

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

VALOR DE LA PERITONEOSCOPIA
EN LAS ENFERMEDADES HEPATO-BILIARES

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala
por

GUSTAVO ADOLFO CAMARGO AREVALO

Al conferírsele el título de

MÉDICO Y CIRUJANO



EDITORIAL ESCOLAR "PIEDRA SANTA"
5a. CALLE 9-27, ZONA 1
GUATEMALA, C. A.
OCTUBRE DE 1961

PLAN DE TRABAJO

1. Introducción

2. Historia

Anatomía de la cavidad abdominal

Instrumento

Preparación del paciente

Técnica

Causas de error en el examen peritoneoscópico

Indicaciones

Contraindicaciones

Complicaciones

Cuidados Postoperatorios

Biopsia hepática dirigida

Colangiografía directa

Material y Métodos

- a) Análisis de los casos
- b) Complicaciones
- c) Mortalidad
- d) Casos interesantes

Conclusiones

INTRODUCCION

Sesenta años hace exactamente, que se obtuvo la visualización de la cavidad peritoneal por medio de un instrumento oscópico. Y desde esa fecha, en base de diferentes observaciones, efectuadas por distintas personas y en lugares diferentes, se han elaborado y continúan haciendo, estudios, que indican el valor de la Peritoneoscopia en el diagnóstico de la patología abdominal. Vamos a referirnos en el siguiente estudio a la aplicación de dicho procedimiento, en el diagnóstico de las enfermedades del Sistema Hepato-biliar.

HISTORIA

En 1901 Kelling (1-19) de Alemania, por primera vez mostró la posibilidad de investigar la cavidad abdominal, haciéndolo en un perro, con un Cistoscopio de Nietze, durante el 73° Congreso de los Médicos y Naturistas de Hamburgo. En 1910 publicó un artículo sobre la aplicación de este procedimiento en el ser humano.

Durante los años de 1910 a 1914, Jabobaeus (19) de Suecia publicó varios trabajos sobre Laparoscopia y toracoscopia, reconoció su valor, pero calificó este método como brutal. Nonostante la poca popularidad que gozó el procedimiento durante esa época, en 1915 Nadeau y Kampmeier (19) publicaron una revisión amplia de la literatura, citando las experiencias de unos 25 autores, desde 1910 a 1925. En Francia Caroli (19) y otros autores en Europa han hecho de este procedimiento un método útil para el diagnóstico en las afecciones abdominales.

En los EE.UU. fue Berhein (19-10) el primero que vió la cavidad abdominal en el ser humano, haciendo uso de un cistoscopio. Pero no fue sino hasta 1934, cuando Ruddock (1-16) diseñó un instrumento que lleva su nombre, más tarde el procedimiento tomó auge necesario y dió origen a diferentes trabajos y revisiones, sobre la inocuidad y utilidad de la Peritoneoscopia en el diagnóstico clínico.

En 1955 Herrera Llerandi (1) de Guatemala presentó al Congreso Médico Nacional, su experiencia de 10 años con Peritoneoscopia, su valor como procedimiento diagnóstico y hace énfasis que en manos experimentadas, el procedimiento es inocuo y de mucho valor en el diagnóstico clínico.

ANATOMIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL

Creo conveniente antes de escribir la técnica, instrumentos, etc., hacer referencia sobre la anatomía de la cavidad abdominal:

A. Límites:

- a) Por arriba: el diafragma
- b) Por abajo: se une la cavidad abdominal con la pelviana.
- c) Por los lados: la pared abdominal.
- d) Todo lo anterior recubierto por peritoneo.

B. Contenido:a) Organos del aparato digestivo:

1. Esófago abdominal
2. Estómago y duodeno
3. Yeyuno e Ileon
4. Ciego, apéndice y colon.
5. Anexos del aparato digestivo (hígado y vesícula biliar).

b) Otros órganos y anexos:

1. Bazo
2. Epiplón mayor y menor
3. Algunos ligamentos, mesos, músculos, etc.

c) Cavidad pelviana:

1. Utero, trompas y ovarios
2. Recto y vejiga
3. Músculos psoas, uréter, venas ilíacas, fositas inguinales y ligamentos.

En condiciones normales se puede ver de lo anteriormente mencionado, lo siguiente:

1. Gran parte de la cara inferior del diafragma.
2. Gran parte de la cara superior e inferior de ambos lóbulos hepáticos.
3. El ligamento falciforme.
4. Vesícula biliar.
5. El polo inferior del bazo.

La cara anterior del estómago, parte de la pequeña curvatura y gran curvatura.

La primera porción del duodeno.

