

Caracterización clinicoepidemiológica y ecográfica de pacientes con masa hepática sólida

Clinical epidemiological and ultrasonic characterization of patients with solid liver mass

**MsC. Idania Santiesteban Garrido^I MsC. Conrado Vicente Marrero Piloto^{II}
MsC. Suiberto Hechavarría Toledo^{III} y MsC. Oramis Sosa Palacios^{IV}**

^I Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital "Julio Aristegui Villamil", Cárdenas, Matanzas, Cuba.

^{III} Policlínico Docente Vedado, La Habana, Cuba.

^{IV} Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera", La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 87 pacientes diagnosticados con masa hepática sólida, los cuales fueron atendidos en el hospital gambiano de Farafenni, de enero a diciembre del 2008, con vistas a caracterizarlos desde los puntos de vista clinicoepidemiológico y ecográfico. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas. Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Además, se empleó el porcentaje como medida de resumen. En la serie predominaron el sexo masculino, el grupo etario de 45-59 años, la hepatitis viral B como el antecedente patológico, el dolor abdominal como la manifestación clínica más frecuente y desde el punto de vista ecográfico los nódulos múltiples y la infiltración difusa.

Palabras clave: masa hepática sólida, epidemiología, ecografía, hepatoma, atención secundaria de salud, Gambia.

ABSTRACT

A descriptive and cross sectional study was carried out in 87 patients diagnosed with solid liver mass, who were attended in the hospital of Farafenni, Gambia, from January to December 2008, in order to characterize them from clinical, epidemiological and ultrasonic points of view. Sociodemographic and clinical variates were analyzed. Inclusion and exclusion criteria were considered. Also, the percentage as summary measure was used. Male sex, age group of 45-59 years, viral hepatitis B as medical history, and abdominal pain as the most frequent clinical manifestation and multiple nodes and diffuse infiltration as ultrasonic findings prevailed in the series.

Key words: solid liver mass, epidemiology, ultrasound, hepatoma, secondary health care, Gambia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores son masas de tejidos anormales que se forman cuando las células comienzan a reproducirse con una frecuencia anormalmente elevada. En el hígado, se pueden desarrollar tumores no cancerosos (benignos) y cancerosos (malignos), entre

los cuales figuran: los tumores cancerosos del hígado que se originan en él mismo (cáncer primario del hígado) y los cánceres localizados en otras partes del cuerpo (cáncer metastásico del hígado).¹⁻³ Los tumores hepáticos benignos son un grupo heterogéneo de lesiones cuya característica común es aparecer como masas hepáticas, sin datos de malignidad; es decir, sin crecimiento incontrolado, ni capacidad de metastatizar. Estos, habitualmente, son hallazgos casuales observados en exploraciones abdominales con ultrasonidos o tomografía computarizada. Solamente los de gran tamaño pueden originar dolor sordo en el hipocondrio derecho y/o colestasis bioquímica. También, en casos excepcionales, darán lugar a dolor intenso, ictericia obstructiva, compresión de órganos vecinos (estómago), fiebre o hemoperitoneo.⁴⁻⁷

El tumor más frecuente del hígado es la metástasis, especialmente de carcinomas de origen gastrointestinal, mamario y pulmonar.⁸

Los síntomas más comunes de un hepatoma son: dolor abdominal, pérdida de peso, náusea, vómito, masa de gran tamaño que se puede palpar en la parte superior derecha del abdomen, fiebre e ictericia (color amarillo de la piel y mucosas), pero cada individuo puede experimentarlos de forma diferente. Estos síntomas pueden parecerse a los de otras condiciones o problemas médicos.

Asimismo, con menor frecuencia se observan síntomas paraneoplásicos, tales como: diarrea, eritrocitosis, hipercalcemia, hipoglucemia o manifestaciones cutáneas.⁹⁻¹²

El hepatoma es un problema de salud que afecta a todos los países del mundo, se consideró su estudio de gran importancia y utilidad, por la magnitud de personas que perjudica cada año. Ocupa el tercer lugar de muerte por cáncer en el hombre a escala mundial y el octavo en la mujer; también constituye casi 4 % de todos los cánceres.⁴

Durante el período de trabajo en Gambia, los autores de esta investigación observaron que las consultas y servicio de medicina eran visitados con frecuencia por pacientes con síntomas y signos de tumores hepáticos, lo cual fue llamativo, teniendo en cuenta que en Cuba existe un predominio de los tumores secundarios del hígado sobre los primarios.

