

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

CIRROSIS HEPATICA DIAGNOSTICADA POR LAPAROSCOPIA

Dra. Onoria Cayón Poyeaux¹, Dr. Yoel Ricardo Serrano², Dra. Yindra Bustamante Realin³, Dr. Roberto Lantigua Barrios⁴, Dra. Yamilé Calzadilla Navarro¹, Dr. Javier Pérez Azahares.⁵

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de conocer la incidencia de cirrosis hepática diagnosticada por laparoscopia en el trienio 2005-2007 en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia Guantánamo. El universo de estudio está conformado por 34 pacientes. Se estudian las variables: sexo, edad, factores etiológicos de riesgo, variedad morfológica, alteraciones clínicas y humorales. Los resultados más relevantes son: grupo de edad más frecuente el de 50-59 años (32.3 %), no se aprecian diferencias entre hombres y mujeres. El factor de riesgo más evidente es el alcoholismo (44.1 %). El signo y el síntoma más frecuentes son: hepatomegalia (52.9 %) y dolor en hipocondrio derecho, con el 52.9 y 38.2 %, respectivamente. Las variables humorales con mayor alteración son: TGO y bilirrubina, la variedad morfológica más frecuente es la micronodular. Se registra mortalidad del 29.4 %.

Palabras clave: CIRROSIS HEPATICA/epidemiología; CIRROSIS HEPATICA/diagnóstico; LAPAROSCOPIA

INTRODUCCION

La cirrosis se puede definir como una enfermedad hepática en la que la circulación normal, la anatomía vascular microscópica y la arquitectura hepática han sido destruidas y alteradas en grado variable con tabiques fibrosos que rodean los nódulos parenquimatosos regenerados o en regeneración.¹

¹ *Especialista de I Grado en Gastroenterología. Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente en Gastroenterología. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente en Gastroenterología.*

⁴ *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

⁵ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

El pronóstico de la enfermedad es grave y los pacientes fallecen por complicaciones relacionadas con la hipertensión portal, degeneración neoplásica o infecciones bacterianas. La cirrosis hepática es una afección frecuente que se presenta en todas las latitudes y grupos humanos, y se observa más a menudo pasada la edad media de la vida, con predominio en el sexo masculino.²

En los Estados Unidos tiene una frecuencia de 360 por 100 000 habitantes. Produce 30 000 muertes al año en el mundo, y es mayor la tasa de mortalidad en el hombre. Se encuentra entre las 10 causas principales de muerte en el mundo occidental. En el decenio de 1980 se observó una disminución de la mortalidad por esta dolencia en el 25 %, lo que se ha tratado de explicar por un menor consumo de bebidas alcohólicas, la vacunación contra la hepatitis B y el trasplante en portadores de cirrosis alcohólica o antígeno de superficie positivo, lo que hace plantear que este virus tenga relación en la patogenia de la cirrosis de estos casos.³

La cirrosis hepática alcohólica de tipo micronodular es la más frecuente en el hemisferio occidental, pero con la abstinencia y la regeneración puede con el tiempo convertirse en macronodular. Los estudios epidemiológicos en el mundo muestran que después del alcohol, el virus de la hepatitis C, es la segunda causa de cirrosis tras su descubrimiento. En Perú, la enfermedad hepática se ubica en el séptimo lugar como causa de mortalidad en el año 2000 (4 %). Se incluyen en ella la cirrosis y los procesos hepáticos agudos.⁴

La laparoscopia indudablemente es el método de mayor exactitud para diagnosticar cirrosis. La visualización directa del hígado, no sólo permite confirmar el diagnóstico aún antes de la biopsia sino que permite evaluar el tipo específico de cirrosis y sus complicaciones.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, con el objetivo de conocer la incidencia de la cirrosis hepática diagnosticada por laparoscopia en el trienio 2005-2007 en el servicio de Gastroenterología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia Guantánamo.

El universo de estudio está constituido por todos los pacientes diagnosticados con cirrosis hepática por laparoscopia. Se revisan los informes laparoscópicos

desde enero de 2005 hasta diciembre de 2007, revisándose un total de 2 695 laparoscopias. Se comprueba el diagnóstico de esta entidad en 34 pacientes.

Se revisan las historias clínicas, se recogen diferentes datos, tales como: sexo, edad, factores etiológicos de riesgo, variedad morfológica, alteraciones clínicas y humorales. Se informan los fallecidos de esta serie.

Los resultados se exponen en tablas y como medida de resumen de la información se utiliza el porcentaje.