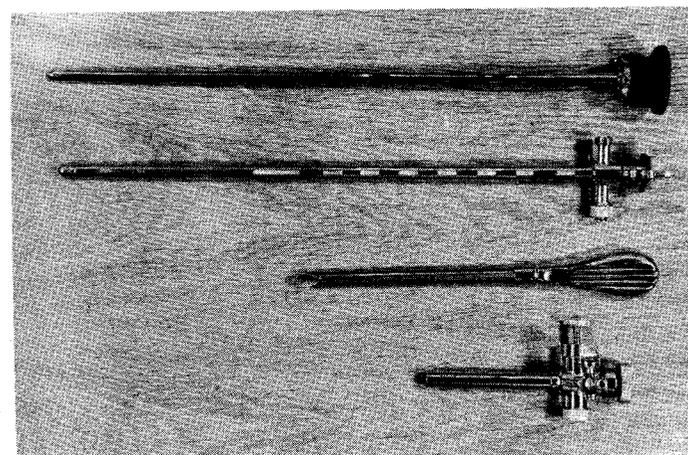
Asas intestinales.

Región íleocecal.

Colon ascendente, transverso, descendente y parte del sigmoide.

Ovarios, trompas, útero.

STRUMENTO (2)



En todos los casos estudiados se usó el Peritoneoscopio Wolf el cual está constituido por:

1. Un trocar.
2. Un tubo externo con luz distal.
3. El sistema óptico.
4. Instrumental accesorio: agujas para neumoperitoneo, aguja de Terry y jeringa para biopsia hepática bajo visión directa, agujas especiales para colangiografías, un cilindro de oxígeno, un transformador.

PREPARACION DEL PACIENTE

1. Se rasura y se lava con jabón toda la pared abdominal.

2. Medicación previa: algunos (1-19) utilizan la asociación Demerol, Clorpromazina, y algún antihistamínico, otros Morfina y barbitúricos. En los casos presentados, se utilizó, 0.50 mg. de Atropina y 100 mgs. de Demerol por vía intramuscular, 30 minutos antes de efectuarse el procedimiento.

3. La anestesia que se usó fue de tipo local, con procaína en solución al 1% ó 2%.

TECNICA (2-8-19)

1. Se coloca al paciente en decúbito dorsal.
2. Antisepsia del abdomen con Parafenol.
3. Se elige el sitio de la incisión, el cual depende de organomegalias o masa intra-abdominales, usándose de preferencia la línea media abdominal, supraumbilical o infraumbilical. Se procede a poner anestesia local con Novocaína al 1% ó 2%, a través de los diferentes planos de la pared abdominal.
4. Incisión: de 1 a 2 cms. de longitud que interesa los planos respectivos hasta llegar a la cavidad peritoneal e introducción de una aguja No. 18 a través de la misma incisión para el neumoperitoneo.
La cantidad de gas que deberá administrarse, variará de acuerdo con la edad, tipo de abdomen, etc., Para personas adultas, se podrán administrar 1500 a 2000 cc. Verificado el operador en cada caso particular el grado de distensión obtenida, por medio de la tensión de la pared abdominal, apreciable a través de la palpación de la misma, o

desaparición de la macidez hepática por medio de la percusión respectiva, obteniéndose en esa forma un criterio práctico del momento oportuno en que debe suspenderse la inyección del gas.

Introducción del instrumento: primero se introduce el mandril utilizando el trocar y presionando firme pero lentamente a través de la incisión, siguiendo una dirección vertical hasta llegar a la cavidad abdominal. Lo que nos indica que hemos llegado a ésta, es la falta de resistencia que se siente, debido a la ausencia de tejidos y para estar más seguros podemos dejar escapar una pequeña cantidad del gas introducido.

En seguida se retira el trocar y se coloca el sistema óptico, el cual se introduce bajo control visual, con el que propiamente se inicia el examen endoscópico. Durante esta etapa puede suceder que choque el instrumento con una víscera o adherencia, entonces la visión aparecerá, de color rosado o rojo, lógicamente lo que hay que hacer es retirar el instrumento y luego introducirlo en otra dirección; además la lente se puede mostrar opaca por el calor intra-abdominal, en este caso se esperará un momento o se introducirá más gas.

El orden que se sigue para el examen peritoneoscópico de las vísceras abdominales (22) es el siguiente:

1. Peritoneo y asas intestinales.
2. Hígado: lóbulo derecho, lóbulo izquierdo y vesícula biliar.
3. Bazo.
4. Cara inferior del diafragma.
5. Utero y anexos.

CAUSAS DE ERROR EN EL EXAMEN PERITONEOSCOPICO (10)

1. Falta del conocimiento básico de la anatomía, fisiología y patología de la cavidad abdominal.
2. Técnica de examen no apropiada.
3. Incorrecta interpretación.
4. Examen incompleto.
5. Falta de familiaridad con el instrumento.
6. Falla en la selección de los casos.

INDICACIONES

1. Ascitis.
2. Para el diagnóstico de hepatopatías crónicas.
3. Ictericias crónicas y afecciones de las vías biliares.
4. Enfermedades que afectan al peritoneo: tuberculosis, carcinomatosis peritoneal primaria y secundaria.
5. Para el diagnóstico diferencial de masas intra-abdominales. (3).
6. Drenaje de abscesos y quistes (relativa) (10).
7. Fiebre de origen desconocido. (4)
8. Tumores del hígado y del bazo.

