

Reporte de un caso de hepatectomía lobar derecha

DR. GONZALO VARGAS CHACÓN*

DR. SAEED MEKBEL**

La publicación del presente caso es interesante, no sólo por ser la primera operación de este tipo que se practica en el país, sino también por la rareza del tipo histológico.

Los primeros intentos de lobectomía hepática se limitaron al lóbulo izquierdo, en 1899 Keen señaló la extirpación del lóbulo izquierdo del hígado por cáncer en Estados Unidos. Wendell llevó a cabo la primera lobectomía hepática parcial derecha, con resección asociada de colón, en 1910, sin transfusión (40). En 1944 Pickrell y Clay (32) publicaron 3 casos de lobectomía hepática izquierda y sólo pudieron encontrarse 2 casos precedentes en la literatura. En 1949 Wangenstein extirpó la mayor parte de un lóbulo derecho que estaba casi sustituido por metástasis de un carcinoma gástrico reseado con anterioridad. En 1951 Lortat-Jacob y Robert publicaron un caso de lobectomía hepática derecha por carcinoma metastático; en 1952 Quattlebaum (33) publicó tres casos de resección masiva del hígado, uno de los cuales, fue el primero señalado de lobectomía hepática derecha por carcinoma primario. Desde 1952 la lobectomía hepática por procesos malignos y benignos se ha venido efectuando cada vez en mayor número. En 1955 Pack (29) publicó tres casos de lobectomía hepática derecha por carcinoma de la vesícula biliar. Revisando la literatura Stucke en 1956 encontró reportados 1.270 resecciones hepáticas, de las cuales únicamente 198 fueron resecciones anatómicas verdaderas, de ellas 153 fueron del lóbulo izquierdo y 45 del lóbulo derecho. De 94 resecciones por cáncer primario, 13 de los pacientes sobrevivieron 3 años y 3 sobrevivieron 5 años (31).

La resección hepática derecha ha sido llevada a cabo con éxito en pequeño número de casos (4-20-21-24-25-26-29-30-32-34).

Pack (29) y Bransfield (9) han publicado casos de pacientes sometidos a lobectomía hepática derecha por cáncer de la vesícula, que sobrevivían de 5 meses a 1 año después de la intervención. Brunshwig (4) en 1957 resume el resultado de 12 lobectomías totales izquierdas y 10 derechas por diferentes causas, teniendo una muerte post-operatoria con hepatectomía izquierda y 5 muertes post-operatorias con hepatectomía derecha. Dos de los 3 hepatomas reportados en la literatura mundial que han sobrevivido por más de 5 años

* Asistente Servicio Oncología Hospital San Juan de Dios.

** Asistente Servicio Patología Hospital San Juan de Dios.

están incluidos en esta serie. Bransfield (10) reporta el único caso de sobrevida de 5 años de hepatectomía derecha por carcinoma de la vesícula, dicha operación se llevó a cabo tres días después de la colecistectomía, en el cual el estudio anatomopatológico demostró un carcinoma incipiente.

La lobectomía hepática se ha efectuado también con éxito para tratamiento de urgencia de lesiones masivas de hígado (7). En lesiones metastásicas solitarias cabe cierta esperanza de curación por extirpación radical (38-37-33-31-5-3).

En el carcinoma hepático cuando el tumor está localizado en un lóbulo y sea resecable se deberá practicar hepatectomía. Hay informes como los de Wallace (39) en que hay posibilidades de prolongar la vida (19).

Posteriormente publicaremos un caso de hepatoma al cual le practicamos hepatectomía izquierda con buen éxito.

CASO

Paciente femenino de 46 años de edad que ingresa al salón de Oncología por primera vez el 8 de abril de 1965.

Padecimiento actual: Aproximadamente 4 meses antes de su ingreso al Hospital inicia su padecimiento con ardor discontinuo en epigastrio, anorexia progresiva. Un mes antes de su ingreso nota aparición en la unión del hipocostal derecho con el flanco de ese mismo lado tumoración algo dolorosa de aproximadamente 6 cms, la cual lenta pero progresivamente ha venido creciendo. Concomitantemente presenta dolores, cólicos localizados en la misma región, que se acompañaban de distensión epigástrica, que cedía bruscamente, acompañadas de ligeros cuadros diarreicos y en ocasiones de ondas peristálticas visibles junto con ruidos hidroaéreos. Pérdida de peso acentuada, treinta libras en tres meses, astenia, vómitos ocasionales. Niega antecedentes de ictericia, melena y hematemesis.