Por las consideraciones anteriores, se decidió realizar este estudio, para diagnosticar precozmente la mencionada enfermedad y lograr una terapéutica oportuna, con la cual se elevaría la calidad de vida de estos pacientes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de pacientes diagnosticados con masa hepática sólida, los cuales fueron atendidos en el hospital gambiano de Farafenni, de enero a diciembre del 2008, con vistas a caracterizarles desde los puntos de vista clinicoepidemiológico y ecográfico.

La población estuvo constituida por 89 pacientes, de la cual se seleccionó una muestra de muestra de 87 enfermos. Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y se estudiaron variables sociodemográficas y clínicas. No se analizaron los marcadores virales de hepatitis vírica, ni alfafetoproteína, así como la biopsia hepática, puesto que en el hospital donde se realizó la investigación no se contaba con estas pruebas, las cuales son vitales para el diagnóstico del hepatoma.

Entre las principales técnicas empleadas figuraron: la anamnesis, el examen físico y los complementarios.

- La anamnesis: se utilizó para identificar las variables demográficas, clínicas y epidemiológicas.

- Examen físico: se realizaron las mensuraciones por la enfermera a través de una pesa y tallímetro y se determinó el Índice de Broca (talla cm – peso kg).

- Complementarios: se les realizó hemoglobina y ecografía abdominal con equipo de ultrasonido portátil Philips SDR 1200.

Las técnicas aplicadas posibilitaron la selección de las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales de patologías hepáticas, manifestaciones clínicas y hallazgos encontrados en la ecografía abdominal.

Las imágenes fueron tomadas bajo el asentimiento de los pacientes. Se confeccionó una planilla de encuesta para la recolección de los datos primarios, los cuales fueron tomados por los autores para minimizar los sesgos de información.

Para procesar la información obtenida se confeccionó una base de datos en el programa Excel. Las variables fueron resumidas por medio de técnicas de estadística descriptiva para variables cualitativas a través de frecuencias absolutas, porcentajes y tasas.

RESULTADOS

En la casuística, la prevalencia del sexo masculino resultó ser de 66,7 %. Hubo predominio del grupo etario de 45 a 59 años, con 34 pacientes (39,1 %) y las edades más afectadas estuvieron entre 30 y 74 años (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes con masa hepática sólida según edad y sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
15-29	3	3,5	5	5,7	8	9,2
30-44	9	10,3	19	21,9	28	32,2
45-59	11	12,7	23	26,4	34	39,1
60-74	4	4,6	8	9,2	12	13,8
74 y más	2	2,2	3	3,5	5	5,7
Total	29	33,3	58	66,7	87	100,0

La tabla 2 muestra que la manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal, con 82 pacientes (94,2 %), seguido del tumor abdominal, con 60 casos (68,9 %) y la pérdida de peso que se presentó en 35 afectados (40,1 %).

Tabla 2. Pacientes con masa hepática sólida según manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	No.	%
Dolor abdominal	82	94,2
Tumor	60	68,9
Perdida de peso	35	40,1
Ascitis	27	31,0
Anemia	25	28,7
Decaimiento	22	25,2
Perdida del apetito	21	24,1
Ictero	13	14,9
Prurito	12	13,7
Fiebre	9	10,3
Sangrado digestivo	3	3,4
Diarreas	7	8,0

*No excluyentes

Según los resultados de la ecografía abdominal (tabla 3), hubo un predominio de hígado con nódulos múltiples en 66 pacientes (75,8 %) y con infiltración difusa en 65 de ellos (74,7 %).

Tabla 3. Pacientes con masa hepática sólida según resultado ecográfico

Resultado de la ecografía abdominal	No.	%
Nódulos múltiples	66	75,8
Infiltración difusa	65	74,7
Nódulo único	18	20,6

*No excluyentes

DISCUSIÓN

Según Parkin DM *et al*,¹⁰ en un estudio realizado en el 2003, se diagnosticaron 564 000 pacientes con cáncer de hígado. Asimismo, se estima que este tipo de afección ocupa el quinto lugar a escala mundial, representa la tercera causa de muerte por cáncer y tiene una alta incidencia (81 %) en los países en vías de desarrollo. En las regiones Oeste y Central de África y en el Sur de Europa (Grecia) la ocurrencia de hepatoma es elevada. China presenta 54 % de todos los casos en el mundo, pero, con excepción de Japón, la incidencia en los países desarrollados es baja.

