

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PATOLOGIA HEPATICA
EN EL
HOSPITAL DE MATERNIDAD

REVISION DE LAS PRIMERAS 70 AUTOPSIAS ADULTAS
(1954 - 1956)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

FELIX RAUL BETANCOURT S.

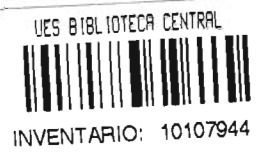
PREVIA A LA OPCION DEL TITULO

DE

DOCTOR EN MEDICINA



1
014.362
B562P
1957
F. Thal
g.1



U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

Rector Interino:

DR. ARTURO ZELEDON CASTRILLO.

Secretario General Interino:

DR. MARIO LUIS VELASCO.

F A C U L T A D D E M E D I C I N A .

Decano:

DR. SATURNINO CORTES

Secretario:

DR. MARIO ROMERO ALVERGUE.

JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES

PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA MEDICA

Dr. Luis Edmundo Vásquez
Dr. Lázaro Mendoza
Dr. Francisco Escobar

CLINICA QUIRURGICA

Dr. Luis A. Macías
Dr. Carlos González Bonilla
Dr. Saturnino Cortes

CLINICA OBSTETRICA

Dr. Roberto Orellana
Dr. Antonio Lazo Guerra
Dr. José González Guerrero

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO.

PRESIDENTE: Dr. Roberto Masferrer
PRIMER VOCAL: Dr. Juan José Fernández
SEGUNDO VOCAL: Dr. Antonio Lazo Guerra

D E D I C A T O R I A

A la memoria de mi madre, Francisca S. de Betancourt.

A mi padre, Francisco Betancourt.

A mis hermanos.

A mis profesores.

A mis compañeros.

A G R A D E C I M I E N T O

Al Dr. Roberto Masferrer por su valiosa cooperación
en el presente trabajo.

- P L A N D E T R A B A J O -

- I- INTRODUCCION.
- II- DESARROLLO.
- III- SUMARIO Y RECOMENDACIONES.
- IV- BIBLIOGRAFIA.

- I N T R O D U C C I O N -

Tuve la buena suerte de hacer el año de Servicio Social obligatorio, previo al Doctoramiento en Medicina, como Residente Interno del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales. Una de mis obligaciones era verificar las autopsias del Hospital de Maternidad. Desde un principio me dediqué a este trabajo con verdadero entusiasmo e interés, lo cual me ayudó a sacarle el mayor provecho posible. Al término de un año es mucho el caudal científico recogido por lo cual me siento verdaderamente satisfecho. También me llena de satisfacción el hecho de haber practicado las autopsias de todas las pacientes (adultas) que fallecieron en el Hospital de Maternidad durante el tiempo antes mencionado. Todas ellas fueron presentadas en las Conferencias Anatomoclínicas que se llevan a cabo los días viernes de cada semana en ese Hospital.

La patología encontrada en dichas autopsias ha sido muy variada; sin embargo una de las cosas que más me llamaron la atención fue la incidencia tan grande de la patología hepática, y también la severidad de las lesiones en algunos casos. Era realmente sorprendente a veces, el hecho de encontrar lesiones hepáticas fulminantes en pacientes en quienes ni siquiera se sospechaban. Antes de dar los resultados de autopsia la pregunta era: De qué murió esta enferma?.

Fué así como esto me obsesionó tanto, que me propuse la tarea de revisar la patología hepática encontrada en todas las autopsias de pacientes adultas, verificadas en el Hospital de Maternidad hasta la época actual, y presentarla como Tesis Doctoral. Al hacerlo, no me lleva otro deseo que el de contribuir en algo a la Medicina Salvadoreña.

No omito manifestar que al escribir el presente trabajo, mi intención no es repetir la patología hepática en forma didáctica, la cual la encontraréis extensamente descrita en los diversos tratados escritos al respecto, sino revisar la patología hepática nuestra, la que a nosotros nos interesa conocer. Haré énfasis en las enfermedades hepáticas más severas, tales como la Hepatitis Alterativa Aguda y la Necrosis Aguda; así como también en las más frecuentes, tales como la Hipertrofia hepática y la Metamorfosis grasosa, que si bien no constituyen una lesión primaria como las anteriores, deben evaluarse como cuadros concomitantes.

Como datos ilustrativos creo conveniente recordar que la primera autopsia verificada en el Hospital de Maternidad, se llevó a cabo el 20 de abril de 1954 por la, actualmente, Dra. Marta Gladys Urbina, quien, bajo la supervisión del Dr. Roberto Masferrer, Jefe del Departamento de Anatomía Patológica, practicó las primeras 49 autopsias (adultas y fetales). El Hospital comenzó a funcionar el 19 de mismo mes y año. Desde entonces hasta esta fecha (30-Sept.-56) se han practicado 184 autopsias, de las cuales 70 son adultas y 114 fetales.

II

D E S A R R O L L O

El presente trabajo está basado en la revisión de las primeras 70 autopsias adultas practicadas en el Hospital de Maternidad. La patología hepática encontrada la he clasificado en Primaria y Secundaria. Primaria en aquellos casos en que la lesión hepática constituyó el cuadro principal, y Secundaria en los que jugó un papel concomitante.

De las 70 autopsias revisadas se encontró patología hepática 60, lo que da una incidencia del 85.71%:-

-Cuadro No. 1.-

Autopsias Revisadas	No. de casos	Porcentaje
Patología hepática.....	60	85.71%
No Patología hepática.....	10	14.28%
Total	70	100% (aprox.)

Hago constar que de estas 60 autopsias, 56 son muertes matern y 4 no lo son.

De los 60 casos con patología hepática, ésta era primaria en 7 casos, o sea una frecuencia del 10%, y secundaria en 53 casos, o sea el 75.71%:

-Cuadro No. 2.-

Patología Hepática	No. de casos	Porcentaje
Primaria.....	7	10%
Secundaria.....	53	75.71%
Total	60	85.71%

A continuación expondré un cuadro de todos los casos con patología hepática. Los casos con una flecha son los que tienen patología hepática primaria, y por lo tanto constituyen el diagnóstico anatómico principal:

-Cuadro No. 3-

<u>No. DE CASO</u>	<u>No. DE AUTOPSIA</u>	<u>EDAD PACIENTE</u>	<u>DIAGNOSTICO CLINICO</u>	<u>DIAGNOSTICO ANATOMICO</u>	<u>LESION HE</u>
1	16	30	Aborto Criminal. Septicemia.	Aborto Infectado. Septicemia (Diag. Clín.)	Hepatitis Inte no supurada. Hipertrofia he 1600 grs.
2	17	25	Septicemia Post- aborto. Tromboflebitis?	Aborto Incompleto. Infectado.	Degeneración t Hipert.hep., di
3	21	26	Ruptura Uterina. Shock.	Hepatitis Alterativa Aguda.	← Hipert.hep., di
4	23	29	Edema Pulmonar. Embolia Pulmonar.	Edema Pulmonar Agudo Celulitis glútea de- recha.	Degeneración t
5	24	26	Hepatoma.	Corio-epitelioma.	Corio-epitelio tastásico. Hipert.hep., mo
6	26	40	Inserción baja de la placenta.	Gangrena gaseosa. Necrosis pared uteri- na.	Gangrena gaseo Hipert.hep., av
7	30	25	Ruptura Uterina. Edema Pulmonar Ag.	Neumonía de las bases. Edema Pulmonar.	Degeneración t Hipert.hep., di
8	34	25	Fiebre Tifoidea.	Pielonefritis bilat. aguda. Litiasis renal bilat.	Metamorfosis g difusa. Hipert.hep., av
9	35	35	Prolapso del cordón. Atonía uterina. Hemorragia post-par- tum.	Bronconeumonía en fa- se de hepatización-- gris, con predominio en los lób. sup.	Metamorfosis g difusa. Hemorragias su Hipert.hep., di
10	37	19	I.C.C.- Ductus arte- rioso. Shock irreversible.	Persistencia del ductus arterioso. Hipertrofia cardíaca.	Hipert.hep., av

(Continuación).

<u>No. DE CASO</u>	<u>No. DE AUTOPSIA</u>	<u>EDAD PACIENTE</u>	<u>DIAGNOSTICO CLINICO</u>	<u>DIAGNOSTICO ANATOMICO</u>	<u>LESION</u>
13	51	28	Embarazo a término. Ruptura uterina?	Ruptura Uterina. Shock hemorrágico.	Degeneració Hipert.hep.
14	63	16	???	Edema meníngeo.	Hipert.hep.
15	65	30	Utero de Couvelai- re. Shock hemorrágico.	Shock hemorrágico.	Hipert.hep.
16	66	29	Bronconeumonía. Colapso Cardio-vas- cular.	Paludismo. Bronconeumonía.	Hepatitis p Hipert.hep.
17	67	21	Perforación Uterina. Peritonitis genera- lizada.	Shock hemorrágico. Peritonitis generali- zada.	Hipert.hep.
18	79	38	Pelviperitonitis post-aborto.	Perforación uterina. Peritonitis generali- zada.	Degeneració Hipert.hep.
19	80	36	Accidente anestési- co. Paro cardíaco y res- piratorio.	Meningo-encefalitis.	Metamorf.gr Hipert.hep.
20	88	35	Hepatitis viral.	Nefritis aguda.	Hepatitis e
21	89	¿?	T.B. pulm.bilat.	Tuberculosis genera- lizada.	Tuberculosi Metamorf.gr Hipert.hep.
22	91	28	Eclampsia grave.	Meningo-encefalitis.	Hemorragias Metamorf.gr
23	93	23	Embolia?	Infarto pulm.bilat.	Metamorf.gr Hipert.hep.
24	94	27	Hepatitis. Shock irreversible.	Hemorragia de la hipó- fisis.	Hepatitis i rada. Metamorf.gr Hipert.hep.

