

**Consideraciones sobre  
cirrosis hepática en el  
Hospital Docente "Cdte.  
Fajardo", durante los años  
1964 y 1965 (1)**

Por los Dres:

GUILLERMO FRANCO SALAZAR,(4) SIMÓN HAJJE SABLÓN,(5)  
ROLANDO SUÁREZ HERNÁNDEZ(6) RUBÉN PADRÓN DURAN,  
(\*\*\*\*)

Luis PÉREZ PÉREZ (\*\*\*\*) Y OLEGARIO LASTRE CASTRO  
(\*\*\*\*)

Alumno: ENRIQUE GRANDA FRANCO

La cirrosis hepática es una entidad bastante frecuente en nuestro medio, llegando generalmente los pacientes a nuestro servicio aquejando complicaciones, casi todas de muy serio pronóstico.

Ante tal situación, hemos estudiado el comportamiento de la enfermedad, los medios diagnósticos y la evolución, con la finalidad de establecer algunas pautas en el estudio y tratamiento de estos pacientes, derivando estas normas de la experiencia adquirida con nuestros propios casos.

**Material y método:** Se revisaron 109 historias clínicas de pacientes cirróticos debidamente comprobados, ingresados en el Hospital "Cmde. Fajardo" durante

Trabajo presentado en el XI congreso medico y VII estomatologuico nacional, celebrado en la habana del 23 el 26 de febrero de 1966.

Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Habana, en el Hospital Docente "Cdte. Manuel Fajardo", Zapata y D, Vedado, Habana, Cuba.

Especialista Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Habana, en el Hospital Docente "Cdte. Manuel Fajardo", Zapata y D, Vedado, Habana, Cuba.

Alumno de la facultad de ciencias medicas de la universidad de la habana en el hospital docente Cdte manuel fajardo, Zapata y D, Vedado Habana, Cuba.

los años 64-65, los cuales fueron minuciosamente investigados, reservando las investigaciones más cruentas para las oportunidades en que el diagnóstico ofrecía dudas.

CONCLUSIONES:

La cirrosis hepática se presentó más frecuentemente en la raza blanca que en la negra, en la proporción de 6 a 1. La edad más comprometida fue la comprendida entre los 41 y los 50 años, apreciándose en general más del 70% de los casos entre los 40 y los 70 años.

El sexo masculino fue preferentemente afectado en proporción de 65 varones y 45 hembras.

CIRROSIS HEPATICA				
Eda	Caso	Sexo	Raza	
Menores de 1 año .	1			
1 a 10	1	M. 64	B.	7
11 a 20	5			0
21 a 30	3	F. 45	N.	1
31 a 40	12			0
41 a 50	16		M.	1
51 a 60	31			0
61 a 70	27		A.	3
71 a 80	12			0
81 a 90	1			0

Los factores etiológicos que pudieron ser precisados fueron el alcoholismo: 31 casos, hepatitis como antecedente: 23 casos. Como se ve, más del 50% de los casos no tenían antecedente inflamatorio ni alcohólico-nutricional, lo cual plantea la posibilidad de hepatitis anitérica previa o el origen incierto (cirrosis criptogenética).

En cuanto al cuadro clínico hemos dividido los signos y síntomas de acuerdo con su dependencia de la hipertensión portal y de la insuficiencia hepática.

**Signos y síntomas presentes en nuestros 109 pacientes de cirrosis hepática:**

Ictericia .....	69%
Dolor epigástrico y de hipocondrio derecho .....	74%
Fiebre .....	69%
Pérdida de peso y astenia.....	84%
Arañas vasculares y/o eritema palmar ....	65%
Trastornos digestivos vagos .....	60%
A) Dispepsia.	
B) Náuseas.	
C) Flatulencia.	
D) Diarreas.	
Alteraciones de piel y faneras:	
A) Uñas .....	33%
B) Velloso ..	20%
C) Manchas .....	42%
Manifestaciones del S.N.C .....	10%
A) Cefalea.	
B) Mareos.	
C) Vértigos.	
Otras manifestaciones muy infrecuentes :	
A) Hipotonía muscular.	
B) Artralgias.	
C) Torpeza palpebral.	
D) Epistaxis.	
E) Impotencia genital.	

En el cuadro adjunto puede apreciarse la importancia que la fiebre y el dolor abdominal, tanto epigástrico como en hipocondrio derecho presentaron.

Los síntomas digestivos vagos, el dolor abdominal, el eritema palmar y las arañas vasculares mostraron su gran utilidad en el diagnóstico de la cirrosis latente.

Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron el sangramiento, las manifestaciones neuropsiquiátricas, las infecciones broncopulmonares y urinarias, la anemia y el cáncer primitivo, éste último en cinco casos. Es de señalar el carácter francamente hemolítico de la anemia en cuatro casos, uno de los cuales alcanzó una eritrocitopenia de dos millones novecientos mil glóbulos rojos y en cuyos cuatro casos, se encontró una bilirrubina indirecta marcadamente alta con reticulocitosis también elevada.