Como antecedentes digestivos refiere dispepsias digestivas esporádicas desde hacía 3 años.

Como antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca a los 14 años, 13 gesta, 12 para, 1 aborto. Menopausia desde hace 3 años.

Resto de interrogatorio por aparatos y sistemas, negativos.

Examen físico: P. A. 120/70, Temperatura 37, Respiración 20/m, peso 116 libras, pálida, no ictérica.

Pulmones y cardiovascular sin datos patológicos.

Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en hipocostal y flanco derechos, en esta zona se palpa una masa de 14 por 10 cms., situada desde el reborde costal derecho hasta una línea transversa al ombligo, por dentro corresponde al borde externo del recto anterior derecho, por fuera toma contacto con el borde anterior del músculo serrato mayor derecho; superficie irregular, límites bastante precisos, excepto por arriba, donde se insinúa debajo del reborde

costal tomando contacto con el hígado; se mueve con la respiración en sentido de abajo arriba. Tiene peloteo lumbar; dolorosa aún con los movimientos mínimos.

Tacto rectal y vaginal negativos.

Exámenes Laboratorio Pre-operatorios: Hemoglobina 10.2 grs, Leucocitos 12.500 mm³, Hto 34 c. c. %.

Basófilos 0%, Eosinófilos 10, Mielocitos 0, Metamielocitos 0, en banda 0, Segmentados 60%, Linfocitos 27%, Monocitos 3%.

Proteínas totales 7.1 grs.% Albúmina 4.5, Globulinas 2.6, Relación A/G 1.7, Nitrógeno Ureico 18.5 mgrs. %, Creatinina 1.5 mgrs. %, Glicemia 109 mgrs. %. Protrombina (Quick) 80 %, Fosfatasa Alcalina 8.8 U. Bodanky, Colesterol Total 199 mgrs. %, R. Bromosulfaleina: a los 30 mts. 13%, Hanger Negativo, Timol Negativo, Bilirrubina Total 0.5 mgrs %, SGPT 10 U./ml.

Examen de orina y heces negativos. V.D.R.L. no reactivo. Reserva alcalina 42.4 Vol. de CO₂. Grupo Sanguíneo 0 (Internacional) IV (Moss), Rho (D) positivo.

ESTUDIO RADIOLOGICO PRE-OPERATORIO

Radiografía de Tórax: Hilios densos con aumento de la trama perihiliar.

Placa simple de abdomen: Opacidad difusa en el cuadrante superior derecho.

Serie GastroDuodenal: No hay imagen de lesión orgánica.

Enema Opaco: DolicoColon con imagen patológica: Angulo hepático bajo, hepatomegalia.

Pielograma: Ligera hidronefrosis derecha.

Biligráfica: Se visualiza el colédoco muy incompletamente.

Llama la atención una gran masa que ocupa el cuadrante superior y flanco derechos.

INTERVENCION QUIRURGICA:

El día 5 de mayo de 1965 se lleva la paciente a la sala de Cirugía con el fin de practicar una laparatomía exploradora.

Se practica incisión oblicua a dos traveses de dedo debajo del reborde costal derecho, que se extendía desde el borde externo del músculo recto anterior de ese lado, hasta el reborde costal izquierdo.

Al explorar encontramos una tumoración de aproximadamente 12 cm. situada en el borde anterior del lóbulo derecho, que se insinuaba en el resto del lóbulo; la vesícula se encontraba petrificada y prácticamente inscrustada en el lecho vesicular; en vista de la relativa movilidad de este lóbulo y de la ausencia