(Continuación).

<u>No. DE CASO</u>	<u>No. DE AUTOPSIA</u>	<u>EDAD PACIENTE</u>	<u>DIAGNOSTICO CLINICO</u>	<u>DIAGNOSTICO ANATOMICO</u>
26	102	23	Shock. Insuficiencia supra-renal - ag.-Hemorragia hipofisaria. Hepatonefritis.	Shock (diag. clín.). Hemorragia supra-renal. Hepatitis interada. Hemorragia sup
27	104	34	I.C.C.-Estrechez mitral.	Estrechez mitral, 7cms. Hiperemia pas:
28	105	39	Presentación trans. abandonada. Ruptura Uterina. Shock.	Ruptura uterina. Peritonitis generalizada. Metamorf.gras. Hipert.hep., d:
29	107	18	Ruptura uterina. Shock irreversible.	Shock hemorrágico. Metamorf.gras. Hipert.hep., d:
30	108	19	Shock irreversible. Aborto incompleto.	Necrosis Centro-lobulillar del hígado. Fibrosis hepá:
31	109	27	Perforación uterina (Aborto criminal). Shock irreversible.	Septicemia por bacterias productoras de gas. Gangrena gaseosa. Hemorragia sup
32	111	21	Tétanos puerperal.	Endometritis aguda. Hipert.hep., d:
33	119	26	Sepsis puerperal con estado tóxico-infeccioso. Shock tóxico irreversible.	Hepatitis interada, no sup: Metamorf.gras sa y focal. Hipert.hep., m:
34	122	28	I.C.C.-Por Cardiopatía Congénita?-Por dextroposición de la aorta?.	Arteritis pulmonar fibrosa, crónica. Necrosis cent: discreta. Hiperemia pas: Hipert.hep., d:
35	127	25	Gemelar?-Feto retenido en tronco. Hemorragia interna.	Shock obstétrico. Metamorf.gras. Hipert.hep., d:

(Continuación).

<u>No. DE CASO</u>	<u>No. DE AUTOPSIA</u>	<u>EDAD PACIENTE</u>	<u>DIAGNOSTICO CLINICO</u>	<u>DIAGNOSTICO ANATOMICO</u>	<u>LESION</u>
37	135	31	Shock hemorrágico irreversible.	Shock hemorrágico.	Hepatitis al Hipert.hep.,
38	136	35	Peritonitis.Trombosis séptica de los parametrios. Septicemia.	Endometritis y miometritis agudas.	Metamorf.gra Degeneración
39	143	22	Coma de origen por determinar. Aborto incompleto.	Necrosis Difusa Aguda del hígado.	← Metamorf.gra sa.
40	144	38	Enteritis sub-aguda. Necrosis focal hepática.	Necrosis Focal del Hígado, Moderada.	← Metamorf.gra
41	145	37	Tétanos.	Tétanos (diag.clin.).	Necrosis hep bulillar, dis Metamorf.gra Hipert.hep.,
42	148	33	Atonía uterina. Shock tóxico y hemorrágico.	Necrosis pared anterior del útero.	Necrosis foc creta. Metamorf.gra Hipert.hep.,
43	150	19	Tuberculosis pulm. Bronconeumonía.	Tuberculosis generalizada.	Tuberculosis Metamorf.gra Hipert.hep.,
44	159	31	Abdomen agudo por Colecistitis?-Insuficiencia supra-renal?-Pancreatitis?.	Embarazo Abdominal Secundario, roto. Primario en trompa izq.	Degeneración Hemorragia s me.
45	162	24	Embarazo a término. Patología renal. Edema laríngeo?	Necrosis Difusa Aguda del hígado.	← Hipert.hep.,
46	163	29	Paludismo.	Paludismo Agudo.	Hepatitis pa

(Continuación).

<u>No. DE CASO</u>	<u>No. DE AUTOPSIA</u>	<u>EDAD PACIENTE</u>	<u>DIAGNOSTICO CLINICO</u>	<u>DIAGNOSTICO ANATOMICO</u>	<u>LESION</u>
48	165	25	Carcinoma pélvico - avanzado.	Metástasis de Carcinoma espino-celular, fosa ilíaca derecha.	Fibrosis hep
49	167	35	Ruptura uterina - por present.trans. abandonada.Shock - tóxico-infeccioso.	Ruptura uterina, segmento inferior.	Metamorf.gra Degeneración Hipert.hep.,
50	169	30	Prolapso del cuello ut.-Emb.a término. Shock tóxico-infec.	Hepatitis Alterativa Aguda.	← Hipert.hep.,
51	170	20	Eclampsia post-partum?- Estado infeccioso post-partum?- Traumatismo del cráneo.	Hepatitis Alterativa Aguda.	←
52	172	20	Eclampsia grave.	Gangrena gaseosa del útero.Septicemia a - bacilos de la <u>Gangrena gaseosa</u> .	Gangrena gas Metamorf.gra
53	174	37	Eclampsia post-partum?.	Eclampsia.	Hepatitis al Hemorragias ples, disemir parenquimato
54	175	25	Cor pulmonale cróni co.Causa inmediata de la muerte:Insuficiencia respiratoria.	Fibrosis pulmonar, muy marcada.	Hiperemia pa Hipert.hep., (Paciente de
55	176	23	Fiebre Tifoidea. Perforación de <u>vís</u> cera hueca?	Colitis ulcerativa flegmonosa, perforada.	Metamorf.gra Hipert.hep.,
56	178	30	Tétanos. Aborto incompleto.	Tétanos (diag.clin.).	Hemorragias fusas. Degeneración

(Continuación).

<u>No. DE CASO</u>	<u>No. DE AUTOPSIA</u>	<u>EDAD PACIENTE</u>	<u>DIAGNOSTICO CLINICO</u>	<u>DIAGNOSTICO ANATOMICO</u>	<u>LESION</u>
58	180	23	Encefalitis hipertensiva? Hemorragia sub-aracnoidea?	Hemorragia cerebral (Hematoma en polo - del lób. occip. izq., de 4x3cms.-Hemorragia meníngea, hemisferio izq.).	Degeneración Hiper.hep., n
59	182	23	Aborto Séptico.	Endometritis ag. post-aborto.	Hepatitis al
60	183	23	Pre-eclampsia - grave.	Eclampsia Intra-partum.	Hemorragias fusas (sub-cortosas).

P A T O L O G I A H E P A T I C A P R I M A R I A

La patología hepática primaria estaba constituida por tres casos de Hepatitis Alterativa Aguda, y cuatro de Necrosis Aguda del Hígado:

-Cuadro No. 4.-

Patología Hepática Primaria	No. de Casos	Porcentaje
Hepatitis Alterativa Aguda	3	4.28%
Necrosis Aguda del Hígado	4	5.71%
Total	7	10%(aprox.)

La Necrosis Aguda del Hígado presentaba la forma Centro-lobulillar en 1 caso, difusa en 2, y focal en 1:

-Cuadro No. 5.-

Necrosis Aguda del Hígado:

Variedades	No. de Casos	Porcentaje
Centro-lobulillar.....	1	1.42%
Difusa.....	2	2.85%
Focal.....	1	1.42%
Total	4	5.71%(apr.)

Los 7 casos con patología hepática primaria son de muertes maternas.