RESULTADOS Y DISCUSION

La incidencia de cirrosis hepática diagnosticada por laparoscopia en la provincia Guantánamo en el trienio 2005 - 2007 fue de 34 pacientes (1.3 %).

Esta afección constituye un importante problema de salud pública en numerosos países del mundo por su significativa cifra de muertes y constituir una de las principales causas de defunción. A pesar de esto no aparecen estudios donde se registre su incidencia global. En el 2006, en nuestro país, las enfermedades del hígado ocuparon el décimo lugar entre las causas de muerte⁵, similar resultado al de otros países latinos como Ecuador donde ocupa el noveno lugar.⁶

El grupo de edad más frecuente fue el de 50 - 59 años, con 11 pacientes (32.3 %), y no se apreciaron diferencias entre hombres y mujeres (Tabla 1), tal y como se refleja en otros estudios^{4,6,7} en que la enfermedad aparece en la edad media de la vida y el riesgo crece hasta aproximadamente los 70 años. A nivel mundial es más frecuente en el sexo masculino⁶⁻⁸ lo que no coincide con nuestro estudio, por lo que pensamos que este relacionado con una mayor exposición del sexo femenino a los factores de riesgo.

Las principales etiologías de cirrosis hepática en nuestro estudio fueron: la alcohólica, con 15 pacientes (44.1 %), y la no determinada (35.3 %) (Tabla 2). En México su incidencia es similar, pero en los últimos años ha ido disminuyendo en relación a otras etiologías.⁹

El alcoholismo crónico es un grave problema a nivel mundial.⁷ En nuestro país la incidencia es alrededor del 7-10 %, uno de los más bajo de América Latina¹⁰, pero en los últimos 15 años el consumo ha aumentado notablemente. Debe

tenerse en cuenta que no sólo el alcohol externo es causa de daño sino, también, el producido en forma endógena.¹¹

El alto porcentaje de la etiología no determinada puede estar relacionada con la falta de investigación de otras etiologías como esteatohepatitis no alcohólica, enfermedad de Wilson, hemocromatosis, hepatitis autoinmune, como se refleja en otros estudios. La causa criptogénica ha descendido en los últimos tiempos entre el 3 y el 31 %.^{12,13}

Los signos más frecuentemente encontrados fueron: hepatomegalia (52.9 %), ascitis (50.0 %) e íctero (47.1 %). Mientras que el síntoma más frecuente fue dolor en hipocondrio derecho (38.2 %) (Tabla 3). En la mayoría de los pacientes con cirrosis, en especial en fases iniciales de la enfermedad, el hígado se halla aumentado de tamaño, el borde es duro y cortante y la superficie a menudo irregular², sin embargo, el íctero y la ascitis nos habla de descompensación.

Las variables humorales con mayor alteración fueron: TGO (67.6 %) y bilirrubina (67.6 %), debido al daño hepatocelular propio de la enfermedad (Tabla 4). La mayoría de los casos se diagnosticaron en estadio avanzado, de compromiso funcional hepático, coincidiendo con otros estudios⁴, lo que dificulta en muchas ocasiones la toma de biopsia hepática, el tratamiento y el pronóstico. A pesar de la importancia de los estudios humorales, no se encuentran investigaciones al respecto.

La cirrosis hepática se puede clasificar morfológicamente en relación con el tamaño de los nódulos de regeneración en macronodulares, micronodulares y mixtas. La Tabla 5 muestra que la variedad morfológica más frecuente fue la micronodular, con 19 pacientes (55.9 %), seguida de la macronodular y mixta, con 9 (26.5 %) y 6 pacientes (17.6 %), respectivamente. Diversos estudios refieren que la morfología micronodular se relaciona con más frecuencia en cirrosis de causa alcohólica.

Se han registrado hasta la fecha 10 fallecidos (29.4 %), del total de pacientes estudiados. Esta incidencia es alta, aunque es similar a la del estudio realizado en Ecuador por Jaysoom⁶ que informó el 23.7 %, no así en los estudios realizados en Perú^{4,14} donde se registró el 7.1 %. En México constituye la sexta causa de mortalidad.¹⁵ Esta elevada mortalidad precisa incentivar acciones específicas en el diagnóstico precoz del daño hepático, así como su prevención.