de metástasis hepáticas, aparentemente, en ambos lóbulos hepáticos, planeamos sobre la marcha practicar lobectomía hepática derecha. Primero hicimos la disección del colédoco en toda su extensión, seccionamos el conducto y la arteria cística, individualizamos por medio de cordones umbilicales la arteria hepática, la vena porta, el conducto hepático y la vena cava inferior. Los ganglios del hilio hepático se disecan no encontrándose macroscópicamente metastásicos. A continuación seccionamos y ligamos la rama derecha de la arteria hepática, así como la rama derecha de la arteria porta, el conducto hepático derecho es seccionado y ligado en su entrada al lóbulo derecho. Es cortado el ligamento triangular y así se facilita la movilización del lóbulo afectado; la sección hepática la llevamos a cabo tratando de seguir la dirección de la vena cava inferior, practicando este tiempo con tijeras, dejándose pinzas de Hoalsted en los lugares sangrantes del tejido hepático seccionado. Logramos visualizar la entrada de la vena suprahepática derecha, la cual se secciona cerca de la desembocadura en la cava inferior: Una vez practicada la sección hepática, llevamos a cabo el retiro de las pinzas del parénquima hepático, dejando en su lugar puntos de crómico 00 con puntos en X, dejando también en esta zona sangrante una capa de Gelfoam. Con el fin de asegurar un buen drenaje biliar dejamos sonda en T en colédoco. Se dejan dos drenajes de Penrose de $1/2$ que abocan por contraabertura en flanco derecho. Se cierra por planos, reforzando la fascia con puntos de Sargaloy. En total la intervención quirúrgica duró 3 horas, 45 minutos, usándose como anéستico Penthotal-Eter, se transfundieron 1.000 c.c. de sangre. No hubo problemas transoperatorios, permaneciendo la paciente con la presión arterial bastante estable.

EVOLUCION POST - OPERATORIA

El post-operatorio hasta el día 14 fue bastante aceptable, a partir de esa fecha el drenaje de bilis por los drenajes de Penrose fue en aumento; la duración de esta secreción fue de mes y medio; concomitantemente presentó cuadro de colangitis ascendente. La sonda en T se retiró una vez que hubo cesado la secreción biliar.

El esquema siguiente demuestra los exámenes practicados post-operatoriamente, notándose claramente la normalización progresiva de las pruebas funcionales.

El reporte Anatómo-Patológico fue el siguiente: No. 123.809. La pieza consistía en una porción de hígado que pesaba 820 gramos y medía 15 x 13 x 9 cm.; presentaba superficie nodular y traía un fragmento de epiplón adherido. La vesícula estaba distendida y su pared difusamente engrosada, más en el cuello que en el fondo, llegando a medir 2 cms de espesor. Dentro de la cavidad vesicular había material necrótico y múltiples cálculos, facetados, mixtos, y el tejido que la infiltraba, penetraba también en el parénquima hepático vecino.

Microscópicamente: El tumor estaba compuesto por glándulas productoras de moco, con regular número de atipias celulares y figuras mitóticas. En algunas áreas, el tumor estaba formado por masas celulares sólidas, las cuales se cornificaban en forma concéntrica, dando el típico aspecto de carcinoma epidermoide. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenoacantoma de la vesícula biliar, con infiltración del parénquima hepático vecino.

	11-5-66	27-5-66	3-5-66	11-5-66	11-5-66	30-5-66
Bilirrubina T.	3.1				0.9	
Bilirrubina D.	2.3					
Bilirrubina I.	0.8					
Fosfatasa Alc.		7.2	4.0		2.5	
Colesterol T.	137					153
Esteres Colest.	56					89.5
SGOT			22		16	
SGPT			25		33	
P. Bromulfalein			12.6			3.6
T. Protrombina		106		100		
Proteínas Totales	5.4	5.9			6.5	
Albúmina	3.1	3.4			3.8	
Globulinas	2.3	2.5			2.7	
Relación A/G	1.3	1.3			1.4	
Hematocrito	39	37		33	32	35
Hemoglobina		9.7		9.2	9.2	9.9
Leucocitos		9500			8500	
Nitrógeno Ureico	17	10.5				18.5
Creatinina	1.5	1.5				1.4
Glicemia	136	94				80
Reserva Alc.	42.2					
Sodio	134	140				
Potasio	3.5	4.2				
Cloruros	94	97.4				

La biopsia No. 123.807 se reporta: Se reciben tres masas nodulares, la mayor de las cuales mide 3.5 cms y la menor 1 cm, al corte las masas presentan aspecto blanquecino. Microscópicamente: No hay metástasis tumoral, únicamente hiperplasia de folículos. Diagnóstico Anatómo-Patológico: Ganglios linfáticos con hiperplasia folicular, sin metástasis.

El día 5 de octubre reingresa de nuevo al Hospital San Juan de Dios para control. Refiere haberse sentido bastante bien, quejándose de sensación de peso en hipocondrio derecho, desde hacía dos meses antes. Como dato importante a la exploración se encontró hígado crecido a cuatro traveses de dedo debajo del reborde costal, ligeramente doloroso a la palpación. La paciente presentaba acidosis metabólica que se controló fácilmente. Al ingreso presentaba pruebas funcionales hepáticas alteradas; al salir habían mejorado algo.

	20 - 9 - 65	7 - 10 - 65
Colesterol Esteres	186 mgrs	153.00 mgrs
Colesterol Total		86.5
Bilirrubina Total	0.6	0.7
SGPT	30.U	21.U
Fosfatasa Alcalina	11.6	7.8
P. Bromosulfaleina	25.6	10.8

El Hanger y Timol: Negativos

Las Proteínas Totales 6.6, Albúmina 4, Globulinas 2.6, Relación A/G 1.5. Además presentaba anemia normocítica, recibiendo durante su estadía 1.000 c.c. de sangre, saliendo con un Hematocrito de 35 y Hb de 10.3.

Radiografías Tórax: Elevación de hemidiafragma derecho.

Biligrafina: En el colangiograma Intravenoso se encuentra una rama hepática y hepatocolédoco de calibre normal. Imagen gaseosa en mitad derecha de la masa hepática.

Se le dio salida en buenas condiciones generales el día 22 de octubre de 1965.

La paciente continuó en control en la Clínica de Tumores y la reingresamos al Hospital el día 3 de diciembre de 1965 por presentar de nuevo sensación de peso y a veces dolor fuerte en hipocondrio derecho, además tenía hiperalgesia cutánea al nivel de la herida operatoria con marcado dolor al deslizar la mano sobre la misma. Pérdida de peso, 10 libras en dos meses, y anorexia marcada. Pocos días después, se le nota en el sitio por donde abocaban los drenajes en el flanco derecho, una tumoración rojiza, caliente, dolorosa, la cual se drena expulsando poca cantidad de pus; a partir de ese día, 10 de diciembre, la expulsión se convirtió en francamente biliosa, acompañándose esto, de vómitos esporádicos, y progresivo deterioro del estado en general. La cantidad de bilis expulsada por la fístula biliar fue en aumento, por lo cual decidimos practicar laparatomía exploradora.

El 12 de enero de 1966 se le practica laparatomía con incisión transrectal derecha paraumbilical, nos encontramos el lóbulo derecho totalmente regenerado, en la cara inferior de este lóbulo existía una cavidad de aproximadamente 6 cms de fondo irregular, con tejido necrótico, lugar de origen de la fistula que presentaba; se toma biopsia de esta lesión, dejándose succión continua de esta cavidad. Se practica yeyunostomía con la intención de ver la posibilidad de recuperar algo el estado general de la paciente, con la idea de intentar de nuevo practicar resección hepática más adelante, en vista de que el proceso parecía estar localizado.

Después de la operación la paciente mejora relativamente por unos días, pero en el 9º día post-operatorio reinicia cuadros dolorosos, ahora de más intensidad y localizados en epigastrio. Dos días después entra en estado comatoso, con hipotensión, taquicardia, falleciendo a las pocas horas.

El reporte de la biopsia fue el siguiente: No. B-132044, la muestra consistía de varios fragmentos irregulares, el mayor de los cuales medía 1 x 0.5 cms. Microscópicamente se encontró un adenocarcinoma bastante más indiferenciado que en la pieza anterior, en medio de estroma fibroso con algunos conductos biliares y zonas de necrosis, pero no se reconoció parénquima hepático.

Por motivos ajenos a nuestra voluntad no se le pudo practicar autopsia.

EXAMENES DE LABORATORIO

	Pre-operatorios		Post-operatorios			
	6-12-65	23-12-65	27-12-65	3-1-66	5-1-66	10-1-66
Protrombina	90			45		
Proteínas T.	5.4		6.4	5.8		
Albúmina	2.6		3.8	3.2		
Globulinas	2.8		2.6	2.6		
Relación A/B	0.9		1.2	1.2		
SGOT	38					
SGPT	37					
Fosfatasa A.	14.6	4.3		7.6		
Colesterol T.	107					
Esteres C.	52					
Bromosulfaleína	14.2					
Uribilinógeno	0.16					
Reserva Alc.	52.8	62.4	66	73.9	49	60
Cloruros	85	92	76	94	77	77
Sodio	131.5	135	125	131		121
Potasio	4	4.1	5	3.3		3.8
Nitrógeno Ureico	10.3		22.5	19.8		
Creatinina	1.1		1.7	1.3		
Glicemia	89			99.5		
Hematocrito	34	36	47	29	30	31
Hemoglobina	9.6	10.3			8.2	9.2
Leucocitos	21.000	15.550				
Segmentados	89	86				
Linfocitos	8	7				
Monocitos	1	6				
Eosinófilos	2	1				

DISCUSION

Las indicaciones para las resecciones hepáticas son 1) Anormalidades congénitas, como lóbulos accesorios. 2) Enfermedades crónicas inflamatorias como abscesos, tuberculosis, gomas. 3) Quistes parasitarios. 4) Heridas traumáticas. 5) Tumores benignos de hígado. 6) Tumores primarios malignos de hígado. 7) Carcinomas primarios de vesícula. 8) Cáncer metastásico a hígado por extensión directa o por origen hematógeno (31).