En el siguiente cuadro revisaremos en forma sumaria, cada uno de estos casos con sus datos más importantes de historia, examen físico, exámenes de Laboratorio, evolución, etc., etc.:

-Cuadro No. 6-

<u>No. DE CASO</u>	<u>No. DE AUTOPSIA</u>	<u>EDAD PACIENTE</u>	<u>PROCEDENCIA</u>	<u>OCUPACION</u>	<u>HIST.MENSTRUAL</u>	<u>HIST.OBSTETRICA</u>	<u>M</u>
1	21	26	Urbana.	Of.Domés.	(No tiene).	Grávida <u>VI</u> - Para <u>V</u> -	D
2	108	19	Urbana.	Of.Domés.	(No tiene).	Grávida <u>III</u> - Para <u>II</u> -	H t
3	143	22	Rural.	Of.Domés.	(No tiene).	Grávida <u>II</u> - Para <u>I</u> -	H t
4	144	38	Urbana	Of.Domés.	Menarquia a - los 13 años, tipo 30x3, sin dolor.	Grávida <u>VII</u> - Para <u>VI</u> -	C y
5	162	24	Rural.	Of.Domés.	Menarquia - a los 13 años, tipo 28x3, sin dolor.	Grávida <u>I</u> - Para <u>0</u> .	D
6	169	30	Rural.	Of.Domés.	Menarquia a - los 15 años, tipo 30x4, sin dolor.	Grávida <u>VIII</u> - Para <u>VI</u> - Abortos: 1.	D
7	170	20	Urbana.	Of.Domés.	(No tiene).	(No tiene).	P c

No. DE CASO

DATOS DE HISTORIA

DATOS FISICOS

- | | |
|--|---|
| 1 Dolores de parto 10hs. antes de su ingreso (31-VII-54). F.U.R.: 10-XII-53.-F.P.P.:17-X-54. No prenatal. | T.:37° - P.:80-T.A.:135x80 -R.:2 Presentación de nalgas. Prolapso muerto. |
| 2 Dos días de hemorragia genital, con dolor abdominal. Niega maniobras criminales. | T.:36° 7' -P.:112-T.A.:95x60-R.:2 Ex.físico:negativo.Ex.ginecológ embarazo como de 8 semanas;cuello cerrado. |
| 3 Hace pocas horas le comienza hemorragia genital fuerte, con dolor. 6 meses de embarazo. | T.:36° 1' -P.:84-T.A.:120x50-R.:2 Paciente quejumbrosa.Ex.ginecol completo. |
| 4 Hace 8 días le comienza dolor epigástrico. Hace 4 días, cansancio, náuseas, vómitos y diarrea. Hace 2 días, calentura. | T.:36° -P.:104-T.A.:130x85-R.:32 Paciente disnéica, quejumbrosa, p tada.-A.R.:estertores crepitantes. Corazón:0.-Utero a la altura Hígado y bazo:0.-Ligero edema M púricas generalizadas. |
| 5 Dolores de parto el día de su ingreso. No prenatal. | T.:37° -P.:96-T.A.:135x90-R.:20. Embarazo de 9 meses.Foco:140-Inticamente negativo. |
| 6 Dolores de parto desde hace 3 días. Dos días más tarde, prolapso genital. No hemorragia. No prenatal. | T.:38° 8' -P.:120-T.A.:150x110-R. Paciente febril.Contracciones u Hígado y bazo:0.-Altura uterina Vértice.-Cuello uterino edemato 3 ó 4 cms.-Hay prolapso ut. grado.-Se palpa cabeza fetal ocupado lapsado. |

EVOLUCION

EXAMENES DE LABORATORIO

T

- | | | |
|--|--|---|
| <p>1 La temp. subió en una ocasión hasta 38° 3', y en otra bajó a 35° 2'. - Entró en shock 6 hs. después de <u>Histerectomía</u> sub-total, falleciendo 1 hora más tarde.</p> | <p>(No tiene).</p> | <p>Hi
su
te
pa
so
l
Sa
an</p> |
| <p>2 Se practicó legrado uterino. <u>Anestesia</u>: Ciclopropano/oxígeno durante 5 mts. - No sangramiento. La mayor parte de su estancia en el Hospital estuvo en shock, apareciendo además cianosis.</p> | <p>(No tiene).</p> | <p>Le
ox
su
co
de</p> |
| <p>3 Al día siguiente de habersele practicado <u>Legrado uterino</u>: T.: 37° 3' - T. A.: 90x50 - P.: 100 - R.: 32. - Paciente en estado semicomatoso, con ictericia, aliento a frutas (?). - A.R. y C.: negativo. Hígado a l través de dedo, sensible. - Bazo: 0. - Hemorragia genital. - Signos de leve irritación meníngea.</p> | <p>Orina: trazas leves de albúmina. G.R.: 800.000, Hgl.: 3.3 grs., hematócrito: 7. - G.B.: 3.700. - Hanger: posit. ///. - N.N.P.: 150 mgrs., N.U.: 9 mgrs., glucosa sanguínea: 65 mgrs.</p> | <p>Le
An
ta
Sa</p> |
| <p>4 Aumentó disnea, agitación. Expulsa feto muerto de unos 6 meses de edad. - No fiebre.</p> | <p>Hematócrito: 7. - G.B.: 5300 Linf.: 55, Neutróf.: 45. - Plaquetas: 37.000. - N.N.P.: 90. N.U.: 38. - Creatinina: 4. - Glucosa sanguínea: 105. - 0 - orina: alb. posit. /. - Glucosa: negat. - Rx.: Edema pulmonar.</p> | <p>Sa
an
DO
Vi
no
Vi</p> |
| <p>5 Durante su permanencia en el Hospital estuvo en observación en Sala de Espera. - Al llo. día después de su ingreso, estando en pleno trabajo de parto, presentó crisis de disnea y cianosis. - A.R.: negat. - Por lo general fué afebril. - Hora y media antes de morir: T.: 40° 6'. - T.A.: 120x80. - P. 140. - No se verificó el parto.</p> | <p>Orina: alb. y glucosa: neg., hematíes y leucocitos: incontables. - Hematócrito: 37. G.B.: 7.200 con 76 neutróf. Gota gruesa: neg. - Rx.: <u>Relación</u> céfalo-pélvica: <u>dimen</u>siones disminuidas.</p> | <p>Ga</p> |
| <p>6 24 hrs. en estado de shock. - A las 5½ hrs. de su ingreso, estando en shock, se practica <u>Craneo-clisis</u>. - Anestesia: Pentotal, óxido nitroso, éter, oxígeno durante 1 hr. y 15 minutos. - 5 hrs. antes de morir: exi-</p> | <p>Hematócrito: 40. - G.B.: 19.600 con 96 neutrof. - 0 - orina: alb.: trazas ///, hematíes: abundantes.</p> | <p>Sa
Le
an
ge
ga
te</p> |

<u>No. DE CASO</u>	<u>TIEMPO DE HOSPITALI-</u> <u>ZACION</u>	<u>TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE</u> <u>LA MUERTE Y LA AUTOPSIA</u>	<u>DIAGN. CLINICO</u>	<u>DIAGN. ANATOMICO</u>	<u>LESION H</u>
1	2d. 10h.		Ruptura Uterina. Shock.	Hepatitis Altera- tiva Aguda.	Hepatitis Alte Hipert. hep., d
2	15h. 7h.		Shock irreversi- ble. Aborto incomple- to.	Necrosis Centro- lobulillar del Hígado.	Necrosis Centr del Hígado. Fibrosis hepát
3	28½h. 8½h.		Coma de origen por determinar. Aborto incomple- to.	Necrosis Difusa Aguda del Hígado.	Necrosis Difus gado. Metamorf.gras.
4	29h. 1½h.		Enteritis sub-a guda. Necrosis focal hepática.	Necrosis Focal del Hígado, moderada.	Necrosis Focal derada. Metamorf.gras.
5	1ld. 7h.		Embar.a término. Patología renal. Edema laríngeo?	Necrosis Difusa A- guda del Hígado.	Necrosis Difus gado. Hipert.hep., di
6	29h. 7h.		Prolapso del - cuello ut.-Emb. a término.-Shock tóxico-infec.	Hepatitis Altera- tiva Aguda.	Hepatitis Alte Hipert.hep., av

Analícemos someramente cada uno de estos casos por separado:

- CASO No.1 - AUTOPSIA No.21 -

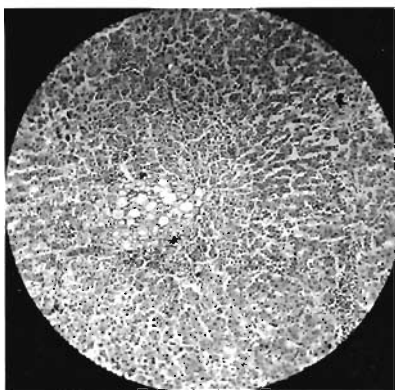
Paciente de 26 años de edad, con embarazo a término, prolapso del cordón y feto muerto, que presentó una Ruptura Uterina por lo cual se le hizo una Histerectomía Sub-total. En este primer caso es imposible, desde el punto de vista clínico, llegar al diagnóstico de una lesión hepática. La historia y examen físico son negativos a este respecto. No se le practicó ningún examen de Laboratorio a pesar de que la paciente permaneció dos días en el Hospital. No se le tomó ni un tan solo leucograma, no obstante presentar elevación térmica de $38^{\circ}3'$ en una ocasión. Se le administró anestesia con ciclopropano, óxido nitroso y éter durante 1 hora con 45 minutos. No sabemos hasta qué punto podemos incriminarle a ello un daño hepático, en el supuesto caso de que se tratara de un hígado previamente lesionado.

El diagnóstico anatómico fué de una Hepatitis Alterativa Aguda

Estudio Macroscópico: Hígado de 1600 grs. de peso. Cápsula lisa y brillante; consistencia hepática muy blanda, parénquima de color amarillento, con discreto aumento del dibujo lobulillar.- Vesícula y vías biliares sin particularidades.

