

EMBARAZO Y HEMANGIOMA CAVERNOSO ROTO DEL HIGADO

Presentación de un caso

Dr. LUCAS A. MOLINA V.

CONSIDERACIONES GENERALES

Los Hemangiomas Cavernosos son en términos generales hallazgos de autopsia, pero unos pocos casos dan manifestaciones clínicas; se presentan especialmente en mujeres multíparas, posiblemente como resultado del incremento de las hormonas estrogénicas circulares durante el embarazo (11), (4). Es muy rara la ruptura intraperitoneal del tumor y cuando esto ocurre, la cirugía es imperativa (1). Los Hemangiomas se presentan circunscritos, con áreas de color rojo púrpura oscuro y varían desde algunos milímetros a varios centímetros de diámetro. Suelen localizarse inmediatamente por debajo de la cápsula de Glisson o en la profundidad del tejido hepático (Fig. N° 1). La presencia de los espacios cavernosos les da la apariencia de una esponja. Microscópicamente los largos espacios llenos de sangre están tapizados por una sola hilera de endotelio y están separados por tejido conectivo de apariencia mixomatosa (1).

Los hemangiomas aparentemente crecen por tiempo limitado, llegando eventualmente a la fibrosis que oblitera los espacios cavernosos. Raramente todo el hígado está comprometido (4). Este tumor es poco frecuente en niños (7) y entre los adultos según la serie de Shoemaker de Hemangiomas del Hígado, la relación de mujeres a hombres fue de 4,5 : 1. Según Henson, Gray y Dockerty (5) ésta relación fue de 10 : 1 en aquellos pacientes con síntomas de hemangioma y el conjunto de su grupo 5 : 1 (2).

Tiene importancia el nivel estrogénico en el crecimiento de los hemangiomas y de ahí la posibilidad de su ruptura espontánea dado el crecimiento masivo que ocurre durante la segunda mitad del embarazo, en que el nivel de estrógenos asciende notablemente (11), (9).

Los hemangiomas pueden abrirse espontáneamente provocando hemoperitoneo (2) y posible peritonitis (8). En casos raros puede producirse la torción del pedículo, provocando la obstrucción del riego sanguíneo y la necrosis del tumor, con dolor abdominal intenso y colapso (2).

Dentro de la extensa búsqueda bibliográfica no hemos hallado un artículo que asocie un embarazo a término con Hemangioma Cavernoso roto del hígado, con síntomas de hemorragia interna y que simule como en el caso que vamos a presentar una ruptura uterina; es por eso que creemos interesante la exposición del presente caso.



Fig. N° 1

HISTORIA CLINICA

Paciente L. de M. Historia Clínica N° 2868-A., de 26 años de edad, sexo femenino portadora de un embarazo de 8½ ms., con antecedentes de tres cesáreas corporales anteriores, que ingresa al Servicio de Emergencia del Hos-

pital General de Toquepaña (Southern Perú Copper Corporation), refiriendo que desde hace 24 horas presenta dolor difuso en abdomen y sensación nauseosa. Progresivamente esta sintomatología se acentúa en las horas subsiguientes, el dolor se hace más intenso, acusa dolor tipo retortijón en el bajo vientre y vómitos alimentarios y biliosos.

Menarquia a los 12 años, Régimen Catameneal 5/30, Última regla el 14 de Agosto de 1968 1ra. Cesárea en Octubre de 1964, por desproporción céfalopélvica, 2da. cesárea en Marzo de 1966 por cesárea anterior, 3ra. cesárea Marzo de 1967 por cesáreas anteriores, todas corporales. Apendicectomizada en el curso de la 1ra. cesárea. 5 embarazos, 1 aborto de tres meses. Al examen clínico se observa una paciente quejumbrosa, inquieta, con regular estado general, algo pálida, temperatura 36°4 C., pulso de 88 por minuto, respiraciones 22, presión arterial 100/70, tonos cardíacos normales, pulmones clínicamente normales. El examen del abdomen demuestra un embarazo a término y cicatrices operatorias de cesáreas anteriores. A la palpación se nota dolorabilidad difusa, un útero blando que por momentos tiende a contraerse. Auscultación fetal negativa. Los datos hematológicos demuestran 12.6 grs.% de hemoglobina, 31% de hematocrito, 1700 leucocitos con 14 abastionados y 84 neutrófilos. Grupo O Rh +. Urobilina + + + +. Una hora más tarde la presión arterial disminuye (80/40), el pulso aumenta a 120 por minuto, el dolor abdominal se incrementa y ante la inminencia del shock la paciente es llevada a la Sala de Operaciones con el diagnóstico de hemorragia interna por ruptura uterina con feto muerto.