En esta serie, el grupo etario más afectado resultó ser el de 30-59 años y predominó el de 45-59 años, lo cual se vio influenciado por algunos pacientes con menos de 40 años; este rango de edades es inferior al notificado por otros autores. Parkin DM *et al*,¹⁰ en una investigación realizada en Gambia planteó que el rango de edad es de 45-55 años, con un pico de 50 años y un aumento de la incidencia en adultos jóvenes, lo cual coincide con este estudio. Similar comportamiento se presentó en Conakry, no así en Bamako que el pico de edad se encontró entre los 60-74 años.

Kew MC *et al*,¹¹ en el 2003, refirieron que en la etnia mozambicana Shangaans aparece el cáncer de hígado alrededor de los 33,4 años, a diferencia de los no Shangaans donde surge esta enfermedad a los 40 años. Esto demuestra que en África dicha afección no se comporta igual en todas las regiones con relación a la edad y especialmente Gambia se mantiene dentro de los países con una alta incidencia de hepatoma en adultos jóvenes.

Cabe agregar que Fauci AS *et al*¹³ en un estudio de 556 pacientes, realizado en la Universidad de Pittsburg, demostraron que el promedio de edad de aparición del hepatoma estaba entre los 56 años aproximadamente.

Los resultados de esta investigación demuestran que la incidencia de masa hepática sólida es más significativa en adultos jóvenes (figuras 1 y 2), de manera que están en riesgo de contraer la hepatitis por virus B mediante las relaciones sexuales, las transfusiones de sangre contaminadas con el virus de la hepatitis B, por su cultura en la realización de tatuajes, la no existencia de un programa de vacunación sostenido que incluya los grupos de riesgos y de esta forma convertirse en portadores crónicos. Está demostrado que los pacientes que tienen anticuerpo de hepatitis por virus B tienen 20 veces más posibilidad de contraer el cáncer de hígado.



Fig 1. Paciente con masa hepática sólida y ascitis



Fig 2. Evacuación hemorrágica de la ascitis en paciente con masa hepática sólida

El sexo masculino fue el más afectado, lo cual coincide con lo descrito por autores como Fauci AS *et al*¹³, los cuales informan que anualmente se notifican un millón de casos con una prevalencia del sexo masculino en proporción de 4:1 y una relación de hombre a mujer de 3:1.¹³ Asimismo, Parkin DM *et al*¹⁰ en un estudio realizado en el 2001 manifestaron que de 564 000 casos nuevos, 398 000 eran del sexo masculino y 166 000 del femenino.

Resulta oportuno señalar que el hepatoma se asocia a la hepatopatía crónica en cifras cercanas al 90 % de los casos, también se presenta en hígado subyacente normal, pero con una prevalencia de 3 a 10 %; ^{1,4,10,14} aunque ya Smok SG ¹⁴ y otros autores en el 2004, comunicaron 34,7 % de prevalencia de hepatoma desarrollado en hígado no cirrótico, en material de necropsia. En esta investigación se demostró una incidencia de masa hepática sólida en hígado afectado tanto por hepatitis viral B como con cirrosis hepática, con predominio del antecedente de hepatitis viral B en los pacientes estudiados, lo cual coincide con otros estudios realizados en África. ^{1,10}

La mayoría de los pacientes estudiados fueron sintomáticos y asistieron al hospital en etapas avanzadas de la enfermedad, momento en que se efectuó el diagnóstico, pues la gran mayoría de ellos recibieron tratamiento local, por un curandero, con "el Marabú" y al no experimentar mejoría, decidieron acudir a la unidad asistencial. En relación con lo anterior, se ha informado que 60 % de los síntomas fueron secundarios, con descompensación de una hepatopatía de base, ¹² lo cual permitió efectuar un diagnóstico temprano de hepatoma. En esta serie la mayor parte de los casos tenían masa hepática sólida desarrollada en hígados previamente dañados. De hecho, la causa de consulta e ingreso más frecuente fue el dolor abdominal, con grandes masas tumorales que causaban malestar por distensión de la cápsula de Glisson. La masa palpable se manifestó muy poco en series internacionales (1 %), a diferencia de este estudio, donde fue el signo principal de los pacientes tratados, la mayoría de los cuales ya tenían un tumor avanzado. Los estigmas de cirrosis constituyeron un hallazgo común (84 %); ^{1,9,14} sin embargo, solo estuvieron presentes en 24,1 % de la casuística.