Estudio Microscópico:- Cápsula delgada, regular. Lobulillos mal individualizados; espacios porta conteniendo marcada infiltración de polinucleares y linfocitos. Sinusoides dilatados, conteniendo glóbulos rojos y polinucleares. Trabéculas hepáticas mal formadas; las células presentaban degeneración grasosa en unas zonas (a predominio centro-lobulillar) y necrosis focal en otras.

-Micro-fotografía No.1-



x 100

Hepatitis Alterativa Aguda.

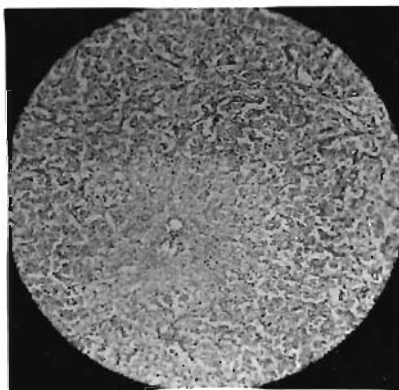
que la paciente permaneció en shock la mayor parte de su estancia en el Hospital (15 horas), lo cual nos hubiera inclinado a pensar en que esta enferma pudiera tener un daño hepático bien manifiesto, ya que la hiperemia pasiva puede conducir a una necrosis hepática de tipo central; esto, desde luego, admitiendo una evolución rápida del proceso.

El diagnóstico anatómico fué de una Necrosis Centro-lobulillar del Hígado.

Estudio Macroscópico:- El hígado pesó 1200 grs., bastante pálido y de consistencia disminuida. Al corte resalta una hiperemia a través de su palidez.- Vesícula y vías biliares sin particularidades.

Estudio Microscópico:- Cápsula regular, no engrosada. Espacios porta con aumento de elementos leucocitarios, habiendo tanto linfocitos como polinucleares y abundantes eosinófilos. Células hepáticas con un grado bastante avanzado de necrosis, sobre todo a nivel del centro del lobulillo. Los espacios mejor conservados se encuentran muy hiperemiados. Hay discreto aumento del tejido conjuntivo.

-Micro-fotografía No. 2-



| x 100

Necrosis Centro-lobulillar del Hígado.

- CASO No. 3 - AUTOPSIA No.143 -

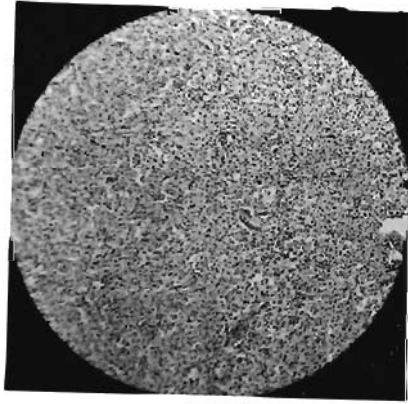
Paciente de 22 años de edad con Aborto Incompleto. En este caso no hay una historia adecuada. Al día siguiente de un Legrado Uterino se reporta a una paciente en semicomá, sub-febril, agitada, con ictericia, aliento a frutas?, hígado a un través de dedo, sensible, con hemorragia genital y signos de leve irritación meníngea. Entre las pruebas de funcionamiento hepático solamente se le practicó una de Hanger que fué positiva *+++*. Con hallazgos físicos tan grandemente llamativos debió haberse insistido en más exámenes de Laboratorio, sumamente importantes en el diagnóstico de la necrosis hepática. La hemorragia genital debió haberse tratado con un agente hemostático.

El diagnóstico anatómico fué de Necrosis Difusa Aguda del Hígado.

Estudio Macroscópico:- El hígado pesó 1090 grs., relativamente hipotrófico. Superficie lisa, regular, con moderada degeneración grasa que persiste al corte. Consistencia intermedia.- Vesícula y vías biliares sin particularidades.

Estudio Microscópico:- Cápsula delgada, regular; sin embargo se encuentra engrosada y desprendida en algunos puntos. Espacios porta conteniendo infiltración linfocitaria importante. Lobulillos hepáticos irreconocibles debido a un severo grado de necrosis de las células hepáticas, el cual se presenta en forma irregular, siendo total en algunas zonas y parcial en otras. Esta topografía focal de la necrosis completa, produce imágenes bien individualizadas sobre el resto de la necrosis. En todas las muestras examinadas hay también un componente grasoso muy importante de la degeneración.

-Micro-fotografía No. 3-



x 100

Necrosis Difusa Aguda del Hígado.

- CASO No. 4 - AUTOPSIA No.144 -

Se trataba de una paciente de 38 años de edad, con un embarazo de 6 meses, con historia de dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea y calentura, que al examen físico se presentó disnéica, quejumbrosa, pálida, deshidratada, con ligero edema de los miembros inferiores, manchas purpúricas generalizadas y estertores crepitantes en ambos campos pulmonares. Los exámenes de Laboratorio constataron: Hematocrito 7, plaquetas 37.000, glucosa sanguínea 105, glucosa en orina: negat.- No se le practicó ninguna prueba para funcionamiento hepático, no obstante haberse pensado en una severa lesión de este órgano, como veremos dentro de poco. La paciente falleció 29 horas después de su ingreso.

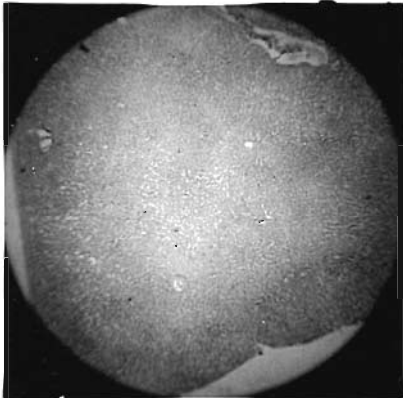
Clinicamente se evidenció en este caso: 1o) Una profunda deshi

Estudio Macroscópico:- El hígado pesó 1310 grs. Superficie lisa regular, color marrón claro, con ligera degeneración grasosa; consistencia intermedia. Al corte había hiperemia.

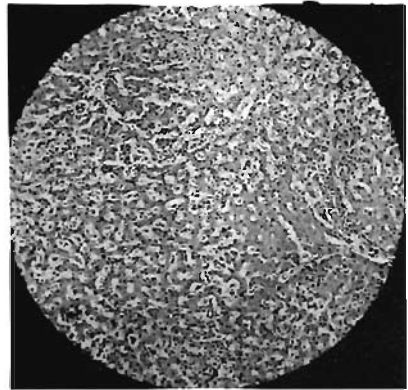
En la vesícula biliar se encontraron cálculos calcáreos en número de 23, de forma irregularmente prismática, de mediano tamaño. Además había lodo biliar. Vías biliares permeables.

Estudio Microscópico:- Cápsula delgada, regular. Espacios porta con fuerte infiltración linfocitaria. Lobulillos mal individualizados. Las células presentan en su totalidad un severo daño hepático, manifestado por degeneración turbia, núcleo con cariólisis y presencia de granulaciones protoplasmáticas. Hay, además, pequeñas zonas de necrosis focal, y moderada degeneración grasosa. Tejido conjuntivo sin particularidades:

-Micro-fotografía No. 4-



x 30



x 10

Necrosis Focal del Hígado.

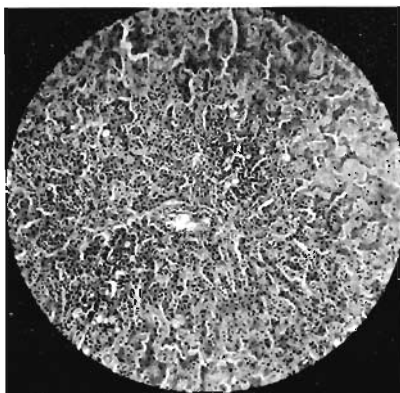
- CASO No. 5 - AUTOPSIA No.162 -

Paciente de 24 años de edad con embarazo a término. En este caso no hay ningún dato clínico que haga sospechar alguna lesión hepática.- No se le hizo ninguna reacción para funcionamiento hepático, no obstante haber permanecido la paciente 11 días hospitalizada. Durante ese tiempo se tuvo en observación de su parto en Sala de Espera, no presentando ningún síntoma que llamara la atención, sino hasta el día de su muerte en que tuvo crisis de disnea y cianosis estando en pleno trabajo de parto.

El diagnóstico anatómico fué de Necrosis Difusa Aguda del Hígado.

Estudio Macroscópico:- El hígado pesó 1420 grs. Cápsula lisa regular, de coloración marrón oscuro, consistencia blanda; al corte

-Micro-fotografía No. 5-



x 100

Necrosis Difusa Aguda del Hígado.