Terminología: Usando terminología anatómica moderna, las lobectomías pueden ser clasificadas como siguen: 1) Lobectomía Derecha: Abarca remoción del hígado del lado derecho de la fisura lobar principal. 2) Lobectomía derecha extendida: Es la simple lobectomía derecha más el segmento medio del lóbulo izquierdo o todo el hígado hacia la derecha de la fisura segmental izquierda. 3) Lobectomía media o segmentectomía media, incluye los tejidos entre la fisura lobar principal y la segmental izquierda. 4) Segmentectomía lateral izquierda: más conocida como lobectomía izquierda, incluye el hígado izquierdo a partir de la fisura segmental izquierda.

Es absolutamente necesario comprender la anatomía intrahepática para efectuar una resección del hígado (12-16, 8-2). Goldsmith y Woodburne (13) han descrito con detalle la disposición segmentaria anatómica del hígado; mediante inyecciones han demostrado que la división de lóbulos y segmentos sigue la bifurcación y las ramificaciones de vena porta, arteria hepática y conducto hepático. El plano de unión del lóbulo derecho con el izquierdo sigue aproximadamente una línea a la derecha del ligamento falciforme que atraviesa el eje mayor de la fosa vesicular hacia la vena cava inferior, donde ésta se pone en contacto con la parte posterior del hígado (8). Las comunicaciones entre las ramas periféricas de arteria hepática, vena porta y conducto hepático en la unión de los dos lóbulos son mínimas, pero en cambio las venas suprahepáticas se localizan entre los segmentos y lóbulos y fluyen hacia la vena cava. La derecha sigue el tabique que existe entre el segmento anterior y el posterior del lóbulo derecho, la media se encuentra entre los dos lóbulos: derecho e izquierdo: la izquierda se encuentra entre los segmentos lateral y medial del lóbulo izquierdo.

Con relación a la incisión más recomendada es la tóraco-abdominal (35-36-23) por varias razones fundamentales, como el adecuado control de la vena cava arriba y abajo del hígado, además de que abriendo el tórax nos da la oportunidad de examinar la cavidad pleural y el pulmón. Hay diferentes técnicas para llevar a cabo la hepatectomía derecha, entre ellas está la que seguimos en nuestro caso, descrita por Quattlebaum y Quattlebaum, excepto la incisión (35).

Un buen restablecimiento después de efectuar una lobectomía hepática derecha depende de la capacidad del lóbulo izquierdo para cubrir adecuadamente las funciones hepáticas. Está perfectamente comprobado, experimentalmente, que se puede extirpar hasta un 80% del hígado sin perturbación notable de sus funciones (34-35-22-17-11). En el hombre la brusca extirpación del 60-70% del hígado contenido en el lóbulo derecho suele ser bien tolerada, siempre que se asegure buen riego en el lóbulo izquierdo y que también sea adecuada la salida de bilis. Estudios cuidadosos experimentales en animales efectuados por Von Meister y Fishbach (14) han demostrado que logra regeneración casi completa en plazo de seis a ocho semanas después de que se han extirpado hasta las cuatro quintas partes del hígado. El hígado puede regenerarse tan rápido como 50 gramos por día (23). Los estudios de Pack y Molender (27) sobre metabolismo del hígado antes y después de la lobectomía por cáncer, revelan el esfuerzo del tejido hepático restante para una fisiología normal y para regenerar parénquima suficiente capaz de normalizar las funciones hepáticas, las cuales se logran al final de la tercera semana post-operatoria (18).

COMENTARIO

La evolución de la paciente post-operatoriamente se puede considerar como buena, pues la sintomatología que presentó y a pesar de la fístula biliar que se le formó posteriormente debido a la recidiva tumoral, fue bastante aceptable, no llegando a presentar la tormentosa sintomatología de los cánceres de vesícula no extirpados. La paciente jamás estuvo icterica y no presentó cuadros de dolor agudo ni formación de ascitis. La recidiva tumoral evidentemente fue debida a las metástasis intrahepáticas que presentaba al ser practicada la lobectomía, que en el reporte de la pieza se describe como infiltración tumoral en el tejido

hepático, lo que nos hace suponer que en esa época existieran metástasis microscópicas en el otro lóbulo, a pesar de que macroscópicamente no se apreciaron nunca. Si el estado general no se hubiera deteriorado tanto después de la segunda intervención creemos que a pesar de la recidiva, con un tratamiento quimioterápico coadyuvante le hubiéramos llevado la sobrevida a un término más prolongado.

