

Hepatocarcinoma roto: experiencia en el manejo complementario

Broken hepatocarcinoma: experience in adjuvant management

Elias Gallardo Navarro,* Javier Melchor Ruan[‡]

Citar como: Gallardo NE, Melchor RJ. Hepatocarcinoma roto: experiencia en el manejo complementario. Acta Med GA. 2025; 23 (5): 454-456. <https://dx.doi.org/10.35366/121183>

Resumen

El riesgo de ruptura espontánea tumoral de un hepatocarcinoma con hemorragia intraperitoneal es un padecimiento potencialmente mortal, y el primer manejo médico debe ser la estabilidad hemodinámica del paciente; sin embargo, el tratamiento definitivo se reserva al manejo oncológico. Presentamos el caso del tratamiento complementario multidisciplinario oncológico tras ruptura de hepatocarcinoma, con un abordaje complementario en la institución, de manera que primero se comenzó con quimioembolización transarterial (TACE) y posteriormente con segmentectomía. Por lo tanto, consideramos de interés aportar nuestra experiencia en el manejo diagnóstico y terapéutico en el paciente con antecedente de hepatocarcinoma roto.

Palabras clave: hepatocarcinoma, ruptura espontánea, abdomen agudo, hemoperitoneo, TACE.

Abstract

The risk of spontaneous tumor rupture of a hepatocarcinoma with intraperitoneal hemorrhage is a potentially fatal condition, and the first medical management should be the hemodynamic stability of the patient; however, definitive treatment is reserved for oncologic management. We present the case of oncologic multidisciplinary complementary treatment after rupture of hepatocarcinoma, with a complementary approach in the institution, so that first TACE was started and later segmentectomy. Therefore, it is of interest to contribute our experience in the diagnostic and therapeutic management of patients with a history of ruptured hepatocarcinoma.

Keywords: hepatocarcinoma, spontaneous rupture, acute abdomen, hemoperitoneum, TACE.

INTRODUCCIÓN

El hepatocarcinoma es el tumor maligno más común del hígado, con casi 800,000 muertes cada año, la edad varía entre 44 y 68 años. Actualmente, la incidencia de hemorragia intraperitoneal ha ido en aumento, alcanzando hasta el 10-15%, lo que conlleva una alta tasa de mortalidad del 50%, esto demuestra que no es una complicación rara.^{1,2} La gravedad de esta enfermedad

se relaciona con factores que pueden comprometer el pronóstico del paciente, como hepatopatía crónica, extensión peritoneal de la afectación tumoral y la respuesta a la cirugía citorreductora.^{3,4}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 61 años, quien en el año 2013 presentó síncope y dolor abdominal brusco en

* Residente de tercer año de Cirugía General, Hospital Español. Ciudad de México. ORCID: 0000-0003-3183-9872

[‡] Jefe del Departamento de Tumores Gastrointestinales, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México. ORCID:0000-0001-5915-2103

Correspondencia:

Elías Gallardo Navarro

Correo electrónico: gallardo18@gmail.com





Figura 1:

Tomografía computarizada de abdomen, flecha blanca con presencia de lesión hipodensa mal definida en segmento V adyacente a la fosa oval, con dimensiones aproximadas de 24 x 21 mm, que retrae la cápsula hepática adyacente y segmento VI con presencia de imagen hipodensa con discreto reforzamiento anular adyacente a la vesícula biliar, la cual mide 22 x 16 mm e implantes peritoneales.

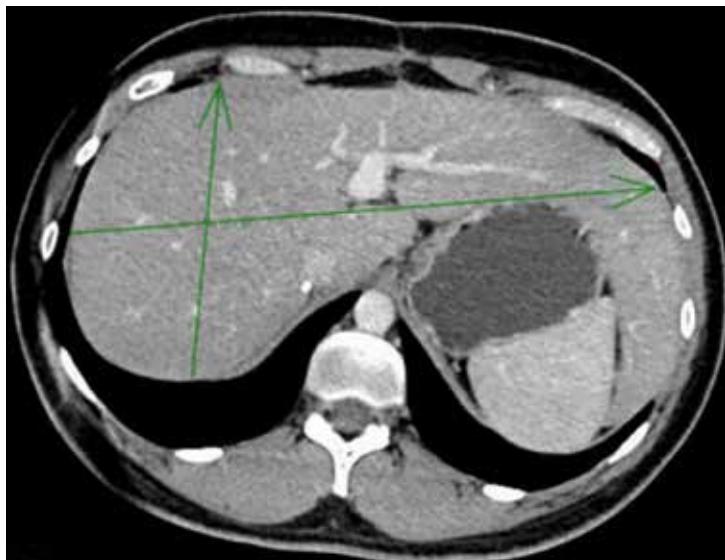


Figura 2:

Tomografía axial computarizada de abdomen: presencia de lesión hipodensa en segmento V.

hipocondrio derecho, por lo que acudió a un hospital externo, donde se diagnosticó abdomen agudo y choque hipovolémico, se intervino quirúrgicamente con laparotomía exploratoria en la cual se observó tumoración hepática en segmento V y hemoperitoneo de 4,500 mL, por lo que se decidió realizar resección en cuña. El reporte histopatológico fue carcinoma hepatocelular, con límite parenquimatoso con invasión a la cápsula de Glisson e invasión vascular presente, motivo de envío a esta unidad para manejo definitivo.

A la exploración física, el paciente se encontró en buenas condiciones generales, se propuso segmentectomía V-IVB; sin embargo, por antecedente de infarto agudo

de miocardio se sometió a quimioembolización transarterial (TACE), después se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) con presencia de lesión hipodensa mal definida en segmento V (*Figuras 1 y 2*), por lo que es sometido a colecistectomía y resección de segmento V y VI, con reporte de carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado con patrón trabecular y sólido focal, sin células neoplásicas en el lecho quirúrgico. Al presentar metástasis peritoneales dentro de su seguimiento, se decidió su adyuvancia con quimioterapia, el paciente mostró adecuada respuesta al disminuir las metástasis peritoneales 10 años después. En la actualidad, el paciente sigue vivo en adecuadas condiciones clínicas.

DISCUSIÓN

El mecanismo de ruptura espontánea aún no se conoce con exactitud, sin embargo, el diámetro superior a 5 cm es un factor de riesgo, así como tumores que sobresalen a más de 1 cm de la superficie del hígado. La relación de la disfunción vascular provoca que los vasos sanguíneos se formen rígidos y débiles, esto puede explicar la propensión a romperse de manera espontánea en circunstancias que involucren un aumento abrupto de volumen sanguíneo.^{2,4} La presentación clínica es el dolor abdominal agudo, que puede acompañarse de distensión abdominal, vómitos o repercusión hemodinámica.^{3,5} En cuanto al manejo, primero es la estabilización hemodinámica, posteriormente se recomienda la embolización seguida de cirugía programada. Nuestro paciente desarrolló metástasis peritoneal meses después de la rotura espontánea, el tiempo que transcurrió desde la ruptura hasta la documentación de la metástasis peritoneal es similar a la literatura, sin embargo, aún no se conoce la relación entre el tumor metastásico y los factores de riesgo.^{4,5}

CONCLUSIÓN

La rotura espontánea del carcinoma hepatocelular (CHC) es un padecimiento que compromete la vida del

paciente, siendo la estabilidad hemodinámica el primer manejo médico, y posteriormente dar un tratamiento oncológico definitivo.

REFERENCIAS

1. Xia F, Ndhlovu E, Zhang M, Chen X, Zhang B, Zhu P. Ruptured hepatocellular carcinoma: current status of research. *Front Oncol.* 2022; 12: 848903. doi: 10.3389/fonc.2022.848903.
2. Marini P, Vilgrain V, Belghiti J. Management of spontaneous rupture of liver tumours. *Dig Surg.* 2002; 19 (2): 109-113.
3. Ding JH, Chua TC, Al-Mohameed K, Morris DL. Hepatocellular carcinoma peritoneal metastases: report of three cases and collective review of the literature. *Ann Acad Med Singap.* 2010; 39 (9): 734-737.
4. Lai EC, Lau WY. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: a systematic review. *Arch Surg.* 2006; 141 (2): 191-198. doi: 10.1001/archsurg.141.2.191.
5. Schiappacasse-Faúndes G, Díaz-Araneda I, Vargas-Hudson P, Vivanco-Lacalle M, Rencoret-Palma G. Hematocele y hemoperitoneo como manifestación inicial de carcinoma hepatocelular: caso clínico. *Rev Méd Chile.* 2021; 149 (4): 635-640.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx