

Cartas al Director

Dolor abdominal como forma de presentación rara del carcinoma hepatocelular: utilidad de la ecografía en el diagnóstico

Palabras clave: Hepatocarcinoma. Diagnóstico. Ecografía. Tratamiento. Estadificación.

Key words: Hepatocellular carcinoma. Diagnosis. Sonography. Management. Staging.

Sr. Director:

El hepatocarcinoma (HCC) es la quinta neoplasia más frecuente y la tercera causa de muerte por cáncer en todo el mundo (1,2). En nuestro medio se diagnostica habitualmente en pacientes con cirrosis hepática subyacente. El pronóstico depende del estadio tumoral en el momento del diagnóstico y de la función hepática residual. Históricamente, dado que se diagnosticaba en fases muy avanzadas, ha presentado una supervivencia del 0-10% a los 5 años. Actualmente, aunque sólo en los países desarrollados, gracias a la mejoría en las técnicas diagnósticas y en el tratamiento y la implementación de programas de cribado, se ha logrado mejorar la supervivencia hasta unas cifras del 40-70% (3,4). Aunque sólo existe evidencia científica suficiente de la mejoría de la supervivencia con la implementación de programas de cribado en el caso de los pacientes con hepatitis B (5), varios estudios también han mostrado una mejoría de la supervivencia en los pacientes con cirrosis (6-10). Así, en las guías de manejo del hepatocarcinoma americana y europea se establece la recomendación de incluir a los pacientes con cirrosis en programas de diagnóstico precoz (11,12).

El diagnóstico en fases precoces y presintomáticas del HCC es imprescindible para poder ofrecer al paciente un tratamiento curativo (trasplante hepático, resección quirúrgica o ablación percutánea) (11,12). En el caso de pacientes con tumores muy

expresivos clínicamente sólo caben, generalmente, tratamientos paliativos. Habitualmente la clínica del paciente suele ser, en orden descendente en cuanto a su frecuencia, dolor abdominal (presente hasta en un tercio de los pacientes), malestar general, fiebre, ascitis, ictericia, anorexia, pérdida de peso, hemorragia y encefalopatía. Muy raros son los casos en los que se presentan en forma de abdomen agudo, por rotura del tumor con sangrado intraperitoneal masivo o por hemorragia intratumoral (13,14). A continuación presentamos dos casos muy similares, tanto en su epidemiología como en su forma de presentación como dolor abdominal agudo.

Caso 1

Se trata de un paciente varón de 31 años, nativo de Senegal, que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre. En su historia familiar destacaba que su madre y su abuela habían fallecido por enfermedad hepática. Negaba patología previa conocida. Refería dolor abdominal, especialmente a nivel del hipocondrio derecho, y fiebre de 38,5 °C en las 48 horas previas al ingreso. Presentaba también un cuadro de 3 meses de evolución de astenia, anorexia y pérdida ponderal significativa. En la exploración realizada en urgencias el paciente estaba febril, taquicárdico y con gran afectación por dolor; a la exploración del abdomen se objetiva un gran dolor a nivel de hipocondrio derecho con signos de irritación peritoneal. La analítica revelaba una ligera colestanemia disociada e hipoalbuminemia. En la TAC realizada de urgencia (Fig. 1) se describe una masa con componente sólido y líquido que podría corresponder a un absceso hepático. La ecografía muestra una gran masa mayoritariamente sólida, de 13 cm de diámetro mayor, con una región subcapsular más hipoecogénica que podría corresponder a una zona de hemorragia (Fig. 2), presencia de otras múltiples LOES invadiendo e infiltrando la vena porta derecha, en probable relación con trombosis tumoral. Estos hallazgos fueron confirmados por la RNM. Posteriormente, con la duda razonable establecida en la TAC y antes de obtener los marcadores tumorales, se realizó una PAAF de la masa hepática, cuyo resultado fue compatible con tumor epitelial.



Fig. 1. En la imagen de la TAC se observa una masa hipodensa, que ocupa gran parte del lóbulo hepático derecho y que en la región subcapsular (flecha blanca) presenta un foco de hemorragia.