En el acto operatorio, bajo anestesia general se practica una incisión mediana, infraumbilical y abierto el peritoneo se constata gran cantidad de sangre libre en la cavidad (aproximadamente 1300 cc.). La exploración del útero demuestra ausencia de ruptura, estando la cicatriz uterina en buenas condiciones; se procede a la cesárea y se extrae un feto muerto sexo masculino, junto con la placenta y sus membranas. Sutura del útero en tres planos, Pomeroy y exploración de la cavidad abdominal. Se constata que la hemorragia proviene de la zona hepática. Ante esta circunstancia se amplía la incisión hasta el apéndice xifoides y se comprueba que a nivel de toda la cúpula del lóbulo derecho del hígado existe una tumoración de color rojo vinoso, cuya hemorragia ha disecado la cápsula de Glisson y que sangra a través de una perforación de 5 centímetros a nivel del borde hepático.

Explorada la tumoración cuyo aspecto esponjoso, color vinoso y sangrante demostraba una angioma cavernoso del hígado, se procede a la aspiración biopsica y taponamiento de la misma con Gelfoam a través de la ruptura y so-

bre la tumoración misma con el citado material. Se aplican 4 drenes de jebes: uno en cada parietocólico, uno suprahepático y otro en el Douglas. Limpieza de la cavidad, antibiótico y cierre por planos. La paciente abandona la Sala de Recuperación con funciones vitales estables. El post-operatorio es bueno, el drenaje serohemático disminuye progresivamente, se extraen los drenes al 5to. día y es dada de alta en buenas condiciones a los 12 días después del acto quirúrgico.

Una semana más tarde la paciente se queja de dolor en hipocondrio derecho moderado y continuo. Continúa en esas condiciones por 10 días en que la sintomatología se exagera, el dolor es intenso, fiebre, escalofríos y malestar general. En estas condiciones es nuevamente hospitalizada. Al examen clínico se constata subictericia, taquicardia de 120 por minuto, silencio respiratorio, matidez y abolición de las vibraciones vocales en la mitad inferior del hemitórax derecho abdomen muy doloroso y sensible a la palpación del hipocondrio derecho y epigastrio; defensa muscular, escasos ruidos hidroaéreos. El hemograma demuestra una leucocitosis moderada con desviación a derecha, las pruebas hepáticas: bilirrubinemia en límites superiores y pigmentos y sales biliares en orina. La radiografía pulmonar muestra un hemidiafragma elevado a derecha, una cavidad grande con contenido hidroaéreo con nivel, aparentemente subfrénico. Ante estas circunstancias después de una observación de 48 horas la paciente es reintervenida con el diagnóstico de absceso subfrénico derecho. En el acto operatorio se confirma una colección hematopurulenta de la cápsula hepática correspondiente a la cavidad del hemangioma. Es drenada completamente, se toman biopsias de la pared del absceso, muestras de secreción, drenajes amplios, cierre por planos. Los resultados anátomo-patológicos confirman la característica de la tumoración y la abundancia de picocitos de la secreción. Evolución prolongada, con fiebre, drenaje abundante por 7 días. Alta a los 15 días en buenas condiciones, hasta la actualidad, (un año después).

COMENTARIO

Este caso plantea varios problemas médicos, obstétricos y quirúrgicos y la definición de los mismos puede precisarse gracias a la experiencia adquirida y al concepto terapéutico que del hemangioma cavernoso del hígado se tiene en la actualidad.

