICAS Y ETIOLOGICAS

Dr. Sergio Del Valle Diaz¹, Dra. Lisette Espinosa Martín², Dra. Marjoris Piñera Martínez³, Dra. Carmen Cisneros Domínguez⁴, Dra. Reina Aurora Cuello Salazar⁵, Dr. Yoel Ricardo Serrano.⁶

RESUMEN

Se realiza un estudio para caracterizar necrópsica y clínicamente a los pacientes fallecidos con diagnóstico de metástasis hepática. El universo está constituido por 212 pacientes. La muestra es de 139 enfermos. La investigación se realiza en el período 2001-2006 (se excluye 2005). Predominó el sexo masculino y el grupo de edades entre 61 y 70 años. El motivo de ingreso fue variado y como signos físicos relacionados con metástasis predominó el íctero. No se pudo diagnosticar clínicamente tumor primario en 48 pacientes, ni por complementarios en 23. No existe coincidencia entre diagnóstico en vida y diagnóstico necrópsico en 4 de los pacientes estudiados, a pesar de contar con medios adecuados.

Palabras clave: NEOPLASMAS HEPATICOS/diagnóstico; MESTASTASIS DEL NEOPLASMA/diagnóstico; NEOPLASMAS HEPATICOS/complicaciones.

INTRODUCCION

La metástasis es la diseminación del cáncer por el organismo. La de tipo hepática es muy frecuente en el curso de diversas neoplasias, al ser el hígado un órgano propenso a la diseminación de tumores como: pulmón, mama, colon, páncreas y estómago, así como otros lugares primarios menos frecuentes.¹⁻³

¹ *Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.*

² *Especialista de II Grado en Medicina Interna. Asistente.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina Interna y de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar.*

⁴ *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesora Auxiliar.*

⁵ *Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Asistente.*

⁶ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

El diagnóstico de metástasis hepática es, en general, fácil en los estadios finales, pero difícil en los pacientes sin enfermedad avanzada. Diversas técnicas radiográficas y gammagráficas ampliamente utilizadas en el diagnóstico son a menudo sumamente sugestivas, pero no limitadas ante tumores de pequeño tamaño.

Del mismo modo, la ecografía y las pruebas de función hepática son usadas generalmente para la detección selectiva sistemática de las metástasis en pacientes con un proceso maligno diagnosticado, pero de baja sensibilidad y especificidad cuando su empleo se dirige hacia la búsqueda del tumor primario.⁴⁻⁶

La biopsia hepática establece el diagnóstico definitivo y debe realizarse si existen dudas o se requiere la demostración histológica para las decisiones terapéuticas. La biopsia proporciona resultados positivos en alrededor del 65 % de los casos; otro 10 % puede identificarse mediante examen citológico del líquido aspirado y el rendimiento puede aumentarse aún más mediante biopsia guiada por ecografía. Algunos especialistas prefieren la biopsia bajo visión directa a través del laparoscopio, aunque sea más complicado.^{7,8}

El tratamiento de las metástasis hepáticas suele ser en vano y más bien depende su éxito de la localización del tumor primario, aunque algunas medidas como la radioterapia de hígado y la resección quirúrgica de las metástasis solitarias es aceptado, no obstante, en la enfermedad avanzada lo mejor es el control con medidas paliativas para el paciente, así como el apoyo de la familia.^{3,7,8}

METODO

Se realiza un estudio en pacientes fallecidos en el Hospital Provincial "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, con diagnóstico de metástasis hepática, en el período 2001-2006 (con excepción de 2005).

El universo está constituido por 212 pacientes en cuyas autopsias se diagnosticó metástasis hepática. Se selecciona una muestra de 139 pacientes: 82 hombres (59 %) y 57 mujeres (41 %), con representación mayoritaria del grupo de 61 a 70 años (44 pacientes), seguidos de los de 71 a 80 (31) y de los de 51 a 60 (28), aunque debe señalarse que 5 de ellos tenían menos de 40 años.

Para la selección de estos pacientes se tuvo en cuenta los siguientes criterios: diagnóstico clínico, imagenológico o morfológico de metástasis hepática. No fueron seleccionados los fallecidos fuera del hospital a los que se les diagnosticó metástasis hepática por la autopsia como diagnóstico desconocido en vida, así como los fallecidos de 2005, por no existir condiciones materiales en el departamento de Anatomía Patológica del hospital, motivo por el cual no se realizaron necropsias ese año.

Además de las variables demográficas se exploran las siguientes: causa básica, directa e intermedia de muerte, motivo de ingreso, datos positivos al examen físico relacionados con metástasis hepática, diagnóstico clínico por complementarios y por anatomía patológica del tumor primario en los pacientes a los cuales no se le identificó en vida.

Para recopilar la información se revisan los resultados de autopsia en el departamento de Anatomía Patológica de dicha institución y las historias clínicas de los pacientes fallecidos. Se realiza una amplia revisión bibliográfica en Internet, biblioteca y en nuestro centro. Los datos se codifican para ser procesados por el programa EPINFO 6 y Microsoft Excel. Se calculan datos y se muestran resultados en números enteros y continuos. Se prepara una base de datos con los valores recolectados. La información se muestra en tablas.

RESULTADOS Y DISCUSION

El cáncer de pulmón fue el de mayor incidencia con 36 pacientes (25.9 %), seguido de cáncer gástrico con 18 (12.9 %), páncreas con 17 (12.2 %), próstata con 14 (10.2 %), colon con 11 (7.9 %); cuello de útero y riñón con 7 cada uno (5.1 %) y ovario con 5 (3.6 %), entre otros (Ver Tabla 1).

Sin embargo, como causa indirecta fue metástasis múltiple con 65 casos (35.1 %) la de mayor prevalencia; seguida de metástasis hepática con 39 (21.1 %), bronconeumonía bacteriana con 32 (17.3 %) y metástasis pulmonar con 14 (7.6 %), reflejados en la Tabla 2.

El riesgo de que el cáncer se disemine al hígado depende de su localización.¹⁻³ Muchos autores coinciden con el predominio en el sexo femenino, edades avanzadas y localizaciones en tubo digestivo.⁹⁻¹¹ El hecho de predominio pulmonar en nuestra casuística se considera en relación con los factores de riesgo predominantes en nuestra población, pues para muchos autores como

Seymour⁷, en orden de frecuencia, los tipos de cáncer que se pueden diseminar al hígado son: colorrectal, pancreático, gástrico y esofágico, así como el de mama con metástasis en pulmón.

Otros autores como Ganeras¹² coinciden con el cáncer colorrectal, seguidos de los neuroendocrinos. Las diferencias están determinadas por el perfil del hospital. Las metástasis son descubiertas antes de que el tumor principal sea identificado. El tratamiento de estas es determinado por su ubicación en vez de su origen. Esto fue planteado por Mascareñas.¹

La causa directa de muerte de los pacientes estuvo en relación con metástasis múltiple en 37 enfermos (26.5 %), bronconeumonía bacteriana en 35 (25.1 %), tromboembolismo pulmonar en 19 (13.6 %) y sepsis en 15 (10.7 %) (Tabla 3). Según Alberto García¹³ el tromboembolismo pulmonar ocurre con gran frecuencia en pacientes con enfermedades malignas y ocupa el octavo lugar en la etiología como causa directa de muerte.

Existe coincidencia en nuestro estudio con lo encontrado en la literatura en cuanto a causas directas e indirectas de muerte, pues se plantea que son muchas y diversas las que pueden suceder y las más frecuentes son metástasis múltiples y bronconeumonía.^{9,12}

Los motivos por los que acuden los casos fueron muy variados, algunos de ellos relacionados con la localización del tumor primario y manifestaciones de disfunción hepática, entre los que podemos citar: hemoptisis con 15 casos (10.6 %), pérdida de peso, diarreas y decaimiento con 12 cada uno (8.6 %), vómitos, disnea y dolor del cuadrante superior derecho en 10 (7 %), mientras otros como: aumento de volumen de abdomen e íctero (color amarillo en ojos) se observó en 8 y 7 casos, respectivamente (Tabla 4).