CONTRAINDICACIONES

1. Procesos abdominales agudos.
2. Enfermedades hemorrágicas.
3. Dermatitis de la pared abdominal.
4. Enfermedades cardiopulmonares.
5. Operaciones abdominales anteriores (adherencias, no hay visualización).

COMPLICACIONES

1. Dolor de hombros y en el sitio de la punción.
2. Hemorragia en el sitio donde se tomó una biopsia.
3. Peritonitis.
4. Enfisema subcutáneo

- Resumamiento del líquido ascítico por la incisión mal suturada.
- Dificultad respiratoria durante y después del procedimiento.

CUIDADOS PORTOPERATORIOS

Se refieren a la vigilancia del enfermo para diagnosticar y tratar a tiempo cualquiera de las complicaciones ya enumeradas anteriormente.

Quando se toma biopsia hepática, se indica al enfermo reposo por 24 horas, controlándose los signos vitales, cada 10 minutos por tres horas y después cada hora por 8 horas. La razón de lo anterior es descubrir precozmente cualquier signo de hemorragia interna, en cuyo caso se referirá a cirugía antes que entre en shock.

Después de una colangiografía directa, se siguen los cuidados anteriores, se vigila el aparecimiento de signos de irritación peritoneal; si se establece peritonitis, se administra cualquier antibiótico de amplio espectro por vía intravenosa y se envía el caso a cirugía antes que se establezcan signos de shock.

Si se presenta dolor en el portoperatorio puede ser aliviado por analgésicos corrientes por vía oral, tipo salicilatos o bien fosfato de codeína. No es necesario omitir o cambiar la dieta.

BIOPSIA HEPATICA DIRIGIDA : (4-6-19)

En los casos revisados, se hizo por aspiración utilizando una aguja de Terry (25).

Las ventajas obtenidas sobre la biopsia hepática por el método cerrado son:

1. Evita la punción de una víscera hueca.
2. Se puede observar si sangra el lugar donde se tomó la biopsia y efectuar tratamiento.
3. Se escoge la lesión y el sitio de la misma, dando mayor porcentaje diagnóstico. (Ver Figs. 1-2-3-4-5).

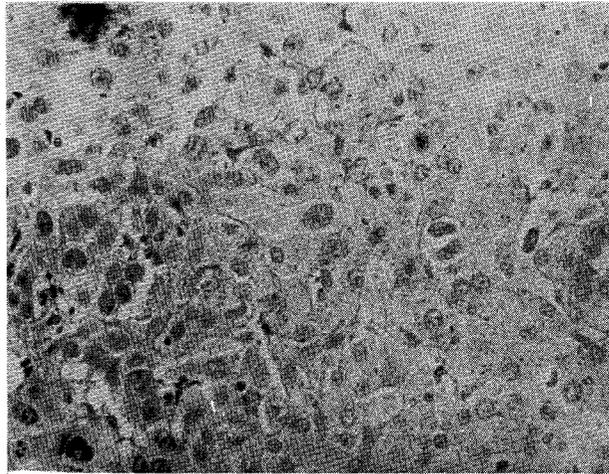


Fig. 1- Hepatoma

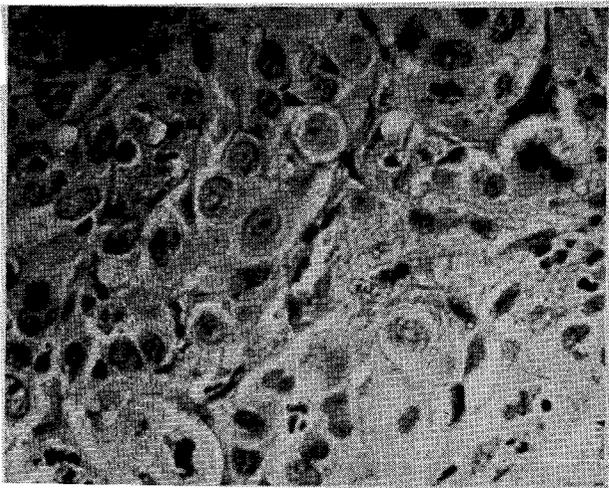


Fig. 2- Hígado carcinoma metastático.