Fig. 2. La imagen ecográfica muestra una masa heteroecoica, mal delimitada, de 13,1 cm de diámetro mayor (izquierda), y en la región subcapsular, una región más hipoeccogénica, sospechosa de tratarse de un hematoma subcapsular (derecha).

Las serologías virales obtenidas con posterioridad mostraban positividad para hepatitis B crónica y la alfafetoproteína era de 1260 ng/ml. El paciente fue diagnosticado de infección por VHB crónica, complicada con un HCC multicéntrico. Se inició tratamiento paliativo para control de la sintomatología, falleciendo el paciente 3 meses después.

Caso 2

Se trata de un paciente varón de 27 años de edad, también nativo de Senegal y sin antecedentes previos de interés, que consulta por vómitos y dolor abdominal. El paciente refería

cuadro de astenia y anorexia de un mes de evolución, con molestias difusas en abdomen desde el comienzo del cuadro. Ante progresión de la clínica y aparición de vómitos acude a urgencias. En la exploración física presentaba un aceptable estado general, destacando únicamente un gran dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, palpándose una zona de empastamiento compatible con masa a ese nivel. No se evidenciaron signos de irritación peritoneal, aunque sí presentaba defensa voluntaria. La analítica mostraba una moderada hipertransamínamia y una leve coagulopatía.

Se realizó una ecografía objetivándose la presencia de una gran masa hepática (de aproximadamente 12 cm de diámetro) con numerosos nódulos satélites (Fig. 3). La RNM confirmó la naturaleza hipervasicular de dichas lesiones. Finalmente, las serologías virales revelaron una infección crónica por VHB y la alfafetoproteína era de 12.687 ng/ml, por lo que el paciente fue diagnosticado de HCC gigante con satelítos e infección por VHB. Se instauró tratamiento sintomático paliativo, falleciendo pocos meses después.



Fig. 3. La imagen muestra una gran masa de 12 cm de diámetro mayor, situada en el lóbulo hepático derecho, que invade claramente la vena porta derecha (flecha blanca).

Discusión

El HCC, en nuestro medio, se diagnostica con frecuencia en pacientes asintomáticos, portadores de una cirrosis hepática e incluidos en programas de cribado de la neoplasia. Por el contrario, en los países subdesarrollados, donde no se han implementado estos programas de cribado y donde la infección por el virus de la hepatitis B es endémico, el hepatocarcinoma se diagnostica con mayor frecuencia en fases muy avanzadas y con escasas posibilidades terapéuticas.

La forma de presentación clínica más frecuente es, cuando existen síntomas, un dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho. En los pacientes con una cirrosis subyacente pueden aparecer signos de descompensación de la función hepática (13,14). Finalmente, es extremadamente rara la presentación en forma de abdomen agudo, como en los casos que presentamos, especialmente en el primero de ellos. Nuestro paciente presen-

taba, al margen de un cuadro constitucional bastante sugestivo de neoplasia, pero por el que no había consultado, un abdomen agudo franco, con dolor intenso refractario a analgesia habitual y con evidentes signos de irritación peritoneal. En estos casos la clínica aguda suele deberse a rotura del hepatoma con hemoperitoneo secundario, que origina un cuadro de peritonitis o, más frecuentemente, por complicaciones intratumorales del tipo de hemorragia o necrosis intratumoral. En el caso de nuestro paciente, se produjo una hemorragia contenida por la cápsula hepática, siendo la distensión de la misma la causa del dolor.

El diagnóstico del hepatocarcinoma se basa fundamentalmente en la visualización del mismo mediante las técnicas de imagen de que disponemos. La mejoría en las técnicas de imagen y en los medios de contraste facilita el diagnóstico de lesiones cada vez más pequeñas (15-17). La confirmación del diagnóstico exige la demostración de la naturaleza hipervasicular de las lesiones visualizadas, mediante la utilización de contrastes. Tanto en las lesiones de muy reducidas dimensiones, frecuentemente hipervasculares, como en las que alcanzan un gran tamaño, puede ser complicado la valoración de este hecho (18). En este último caso, como ocurre en nuestros pacientes, la presencia de focos de hemorragia o transformación quística puede generar artefactos que altera o impide demostrar un comportamiento vascular típico.