- CASO No. 6 - AUTOPSIA No. 169 -

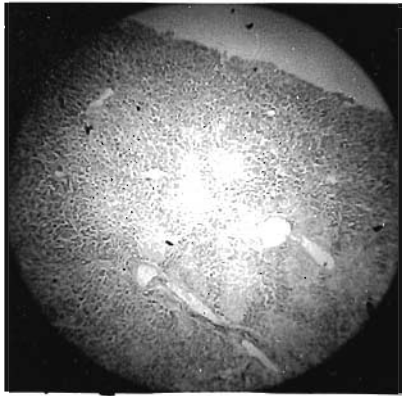
Paciente de 30 años de edad con embarazo a término y prolapso del cuello uterino. Nos encontramos frente a otro caso con historia y examen físico que en nada orientan hacia una patología hepática. Era una paciente febril, en estado de shock, con prolapso total del cuello uterino, infectado, y feto muerto in útero. Había un leucograma de 19.600 leucocitos con 96 neutrófilos. Se pensó en shock tóxico-infeccioso. Se le practicó Craneo-clisis empleando como anestésicos pentotal, óxido nitroso, éter-oxígeno durante una hora y 15 minutos. La enferma estuvo en shock durante 24 horas.

El diagnóstico anatómico fué de Hepatitis Alterativa Aguda.

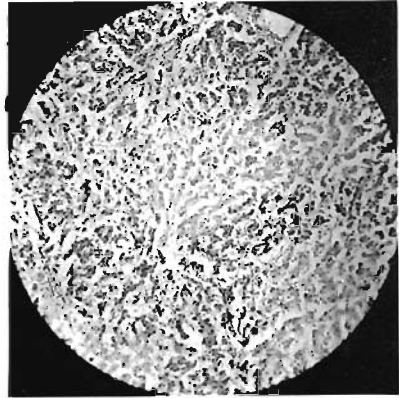
Estudio Macroscópico: - El hígado pesó 2050 grs. Hipertrofiado, superficie lisa, regular, con aparente degeneración grasosa moderada; consistencia blanda. Al corte persiste la degeneración grasosa; hay también zonas de hiperemia. - Vesícula y vías biliares permeables.

Estudio Microscópico: - Cápsula delgada, regular. Espacios porta con discreta infiltración linfocitaria; sinusoides muy dilatados venas centro-lobulillares ingurgitadas de sangre hemolizada; células hepáticas muy separadas unas de otras, mostrando un proceso degenerativo: protoplasma con pigmento en su interior, núcleo picnótico; hay extensas zonas necróticas, algunas de topografía centro-lobulillar. Hay pérdida completa de la estructura lobulillar. El tejido conjuntivo no está aumentado. No hay degeneración grasosa. En los vasos se observa sangre hemolizada. El proceso es compatible con una Hepatitis Alterativa.

-Micro-fotografía No. 6-



x30



x100

Hepatitis Alterativa Aguda.

- CASO No. 7 - AUTOPSIA No.170 -

Por último tenemos el caso de una enferma de 20 años de edad, con una historia paupérrima; sólo tenemos los datos de haber expulsado feto muerto, después de lo cual presenta convulsiones e inconsciencia.- Al examen físico se constató paciente comatosa, con 37° de temperatura, con cifras tensionales de 145x90, edema grado I de miembros inferiores. Se pensó entonces en una Eclampsia post-partum, diagnóstico que podemos alejar si tomamos en cuenta que las cifras tensionales pueden considerarse dentro de los límites normales para hablar de hipertensión; no hay una albuminuria bien manifiesta y el fondo de ojo es normal. A esto debemos agregar que la terapéutica con sulfato de magnesia no dió ningún resultado; se suspendió al siguiente día de su ingreso, habiéndose instituido una terapia intensa con antibióticos. Si tomamos en cuenta que la paciente fue febril (alzas hasta de 39-7°), con recuento de 17.800 glóbulos blancos con 93 neutrófilos, y que siempre estuvo en coma durante su permanencia en el Hospital, es obvio pensar en un Coma de origen infeccioso, y una infección muy severa que no cedió con los antibióticos llevando a la enferma rápidamente a la muerte.

A pesar de haber estado internada 3 días en el Hospital tenemos que lamentar, como en el caso anterior, la ausencia completa de exámenes de Laboratorio investigando patología hepática.

El diagnóstico anatómico fue de Hepatitis Alterativa Aguda.

Estudio Macroscópico:- El hígado pesó 1300 grs. Superficie lisa, regular, de coloración marrón oscuro, consistencia blanda; al corte hay hiperemia.- Vesícula y vías biliares sin particularidades

Estudio Microscópico:- Cápsula delgada, un tanto irregular. Lo

x 100

Hepatitis Alterativa Aguda.

Como podemos darnos cuenta por el somero análisis de los casos anteriormente expuestos, es sumamente difícil, en vida, llegar a diagnóstico con los datos clínicos encontrados. De allí que solamente en un caso (el número 4) se hizo el diagnóstico de Necrosis Focal Hepática, el cual se comprobó a la autopsia. En el caso número 3 se trataba de una paciente en semi-coma, icterica, con aliento frutal, con un hígado a dos traveses de dedo, sensible, y en la cual se llegó al diagnóstico de Coma de origen por determinar. Tenía una reacción de Hanger positiva ~~+++~~. A la autopsia se comprobó una Necrosis Difusa Aguda del Hígado.

La dificultad diagnóstica en todos los casos podemos atribuirla a tres circunstancias:

- 1a) Escasez de datos clínicos (historia, examen físico, etc)
- 2a) Permanencia en el Hospital muy corta en casi todos ellos
- 3a) Tremenda deficiencia de parte del Laboratorio.

Con respecto a esta 3a. circunstancia he de manifestar, muy pesar mío, que ver los casos en esa forma es estudiarlos mal; no podremos hacer un buen diagnóstico, y tendremos que llegar a las Conferencias Anatomoclínicas a hacer comentarios sin suficientes bases y a hacernos la pregunta que mencioné en la Introducción de este trabajo: De qué murió esta enferma? - No quiero insistir más en esta gran falla de nuestro Hospital de Maternidad que es considerado como de primera clase, ya que ello salta a la vista al leer todos los casos de Patología Hepática primaria que he expuesto. Debe ser el lector lo que acontece con los casos de Patología Hepática secundaria. Espero que lo expuesto anteriormente sea tomado como una crítica puramente constructiva.

Además, es una verdadera lástima que en los casos revisados tanto de Patología Hepática primaria como secundaria, no se practicó ninguna Biopsia Hepática (punción), dado el auge que ha tomado

P A T O L O G I A H E P A T I C A S E C U N D A R I A

Comenzaré exponiendo un cuadro sinóptico de toda la Patología pática Secundaria encontrada en los 53 casos (75.71%) que mencioné anteriormente, con el número de casos y porcentaje de cada lesión hática.

-Cuadro No. 7.-

Lesión Hepática Secundaria	No. de Casos	Porcent
1)Hipertrofia hepática.....	41	58.57
2)Metamorfosis grasosa.....	23	32.85
3)Degeneración turbia.....	10	14.28
4,Hemorragias hepáticas no traumáticas.....	9	12.87
5)Hepatitis alterativa aguda.....	5	7.14
6)Gangrena gaseosa hepática.....	4	5.71
7)Tuberculosis hepática.....	3	4.28
8)Hiperemia pasiva crónica.....	3	4.28
9)Necrosis aguda del hígado.....	3	4.28
10)Hepatitis palúdica aguda.....	2	2.85
11)Hepatitis intersticial ag. no supurada....	2	2.85
12)Hepatitis intersticial sub-ag. no supurada	2	2.85
13)Fibrosis hepática.....	2	2.85
14)Angioma hepático.....	1	1.42
15)Corio-epitelioma hepático, metastásico....	1	1.42

En la mayor parte de casos nunca se encontró una sola lesión, no que concurrieron dos, tres y hasta cuatro eventualidades. El ejemplo típico es el caso número 11, autopsia No. 40, en el cual encontramos las lesiones hepáticas siguientes: Metamorfosis grasosa, hemorragias sub-capsulares, hipertrofia hepática y angioma hepático. Este tipo es un hallazgo de autopsia y solamente se encontró este caso en la revisión de todas las autopsias.

1) Hipertrofia Hepática: - 41 casos - 58.57%

En nuestras pacientes tomamos como hígados de peso normal los que tienen, por término medio, de 1200 a 1300 grs. En el presente trabajo he considerado como hígados hipertróficos los que tienen un peso mayor de 1400 grs. Hago la salvedad de que en el caso No. 54- autopsia No. 175, el peso era de 1250 grs.; pero lo he tomado como un hígado hipertrófico ya que la talla de la paciente era de 120 cms. Se trataba de una enferma xifo-escoliótica con Fibrosis pulmonar muy marcada y que clínicamente dió un Cor pulmonale crónico.

He dividido las hipertrofias hepáticas en 3 grados, de acuerdo con sus pesos:

- a) Discreta: De 1400 á 1649 grs.
- b) Moderada: " 1650 á 1999 "
- c) Avanzada: " 2000 grs. en adelante.

El número de casos encontrados en cada grado es el siguiente:

-Cuadro No. 8-

Hipertrofia Hepática	No. de casos	Porcentaje
a) Discreta.....	20	28.57%
b) Moderada.....	13	18.57%
c) Avanzada.....	8	11.42%
Total	41	58.57%(aprox.)

