

HOSPITAL PEDIATRICO "MARIA PIA". LUANDA, ANGOLA.

Hamartoma del hígado: presentación de un caso

Por los Dres.:

LAZARO CARDENAS BALLARTE,* FERNANDO OCTAVIO** y ENRIQUE MONTEJO SAINZ***

Cárdenas Ballarte, L. y otros. *Hamartoma del hígado: presentación de un caso*. Rev Cub Ped 52: 5, 1980.

Se presenta un caso poco frecuente de hamartoma del lóbulo derecho del hígado, de inusitado tamaño, tratado con éxito por la simple resección sin hepatectomía parcial, la cual entendemos es la mejor conducta frente a este tipo de tumor. Se hace revisión de la literatura.

INTRODUCCION

Los tumores benignos del hígado en la infancia, no sólo son infrecuentes, sino que también resultan usualmente pequeños y sin significación clínica.¹⁻⁴ La completa revisión de *Bienaymé*⁴ en 1969 reúne un total de 48 casos a los cuales aporta dos nuevos casos.

Las variedades mesenquimatosas incluyen el adenoma, que se produce a partir de los conductos biliares o de las propias células hepáticas; los hemangiomas cavernosos, fibromas y leiomiomas (posiblemente a partir de las paredes vasculares), y los hamartomas. Constituyen, en general, un grupo tumoral incompletamente estudiado.⁵

La palabra hamartoma (hamarta: fallo o error), indica que se trata a diferencia

de los teratomas en que existe presencia de tejidos extraños, de una integración y desarrollo embriológico anormal de tejidos normales, por lo cual, no representan verdaderas neoplasias,^{5,6} sino más bien anomalías de desarrollo del tejido hepático que no alcanza completamente el patrón normal de este órgano.^{7,8} Según *Stowens* se trata de una desproporción entre las relaciones cuantitativas de elementos hepáticos.

Desde el punto de vista histico se trata de formaciones tumorales compuestas por colecciones de conductos biliares y vasos de tamaño variable, en un estroma conectivo colagenoso con escasas células hepáticas. Estos conductos no suelen tener conexión con el parénquima hepático. Las figuras mitóticas son raras. No presentan tendencia a invadir los órganos vecinos ni a provocar metástasis. Algunas sugieren, sin embargo, que pueden aparecer formas malignas.^{5,9}

Anatómicamente se les halla con frecuencia partiendo de uno de los lóbulos hepáticos, con mayor frecuencia el de-

* Especialista de I grado en cirugía general del hospital "María Pía". Luanda, República Popular de Angola.

** Especialista en cirugía general. Director del hospital de politraumatizados "Prenda", Luanda, República Popular de Angola.

*** Residente de 3er. año de cirugía general. Hospital de politraumatizados "Prenda", Luanda, República Popular de Angola.

recho, al cual se halla más o menos unido como una masa encapsulada, de apariencia quística, de color variable del blanco grisáceo hasta rojo púrpura. Al corte presenta cavitaciones ocupadas por un líquido claro o sangre.

Clínicamente es frecuente su aparición en los dos primeros años de la vida, como un tumor del hipocondrio derecho en continuidad con el hígado, de consistencia variable, que se acompaña de molestias locales. En ocasiones, si hay compresión de los conductos biliares intrahepáticos, o gran remplazo del tejido hepático, puede aparecer ictericia en grado variable. El estado nutricional, generalmente bueno, puede llegar ocasionalmente a la caquexia avanzada.²

El diagnóstico probable en estas condiciones puede plantearse, pero la naturaleza exacta del tumor sólo será determinada después de la laparotomía y la biopsia.^{4,10}

La gran importancia de estos tumores radica en la posibilidad de su resección y el buen pronóstico del paciente a partir de la intervención.^{2,4,5,11,12}

Presentación de un caso

El paciente E.J., de 2 años de edad, fue hospitalizado el 28 de octubre de 1977, remitido de la provincia de Bié, por presentar un tumor abdominal de gran tamaño.

Un año antes de su ingreso, en agosto de 1976, comienza a presentar febrículas vespertinas, anorexia y aumento de volumen del abdomen. Estos síntomas se acompañan de expulsión de vermes (*áscaris*) con las heces, por lo que es tratado con medidas antiparasitarias tradicionales, en su casa.