Los pacientes con metástasis en hígado en algunos casos son asintomáticos, de existir síntomas, Moreno plantea que el enfoque diagnóstico depende de las circunstancias.

En nuestra experiencia se comprueba lo poco frecuente de diagnosticar el tumor de ovario y el de páncreas, lo que se relaciona con lo poco asequible al explorador, pobre sintomatología en el caso del segundo y dificultades de los medios diagnósticos, aspecto a tener en cuenta ante enfermos con metástasis de origen desconocido.

El momento del diagnóstico (Tabla 5) es uno de los factores más importantes en un paciente con cáncer, por lo que realizarlo de forma certera es imprescindible. El diagnóstico clínico fue posible en 91 casos (65.5 %) y a través de estudios complementarios, 116, (83.5 %); cifras consideradas favorables.

Sin embargo, no fue posible hallar el cáncer primario en 18 enfermos por ningún método, lo que constituye uno de los resultados más importantes en nuestro estudio, pues nos da un índice de dirección cuando se han agotado las alternativas. Entre los de localización más frecuente: tumor de ovario, seguido del de páncreas (2 de ellos en cuerpo y 1 en cola), así como de vesícula, entre otros señalados en la Tabla 6.

CONCLUSIONES

1. Fue elevado el número de enfermos con hígado metastásico, su distribución demográfica fue similar a la de otras instituciones.
2. Las metástasis de origen pulmonar junto a la presencia de motivos de ingreso muy variados, según origen del tumor, grado y distribución de la lesión hepática, fueron elementos destacables.
3. Aún es importante el volumen de casos sin diagnóstico en vida, con predominio en aquellos enfermos cuyas metástasis procedían de tumores de localización pancreática y vesicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mascarenhas RCV, Sanghvi AN, Friedlander L, Geyer SJ, Beasley HS, Van Thiel DH. Thalidomide Inhibits the Growth and Progression of Hepatic Epithelioid Hemangioendothelioma. *Oncology*. 2004; 67(5/6) :471-476.
2. Martinez AE, Robinson, MJ, Alexis JB. Kaposiform Hemangioendothelioma Associated With Nonimmune Fetal Hydrops. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 2004; 128(6) : 678-682.
3. Darouti M, El M, Salonas A, Sobhi, RM, Bassiouni DA. Retiform hemangioendothelioma. *International Journal of Dermatology*. 2000; 39(5) : 365-369.
4. Ishak KG, Goodman Z D, Stocker JT. Metastatic Tumors. En: *Tumors of the liver and intrahepatic bile ducts. Atlas of tumor pathology*. 3ªed. Washington : Armed forces institute of pathology; 1999.p. 343-349.

5. Stemberg SS, editores. Masses of the liver. En: Diagnostic surgical pathology, 3ª ed. Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins; 1999.p.1575-1588.
6. Siu DC, Lam CM, Yuen ST. Carcinoma of the colon with synchronous hepatic metastasis in a cirrhotic liver harboring a hepatocellular carcinoma. Hepatogastroenterology 1999; 46(28):2355-7.
7. Seymouy K, Charnley RM. Evidence that metastasis is less common in cirrhotic in normal liver: a systematic review of post-mortem case-control studies. Br J Surg. 1999;86(10):1237-42.
8. Gervaz P, Pak-art R, Nivatvongs S. Colorectal adenocarcinoma in cirrhotic patients. J Am Coll Surg. 2003 Jun; 196(6):874-9.
9. Fernández Ganote L. Morbilidad y mortalidad por cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol. 1990; 6(2):294.
10. Lage Dávila A. El programa de reducción de la mortalidad por cáncer. Reflexiones sobre el balance de 1988. Rev Cubana Oncol. 1989; 5(8):274.
11. Martino González M. Lesiones multinodulares en hígado. Santander : Departamento de Anatomía Patológica; 2006.
12. Ganeras Ruiz O. Causas de muerte en el canceroso. Rev Cubana Oncol. 2006; 1(3):271.