El 18% de los casos de cirrosis, manifestaron también diabetes mellitus y el 12% eran hipertensos con 8% padeciendo de insuficiencia cardíaca. Aparentemente nuestros pacientes cirróticos no son tan propensos a evolucionar con hipotensión arterial como clásicamente se describe.

En cuanto a la hipertensión portal es de señalar que en dos de nuestros casos con esplenomegalia, ésta se acompañó de hipersplenismo evidenciando una pancitopenia con médula normal o hiperplástica.

El pronóstico fue extraordinariamente reservado cuando hubo íctero prolongado y fiebre sostenida.

**Frecuencia de las manifestaciones de hipertensión portal**

Hepatomegalia .....	79%
Varices esofagogástricas .....	56%
Esplenomegalia .....	54%

Ascitis .....	44%
Circulación colateral .....	23%
Hemorroides .....	20%

En lo que concierne a investigaciones, las pruebas hepáticas de floculación mostraron un margen de confiabilidad muy inferior a la electroforesis de proteínas, el tiempo de protrombina, la bromosulfaleína y la fosfatasa alcalina.

#### **Exploración funcional del hígado**

Electroforesis de proteínas.....	98%
Tiempo de protrombina .....	77%
Prueba de la bromosulfa .....	72%
Hiperbilirrubinemia.....	62%
Pruebas de floculación:	
Muy positivas .....	16%
Débilmente positivas .....	45%
Negativas .....	39%
Fosfatasa alcalina .....	34%
Transaminasas P. y O.....	27%
“Amoníaco .....	100%

*\*\*Se realizó solamente en casos con sangramiento digestivo alto o con encefalopatía hepática.*

La esplenografía evidenció várices esofagógicas en ocasiones en que el esofagograma resultó negativo. El 60% de los casos con várices comprobadas tuvieron también un esofagograma positivo.

La laparoscopia fue el procedimiento diagnóstico por excelencia mostrando mayor valor que la propia biopsia hepática.

Una mortalidad de 42 casos en los dos años en estudio, nos permite deducir la severidad del pronóstico y debe constituir un acicate para verificar el diagnóstico de los casos de cirrosis latente y para plantear la intervención quirúrgica que mediante procedimientos anastomóticos, tienda en los casos cuya situación lo permita a reducir la hipertensión portal cuya principal

complicación, el sangramiento, constituye el más temible enemigo del enfermo cirrótico.

Entre las medidas terapéuticas nada pudo aventajar al reposo prolongado, una alimentación adecuada y la supresión de alcohol.

En nuestros casos, la ascitis fue tratada generalmente con antialdosterona asociada a diuréticos mercuriales y no mercuriales, en raros casos se asoció con brillantes resultados la antialdosterona con la Prednisona. La varicorrugia encontró en la sonda de S. Blakemore, su mejor tratamiento, resultando discutibles los resultados obtenidos con Pitrosin.

La necropsia practicada en 32 enfermos, mostró una incidencia casi similar de cirrosis portal y de cirrosis postnecrótica siendo rara la forma biliar.

Aunque todos los enfermos necropsiados tenían un diagnóstico clínico de cirrosis hepática, la variedad anatomoclínica fue la más de las veces, incorrectamente diagnosticada.

#### **Resultados necrópsicos**

Pacientes: 109. Fallecidos: 35  
Necropsiados: 32.

#### **Diagnóstico anátomo patológico:**

	Casos
Cirrosis portal .....	15
Cirrosis postnecrótica.....	14
Cirrosis biliar.....	2
Cirrosis cardíaca .....	1

#### **Diagnóstico previo:**

Correcto .....	10
Incorrecto .....	19
No precisado .....	3

## RESUMEN

Se encontraron más cirróticos blancos y varones. La edad de mayor incidencia estuvo comprendida entre 41 y 70 años.

—La fiebre prolongada y el dolor abdominal son síntomas importantísimos en la evolución clínica.

—Las pruebas de floculación son de muy relativo valor, no así el electroforegrama y el tiempo de protrombina, que resultaron las dos investigaciones más confiables.

—La esplenoportografía fue muy superior en el diagnóstico de las várices esofágicas a otros medios como el esofagograma y la acigografía.

—La laparoscopia fue el proceder diagnóstico de más absoluta seguridad.

—En el diagnóstico diferencial de los sangramientos digestivos altos y ante alteraciones neuropsiquiátricas, el amoníaco en sangre contribuyó grandemente al esclarecimiento de estos hechos.

—Las asociaciones de diuréticos, especialmente espirolactona con Prednisona, fueron más útiles que el uso de un diurético aislado.

—Se apreciaron tantas cirrosis postnecróticas como cirrosis portal.

—El cáncer primitivo del hígado es complicación bastante frecuente en nuestros cirróticos (5%), aunque también lo hemos visto en enfermos no cirróticos y por cierto más veces coincidiendo con cirrosis postnecrótica que con cirrosis portal.