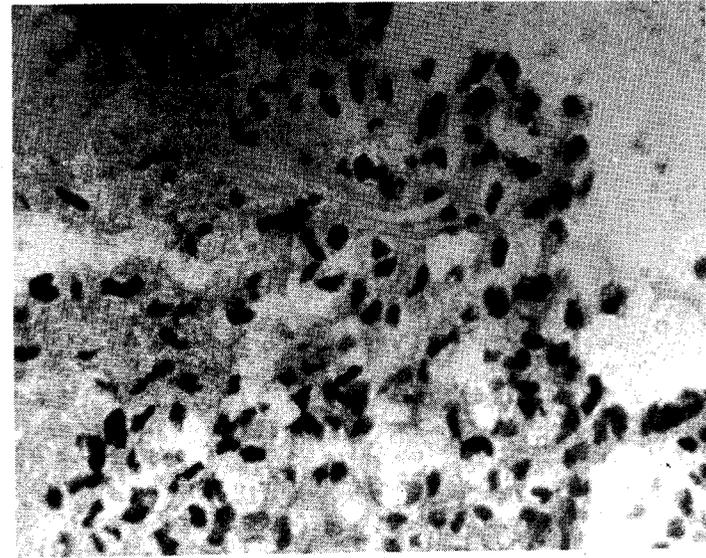


Fig. 3- Hígado: metástasis, tumor de células claras de la corteza suprarrenal.

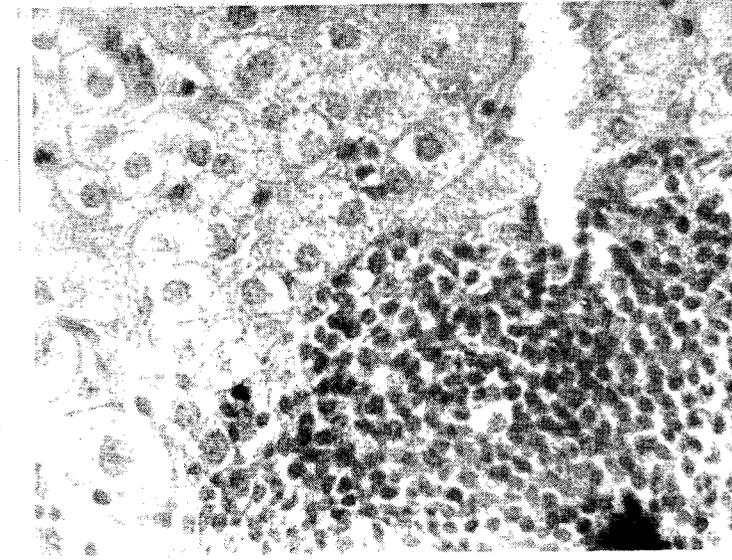


Fig. 4- Hígado: Infiltración de un Linfoma Linfocítico.

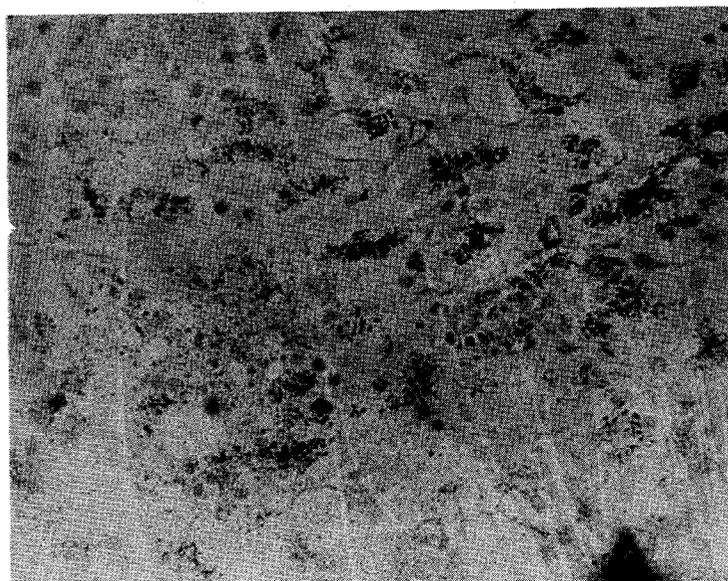


Fig. 5- Hígado: Pigmento intracelular compatible con Síndrome de Dubin Johnson.

COLIANGIOGRAFIA DIRECTA

Es un procedimiento ideado y estandarizado por Royer (5-19-23) de Argentina que por medio de una aguja especial, permite la inyección percutánea bajo control endoscópico de un medio de contraste (Biligrafina al 50% 0.20 cc.) directamente en la vesícula biliar, obteniéndose con ello, la visualización de las vías biliares intra y extrahepáticas. (Ver Figs. 6 - 7).



Fig. 6- Coledocolitiasis

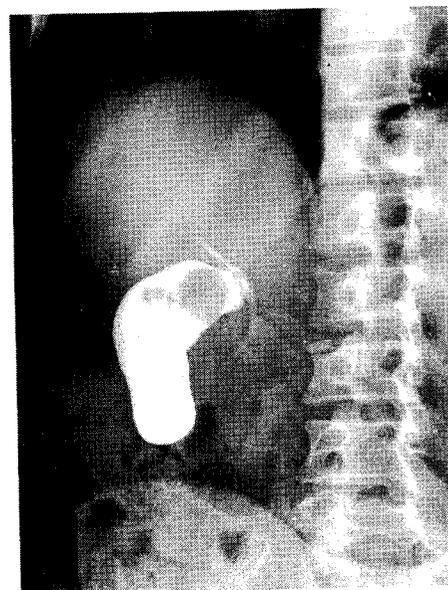


Fig. 7- ~~litiasis~~ Itiiasis vesicular.