En cuanto a las imágenes, algunos autores refieren que los hepatomas mayores de 5 cm son de patrón ecográfico heterogéneo y no capsulados, aspecto semejante a lo observado en esta serie. ¹⁵⁻¹⁸

La validez diagnóstica de la ecografía ha sido ampliamente difundida, razón por la cual se ha discutido la real utilidad de la punción biopsia, al diagnosticar un hepatoma. En esta investigación se demostró que desde el punto de vista ecográfico, las imágenes tomadas se caracterizaron por la presencia de nódulos múltiples, localizados en ambos lóbulos hepáticos, lo cual coincide con la literatura revisada que aborda 75 % de la presencia de estas lesiones en paciente portadores de hepatoma. ¹⁵⁻¹⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stewart BW, Kleihues P. World cancer report. Lyon: IARCPress; 2003.
2. El-Serag HB, Marrero JA, Rudolph L, Reddy KR. Diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma. Gastroenterology. 2008;134(6):1752-63.
3. Thomas MB, Zhu AX. Hepatocellular carcinoma: the need for progress. J Clin Oncol. 2005;23(13):2892-9.
4. Arguello Pedro T, Rosario A, Escovar J, Muñoz A, Gaitan J, Rey M, et al. Hepatocarcinoma: patología maligna de mal pronóstico. Rev Col Gastroenterol. 2003;18(3):33-7.
5. Steel JL, Eton DT, Cella D, Olek MC, Carr BI. Clinically meaningful changes in health-related quality of life in patients diagnosed with hepatobiliary carcinoma. Ann Oncol. 2006;17(2):304.

6. Furukawa H, Shimamura T, Suzuki T, Taniguchi M, Yamashita K, Kamiyama T, et al. Living-donor liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2006;13(5):393.
7. Goin JE, Salem R, Carr BI, Dancey JE, Soulen MC, Geschwind JF, et al. Treatment of unresectable hepatocellular carcinoma with intrahepatic yttrium 90 microspheres: factors associated with liver toxicities. *J Vasc Interv Radiol.* 2005;16(2):205-13.
8. Llovet JM, Chen Y, Wurmbach E, Roayaie S, Fiel MI, Schwartz M, et al. A molecular signature to discriminate dysplastic nodules from early hepatocellular carcinoma in HCV Cirrhosis. *Gastroenterology.* 2006;131(6):1758-67.
9. Parikh S, Hyman D. Hepatocellular Cancer: A guide for the internist. *Am J Med.* 2007;120:194-202.
10. Parkin DM, Ferlay J, Hamdi-Chérif M, Sitas F, Thomas JO, Wabinga H, et al. Cancer in Africa: epidemiology and prevention. IARC Scientific Publications. Lyon: IARC Press; 2003. p.299-314.
11. Kew MC, Marcus R, Geddes EW. Some characteristic of Mozambican Shangaans with primary hepatocellular cancer. *S Afr Med J.* 1977;51:306-9.
12. Cuadrado A, Crespo J, Cabriada J, Pons-Romero F. Fever, pain in right hypochondrium and liver mass with central calcification. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid).* 2004;96(5):331-43.
13. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* Vol 1. 17 ed. Madrid: McGraw-Hill; 2008. p. 580-85.
14. Smok SG. Carcinoma primitivo del hígado. Estudio de 85 casos de necropsia. *Rev Méd Chile.* 1986;114(7):653-8.
15. Velderrain Zazueta P. Estudio sonográfico del abdomen superior San José del Cabo B.C.S. 2005.
16. Thorgeirsson SS, Lee JS, Grisham JW. Molecular prognostication of liver cancer: end of the beginning. *J Hepatol.* 2006;44(4):798.
17. Xiol X. Estudio del nódulo hepático aislado. *GH Continuada.* 2003;2(4):151-5.
18. Martín Algíbez A, Castellano Tortajada G. Seguimiento ecográfico de los pacientes con hepatopatía crónica. [citado 15 Mar 2011]. Disponible en: http://www.ecodigest.net/revista/numeros/num_1/num_1_3.pdf

Recibido: 4 de enero de 2012.

Aprobado: 14 de marzo de 2012.

Idania Santiesteban Garrido. Policlínico Docente "José Martí Pérez", bloque L, Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: idania.santiesteban@medired.scu.sld.cu