Nuestro caso se adapta perfectamente a los diferentes reportes relacionados con la normalización progresiva de las pruebas funcionales post-operatoriamente. Se pudo comprobar durante la segunda laparotomía la total regeneración del lóbulo derecho.

Por otro lado el tipo histológico de adenoacantoma es bastante raro, aproximadamente corresponde al 2.6 de los cánceres de la vesícula. El adenocarcinoma es el tumor más frecuente de la vesícula biliar, encontrándose ocasionalmente en combinación con carcinoma epidermoide, sin que ello parezca influir de manera diferente en el pronóstico. Aparentemente es el primer tumor de este tipo reportado en el Hospital San Juan de Dios; y en la literatura mundial revisada de hepatectomía en cáncer de vesícula, únicamente encontramos otro caso idéntico al nuestro, reportado por Goldsmith and Woodburne, teniendo ellos una sobrevida de 11 meses.

Por supuesto, las mejores sobrevidas en estos casos han sido alcanzadas cuando el cáncer de vesícula está menos avanzado, siendo la política de que en casos insospechados reportados como cáncer, practicar inmediatamente intervención con el fin de practicar esta cirugía radical, tomando en cuenta que los conocimientos actuales sobre este problema tanto anatómica como fisiológicamente, así como los nuevos anestésicos, permiten llevar a cabo dichas intervenciones sin grandes riesgos y que el beneficio que va a tener el paciente amerita una radicalidad de este tipo.

RESUMEN

La lobectomía hepática es un procedimiento quirúrgico relativamente nuevo, de gran utilidad en los carcinomas de vesícula.

El carcinoma de la vesícula biliar suele ser incurable y muchas veces ya inoperable cuando se descubre en los casos avanzados. Los carcinomas de vesícula que han invadido el hígado por extensión directa quizá tengan probabilidades de curación por lobectomía hepática derecha, pero en general la lobectomía en estos casos tiene poco valor. Ahora, cuando el diagnóstico se efectúa en fase temprana, generalmente cuando se extirpa una vesícula con cálculos biliares, el procedimiento de la lobectomía y la disección ganglionar nos brindan ciertas posibilidades de curación y la intervención parece justificada.

Los problemas técnicos relacionados con la resección, aunque grandes, en parte han sido resueltos. El curso post-operatorio a veces es sumamente difícil y la mortalidad todavía elevada; pero para aclarar la índole de los problemas y para resolver las dificultades inherentes al acto y al post-operatorio es importante reunir toda la experiencia lograda en este campo y así poder brindar a estos pacientes la única esperanza de sobrevida prolongada y confortable.

SUMMARY

Hepatic lobectomy is a relatively recent surgical procedure, which may be useful in the treatment of carcinoma of the gallbladder. This disease, when discovered late, is usually incurable and often unresectable. Lobectomy may offer a longer survival, but in general is of little value in these cases. It can be of great value in early cases, when the tumor is found in a gallbladder resected for cholelithiasis.