MATERIAL Y METODOS

Del 3 de marzo de 1960 al 21 de septiembre de 1961, se efectuaron 100 exámenes peritoneoscópicos, de los cuales, se estudiaron 79 registros médicos que correspondían únicamente a pacientes con enfermedades hepatobiliares primarias y secundarias.

La edad mínima fue de 13 años y la máxima de 78 años, con un promedio de 45.5 años. 63 exámenes fueron practicados en pacientes de sexo masculino (79.7%) y 16 en pacientes del sexo femenino (20.2%).

Resultados: en el curso de las 79 Laparoscopías, se obtuvieron 64 biopsias hepáticas, siendo obtenidas unas directamente y otras en forma cerrada. En ningún caso se hicieron biopsias múltiples. Se practicaron 5 colangiografías bajo visión Peritoneoscópica. Sólo un operador fue el responsable de todos los exámenes Laparoscópicos.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEPATO-BILIAR

Diagnóstico clínico	Casos en total.	Resultado de la Peritoneoscopia	
		Diagnóstico clínico confirmado. %	Diagnóstico clínico cambiado. %
Amebiasis hepática	21	20	1
Cirrosis hepática de Laenec	11	8	3
Post necrótica	5	4	1
Biliar	1		1
Metamorfosis grasa	8	2	6
Hepatitis infecciosa	1	1	
Colangiolitias	1	1	
Colecistitis crónica con cálculos	8	7	1
Hidrocolecisto	1		
Tuberculosis hepática	1		
Síndrome de Dubin Jonhson..	1		
Neoplasias malignas primarias	5	4	1
Secundarias	12	8	4
Litiasis intrahepática	1	1	
Hepatomegalia no especifica	2	1	1
	79	57	22
		72.0	27.8

De los 21 casos de Amebiasis Hepática fueron abscesos hepáticos y el resto Hepatitis amebianas. En los abscesos hepáticos el diagnóstico fue correcto en 14 casos y en los casos de Hepatitis Amebiana, el diagnóstico fue positivo únicamente en dos. Se drenaron los 15 casos con una aguja de punción raquídea No. 18 bajo visión peritoneoscópica. Se extrajo material purulento achocolatado en todos los casos. La cantidad mínima fue de 5 cc. y la máxima de 2000 cc.

La mejoría de los pacientes fue demostrada por descenso de la temperatura a límites normales y aumentaron peso en forma rápida.

Uno de los casos falleció, a pesar de drenarle en dos oportunidades, un absceso hepático. La primera por medio de la peritoneoscopia y la segunda vez (20 días más tarde) en forma cerrada.

Sólo hubo un caso de abscesos múltiples, que también falleció a consecuencia de peritonitis, por ruptura de un absceso en la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado. Sólo pudo drenarse el absceso visto en la cara superior del lóbulo derecho y se hizo el diagnóstico peritoneoscópico de peritonitis.

El diagnóstico anatomopatológico por autopsia fue de abscesos múltiples del hígado probablemente de origen amebiano.

Dos casos tuvieron comunicación pleural, que mejoraron con el drenaje por vía abdominal y torácica.

Los pacientes estudiados que padecían de cirrosis fueron 17, de los cuales 8 eran de Tipo Portal únicamente, 2 de Tipo Portal con cambio grasiento del hígado, uno con un Linfoma retroperitoneal asociado; 4 con cirrosis post-necrótica como cuadro único, 1 caso con cirrosis post-necrótica con cambio grasiento y un caso de cirrosis biliar.

Es de mencionar como dato interesante, que en un caso de cirrosis portal con Metamorfosis grasa del hígado mostró una fosfatasa alcalina de 38.4 U., que de acuerdo con el trabajo de L.S. Greeney y L. Schiff (20) era muy sospechoso de la existencia de Hepatoma.

Tres pacientes fallecieron, dos por hematemesis masiva y el que tenía el Linfoma retroperitoneal asociado.

Los casos con metamorfosis grasa fueron 8, de los cuales se pensó primero en cirrosis hepática, cáncer gástrico, y en un caso había un cuadro de tuberculosis peritoneal que fue diagnosticado peritoneoscópicamente, pero las alteraciones hepáticas no fueron vistas, haciéndose el diagnóstico únicamente por medio de una biopsia hepática obtenida durante el examen Laparoscópico.

Es interesante hacer notar, que en los casos de Colecistitis crónica con cálculos el diagnóstico clínico superó al peritoneoscópico, pero cuando se asoció la Colangiografía bajo visión directa, fue un dato valioso el demostrar los cálculos (Figs. 6-7) que con otros medios no hubiera sido posible.

El único caso de hidrocolecisto, el diagnóstico fue hecho por Laparoscopia y con el colangiograma directo se demostraron cálculos en la vesícula, que más tarde fueron encontrados en la necropsia.