El abdomen mantiene un aumento progresivo, por lo que finalmente es visto en el hospital de Bié y trasladado a nuestro centro.

El examen físico al ingreso revela malnutrición crónica grado III (peso al ingreso: 12 kg), un ligero tinte subictérico de conjuntivas, así como un tumor de gran tamaño palpable en todo el hemiabdomen derecho que le impide mantener la posición supina, de límites mal definidos, superficie lisa y consistencia elástica, con zonas de aparente renitencia, no doloroso, con aparente contacto lumbar y submatidez a la percusión.

Se realizan como complementarios: hemograma: Hb: 8,8g; Ht: 30 Vol %, leucocitos: 11 600; orina parcial: normal; bilirrubina sérica: total: 0,47; Duke: 2,5; Lee White: 5,5 min; transamina-

sa G. oxalacética: 16 U F; transaminasa G. pirúvica: 12 U F; reacción de Widal: negativa de *Plasmodium*.

Pesquisa de células falciformes: positiva. Se realiza examen radiográfico de abdomen simple, donde se observa rechazamiento de las asas intestinales por un gran proceso, sin que fueran visibles calcificaciones en ninguna de las vistas.

Se medica con antibióticos y proteinoterapia, sin embargo, aparece fiebre mantenida de 38°C, así como un progresivo compromiso respiratorio que obliga a su intervención urgente, sin esperar los estudios de pielografía que habían sido solicitados. Se lleva al salón con el criterio de un posible nefroblastoma.

Se realiza laparotomía donde se observa un gran proceso de aspecto quístico, de paredes gruesas, que forma cuerpo con el hígado, desde el borde anterior del lóbulo derecho hasta ocupar toda la cara inferior de dicho lóbulo. El resto de la superficie hepática, así como el bazo y riñones aparecen normales. De acuerdo con la localización y caracteres macroscópicos se plantea el diagnóstico quirúrgico de hamartoma y se procede a su resección, logrando separar el proceso de todo el borde y cara inferior del hígado, con muy moderado sangramiento. La pieza extraída pesó 3 500 g (figura 1). Se dejó dren telescópico de Ravdin subhepático, que se retiró a las 48 horas, con muy escaso drenaje sero-hemático.

El paciente fue dado de alta por cirugía al octavo día, en muy buen estado general, pasando al servicio de pediatría para estudio de su anemia, y anemia por hematíes falciformes.

El examen macroscópico de la pieza permitió observar su superficie de corte, multiloculada, con cavidades quísticas de contenido seroso y hemático (figura 2).

El examen histico demostró tratarse de un hamartoma con presencia de hepatocitos y con-



Figura 1. Aspecto macroscópico del tumor.

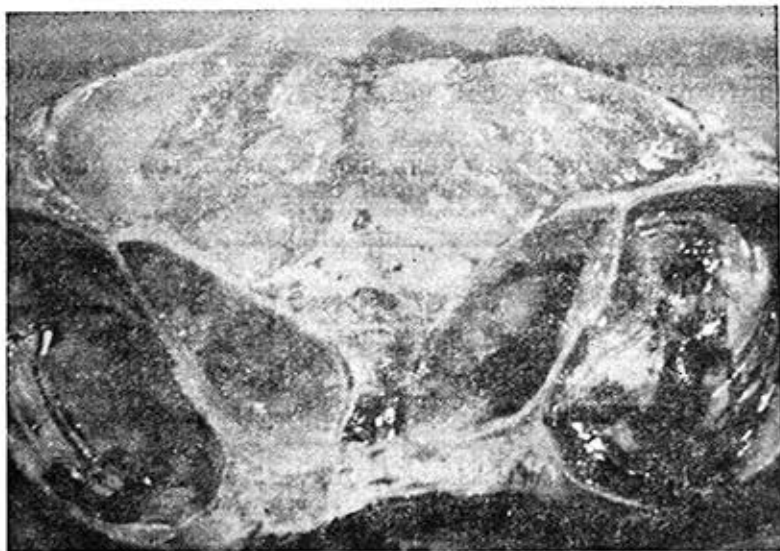


Figura 2. Al corte de la pieza se observan las cavidades quísticas.

ductos biliares y fibras musculares lisas, en medio de abundante tejido conectivo, correspondiendo esas cavidades a conductos biliares grandemente dilatados.