En nuestros pacientes, las cifras de alfafetoproteína eran diagnósticas de hepatocarcinoma, pero en un buen número de pacientes las cifras este marcador presentan valores normales o no diagnósticos, aun en presencia de tumores en fases avanzadas. En general, la alfafetoproteína como marcador diagnóstico del HCC presenta valores de especificidad demasiado bajos si se toman puntos de corte que aseguran una sensibilidad aceptable, mientras que si se usan puntos de corte que garantizan una gran especificidad, la sensibilidad resulta excesivamente reducida (19). Por todo ello, en los casos en que las técnicas de imagen y marcadores tumorales no permiten el diagnóstico, la citología de la muestra obtenida mediante punción aspirativa con aguja fina suele ser definitiva.

D. Martínez-Ares, R. Longueira Suárez, J. L. Lamas Fernández, J. I. Rodríguez Prada, L. Cid Gómez y A. Pallarés Peral

Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario Xeral-Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra

Bibliografía

1. El-Serag HB, Mason AC. Rising incidence of hepatocellular carcinoma in the United States. *N Engl J Med* 1999; 340 (10): 745-50.
2. Bosch FX, Ribes J, Díaz M, et al. Primary liver cancer: Worldwide incidence and trends. *Gastroenterology* 2004; 127: 5-16.
3. Llovet JM, Burroughs A, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet* 2003; 362: 1907-17.
4. Llovet JM. Updated treatment approach to hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol* 2005; 40: 225-35.
5. Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol* 2004; 127: 35-50.
6. Yuen MF, Cheng CC, Lauder IJ, et al. Early detection of hepatocellular carcinoma increases the chance of treatment: Hong Kong experience. *Hepatology* 2000; 31: 330-5.
7. Bolondi L, Sofia S, Siringo S, et al. Surveillance programme of cirrhotic patients for early diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma: A cost-effectiveness analysis. *Gut* 2001; 48: 251-9.
8. Trevisani F, De Notaris S, Rapaccini G, et al. Semiannual and annual surveillance of cirrhotic patients for hepatocellular carcinoma: Effects on cancer stage and patient survival (Italian experience). *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 734-44.
9. Marrero J, Fontana RJ, Su GL, et al. NAFLD may be a common underlying liver disease in patients with hepatocellular carcinoma in the United States. *Hepatology* 2002; 36: 1349-54.
10. Sangiovanni A, Del Ninno E, Fasani P, et al. Increased survival of cirrhotic patients with a hepatocellular carcinoma detected during surveillance. *Gastroenterology* 2004; 126: 1005-14.
11. Bruix J, Sherman M, Llovet JM, et al. Clinical management of hepatocellular carcinoma. Conclusions of the Barcelona-2000 EASL conference. European Association for the Study of the Liver. *J Hepatol* 2001; 35: 421-30.
12. Bruix J, Sherman M. Practice Guidelines Committee, American Association for the Study of Liver Diseases. Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2005; 42: 1208-36.
13. Befeler AS, Di Bisceglie AM. Hepatocellular carcinoma: Diagnosis and treatment. *Gastroenterology* 2002; 122: 1609-19.
14. Trevisani F, D'Intino PE, Grazi GL, Caraceni P, Gasbarrini A, Colantoni A, et al. Clinical and pathologic features of hepatocellular carcinoma in young and older Italian patients. *Cancer* 1996; 77: 2223-32.
15. Iñarriagaegui M, Sangro B. Diagnosis of small hepatocellular carcinoma. *Gastroenterol Hepatol* 2007; 30: 498-505.
16. Cohen EI, Wilck EJ, Shapiro RS. Hepatic imaging in the 21st century. *Semin Liver Dis* 2006; 26: 363-72.
17. Taouli B, Losada M, Holland A, Krinsky G. Magnetic resonance imaging of hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2004; 127 (5 Supl. 1): S144-52.
18. Bolondi L, Gaiani S, Celli N, Golfieri R, Grigioni WF, Leoni S, Venturi AM, et al. Characterization of small nodules in cirrhosis by assessment of vascularity: The problem of hypovascular hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2005; 42: 27-34.
19. Spangenberg HC, Thimme R, Blum HE. Serum markers of hepatocellular carcinoma. *Semin Liver Dis* 2006; 26: 385-90.