En los casos de Hepatitis a virus y colangiolitis, la peritoneoscopia contribuyó a indicar el origen hepatocelular de la ictericia y a tomar una biopsia; en el segundo caso no ayudó a elucidar la duda, entre el origen obstructivo o hepatocelular de la ictericia, y hasta que se hizo una Laparotomía, fue cuando se corroboró el diagnóstico de ictericia hepatocelular (colangiitis primaria).

Solamente un caso de tuberculosis hepática fue encontrado a raíz de una peritoneoscopia, efectuada en un paciente con

tuberculosis pulmonar y con sospecha de extensión peritoneal, la que fue demostrada. A pesar de haberse tomado un espécimen por biopsia hepática dirigida, histopatológicamente no pudo demostrarse la lesión tuberculosa, como las observadas en el trabajo del Dr. Schiff (7).

Es interesante el estudio de los 5 casos de tumor primario maligno del hígado, (11-12-13-18), ya que se pudo observar que en el 80%, el diagnóstico clínico fue acertado, a pesar de considerar, a dicho tumor, de acuerdo con el trabajo de Benner y Labby (18), como una neoplasia de sintomatología variada y nada sugestiva.

Uno de los casos fue Sarcoma Primario, que histopatológicamente no fue clasificado 12 registros médicos de Carcinoma Metastático del hígado fueron estudiados, y en estos casos fue donde la biopsia dirigida (Figs. 1. 2. 3. 4.) demostró su utilidad, ya que por medio de ella se obtuvo el diagnóstico definitivo de Linfoma Linfocito en uno (Fig. 4) en otro caso, un tumor de células claras de la corteza suprarrenal derecha (Fig. 3).

También es de hacer notar, que de los 12 casos, 8 se diagnosticaron clínicamente y los 12 casos fueron diagnosticados por medio de la Peritoneoscopia y biopsia dirigida.

Un caso de Litiasis intrahepática fue revisado, muy interesante ya que el diagnóstico clínico, radiológico (colangiograma percutáneo tras-hepático), Laparoscópico y una Laparotomía fueron insuficientes, y no fue, sino al hacer una nueva revisión del caso después de intervenido quirúrgicamente, que se hizo el diagnóstico clínico de Litiasis intrahepática, que fue comprobado con Necropsia.

Dos casos de Hepatomegalía de etiología desconocida fueron estudiados: encontrándose únicamente durante la peritoneoscopia Hepatomegalia sin mayores características macroscópicas, incluso las biopsias hepáticas obtenidas, en una de e-

llas indicó cambios que sugerían hepatitis en resolución? Hígado graso en recuperación?

En otro caso sólo se observaron cambios en la estructura del lobulillo hepático no clasificables en una entidad patológica conocida.

COMPLICACIONES

Un caso comunicó dolor en hombro derecho y en el sitio de la punción. Un paciente tuvo hemorragia de la pared después de una biopsia hepática que cedió rápido. Uno de los casos tuvo manifestaciones locales muy débiles de peritonitis después de efectuársele una punción vesicular para un colangiograma directo.

Dos casos de enfisema subcutáneo. Sólo en un paciente rezumó líquido ascítico por la herida operatoria.

MORTALIDAD

Ningún caso de muerte pudo concluirse que fuera debido al acto operatorio.

CASOS INTERESANTES

Caso No. 1. 25,076. Un hombre de 53 años de edad, casado, ingresó al hospital el 30-XII-60 por distensión abdominal, anorexia moderada, flatulencia post prandial, dolor lumbar bilateral de un año de evolución.

Examen físico: paciente regularmente nutrido, PA150/100 y ascitis.

Los exámenes de laboratorio mostraron alteraciones únicamente en: Bilirrubina directa 1 mg. indirecta 0.8 mg. Sedimentación 98 mm. por hora, Cardiolipina positiva sin disminuir. Se efectuó la Peritoneoscopia: se encontraron 2000 cc.

de líquido ascítico hemorrágico oscuro. El hígado se observó aumentado de tamaño; el lóbulo derecho se encontraba completamente desplazado a la derecha y de color rojo vinoso, superficie lisa. Se vieron nódulos que hacían prominencia sobre la superficie, de color blanquecino de 1 a 2 cms. de diámetro.

Además se observó una masa del tamaño de una toronja, blanquecina dura, vascularizada, que aparentemente tenía su origen en el cuerpo del hígado, el que desplazaba al estómago a la izquierda. Impresión: Hepatoma. Se tomó biopsia dirigida. Anatomía patológica Sarcoma primario del hígado.

Comentario: el caso fue bien estudiado y creo que sin la ayuda de la peritoneoscopia y la biopsia dirigida no se hubiera establecido la etiología de la ascitis.