CONCLUSIONES

- El grupo de edad con mayor incidencia fue de 50 - 59 años, no existiendo diferencias en cuanto al sexo.
- La incidencia fue de 1.3 x 100 pacientes.
- El factor de riesgo más frecuente fue el alcoholismo.
- Predominó hepatomegalia y dolor en hipocondrio derecho.
- La TGO y bilirrubina fueron las alteraciones humorales más frecuentes.
- Hubo un predominio de cirrosis hepática micronodular.
- Se encontró una alta mortalidad en los pacientes estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bockus HL. *Gastroenterología*. 3ªed. t3. La Habana : Edición Revolucionaria; 1980.p. 395-448.
2. Farreras VP, Ciril Rozman BC. *Farreras Medicina Interna*[CD-ROM]. 15ªed. Madrid : Editorial Elsevier; 2004.p.2.
3. Roca GR, Smith SV, Paz PE, Lasada GJ, Serret RB. *Temas de Medicina Interna*. 4 ed.t2. La Habana: ECIMED; 2002.p.216-31.
4. Dávalos MM. Epidemiología de la cirrosis hepática en el Perú. *Enfermedades del aparato digestivo*. 2003; 6(2):26-8.
5. *Anuario Estadístico Nacional*. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2006.
6. Jaysoom AR. Etiología, sobrevida, complicaciones y mortalidad en cirrosis hepática en el Ecuador. Evaluación retrospectiva de 15 años (1989-2003). *Gastr Latinoam*. 2006; 17(1): 29-34.
7. Medina E, Kaempffer MA. Cirrosis hepática en Chile. *Rev Chil Salud Pública*. 2002; 6(1):7-14.
8. Habu D, Shiomi S, Lee C. Trends in the causes and outcome of liver cirrhosis diagnosed by laparoscopy in Osaka-Japan during the past three decades. *Digestive Endoscopy*. 2001; 13:13-6.
9. Rodríguez H, Jacobo J. Supervivencia de pacientes con cirrosis hepática en el Hospital General Regional del IMSS, Durango. *Gac Med Mex*. 2002; 138:325-30.
10. García GE. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Rev Cubana Med Milit*. 2004; 33(3).

11. Madrid A, Hurtado C. Producción endógena de alcohol en pacientes con cirrosis hepática, alteración motora y sobrecrecimiento bacteriano. *Rev Med Chile*. 2002;130:1329-34.
12. Benvegnu L. Natural history of compensated viral cirrhosis: a prospective study on the incidence and hierarchy of major complications. *Gut*. 2004;53:744-9.
13. Greeve M, Ferrell J. Cirrosis of undefined pathogenesis: absence of evidence for unknown autoimmune processes. *Hepatology*. 1993;17:593-8.
14. Boletín MINSAP. Grupos de causa de mortalidad general informada Perú[serie en Internet]. 2000[citado: 23 oct 2007]. Disponible en: <http://www.minsap.gov.pe>
15. Octavio CMC. Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara. *Salud Pública Mex*. 1997;39:195-200.

TABLA 1. SEXO Y EDAD.

GRUPO ETARIO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 29	-	-	-	-	-	-
30 – 39	-	-	-	-	-	-
40 – 49	2	5.9	4	11.8	6	17.7
50 – 59	5	14.7	6	17.6	11	32.3
60 – 69	7	20.6	2	5.9	9	26.5
70 – 79	3	8.8	4	11.8	7	20.6
80 y más	-	-	1	2.9	1	2.9
TOTAL	17	50.0	17	50.0	34	100

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO.

FACTORES DE RIESGO	No.	%
Alcoholismo	15	44.1
Virus hepatitis C	2	5.9
Virus hepatitis B	3	8.8
Criptogénica	12	35.3
Alcoholismo – Virus hepatitis C	1	2.9
Alcoholismo – Virus hepatitis B	1	2.9

TABLA 3. SINTOMAS Y SIGNOS.

SINTOMAS Y SIGNOS	No.	%
Hepatomegalia	18	52.9
Esplenomegalia	8	23.5
Ictero	16	47.1
Ascitis	17	50.0
Dolor hipocondrio derecho	13	38.2
Astenia	12	35.3
Pérdida de peso	7	20.6

TABLA 4. ALTERACIONES HUMORALES.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	No.	%
TGP	20	61.7
TGO	22	67.6
Bilirrubina	22	67.6
Tiempo de protombina	9	26.5
Fosfatasa alcalina	13	41.1

TABLA 5. VARIEDAD MORFOLOGICA.

VARIEDAD MORFOLOGICA	No.	%
Micronodular	19	55.9
Macronodular	9	26.5
Mixta	6	17.6

TABLA 6. MORTALIDAD.

FALLECIDOS	No.	%
Masculino	6	17.6
Femenino	4	11.8
TOTAL	10	29.4