La menor hipertrofia encontrada fué de 1420 grs., y la mayor, 3000 grs. Sumándolas todas se encuentra un término medio de 1779 grs.

Los 41 casos (58.57%) de Hipertrofia Hepática estaban asociados a las siguientes lesiones hepáticas:

-Cuadro No. 9-

Lesión Hepática	No. de casos	Porcentaje
Metamorfosis grasosa.....	18	25.71%
Hepatitis aguda.....	5	7.14%

-Cuadro No. 9- (Cont.)

Lesion Hepática	No. de casos	Porcentaje
Gangrena gaseosa hepática.....	1	1.42%
Corio-epitelioma hepático, metast.	1	1.42%
No manifiesta.....	7	10.00%
Total	41	58.57%(aprox.)

Como puede verse, casi la mitad de los casos de Hipertrofia Hepática estaban asociados con Metamorfosis grasosa del mismo. La otra parte lo estaban con Hepatitis aguda (3 alterativas y 2 intersticiales no supuradas). En los 7 casos sin lesión hepática manifiesta, la hipertrofia existía aisladamente, sin ninguna otra patología hepática.

De acuerdo con los 3 grados arriba expuestos, tenemos:

a)- Los 20 casos (28.57%) de Hipertrofia Hepática discreta (de 1400 á 1649 grs.), estaban asociados a:

-Cuadro No. 10-

Lesión Hepática	No. de casos	Porcentaje
Metamorfosis grasosa.....	10	14.28%
Degeneración turbia.....	2	2.85%
Hepatitis intersticial ag., no supur.	1	1.42%
Hepatitis alterativa aguda.....	1	1.42%
Necrosis difusa aguda.....	1	1.42%
Hiperemia pasiva crónica.....	1	1.42%
No manifiesta.....	4	5.71%
Total	20	28.57%(aprox.)

En estos 20 casos de Hipertrofia discreta, la mitad de ellos estaban asociados a Metamorfosis grasosa hepática. Solamente en 4 casos no se encontró lesión hepática que pudiera explicar la hipertrofia.

-Cuadro No. 11-

Lesión Hepática	No. de casos	Porcentaje
Metamorfosis grasosa.....	5	7.14%
Hepatitis alterativa aguda.....	1	1.42%
Degeneración turbia.....	1	1.42%
Hiperemia pasiva crónica.....	1	1.42%
Hepatitis palúdica.....	1	1.42%
Corio-epitelioma hep.,metast...	1	1.42%
No manifiesta.....	3	4.28%
Total	13	18.57%(apr.)

De estos 13 casos de Hipertrofia moderada, un poco más de la t
cera parte estaban asociados a Metamorfosis grasosa hepática.

c)- Los 8 casos (11.42%) de Hipertrofia Hepática avanzada (de
2000 grs. en adelante), estaban asociados a:

-Cuadro No. 12-

Lesión Hepática	No. de casos	Porcentaje
Metamorfosis grasosa.....	3	4.28%
Hepatitis alterativa aguda.....	2	2.85%
Hiperemia pasiva crónica.....	1	1.42%
Hepatitis palúdica.....	1	1.42%
Gangrena gaseosa.....	1	1.42%
Total	8	11.42%(apr.)

Así como en el cuadro anterior, un poco más de la tercera part
de estos 8 casos de Hipertrofia avanzada, estaban asociados a Metan
fosis grasosa hepática. No existe ningún caso con lesión hepática r
manifiesta.

2)- Metamorfosis Grasosa Hepática:- 23 casos - 32.85%.-

El número de casos encontrados en cada uno de estos grados es siguiente:

-Cuadro No. 13-

Metamorfosis Grasosa	No de casos	Porcentaje
a) Discreta.....	10	14.28%
b) Moderada.....	6	8.57%
c) Avanzada.....	7	10.00%
Total	23	32.85%

Los 23 casos (32.85%) de Metamorfosis grasosa estaban relacionados con las siguientes enfermedades:

-Cuadro No. 14-

Lesión Anatómica principal	No. de casos	Porcenta;
Necrosis aguda del hígado.....	4	5.71%
Tuberculosis generalizada.....	3	4.28%
Shock hemorrágico.....	2	2.85%
Meningo-encefalitis aguda.....	2	2.85%
Hepatitis intersticial aguda no supurada	1	1.42%
Hepatitis intersticial sub-ag.no supur..	1	1.42%
Gangrena gaseosa hepática.....	1	1.42%
Degeneración turbia hepática avanzada...	1	1.42%
Shigellosis.....	1	1.42%
Colitis ulcerativa flegmonosa perforada.	1	1.42%
Pielonefritis bilateral aguda.....	1	1.42%
Shock obstétrico.....	1	1.42%
Bronconeumonía.....	1	1.42%

De acuerdo con los 3 grados de Metamorfosis grasosa, tenemos
a)- Los 10 casos (14.28%) de Metamorfosis grasosa discreta,
ban relacionados con:

-Cuadro No. 15-

Lesión Anatómica principal	No. de casos	Porcentaje
Shock hemorrágico.....	2	2.85%
Meningo-encefalitis aguda.....	2	2.85%
Tuberculosis generalizada.....	1	1.42%
Gangrena gaseosa.....	1	1.42%
Pielonefritis bilateral aguda...	1	1.42%
Bronconeumonía.....	1	1.42%
Ruptura uterina.....	1	1.42%
Endometritis y miometritis aguda	1	1.42%
Total	10	14.28%(apr.)

b)- Los 6 casos (8.57%) de Metamorfosis grasosa moderada est
relacionados con:

-Cuadro No. 16-

Lesión Anatómica principal	No de casos	Porcenta
Necrosis aguda del hígado.....	4	5.71%
Hepatitis intersticial sub-ag.no supur..	1	1.42%
Degeneración avanzada.....	1	1.42%
Total	6	8.57%(a

Es digno hacer notar que de esos 6 casos de Metamorfosis gra
moderada, 4 estaban en relación con Necrosis aguda del hígado; ha
do la salvedad de que estas Necrosis hepáticas 2 de ellas eran le
nes secundarias.

-Cuadro No. 17-

Lesión Anatómica principal	No. de casos	Porcentaje
Tuberculosis generalizada.....	2	2.85%
Hepatitis intersticial aguda no supurada.	1	1.42%
Shighellosis.....	1	1.42%
Colitis ulcerativa flegmonosa perforada..	1	1.42%
Shock obstétrico.....	1	1.42%
Infarto pulmonar bilateral.....	1	1.42%
Total	7	10.00%

B- Distribución topográfica de la Metamorfosis grasosa:

- a) Difusa:..... 19 casos.
- b) Focal:..... 3 "
- c) Difusa y focal: 1 "

Analizaremos estas 2 últimas eventualidades:

b) Metamorfosis grasosa focal:- Caso No. 25 - Autopsia No. 9

Hígado con hipertrofia avanzada, 3000 grs., y metamorfosis grasosa avanzada. Paciente de 28 años de edad, desnutrida, con diagnóstico anatómico de Shighellosis, Ulceración de toda la mucosa del colon

Caso No. 28 - Autopsia No. 105:- Hígado con hipertrofia discreta, 1600 grs., y metamorfosis grasosa, también discreta. Paciente 39 años de edad con Ruptura uterina y Peritonitis generalizada.

Caso No. 42 - Autopsia No. 148:- Hígado con hipertrofia moderada, 1970 grs., y metamorfosis grasosa, así mismo moderada, presentando, además, una Necrosis focal discreta. Paciente de 33 años de edad con Necrosis de la pared anterior del útero como diagnóstico anatómico principal. Este es el único caso de Necrosis Hepática con distribución grasosa focal.

De los 4 casos de Necrosis Aguda del Hígado analizados en Patología Hepática Principal, solamente 2 de ellos presentaban metamorfosis grasosa, la cual era moderada y de topografía difusa. Estos corresponden a los casos No. 3 - Autopsia No. 143 y No. 4 - Autopsia

Por los casos arriba analizados, pareciera que el grado de morfosis grasosa va a la par con el grado de hipertrofia; sin embargo hay casos en los cuales la primera es avanzada y la segunda discreta o viceversa; la misma disparidad sucede con la variedad moderada

Como podemos darnos cuenta, el 32.85% (la tercera parte aproximadamente) de nuestros 70 casos revisados presentan metamorfosis grasosa. Es obvio atribuir como causa de esta lesión hepática a la deficiencia, tan común en nuestras pacientes de hospital. Dada la relación con la cual se encuentra metamorfosis grasosa hepática relacionada con desnutrición en nuestro país, es probablemente la falta de adecuada ingestión proteica el factor primordial en la determinación de la carga grasosa hepática. Pero en el presente trabajo no se puede analizar el factor nutricional por varias razones: la) el factor nutricional no está bien descrito en las hojas clínicas (historia, examen físico); 2a) escasez de exámenes de Laboratorio (recuento de glóbulos rojos, hemoglobina, proteínas sanguíneas), y 3a) el motivo de consulta de nuestras enfermas (hemorragia genital, dolores de parto, e

3)- Degeneración Turbia Hepática:- 10 casos - 14.28%.-

En esta eventualidad he descartado los casos en los cuales transcurrido más de 8 horas entre la muerte y la autopsia.