The technical problems related to the operation, though difficult, have been partly solved. The postoperative course is often stormy, and mortality is still high; but we must use all the accumulated experience to solve such problems and bring these patients the only hope of prolonged and comfortable survival.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ALTMAN, W. A.
Resection of the Left Lobe of the Liver for Benign Hemangioma. *Jama*. 134:254, 1951.
- 2.—BARREN, R. L., & BRANSFIELD, R. D.
Surgical Anatomy of Hepatic Vein. *Cancer* 11:22-23, 1958.
- 3.—BRUNSCHWIG, A.
Surgical treatment of primary & secondary hepatic malignant tumors. *Am. Surg* 20: 1077, 1954.
- 4.—BRUNSCHWIG, A.
Long term survival following right hepatic lobectomy. *Am. J. Surg.*, 94:2, 1957.
- 5.—BRUNSCHWIG, A.
Hepatic lobectomy for metastatic cancer. *Cancer* 16:277-282, 1963.
- 6.—BRUNSCHWIG, A.
Observation on the surgical physiology of the human liver pertinent to radical hepatectomy for neoplasm. *Cancer* 8:459, 1955.
- 7.—BOYD, W. M., & MCAFEE, D. K.
Emergency hepatic Lobectomy in masive injury of the liver. *Surg. Gynec. and Obstet.*, 113:102, 1961.
- 8.—BRAASCH, JOHN.
Surgical anatomy of the liver and pancreas. *S. Clin. North American*. 38:747, 1958.
- 9.—BRANSFIELD, R. D.
Prophylactic right hepatic lobectomy for cancer of the gallblader. *Am. J. Surg.* 91:829, 1956.
- 10.—BRANSFIELD, R. D.
Right hepatic lobectomy for primary cancer of the liver. *Ann. Surg.*, 144:881, 1956
- 11.—FINEBERG, C., GOLDBURG, W. & TEMPLETON, J.
Right hepatic lobectomy for cancer of the gallblader. *Ann. Surg.* 153:567, 1965.
- 12.—FRY, W. A., CHILD, CH. G.
Reseccin hepática subtotal. *Clínica Quirurg de N. Am.* 42:1347-1351, 1962.

- 13.—GOLDSMITH, N. A., & WOODBURN, R. T.
Surgical Anatomy pertaining to liver resection. *Surg. Gynec. & Obstet.* 105:310-317, 1957.
- 14.—GUINN, V. L., REYNOLDS, J. T.
Lobectomía Hepática Derecha. *Clínica Quirúrg. N. Am.* 43:63-78, 1963.
- 15.—GRINDLEY, J. H. & BOLLMAN, J. L.
Regeneration of liver in dog after partial hepatectomy; role of venous circulation. *Surg. Gynec. & Obst.* 94:491-496, 1952.
- 16.—HEARLEY J. E., JR.
Clinical Anatomic aspects of radical hepatic surgery. *J. Internat. Coll. Surgeon* 22:542-550, 1954.
- 17.—HEALEY, J. E., JR. & SCHROP, P. C.
Anatomy of biliary ducts within human liver; analysis of prevailing patterns of branchings and mayor varations of biliary ducts. *Arch. Surg.* 66:599-616, 1953.
- 18.—ISLAMI, A. H.; PACK, G. T., & MILLER R.
Post operativo course following total right hepatic lobectomy. *Surgery* 39:551-556, 1956.
- 19.—LIN, T. Y., CHEN, K. M.
Total right hepatic lobectomy for primary hepatoma. *Surg.* 39:551-556, 1956.
- 20.—LORIMER, W. S., JR.
Right hepatolobectomy for primary me senchymoma of liver. *Ann. Surg.* 141:246-250, 1955.
- 21.—LLOYD-DAVIS, O. U., & ANGELL, J. C.
Right hepatic Lobectomy. *Brit. J. Surg.* 45:113, 1957.
- 22.—OTAKI, A., READ, A. EL, STUBBS, J.
Right hemihepatectomy for primary hepatoma; with special reference to diagnosis and biochemical changes. *Brit. M. J.* 2:256-260, 1960.
- 23.—PACK, G. T., ARIEL, I. M.
Tumors of the Gastrointestinal tract, pancreas, billiary System and liver. Hoeber-Harper. And Ed. 360-363, 1962.
- 24.—PACK, G. T., & MILLER, T. R.
Middle Hepatic Lobectomy for cancer. *Cancer* 14:1295-1300, 1961.
- 25.—PACK, G. T., & MILLER, T. R.
The treatment of hepatic tumors. *N. York J. Med.* 53:2205-2207, 1953.
- 26.—PACK, G. T., & MILLER, T. R.
Total right hepatic lobectomy for Rabdomyosarcoma. *Arch. Surg.* 73:1060-1062, 1956.
- 27.—PACK G. T., & MOLENDER, D. W.
Metabolism before and after hepatic lobectomy for cancer. *Arch. Surg.* 80:685, 1960.
- 28.—PACK, G. T. & ISLAMI, A. H.
Epiphenomena of total right hepatic lobectomy. *Surgery* 40:611-614, 1956.
- 29.—PACK G. T., MILLER, T. R. & BRANSFIELD, R. D.
Total right hepatic lobectomy for cancer of the gallblader. *Ann. Suger.* 142:6, 1955.