Caso No. 2. 87869. Paciente de sexo masculino, de 57 años de edad que ingresó el 26-V-61, por flatulencia postprandial, pirosis, y ocasionalmente dolor en el epigastrio. Examen físico: Hepato-esplenomegalia con el hígado. Exámenes de laboratorio. Fosfatasa alcalina: 8.4 u. Cefalina Colesterol 33 cruces. Bromosulfaleína 8% de retención. Médula ósea normal. Frote de sangre periférica normal. Peritoneoscopia: hígado aumentado de tamaño en ambos lóbulos, superficie lisa, de color rosado, con un infiltrado amarillento difuso. Bazo enormemente aumentado de tamaño, de color gris pizarra. Impresión: infiltración grasa del hígado? Infiltración linfomatosa?. La biopsia hepática dirigida demostró Linfoma linfocítico. (Fig. 4).

Comentario: en este caso el estudio clínico, peritoneoscópico y anatómico patológico contribuyeron al diagnóstico específico de la afección.

Caso No. 3. 48369. Paciente de sexo masculino, de 65 años de edad que ingresó el 23-VII-61 con la historia de haber sido tratado hacía dos años por amebiasis intestinal. Además asientos de 5 a 8 diarios amarillentos líquidos, abundantes si-

sangre ni moco y dolor en fosa ilíaca derecha de 10 días de evolución. Examen físico: T: 38 P:108 PA: 170/80, mal estado general, soplo sistólico en todos los focos, estertores espiratorios en ambas bases pulmonares, abdomen globuloso, timpánico, hígado y bazo normales. Exámenes de laboratorio: Hb 11 grs. Hematocrito 34 mm. eritrosed. 47 un por hora. Bilirrubina directa: 0.8 mgs. Indirecta: 0.5 mg. Total: 1.2 mgs. Serie gastrointestinal superior normal. Enema baritado: Litiasis urinaria. Tórax: lesión neumónica stelactásica y pequeño derrame pleural izquierdo. Peritoneoscopia: lóbulo derecho e izquierdo del hígado aumentados de tamaño, de superficie lisa, con múltiples nódulos de color blanquecino de diferentes tamaños, los mayores umbilicados. Epiplón: con metástasis. Se hizo biopsia dirigida.

Impresión: Ca metastático del hígado y peritoneo. Anatomía patológica: carcinoma metastático al hígado con Primario en aparato digestivo. (Fig. 2). Necropsia: riñón izquierdo carcinoma papilar de la pelvis renal, con metástasis supra renal, bazo hígado, páncreas y diafragma. Bronconeumonía confluyente severa derecha.

Comentario: este caso es un bonito ejemplo que enseña, hasta dónde llega el límite de la peritoneoscopia y deja ver cómo desde el punto de vista clínico a pesar de todos los exámenes radiológicos negativos de lesión gastrointestinal, el caso fue encerrado en un círculo diagnóstico. Razón por la que creo conveniente escribir las recomendaciones de Saterlee (14) cuando se refiere al carcinoma metastático del hígado, en el caso de un paciente del sexo masculino: su origen en el 26% de los casos es gástrico, 20% intestino, 14% de otros órganos del aparato digestivo y 14% del árbol urinario, en el presente caso se debió sospechar la lesión renal, por la existencia de nódulos observados radiológicamente.

Caso No. 4 13952. Paciente de sexo femenino de 45 años de edad, que ingresó al hospital el 28-VII-61, por mareos frecuentes, visión borrosa, crisis de ortopnea, edema de la cara y miembros inferiores e hipertensión arterial de 3 meses de evolución.

Examen Físico: paciente bien nutrida, PA 170/110 equimosis en diferentes partes del cuerpo, Hepatomégalia. Exámenes de Laboratorio: sólo mostraron alteración: Eritrosedimentación 57 mm. por hora, cardiolipina positiva sin diluir, cefalina colesterol 3 cruces en 24 hrs. Radiografía de tórax: metástasis pulmonares, radiografía de estómago, duodeno, colon y pielograma I. V. normales. Peritoneoscopia: hígado enormemente aumentado de tamaño en ambos lóbulos, en la cara superior del lóbulo derecho e izquierdo se observó un nódulo blanquecino, del tamaño de una ficha de a 10 centavos. Se tomó biopsia dirigida. Impresión carcinoma metastático del hígado. Anatomía patológica: tumor de células claras de la corteza suprarrenal. (Fig. 3). Autopsia: suprarrenal derecha 1002 grs. Corteza nodular y hemorrágica. Metástasis pulmonares y hepáticas.

Comentario: éste es el caso típico en que el clínico después de agotar la mayoría de los recursos de laboratorio y radiológicos, hace uso en el debido momento de la peritoneoscopia y por medio de ésta y la biopsia dirigida se logra un diagnóstico histopatológico que orienta al clínico al lugar de origen de las metástasis. Creo conveniente en el presente caso hacer nuevamente mención de los cuadros de Saterlee en el carcinoma metastático del hígado cuando se refiere a la mujer aunque en este caso no hubieran ayudado en el diagnóstico, siempre es bueno en este tipo de casos tener una guía y decir al autor de la siguiente: 20% mama, 18% intestino, 16% útero, 13% otros órganos digestivos, 12% del estómago y 7% de órganos genitourinarios.