Dividiré la Degeneración turbia en 3 grados, de acuerdo con intensidad del daño celular: a) Discreta, b) Moderada y c) Avanzada. El número de casos y porcentajes encontrados en cada uno de estos es el siguiente:

-Cuadro No. 18.-

Degeneración Turbia	No. de casos	Porcentaje
a) Discreta.....	3	4.28%
b) Moderada.....	5	7.14%
c) Avanzada.....	2	2.85%
Total	10	14.28%

Los 10 casos (14.28%) de Degeneración turbia estaban relacionados con las enfermedades siguientes:

-Cuadro No. 19-

Lesión Anatómica principal	No. de casos	Porcentaje
Ruptura uterina.....	2	14.28%

-Cuadro No. 19.- (Cont.)

Lesión Anatómica principal	No. de casos	Porcentaje
Tétanos.....	1	1.42%
Hemorragia cerebral.....	1	1.42%
Total	10	14.28%(apr)

a)- Los casos (4.28%) de Degeneración turbia discreta estab:
lacionados con:

-Cuadro No. 20.-

Lesion Anatómica principal	No. de casos	Porcentaje
Endometritis y miometritis agudas.	1	1.42%
Embarazo abdominal secundario, roto	1	1.42%
Hemorragia cerebral.....	1	1.42%
Total	3	4.28%(apr.)

b)- Los 5 casos (7.14%) de Degeneración turbia moderada est
relacionados con:

-Cuadro No. 21.-

Lesión Anatómica principal	No. de casos	Porcentaje
Aborto incompleto infectado.....	1	1.42%
Perforación uterina. Peritonitis..	1	1.42%
Celulitis glútea derecha.....	1	1.42%
Neumonía de las bases.....	1	1.42%
Tétanos.....	1	1.42%
Total	5	7.14%(apr.)

-Cuadro No. 22-

Lesión Anatómica principal	No. de casos	Porcentaje
Eclampsia.....	2	2.85%
Shock.....	2	2.85%
Tétanos.....	1	1.42%
Meningo-encefalitis.....	1	1.42%
Gangrena gaseosa.....	1	1.42%
Embarazo abdominal secundario, roto	1	1.42%
Bronconeumonía.....	1	1.42%
Total	9	12.85%(apr

A- Desde el punto de vista de su localización macroscópica en los tramos 2 variedades:

- a) Sub-capsulares.....: 7 casos.
- b) Sub-capsulares y parenquimatosas.....: 2 casos.

En esta segunda variedad las hemorragias se veían también en el parénquima al hacer los cortes rutinarios con el cuchillo.

B- Desde el punto de vista de su localización microscópica en los tramos las variedades siguientes:

- a) Centro-lobulillares y peri-lobulillares.
- b) Focales.

Desde luego, estas 2 variedades corresponden a los 2 casos de hemorragias sub-capsulares y parenquimatosas mencionadas en la parte macroscópica (b). Se trataban de 2 casos de Eclampsia, y fueron los casos que se encontraron en la revisión de las 70 autopsias. La descripción anatómica de estos hígados es la siguiente:

Caso No. 53 - Autopsia No. 174:- Estudio Macroscópico: Hígado 1370 grs. de peso. Superficie lisa, regular, presentando hemorragias sub-capsulares, pequeñas, difusas, múltiples, en mayor cantidad en la cara inferior; hay aparente degeneración grasosa que contrasta con las zonas hemorrágicas; consistencia hepática intermedia. Al corte persistían dichas hemorragias, diseminadas en el parénquima, aunque en menor cantidad, notándose siempre la degeneración grasosa.- Veíanse la y vías biliares sin particularidades.

Se trataba de una paciente de 37 años de edad, con diagnóstico clínico de Eclampsia post-partum? y cuyo diagnóstico anatómico fué Eclampsia.

Caso No. 60 - Autopsia No. 183:- Estudio Macroscópico: El hígado pesó 1400 grs. Superficie lisa, regular, presentando en toda su superficie hemorragias sub-capsulares, difusas, múltiples; hay también presente degeneración grasosa; consistencia hepática moderadamente ablanda. Al corte se observan en el parénquima hepático zonas hemorrágicas de aproximadamente 1.5 cms. de diámetro, difusas, en moderada cantidad; persiste la degeneración grasosa antes mencionada, la cual moderada.- La vesícula biliar contenía bilis espesa en gran cantidad. Conductos biliares extra-hepáticos permeables.

Estudio Microscópico: Cápsula regular, no engrosada. Espacioporta sin particularidades. Células hepáticas bastante bien conservadas. Hay un proceso de hemorragias focales diseminadas en todo el parénquima sin ninguna distribución especial.

Se trataba de una paciente de 23 años de edad, con diagnóstico clínico de Pre-eclampsia grave y cuyo diagnóstico anatómico fué eclampsia intra-partum.

5)- Hepatitis Alterativa Aguda:- 5 casos - 7.14%.-

-Cuadro No. 23.-

Lesión Anatómica principal	No de casos	Porcentaje
Eclampsia.....	1	1.42%
Shock hemorrágico.....	1	1.42%
Meningo-encefalitis hemorrágica..	1	1.42%
Endometritis aguda post-aborto...	1	1.42%
Nefritis aguda.....	1	1.42%
Total	5	7.14%

6)- Gangrena Gaseosa Hepática:- 4 casos - 5.71%.-

-Cuadro No. 24.-

Origen de la Gangrena Gaseosa	No.de casos	Porcen
Ruptura uterina (Aborto criminal)	0	0.00%

7)- Tuberculosis Hepática:- 3 casos - 4.28%.-

Los 3 casos se trataban de Tuberculosis generalizada, de tipo miliar. Todos eran hígados hipertróficos - 1600, 1490 y 1850 grs. - con metamorfosis grasosa - avanzada, discreta y avanzada (de topografía difusa). Fueron diagnosticados clínicamente.

8)- Hiperemia Hepática Pasiva Crónica:- 3 casos - 4.28%.-

-Cuadro No. 25.-

Lesión Anatómica principal	No.de casos	Porcentaje
Estrechez mitral.....	1	1.42%
Arteritis pulmonar fibrosa, crónica.	1	1.42%
Fibrosis pulmonar.....	1	1.42%
Total	3	4.28%(apr.)

9)- Necrosis Aguda del Hígado:- 3 casos - 4.28%.-

-Cuadro No. 26.-

Lesión Anatómica principal	No.de casos	Porcen
Arteritis pulm.fibr., crón.(Hiperem.pas.ción.)	1	1.42%
Tétanos.....	1	1.42%
Necrosis pared anterior del útero.....	1	1.42%
Total	3	4.28%

Esta lesión hepática secundaria presentaba 2 variedades:

- a) Focal (Necrosis pared anterior del útero).
- b) Centro-lobulillar (Hiperemia pasiva crónica y Tétanos).

10)- Hepatitis Palúdica Aguda:- 2 casos - 2.85%.-

11)- Hepatitis Intersticial Aguda, no supurada:- 2 casos - 2

Estos casos se trataban de Aborto infectado- Septicemia y Hemorragia de la Hipófisis, respectivamente.

12)- Hepatitis Intersticial Sub-aguda, no supur.: 2 casos - 2.85%.

14)- Angioma Hepático:- 1 caso - 1.42%.-

Fué un hallazgo de autopsia en un caso de Retención placentari Shock hemorrágico.

15)- Corio-epitelioma Hepático, metastásico:- 1 caso - 1.42%.-

Se trataba de una paciente de 26 años de edad, que tuvo un parto a término, normal, 2 meses y 23 días antes de su muerte (4-Sept. 1954). El diagnóstico clínico en ese entonces, fué de Hepatoma, y la autopsia reveló lo mismo. Sin embargo, al hacer el presente trabajo se volvió a revisar con mayor detenimiento dicho caso (clínica e histopatológicamente), llegándose a la conclusión de que se trataba en realidad de un Corio-epitelioma Hepático, metastásico. Un año antes de su ingreso al Hospital de Maternidad se le había practicado un I grado uterino por aborto molar en el Hospital Rosales, encontrándose al examen microscópico células monstruosas semejantes a las encontradas en el tejido hepático de la autopsia.- El estudio anatómico de este hígado es el siguiente:

Caso No. 5 - Autopsia No. 24:- Estudio Macroscópico: El hígado pesó 1700 grs. Cápsula irregular en la cara superior; presenta a nivel del lóbulo derecho y hacia su parte posterior, una tumoración de 10 cms. de diámetro del mismo aspecto que las encontradas en los otros órganos (pulmones, riñón izq.); estaba en pleno parénquima y tenía algunas zonas de color verdoso. Se encontraron además otras tumoraciones de 3 cms. de diámetro de color rojo oscuro.- Vesícula y vías biliares permeables y sin particularidades.