CONCLUSIONES

Entendemos con *Bienaymé*,⁴ tras un análisis de los casos informados en la literatura, que la hepatectomía derecha no representa en estos casos más que una necesidad de excepción no exenta del aumento de riesgo por sangramiento y colapso, como con cierta frecuencia sucede en esta forma de tratamiento.¹²

cuando por otra parte, existe en estos tumores un plano de clivaje verdadero o falso^{1,4} que permite en cualquier caso la resección del proceso, aún en los de tamaño significativo y amplia base de implantación, sin mutilaciones viscerales injustificadas dado el carácter de estos procesos, y en tiempo operatorio mínimo.

Creemos que frente al diagnóstico operatorio de hamartoma del hígado, el proceder inmediato debe limitarse a la resección del proceso.^{4,13,14}

SUMMARY

Cárdenas Ballarte, L. et al. *Liver hamartoma. A case report.* Rev Cub Ped 52: 5, 1980.

A rare case of an unusually large hamartoma in the liver right lobe is reported. It was successfully treated by single excision without partial hepatectomy, which we consider the best procedure with this kind of tumor. A review of the literature is made.

RÉSUMÉ

Cárdenas Ballarte, L. et al. *Hamartome du foie: à propos d'un cas.* Rev Cub Ped 52: 5, 1980.

Présentation d'un cas peu fréquent d'hamartome du lobe droit du foie, de taille peu commune, traité avec succès par résection sans hépatectomie partielle, laquelle est considérée comme la meilleure conduite à suivre face à cette tumeur. Une revue est faite de la littérature.

РЕЗЮМЕ

Карденас Балларте, Л. и др. Гамартома печени: представление одного случая. *Rev Cub Ped* 52: 5, 1980.

Представляется случай не очень частой гамартумы правой доли печени, редкого размера, которая была успешно лечима простой резекцией без частичной гепатэктомии, которую мы считаем наилучшим методом при подобном типе опухоли. Проводится обзор медицинской литературы.

BIBLIOGRAFIA

1. *Benson, C. D.* Cirugía Infantil. Vol. V. Ed. Rev. Inst. Cubano del Libro. Abril, 1972. Pág. 694.
2. *Gross, R. E.* Surgery of infancy and children. W.B. Sanders, Philadelphia, 1962. P. 532.
3. *Robbins, S. L.* Tratado de Patología. Edición Rev. Instituto del Libro, Octubre 1970. P. 837.
4. *Bienaymé, J.; A. Prawerman.* L'hamartome du foie chez l'enfant a l'exclusion des angiomes. *Ann Chir Infant* X (5): 399, 1969.
5. *Jelliffe, D.B.* Diseases of children in the subtropics and tropics. 2da. ed. E. Arnold publishers. 1970. P. 565.
6. *Boyd, W.* Pathology for the surgeon. 6ta. ed. W.B. Sanders, 1961.
7. *Edmonson, H.; W. Anderson.* Pathology. 4ta. ed. 1962.
8. *Edmonson, H.* Diagnóstico diferencial de los tumores del hígado en el niño. *J Dis Child* 91: 1956.
9. *Mc Rae, F. W.* Unusual tumor of liver in baby. *Am J Surg* 28, 1935.
10. *Mason Brown, J.* Surgery of children hood. E. Arnold publishers. 1964.
11. *Cristopherson, W. H.; H. S. Collier.* Tumeur bénigne primitive du foie chez l'enfant. *Cancer* (6) 853: 1953.
12. *Hortemann, M. M. E. et al.* Hamartome hépatique du nourrisson. *Rev Lyon Med* 18: 423, Jun., 1969.
13. *Loyal, D.* Cristopher's textbook of surgery. Eight Edition. W.B. Sanders. Phil. 1960. P. 736.
14. *Sherkey, H. C.* Pediatric therapy. C. Mosby Company. 1964. P. 709.

Recibido: diciembre 18, 1979.

Aprobado: febrero 20, 1980.

Dr. Lázaro Cárdenas Ballarte
Hospital Pediátrico del Cerro
Calzada del Cerro 2002. La Habana 6.