CONCLUSIONES

1. La peritoneoscopia es un procedimiento endoscópico fácil y mundialmente reconocido.

2. La peritoneoscopia debe ser hecha por una persona especializada y familiarizada con su instrumento.

3. En el presente estudio, el diagnóstico clínico de 72.0% de positividad fue llevado por la peritoneoscopia a 99%.

4. El examen peritoneoscópico fue positivo en 65 casos. (82.2%).

5. La peritoneoscopia asociada a la biopsia dirigida, es un procedimiento endoscópico de mucho valor en el diagnóstico clínico de enfermedades hepáticas localizadas.

La peritoneoscopia asociada a la Colangiografía directa es de gran valor en el diagnóstico definitivo de las ictericias crónicas.

El procedimiento en los casos revisados tuvo mínima morbilidad y la mortalidad fue nula.

Gustavo A. Camargo A.

Dr. Bo.

Dr. César A. Passarelli

Imprímase
Dr. Ernesto Alarcón
Decano

BIBLIOGRAFIA

1. R. Herrera Llerandi "Diez años de experiencia con la Peritoneoscopia". Revista del Colegio Médico de Guatemala. Vol. VII. No. 3. 1956.
2. R. Gordillo h. "Peritoneoscopia en Medicina". Revista de la Juventud Médica de Guatemala. Epoca VI, Año XV. No. 85. 1960.
3. Zoeckler S.J., Keil P.G. and Hegstrom G.J. Peritoneoscopy in Malignant Lesions of the Abdomen. J. A. M. A. 152:1617. 1953.
4. Zoeckler J.S. Peritoneoscopy. A revaluation Gastroenterology 34:969. 1958.
5. Zoeckler J.S., Philip Keil, George Hegstrom Cholangiography Annals of Int. Med. 39:479. 1953.
6. H. Kalk Biopsy Findings during and after Hepatic Coma and After Necrosis of the Liver. Gastroenterology 36:214. 1959.
7. Schiff L. The Clinical Value of Needle biopsy of the Liver Ann. Int. Med. 34-998. 1951.
8. Benedic Edward B. Endoscopy Surg. Clin. North America. October-1191-1947.
9. Kenneth C. Fry. Peritoneoscopy Surg. Clin. North America 20:1849. 1940.
10. Ruddock J.C. Peritoneoscopy. A Critical Clinical Review Surg. Clin. North America. 37:1249. 1957.
11. Bockus H.L. Gastroenterology. Peritoneoscopy. II-923-III 215-I-709-III 831-1681-III 318-356-368. 1946. Saunders.

2. Nelson Robert S. and Dionisio S.J. Salvador "Percutaneous needle Liver Biopsy in malignant Neoplasm with special reference to Myeloid Metaplasia. 53:179. 1960. Ann. of Int. Medicina.
3. Vikit Viranuvatti and Charn Satapanakul. Primary Carcinoma of the Liver. World Congress of Gastroenterology 1:516. 1958.
4. Anderson, W.A.D. Pathology Second Edition Chapter 27.
5. Polak M. and Pontes Fernandes J. The Diagnosis of Meckel Diverticulum by Peritoneoscopy. Gastroenterology. 38:912. 1960.
6. Aronson R. Alan and Parker W. Gerald Peritoneoscopy: its value as a Diagnosis Aid Journal Digestive Diseases 5:931. 1960.
7. Uhlich A. Gustav, and Merrit Earl G. Intra Abdominal color Photography (Photography) 6:322. 1961. Journal Digestive Diseases.
8. Benner Ernest J. and Labby Daniel H. Hepatoma: Clinical experiences with a frequently Bizarre Tumor 54:620. Ann. Int. Medicine 1961.
9. Milanes Alvarez Fernando. Diagnóstico gastroenterológico. 458-482. 1958.
10. Greene L.S. and Schiff L. Primary Carcinoma of the Liver a Plea for earlier Diagnosis with Emphasis en the Serum Alkaline Phosphatase Values. 40:219. Gastroenterology 1961.
11. Pang Robert T.L. and Tjokronegoro Sutomo Perihepatitis in Infectious Hepatitis 6:546 Journal Digestive Diseases 1961.

22. Hegström George J., Zoekler J. Samuel and Keil Phillip G. Peritoneoscopy Vol. 25-243. Gastroenterology 1953.
23. Royer, H., and Solari A. V. Cholangiography Performed with the Help of Peritoneoscopy. Vol. 8-586. Gastroenterology 1947.
24. Anderson R., James, Deckerty B. Malcolm and John Waugh. Peritoneoscopy: An evaluation of 396 examinations. Surg. Clin. North Am. August. 1945. 19
25. Galindo Carón José Antonio. Importancia de la Biopsia Hepática en Clínica. Tesis de Graduación. 1960.