Estudio Microscópico: Muestras tomadas de la tumoración hepática y de las metástasis dejan ver una estructura formada por cordones de células cúbicas entre 10 y 14 micras de diámetro, con núcleo muy voluminoso, hiperromático, protoplasma homogéneo; casi no hay ningún estroma que sostenga estas células, y en la mayor parte de las muestras examinadas se encuentran separadas por grandes lagos sanguíneos y extensas zonas necróticas. Hay también numerosas células monstruosas con dimensiones, a veces, hasta de 50 micras. Estos cordones de células por su forma, disposición y policromasia recuerdan muy cerca las células trofoblásticas malignas de los corio-epiteliomas. Comparadas estas células con las encontradas en el producto de legrado de esta enferma (legrado uterino por aborto molar - Biopsia No. 7384), nos parecen similares si no idénticas. En consecuencia, es nuestra opinión, que se trata de un Corio-epitelioma de evolución lenta y atípica, con desaparición del tumor primario uterino y en que, por la integridad del útero, pudo desarrollarse otro embarazo.

- S U M A R I O Y R E C O M E N D A C I O N E S -

- 1.- Se ha presentado el estudio de las primeras 70 autopsias adultas practicadas en el Hospital de Maternidad, con el objeto de revisar la Patología Hepática.
- 2.- De estas 70 autopsias, 60 presentaban Patología Hepática, lo que da una incidencia del 85.71%.
- 3.- De estos 60 casos, 7 presentaban Patología Hepática Primaria, o sea el 10%, y las 53 restantes, Patología Hepática Secundaria -- (75.71%).
- 4.- Los 7 casos con Patología Hepática Primaria se trataban de Hepatitis Alterativa Aguda (3 casos - 4.28%) y Necrosis Aguda del Hígado (4 casos - 5.71%).
- 5.- Las variedades de la Necrosis Aguda del Hígado eran: Centro-lobulillar (1 caso), Difusa (2 casos) y Focal (1 caso).
- 6.- De los 7 casos con Patología Hepática Primaria solamente un caso fue diagnosticado clínicamente.
- 7.- De los 53 casos con Patología Hepática Secundaria, las lesiones más frecuentemente encontradas fueron: Hipertrofia Hepática (41 casos - 58.57%) y Metamorfosis Grasosa Hepática (23 casos - 32.85%).
- 8.- Estos porcentajes demuestran la alta incidencia de la Hipertrofia y de la Metamorfosis Grasosa hepáticas.
- 9.- Casi la mitad de los casos de Hipertrofia del Hígado estaban asociados con Metamorfosis Grasosa del mismo.
- 10.- El tipo de Metamorfosis Grasosa Hepática es predominantemente difusa.
- 1.- Es indudable que la mala nutrición de nuestras pacientes juega un papel importante en la determinación de Metamorfosis Grasosa Hepática, agregándose a ello el factor embarazo como un agravante.
- 2.- Solamente en 2 casos se encontró Fibrosis Hepática, la cual era discreta.
- 3.- En la revisión de las 70 autopsias se encontraron 3 casos de Tuberculosis generalizada.
- 4.- Los 3 casos presentaban Metamorfosis Grasosa e Hipertrofia hepáticas.
- 5.- Según el presente trabajo, el 10% de las enfermas del Hospital de Maternidad mueren por afección hepática.

- 1.- Levantar mejores Historias Clínicas, tomando el mayor número de los posibles (antecedentes, alimentación, etc.), haciendo incap no solamente en la parte obstétrica y ginecológica, sino también en la de Medicina Interna.
- 2.- Hacer un examen físico más completo (estado nutricional, exploración cuidadosa de los distintos órganos y aparatos) sin concretarse solamente a la parte obstétrica y ginecológica.
- 3.- Explorar con detenimiento el hígado, investigando, sobre todo, el tamaño, dada la alta frecuencia de Hipertrofia Hepática.
- 4.- En pacientes embarazadas con historia de convulsiones o en estado de coma, debe pensarse siempre, además de Toxemia, en un daño hepático severo (Hepatitis Aguda, Necrosis Aguda del Hígado) como en enfermedad principal.
- 5.- En todos aquellos casos que se sospeche Patología Hepática, llamar siempre en consulta a un Internista (Rutina del Hospital).
- 6.- Deben practicarse de rutina en pacientes con sospecha de severo daño del hígado, las pruebas corrientes de funcionamiento hepático (Valor de protrombina, floculación de la cefalina-colesterol, fosfatasa alcalina, bilirrubinemia, retención de Bromsulftaleína), así como también hacerse siempre (salvo contra-indicaciones) Biopsias Hepáticas por punción.
- 7.- Deben practicarse de rutina en todas las pacientes que ingresan Hospital, además de los exámenes de Laboratorio rutinarios (Rutina del Hospital), por lo menos 2 de las pruebas de funcionamiento hepático (Hanger y Timol). Este mismo criterio debe seguirse en pacientes de Control Prenatal y en las que serán sometidas a intervención quirúrgica.
- 8.- En caso de encontrar con estas 2 pruebas, evidencia de insuficiencia hepática, practicar las demás pruebas enumeradas.
- 9.- En pacientes con diagnóstico de Tuberculosis deben practicarse de rutina, por lo menos 2 de las pruebas enumeradas, en especial proteínas sanguíneas y diferenciales, ya que aparentemente es la más útil para descartar daño funcional hepático en Tuberculosis.
- 0.- Debe practicarse de rutina la Biopsia Hepática en toda paciente con desnutrición, dada la frecuencia de la Metamorfosis Grasosa Hepática en desnutridas.
- 1.- Sería interesante presentar un trabajo de casos autopsiados con Biopsia Hepática para relacionar los daños hepáticos encontrados no en ambos procedimientos.

- 6.- Sodeman, W.A.: Pathologic Physiology. Mechanisms of Disease.- cond Edition Illustrated. 1956.- The Liver. Fatty Liver and the Relation of Dietary Factors to Structural Changes; 628-630.
- 7.- Spellberg, M.A.: Enfermedades del Hígado.- Traducción del inglés por Hermann Hederich Rodríguez, 1956; 51-69, 163-192, 309-319, 327-336.
- 8.- Titus, P.: The Manegement of Obstetric Difficulties.- Fifth Edition, 1955.- Infectious Hepatitis; 183-184.
- 9.- Twiss, J.R. y Oppenheim, E.: Manual Práctico de los Trastornos del Hígado, Pancreas y Conducto Biliar.- Versión Castellana por Ramón F. Minoli. Trastornos del Hígado; 306-382.



- B I B L I O G R A F I A -

- 1.- Cabezas, A.: Alimentación Básica de la Población Salvadoreña. Archivos del Colegio Médico de El Salvador, 6: 257-269, Dic.-1953.
- 2.- Cecil, R.L.: Tratado de Medicina Interna. Traducción al Español de la Séptima Edición original por Ramón Bertran, 1950.- Tomo I, Enfermedades del Hígado; 857-873, 885-886.
- 3.- Eastman, Nicholson J.: Obstetricia de Williams. Segunda Edición en Español, 1953; 8-15, 221, 663-721, 729-258.
- 4.- Elias, M.H.: Morphology of the Liver.- Liver Injury Edited by F.W. Hoffbauer, 1952; 111-196.
- 5.- Fernández, J.J. y Masferrer, R.: Estudio Correlativo Clínico-Histológico de Patología Hepática en El Salvador (Basado en 110 Biopsias Hepáticas). Inédito.
- 6.- Fernández, J.J., Amador, A. y Masferrer, R.: Lesiones del Parénquima Hepático en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Crónica y Tuberculosis Miliar. Estudio con Biopsias Hepáticas. Reporte preliminar. Arch. del Colegio Méd. de El Salv., 8:238-249, Dic.-1954.
- 7.- Gamero, O.: Análisis Anatómico-Clínico de 87 casos de Muerte por Infección Hepática. Revisión de 1000 autopsias en el Hospital Rosales. Tesis Doctoral. Universidad de El Salvador. Nov.-1954.
- 8.- Hartmann, F. and Schoen, R.: Hepatitis in Pregnancy.- Surgery, Gynecology & Obstetrics; 101: 595, Dec.-1955.
- 9.- Karsner, H.T.: Human Pathology.- Eighth Edition, 1955; 42-51, 287-293, 605-634.
- 10.- Long, J.S., Boysen, H. and Priest, F.O.: Infectious Hepatitis at Pregnancy.- American Journal of Obstetrics and Gynecology; 70: 282-287, Aug.-1955.
- 1.- Moor, R.A.: Anatomía Patológica. Traducido al Español por Antonio Villasana y Manuel Martínez Baez.- 1a. Edición; 560-567, 622-633.
- 2.- Morey, D.A.J., Means, R.L. and Plumner, K.: Effectiveness and Complications of Needle Biopsy of the Liver.- The Journal of the American Medical Association; 158: 1489, Aug.-1955.
- 3.- Novac, E.: Gynecologic and Obstetric Pathology. Third Edition, Saunders Company, 1952.- Hidatidiform Mole and Chorionepithelium Malignum; 503-533.
- 4.- Ober, W. B. and La Combe, R. M.: Acute Fatty Metamorphosis of the