- 30.—PACK, G. T. & BAKER, H. W.
Total right hepatic lobectomy. *Ann. Surg* 137:787, 1953.
- 31.—PEDEN, J. C. & BLALOCK, W. N.
Right hepatic lobectomy for metastatic carcinom aof the large Bowel. *Cancer* 16:
1133-1140, 1963.
- 32.—PICKRELL, K. & CLAY, R.
Lobectomy of the liver. *Arch. Surg.*, 48:267, 1944.
- 33.—QUATTLEBAUM, J. K.
Massive resection of the liver. *Ann. Surgery.* 137:787, 1952.
- 34.—QUATTLEBAUM, J. K.
Hepatic Lobectomy for benign and malignant lesions. *S. Clin. North Am.* 42:507,
1962.
- 35.—QUATTLEBAUM, J. K., & QUATTLEBAUM, J. K. JR.
Technic of hepatic lobectomy. *Ann. Surg.* 149:648-651, 1959.
- 36.—QUATTLEBAUM, J. K. & QUATTLEBAUM J. K. JR.
Technic of hepatic resection. *Surg.* 58:1075-1080, 1965.
- 37.—STRAUS, F. H., & SCANLON, E. F.
Five year survival after hepatic lobectomy for metastasic hpernephroma. *Arch. Surg.*
72:328-331, 1956.
- 38.—STONE, P. W. & SAYPOL, G. M.
Partial hepatecotmy. *Surgery* 11:209, 1942.
- 39.—WALLACE, R. H.
Resection of the liver for Hepatoma. *Arch. Surg.* 45:14, 1941.
- 40.—WEDELL, W.
Arch. F. Klin. Chir., 114:982, 1920. (Citado por Guynn).

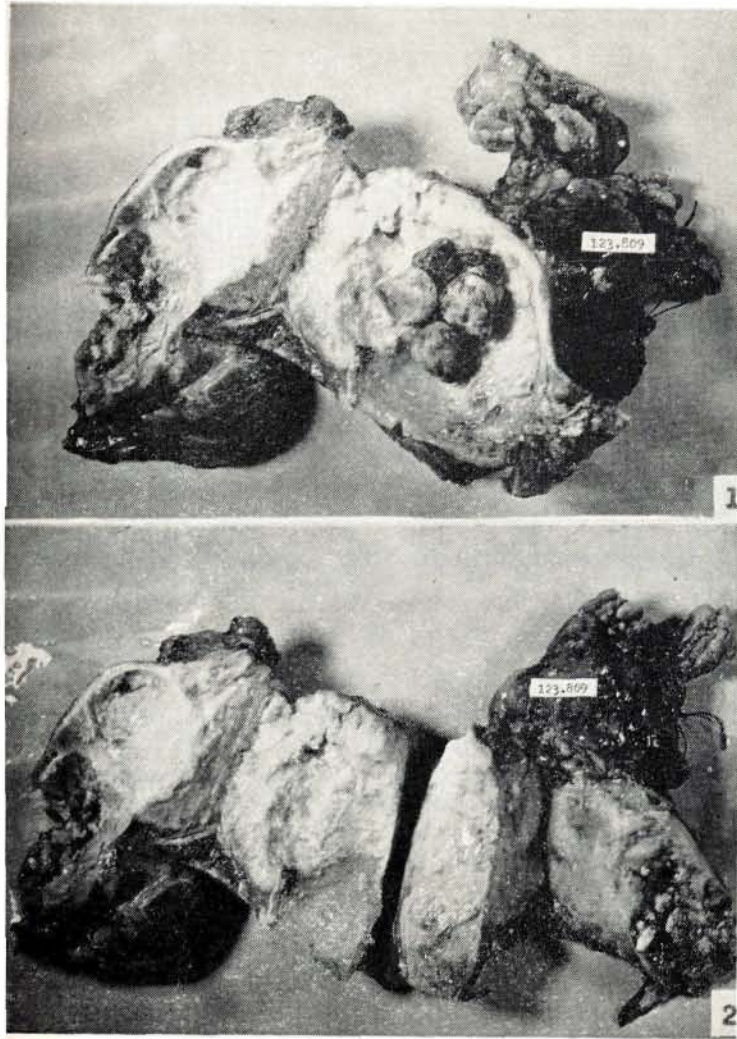


Fig. 1.—Fotografía de la pieza quirúrgica extirpada en la primera operación, mostrando el tumor que infiltra la pared de la vesícula biliar y los cálculos en el interior de la misma.

Fig. 2.—Fotografía de la misma pieza, una vez seccionada, mostrando la infiltración tumoral en el espesor del lóbulo derecho del hígado.