La rara coincidencia de la ruptura del hemangioma en la etapa terminal de un embarazo en una mujer con antecedentes de tres cesáreas corporales anteriores, ausencia de latidos fetales, signos premonitores de shock y dolor

abdominal bajo, hicieron perentorio y justificado el diagnóstico de ruptura uterina con feto muerto y la necesidad del acto quirúrgico. Durante la operación, ya descartada la ruptura uterina y hallado el hemangioma roto en la cúpula hepática, se planteó el interrogante del proceder terapéutico. Como no se trataba de un tumor pedunculado sino que abarcaba toda la superficie de la cara superior del lóbulo derecho del hígado, la técnica quirúrgica a seguir podía ser la radical (hepatectomía derecha) o la conservadora (taponamiento y drenaje) con eventual roetgenerapia complementaria. La hepatectomía parcial fue descartada por el estado precario de la paciente, porque dicho proceder aún con un buen estado general, presenta una mortalidad relativamente alta; creemos ante estas circunstancias, que la actitud conservadora era la más indicada con el objetivo de detener la hemorragia y salvar la vida de la paciente.

Terminado el embarazo y con el declinar estrogénico del puerperio, la hiperactividad tumoral disminuyó y el cuadro evolucionó favorablemente. La muerte fetal podría deberse al shock hipovolémico con la consiguiente anoxia. La infección posterior era de esperar (8) y la nueva intervención solucionó el problema. Sabemos cuán difícil es el diagnóstico clínico de este tumor, la poca frecuencia de su aparición, y sobre todo la coincidencia de todos los factores anotados. La exploración cuidadosa del abdomen especialmente del hígado en todos los casos de pacientes sometidas a cesáreas, es posible y la hacemos como parte de esta experiencia, pero no es la solución, porque los partos normales son los más y no contamos con esta vía de abordaje. Creemos que si se tiene en mente la posibilidad de este tumor, de su predominancia en el sexo femenino, de la gran influencia que tiene los estrógenos en su desarrollo y del grave accidente que significa su complicación especialmente en las mujeres gestantes multíparas en la segunda mitad del embarazo y en aquellas con tratamiento estrogénico prolongado, estaremos preparados para brindar a las pacientes el margen de seguridad a que estamos obligados.

RESUMEN

Se describe una mujer de 26 años con embarazo de 8½ meses que presentó un cuadro de abdomen agudo y shock; y que simulaba una ruptura uterina. En el acto quirúrgico se halló un hemangioma cavernoso del hígado; el tratamiento conservador (hemostasia y drenaje) tuvo éxito.

Se remarca la importancia de los altos niveles estrogénicos en el crecimiento de estos tumores.

SUMMARY

A woman 26 years old, with 8 months of pregnancy presented shock and abdominal pain; the diagnosis of uterine rupture was made but the surgical exploration demonstrated a cavernous hemangioma of the liver. Treatment consisted of hemostasis and drainage and was successful.

The importance of the high estrogen levels for growth of these tumours is remarked.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ANDERSON W. A. D.: Pathology. 4th. edition. Pag: 850.
- 2.— BOCKUS H. L.: Gastroenterología. Tomo III. Pág: 530, 1968.
- 3.— DESSOFF S.: Ruptured Cavernous hemangioma of the liver. Report of a case. Seen on the service of Dr. Dessoff at Providence Hospital Washington D. C. Address: 1302, 18 th Street. N. W. Washington D. C. 20006.
- 4.— EDMONDSON H. A.: Tumors of the liver and intrahepatic bileducts in Atlas of tumor Pathology. Washington D. C., 1958. Armed Forces Institute of Pathology. Fasc: 25.
- 5.— HENSON S. W. Jr., GRAY H. K. and DOCKERTY M. B.: Benign tumors of the liver. II. Hemangiomas. Surg. Gynec. and Obstetrics: 103, 327, 607, 1956.
- 6.— ISSA PHILIPPE M. A.: Cavernous hemangioma of the liver. The role of radiotherapy. Br. J. Radiol., 41, 26-32, 1968.
- 7.— NELSON W. E.: Tratado de Pediatría. Tomo II, 1960. Pág: 1582.
- 8.— RUBIN I. C.: Large pedunculated Cavernous angioma of the liver reaching down into the pelvis and causing obstetric difficulty. Ann. J. Obstet.: 77, 273, 1918. Citado por Bockus.
- 9.— SEWELL J. H. and WAISS K.: Spontaneous rupture of hemangioma of the liver. Arch. Surg.: 83, 729, 1961.
- 10.— SHOEMAKER H. B. Jr.: Hemangioma of the liver. Discussion of symptomatology and report of patient treated by operation. Surg. 11, 209, 1942.
- 11.— WILSON H. and TYSON W. T. Jr.: Ann. Surg. 135: 765, 1952 (Cavernous hemangioma).