TABLA 1. CAUSA BASICA DE MUERTE.

CAUSA BASICA DE MUERTE	No.	%
Cáncer de pulmón	36	25.9
Cáncer gástrico	18	12.9
Cáncer de páncreas	17	12.2
Cáncer de próstata	14	10.2
Cáncer de colon	11	7.9
Cáncer de cuello de útero	7	5.1
Cáncer de vesícula biliar	7	5.1
Cáncer de ovario	5	3.6
Cáncer de riñón	4	2.9
Cáncer de laringe	4	2.9
Colangiocarcinoma	3	2.2
Cáncer de hígado	2	1.4
Cáncer de mama	2	1.4
Cáncer de recto	2	1,4
Linfoma no Hodking	2	1.4
Cáncer de esófago	1	0.7
Cáncer de tiroides	1	0.7
Cáncer de vejiga	1	0.7
Cáncer de endometrio	1	0,7
Melanoma maligno	1	0.7
TOTAL	139	100

TABLA 2. CAUSA INDIRECTA DE MUERTE.

CAUSA INDIRECTA DE MUERTE	No.	%
Metástasis múltiple	65	35.1
Bronconeumonía	32	17.3
Metástasis hepática	39	21.1
Metástasis de pulmón	14	7.6
Calcificación peritoneal	7	3.8
Necrosis hepática	8	4.4
Oclusión intestinal	5	2.7
Sangramiento	5	2.7
Choque séptico	4	2.1
Atelectasia	3	1.6
Infarto	3	1.6
TOTAL	185	100

TABLA 3. CAUSA DIRECTA DE MUERTE.

CAUSA DIRECTA DE MUERTE	No.	%
Metástasis Múltiple	37	26,5
Bronconeumonía	35	25,1
Sepsis	15	10,7
Tromboembolismo Pulmonar	19	13,6
Insuficiencia respiratoria aguda	14	10,1
Daño multiórgano	4	2,8
Infiltración hepática	3	2,4
Anemia aguda.	4	2,9
Metástasis cerebral	2	1,4
Insuficiencia renal crónica.	1	0,7
Peritonitis.	1	0,7
Pielonefritis	1	0,7
Desequilibrio Hidromineral	3	2,4
TOTAL	139	100

TABLA 4. MOTIVO DE INGRESO.

MOTIVO DE INGRESO	No.	%
Hemoptisis	15	10.6
Diarreas	12	8.6
Decaimiento	12	8.6
Vómitos	10	7.0
Disnea	10	7.0
Oliguria	9	6.3
Pérdida de peso	12	8.6
Dolor abdominal	10	7.0
Aumento de volumen de abdomen.	8	5.5
Íctero	7	4.8
Otros	26	18.3

TABLA 5. DIAGNOSTICO.

DIAGNOSTICO	CLINICO		COMPLEMENTARIOS	
	No.	%	No.	%
Si	91	65.5	116	83.5
No	48	34.5	23	16.5
TOTAL	139	100	139	100

TABLA 6. PACIENTES NO DIAGNOSTICADOS EN VIDA.

TUMOR DE INGRESO	NO DIAGNOSTICADO		DIAGNOSTICADO	
	No.	%	No.	%
Tumor de ovario	4	22.2	1	2.3
Tumor de páncreas	3	16.6	14	32.6
Tumor de vesícula	3	16.6	4	9.4
Colangiocarcinoma	2	11.1	1	2.3
Tumor de cuello de útero	2	11.1	5	11.6
Tumor gástrico	1	5.6	17	39,5
Tumor de endometrio	1	5.6	-	-
Tumor de recto	1	5.6	1	2.3
Tumor vejiga	1	5.6	-	-
TOTAL	18	100	43	100